

Déceler les violences sexuelles faites aux femmes

Evelyne josse
Psychologue, psychothérapeute
2007

evelynejosse@gmail.com

<http://www.resilience-psy.com>

14 avenue Fond du Diable, 1310 La Hulpe, Belgique

Psychologue clinicienne. Hypnose éricksonnienne, EMDR, thérapie brève
Psychothérapeute en consultation privée, psychologue du programme ASAB, expert en hypnose judiciaire,
consultante en psychologie humanitaire

INTRODUCTION.....	3
L'ALLEGATION DE VIOLENCES SEXUELLES.....	4
Allégation de violences sexuelles et assistance aux victimes.....	4
Du viol à la demande d'assistance médicale.....	5
Les freins à la prise en charge des victimes de violences sexuelles.....	5
Du côté des victimes.....	5
Du côté des intervenants potentiels.....	9
SIGNES FAISANT SUSPECTER UNE AGRESSION SEXUELLE.....	10
Les indices relevant de la santé.....	10
Les signes fortement suspects.....	10
Les signes non spécifiques.....	11
Le indices psychosociaux.....	12
Attitude vis-à-vis des soignants.....	12
Humeur et comportement.....	13
Le discours.....	13
Savoir questionner au sujet des violences sexuelles.....	14
BIBLIOGRAPHIE.....	15

Introduction

Les violences sexuelles exercées contre les femmes constituent un problème de santé publique important et ce partout dans le monde. En effet, elles ont de profondes répercussions à court et long termes sur la santé physique et psychologique des victimes ainsi que sur leur bien-être social. A titre illustratif, selon l’OMS, la violence serait la dixième cause de décès chez la femme entre 15 et 44 ans.

Une aide médicale¹ adéquate ne peut être offerte aux victimes que si l’agression est connue des intervenants potentiels. Or, nombre d’entre elles répugnent à révéler les outrages subis. Néanmoins, elles manifestent généralement leur souffrance par le biais de signes physiques, comportementaux ou psychologiques mais les intervenants sont souvent peu à même de les déceler.

La problématique des violences sexuelles concerne tous les professionnels de la santé. Cet article a pour but de les aider à repérer les signes pouvant faire suspecter une agression à caractère sexuel.

¹ Nous avons circonscrit cet article à l’aide médicale. Cependant, la prise en charge des victimes de violences sexuelles ne se limite pas au seul secteur médical. En effet, idéalement, elle inclut les services policiers, juridiques et psychosociaux.

L'allégation de violences sexuelles

Allégation de violences sexuelles et assistance aux victimes

Les données disponibles sur les violences sexuelles proviennent de la police et des instances juridiques, des services médicaux, des organisations non gouvernementales (Droits de l'Homme, organismes humanitaires, juridiques, etc.), des associations internationales, nationales et locales (associations contre la violence, de femmes, des Droits de l'enfant, etc.), d'enquêtes et d'études diverses. Les données recensées par ces différentes sources sont cependant souvent incomplètes et ne révèlent que la partie émergée de l'iceberg. En effet, selon IRC, seulement une victime sur 30 avoue avoir été agressée¹. Il est donc difficile d'estimer le nombre total de victimes et parmi elles, le pourcentage bénéficiant d'une prise en charge spécifique (médicale, juridique, psychologique ou sociale).

A titre d'exemple, citons deux études, celle de Human Rights Watch (2005) et celle d'AVEGA (1999).

D'après Human Rights Watch², au niveau mondial, seulement 53% des femmes cherchent de l'aide après un viol. Parmi celles-ci, 80% s'adressent au secteur médical (hôpitaux, centres de santé, tradipraticiens). La majorité d'entre elles demandent assistance en moyenne 5 mois après le viol³.

Une étude menée par l'association AVEGA sur 951 femmes violées durant le génocide perpétré au Rwanda en 1994⁴ montre que 57,9 % n'ont reçu aucune assistance. 13 % d'entre elles ont eu des soins médicaux mais 6 % seulement ont été examinées par un médecin. Les femmes ayant bénéficié d'une intervention résidaient toutes dans les centres urbains. Celles issues des milieux ruraux n'ont reçu aucune assistance (manque d'information, impossibilité de se déplacer, etc.).

