



UN MODÈLE HOLISTIQUE DE SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE POUR LES VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

LE MODÈLE D'ASSISTANCE DU CENTRE POLYVALENT (*ONE-STOP CENTRE*) DE L'HÔPITAL PANZI

Denis MUKWEGE	Gynécologue et militant des droits humains au Congo
Marie BERG	Professeure à l'Université de Göteborg, Institute of Health and Care Sciences

Le centre polyvalent (*One-Stop Centre* ou OSC) est un modèle d'assistance innovant, holistique et centré sur la personne, développé ces dernières années pour les survivantes de violences faites aux femmes et aux filles. L'OSC de l'Hôpital Panzi, dans l'Est de la République démocratique du Congo, a été développé après des années de traitement de filles et de femmes qui ont été violées et ont subi des lésions corporelles extrêmes. L'OSC comprend quatre piliers qui couvrent les besoins en matière de soins médicaux, psychosociaux, juridiques et socio-économiques et qui sont réalisés en partenariat. S'appuyant sur une écoute attentive du récit personnel des filles ou des femmes blessées, des soins personnalisés sont planifiés, mis en œuvre et documentés dans le but de leur faire recouvrer la santé et de faciliter leur réinsertion sociale. L'OSC propose plus que des soins individuels holistiques ; il fournit une plate-forme pour atteindre une vie saine à un micro- (la personne) et à un méso-niveau (société locale) et, si il est consciencieusement et systématiquement mis en œuvre dans toutes les structures de soins, il facilite la réalisation du droit à la santé pour tous et toutes sur un macro-niveau (niveau national).

PREMIÈRE PARTIE

LE DÉFI

La garantie des droits sexuels et reproductifs et du droit à la santé est un élément important pour assurer le meilleur standard possible en matière de santé¹. Toutefois, il s'agit d'un défi en République démocratique du Congo (RDC), en particulier dans la partie orientale où le viol des femmes et des filles, accompagné de violences sexuelles extrêmes, a été une cause majeure de souffrance individuelle et sociétale au cours des dernières décennies.

Le viol, en combinaison avec des lésions corporelles sévères, a été utilisé comme une tactique de guerre par les groupes armés et est devenu un nouveau comportement social pathologique parmi les civils. Les violences sexuelles et corporelles liées aux viols ne concernent pas seulement la destruction des fonctions physiques et mentales des femmes ; elles concernent également le droit à la santé et à la vie socio-économique d'une société².

L'hôpital général de référence de Panzi, situé dans la zone sanitaire d'Ibanda à Bukavu, dans l'est de la RDC, a traité 48 482 femmes à la suite de violences sexuelles extrêmes

de 1999, date de sa création, à 2015. Depuis 2004, ces soins sont organisés dans le cadre du projet *Survival of Sexual Violence* (SSV). En outre, 37 382 femmes ont reçu un traitement pour des problèmes gynécologiques résultant d'un accouchement difficile ou de traitements médicaux médiocres durant leurs grossesses, dont beaucoup étaient le résultat d'un viol³. Cette expérience a développé les compétences médicales du personnel, leur permettant de traiter les conditions sévères, telles que les fistules vésico-vaginales, qu'ils ont rarement pu observer ailleurs. Elle a également permis d'identifier que les soins médicaux à eux seuls ne suffisent pas à gué-

rir, à reconforter et à rétablir les besoins des filles et des femmes souffrantes⁴. Pour assurer un rétablissement complet et le retour à une vie saine, un modèle d'assistance plus large est nécessaire. Dans cet article, nous décrivons la façon dont un modèle d'assistance du type « centre polyvalent » (*One-Stop Centre* ou OSC) s'est développé pour fournir une assistance holistique et des services complémentaires à Bukavu, dans les établissements de soins de santé environnants et au sein des communautés. Nos antécédents sont les suivants : Denis Mukwege est directeur de l'Hôpital Panzi, gynécologue et obstétricien et il a, depuis 15 ans, traité de nombreuses patientes présentant des séquelles après des violences sexuelles extrêmes et des accouchements difficiles ou des complications suite à des accouchements pris en charge dans de mauvaises conditions médicales et sanitaires ; Marie Berg est professeure de sciences de la santé, spécialisée en santé reproductive et périnatale et infirmière diplômée ayant une longue expérience de travail en RDC, mais pas spécifiquement avec les survivantes de violences sexuelles.

LE MODÈLE D'ASSISTANCE DES CENTRES POLYVALENTS (ONE-STOP CENTRE OU OSC)

Ces dernières années, les modèles d'assistance OSC se sont développés à l'échelle mondiale, dans différents contextes, pour aider les survivantes de violences faites aux femmes et aux filles. Elles sont en particulier utilisées pour étendre les services de qualité dans le contexte de reconstruction et de redressement post-conflit des pays à bas revenu⁵. Les méthodes sont en cours de perfectionnement afin d'étendre et d'améliorer les services aux survivantes, ainsi que pour renforcer les capacités des organisations locales à aborder cette question⁶.

Dans la mesure du possible et compte tenu des ressources disponibles, la philosophie de soins OSC est mise en place à l'Hôpital Panzi et dans les services gérés par la Fondation Panzi. Le modèle d'assistance OSC est conçu pour être un système holistique de soins centrés sur la personne, visant à couvrir les besoins essentiels de la femme en matière de rétablissement et d'accès (ou de retour) à une vie saine, en particulier pour les femmes victimes de violences sexuelles extrêmes ou de complications lors de l'accouchement. Il offre une variété de compétences et d'activités à Bukavu et dans d'autres établissements de soins de santé dans une vaste zone géographique.

Le modèle d'assistance OSC de Panzi suit des normes génériques et un consensus pour ce qui a été défini comme de bons soins de santé⁷. Il se structure en quatre piliers : assistance médicale, psychosociale, juridique et socio-économique. Son principe de base est que l'autonomisation des femmes est le fondement de la construction d'une société efficiente et prospère. Il a beaucoup en commun avec une approche de soins centrés sur la personne (*Person-Centred Care* ou PCC), basée sur ce qui est et ce qui constitue un être humain⁸ et une personne⁹ : une sorte d'assistance médicale prônant un retour au monde environnant¹⁰, avec des points communs essentiels au modèle PCC relatif aux personnes atteintes de maladies chroniques et de longue durée¹¹. Ce modèle traite la femme qui cherche une assistance comme une personne digne (et non pas comme un objet) dotée d'une valeur, de droits, de volonté et de capacités, ce qui nécessite d'essayer de comprendre la situation telle que la femme la comprend. Cela implique d'abord que les soignants écoutent activement et avec attention son récit et identifient ses besoins dans chacun des quatre piliers, ce qui s'oppose au traitement extrême et indigne que les victimes ont vécu précédemment dans leur vie. Deuxièmement, le plan d'assistance au sein de chacun des piliers est développé en partenariat avec la femme et décidé d'un commun accord entre la femme et le spécialiste concerné (psychologues, avocats, économistes et autres professionnels nécessaires pour une assistance holistique). Cela se manifeste par des activités telles que l'information, l'explication et l'aide à la prise de décision, comme par exemple dans le cas de la chirurgie gynécologique, ou de la mise en place d'une action juridique contre les auteurs de violences sexuelles. Troisièmement, le partenariat est protégé par la documentation de toute l'assistance via des modèles structurés de plans d'assistance. Plusieurs protocoles pour les différents piliers d'assistance sont développés et utilisés pour s'assurer que tous les besoins sont explorés et rencontrés si nécessaire et/ou souhaité.

Le modèle d'assistance OSC axé sur la personne nécessite une équipe multidisciplinaire composée de médecins, d'infirmières, de sages-femmes, de techniciens de laboratoire, de techniciens en radiologie, d'assistants en pharmacie, d'avocats, d'assistants juridiques, de ressources administratives et de personnes qui facilitent la réinsertion sociale des femmes. Le modèle mis en place à l'Hôpital Panzi, doté de grandes capacités en ressources humaines, en équipement et en infrastructures, ne peut

pas exactement être reproduit dans des zones à ressources limitées. Un modèle OSC réduit et adapté, plus proche des communautés, a été conçu et fonctionne dans certaines zones rurales (comme à Mulamba et Bulenga).

Le modèle d'assistance décrit dans ce document concerne la majorité des patient-e-s, qui sont des femmes adultes. Comme dans d'autres lieux, la violence sexuelle envers les hommes est également une réalité en RDC ; 1,5 % des patients de l'OSC Panzi sont des hommes. De plus, une assistance spécifique est offerte aux mineurs par du personnel formé à la prise en charge des enfants tels que des pédiatres, des chirurgiens pédiatriques, des pédopsychiatres et des psychologues. Des salles d'examen spécialement adaptées aux enfants avec un équipement approprié ont été développées. Dans des cas spécifiques, tels que les mineurs victimes de viol par des membres de la famille qui, après avoir reçu des soins, sont exposés à nouveau aux mêmes personnes et aux mêmes incidents, l'enfant SSV est séparé de ce membre de la famille et est hébergé avec sa mère ou sa famille dans un centre de transit pendant l'ouverture de la procédure judiciaire. L'OSC organise également des séances de médiation familiale et de réunification. Au niveau communautaire, ses assistants juridiques organisent des séances de sensibilisation et d'éducation sur les Droits de l'Homme et la protection collective.

ACCÈS AU CENTRE POLYVALENT (OSC)

Toutes les patientes ayant besoin d'un traitement et d'un soutien pour recouvrer une bonne santé sexuelle et reproductive sont les bienvenues à l'OSC Panzi. Elles y arrivent par une variété de canaux, bien que la majorité entre par le système de soins de santé. Beaucoup sont envoyées par les associations partenaires internationales et locales du projet SSV dans les territoires de la province du Sud Kivu. D'autres sont identifiées par la clinique mobile de la Fondation Panzi lors de ses missions sur le terrain par ses assistants paramédicaux spécialement formés ou par la police. Certaines arrivent d'elles-mêmes ou avec le soutien de parents.

Le point de départ du modèle d'assistance de l'OSC est le pilier médical, autour duquel s'articulent les services psychosociaux, le soutien juridique et la réintégration socio-économique qui permettent d'assurer une assistance holistique en un seul et même endroit. Cela évite à la patiente de répéter son récit dans tous les services dont elle a besoin. À l'admission, la patiente est enregistrée par un coordinateur

psychosocial. Cela inclut l'écoute et la documentation du récit de la femme, l'identification de ses besoins primaires et l'affectation d'une travailleuse psychosociale personnelle, une infirmière, qui reste sa personne de contact, dirigeant et coordonnant le plan de soins de la femme et les traitements tout au long de son séjour. Les soins sont dispensés tant à l'hôpital que dans les « maisons de transit » situées juste à l'extérieur de l'hôpital, où les patientes venues de loin peuvent rester jusqu'à ce qu'elles soient prêtes à retourner dans leur communauté. Les patientes peuvent, après le premier traitement commencé à l'hôpital Panzi, obtenir plus de soins dans un OSC situé à proximité de leur domicile.

ASSISTANCE MÉDICALE

Les soins médicaux commencent par une consultation avec un médecin, ce qui inclut un examen médical et un plan d'examen complémentaires, tels que des tests de dépistage du VIH, de grossesse, de la syphilis, de l'hépatite B et d'autres tests visant à identifier les effets secondaires des lésions corporelles comme l'échographie et la radiographie. Cela permet de déterminer efficacement les soins nécessaires. Les patientes sont traitées sur la base de deux protocoles différents en fonction du temps écoulé depuis l'épisode de violence sexuelle. Les soins médicaux des patientes pour lesquelles une longue période s'est écoulée depuis les faits deviennent plus complexes et les séquelles psychologiques plus importantes. La prophylaxie post-exposition pour le VIH et les maladies sexuellement transmissibles est donnée aux femmes qui arrivent dans les 72 heures, soit environ 10 % des patientes, et les soins curatifs sont fournis à celles qui arrivent plus de 72 heures après l'incident de violence sexuelle.

Les soins recommandés sont expliqués à la patiente qui, dans le cadre d'un processus décisionnel partagé, signe un formulaire de consentement et le plan de soins de santé défini, permettant alors aux médecins de procéder aux examens. Si nécessaire, la femme est dirigée vers un-e spécialiste en gynécologie, en cardiologie, en médecine interne, en radiologie ou en pédiatrie.

ASSISTANCE PSYCHOSOCIALE

Les soins psychosociaux commencent par une rencontre avec un-e psychologue pour identifier les besoins et planifier un traitement spécifique, qui se fait individuellement et en groupe. Cela s'ajoute à diverses activités offertes à toutes les femmes, y compris le théâtre et la musicothérapie ainsi que des ac-

tivités d'ergothérapie telles que la fabrication de paniers, la composition florale, la couture et le tricot. Ces activités les aident à surmonter leurs expériences et leur apportent du soulagement et un sentiment de valeur. Les femmes souffrant de stress post-traumatique, de dépression, d'anxiété et d'autres troubles psychiatriques reçoivent un traitement neuropsychiatrique spécialisé. Les soins psychosociaux incluent également, le cas échéant, des services de consultation pour les parents proches de la femme. Cela inclut notamment l'aide à un mari pour qu'il surmonte la colère, l'amertume et le blâme liés à un incident de violence sexuelle, une thérapie de couple, par exemple après des violences domestiques, et les conseils apportés aux proches pour éviter la marginalisation de la femme lésée.

ASSISTANCE JURIDIQUE

L'assistance juridique vise à aider la femme à prendre ou non la décision d'engager des poursuites judiciaires contre son agresseur. Elle comprend l'écoute active de son récit et vise à l'informer et à soutenir la prise de conscience de ses droits humains, à analyser la situation et à soutenir sa décision sur la façon de procéder. Cela renforce le courage et la capacité d'agir de la femme, y compris pour qu'elle puisse s'exprimer dans un cadre officiel et lancer une procédure judiciaire contre un auteur de violences sexuelles ou domestiques. L'assistance inclut également l'aide au transport vers le lieu de la perpétration de la violence, des dispositions pour rencontrer le ou les auteur(s) des faits et le transport du ou des auteur(s) des faits au tribunal afin de mener à bien le procès. La décision de lancer un processus légal est toujours décidée et signée par la femme elle-même.

ASSISTANCE SOCIO-ÉCONOMIQUE

L'expérience traumatique du viol marginalise la plupart des femmes de leur famille et de la société et détruit leur capacité économique. Le pilier de l'assistance socio-économique protège la capacité essentielle d'une femme à vivre en bonne santé, car on estime que chaque femme, quelle que soit la gravité de son état, est une ressource pour elle-même et pour la société. On identifie le besoin éventuel d'une formation complémentaire et des activités sont proposées dans la maison de transit (« Dorkas »). Celles-ci comprennent l'alphabétisation et les mathématiques, les compétences en entretien ménager, en hygiène et en nutrition. Les femmes acquièrent également des compétences pour assurer la survie économique de leur famille. Dans la « Cité de la Joie », les femmes avec des

personnalités de *leader* sont encouragées à suivre une formation activiste.

Les actions socio-économiques restructurent le réseau social de la femme, car le partage d'histoires similaires crée de solides liens de sororité. D'autres activités et projets aident les femmes, à leur retour dans leur village natal, à créer des « collectifs de microfinancement » en groupes d'un maximum de 30 personnes dirigés par une des femmes *leader*. Chaque membre doit contribuer à quelque chose : par exemple, rassembler une somme d'argent ou cultiver un champ communautaire. Les membres du collectif se soutiennent mutuellement et obtiennent une part des gains à la fin de l'année en fonction de leur contribution.

RÉINTÉGRATION DANS LA SOCIÉTÉ

Une partie du traitement implique de planifier et d'améliorer le retour de la femme dans sa communauté. Les visites de suivi à domicile après son départ de l'hôpital sont organisées par des équipes pour évaluer et assurer sa réintégration. Cela comprend la médiation familiale pour les personnes ayant une réinsertion difficile, la thérapie de couple, le soutien psychologique, l'orientation sur l'utilisation de médicaments et l'identification des besoins de soins supplémentaires dans l'un des quatre piliers. Cela encourage également la femme à faire partie de collectifs communautaires organisés, tels que le microfinancement. Dans l'encadré 1, un récit fictionnalisé illustre le modèle d'assistance de l'OSC en pratique.

- 1 MARMOT M., FRIEL S., BELL R., HOUWELING T.A.J., TAYLOR S., Commission on social determinants of health, *et al.* «Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health», *The Lancet* 372 (9650), 2008, p. 1661-9; HUNT P., «Right to the highest attainable standard of health», *The Lancet* 370 (9585), 2007, p. 369-71.
- 2 MUKWEGE D.M., NANGINI C., «Rape with extreme violence: The new pathology in South Kivu, Democratic Republic of Congo», *PLoS Med.* 6(12), 2009; MUKWEGE D.M., MOHAMED-AHMED O., FITCHETT J.R., «Rape as a strategy of war in the Democratic Republic of the Congo», *International Health* 2(3), 2010, p. 163-4.
- 3 PanziFoundation/PanziHospital. Statistics (consulté le 08/08/2016).
- 4 MUKWEGE D.M., NANGINI C., «Rape with extreme violence: The new pathology in South Kivu, Democratic Republic of Congo», *PLoS Med.* 6(12), 2009.
- 5 GARCIA-MORENO C., HEGARTY K., D'OLIVEIRA A.F.L., KOZIOL-MCLAIN J., COLOMBINI M., FEDER G., «The health-systems response to violence against women», *The Lancet* 385(9977), 2015, p. 1567-79.
- 6 ELLSBERG M., ARANGO D.J., MORTON M., GENNARI F., KIPLESUND S., CONTRERAS M. *et al.*, «Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say?», *The Lancet* 385(9977), 2015, p. 1555-66.
- 7 MUKWEGE D., ALUMETI D., HIMPENS J., CADIÈRE G.B., «Treatment of rape-induced urogenital and lower gastrointestinal lesions among girls aged 5 years or younger», *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 132(3), 2016, p. 292-6.
- 8 GARSIDE B., «Compte rendu: Bobik Joseph, Aquinas on being and essence: A translation and interpretation, Berkeley, 1969», p. 208.
- 9 SAYER A., «Compte rendu: Christian Smith, What is a person?», *Journal of Critical Realism* 11(1), 2012, p. 126-32; KITSON A., MARSHALL A., BASSETT K., ZEITZ K., «What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing», *Journal of Advanced Nursing* 69(1), 2013, p. 4-15.
- 10 DAHLBERG K., TODRES L., GALVIN K., «Lifeworld-led healthcare is more than patient-led care: an existential view of well-being», *Medicine Health Care and Philosophy* 12(3), 2009, p. 265-71.
- 11 EKMAN I., SWEDBERG K., TAFT C., LINDSETH A., NORBERG A., BRINK E. *et al.*, «Person-centered care-ready for prime time», *European Journal of Cardiovascular Nursing* 10(4), 2011, p. 248-51.