¹ International Rescue Committee, "Understanding and Responding to War Related Sexual Violence".

² Cité par M. Osorio in « Sexual and gender based violence », workshop 2005, MSF.

³ Soulignons cependant que ce délai peut être considérablement diminué lorsqu'il existe des centres spécialisés dans la prise en charge des victimes et que ceux-ci sont clairement identifiés par la population. C'est également le cas dans les pays où l'opprobre social frappe moins durement les victimes.

⁴ « Etude sur les violences faites aux femmes au Rwanda », AVEGA « Agahozo », décembre 1999

Du viol à la demande d'assistance médicale

D'après le rapport de Human Rights Watch cité ci-dessus¹, les préoccupations majeures exprimées par les femmes victimes de violences sexuelles sont la peur d'avoir contracté une maladie sexuellement transmissible (en particulier le SIDA), les douleurs au niveau abdominal et pelvien (faisant redouter une infection vénérienne) ainsi que la crainte d'être stigmatisées par leur communauté.

Au Burundi, les femmes consultant le centre Seruka² après un viol manifestent principalement leur peur d'être infectées par le SIDA et celle d'être enceintes³.

Nous le voyons, les inquiétudes majeures des femmes victimes de violences sexuelles relèvent du médical. Lorsqu'elles demandent assistance, c'est donc généralement vers les services de santé (classiques ou traditionnels) qu'elles se tournent, comme le démontre Human Rights Watch (80% des victimes cherchant de l'aide s'adressent au secteur médical). Il est donc essentiel qu'elles puissent y recevoir les soins adéquats.

Les freins à la prise en charge des victimes de violences sexuelles

Du côté des victimes

Nombre de victimes hésitent à dénoncer les violences sexuelles qu'elles ont subies que ce soit à la police, à leur famille ou à d'autres personnes. Les raisons en sont multiples et variées.

□ La peur de l'opprobre, du rejet et de la rétorsion.

La sexualité cristallise de nombreuses valeurs et de multiples tabous, tant personnels que sociaux. En effet, la majorité des individus répugnent à envisager la sexualité en dehors d'un contexte précis (relation amoureuse, maritale) et toute contrainte provoque détresse et humiliation. Par ailleurs, toutes les sociétés régulent, codifient, fixent, voire légifèrent, l'accès à la sexualité. Ainsi, une relation sexuelle est permise avec un partenaire répondant à des critères spécifiques mais l'envisager dans tout autre cadre est prohibé. Par exemple, dans certaines cultures, les relations sexuelles et le mariage ne sont concevables qu'avec un individu d'une ethnie, d'une tribu ou d'une religion déterminées alors que pour d'autres, le consentement du partenaire, quelle que puisse être son origine, est un pré-requis indispensable. Pour la plupart des communautés, l'accès à la sexualité est soumis à l'âge des individus et pour toutes, l'inceste est strictement interdit. Contrevenir à ces règles expose le plus souvent à l'opprobre, voire au rejet social. L'importance de la sexualité et

¹ Cité par M. Osorio in « Sexual and gender based violence » workshop 2005, MSF.

² Centre de référence pour les violences sexuelles mis sur pied par Médecins Sans Frontières-Belgique à Bujumbura.

³ Données recueillies lors des missions humanitaires de l'auteur.

du contrat social dont elle est l'objet tient au fait que dans la plupart des sociétés, les groupes s'unissent et s'allient en mariant leurs enfants. Ces alliances sont par ailleurs renforcées par la progéniture qui naît des unions.

Au vu de l'importance que revêt la sexualité pour les individus et pour les communautés, on comprend mieux pourquoi dans de nombreuses sociétés, les personnes sexuellement agressées sont jugées coupables des actes perpétrés contre elles. Dès lors, les victimes se taisent parce qu'elles craignent :

- Le rejet social. Stigmatisées et mises au ban de leur communauté, les femmes violées sont parfois victimes d'un véritable « meurtre social ».
- Le rejet familial.

Peu ou prou, l'annonce d'un viol engendre des effets négatifs sur les relations conjugales entravant souvent gravement la sexualité et les rapports affectifs. Dans les sociétés traditionnelles, la femme mariée est souvent rejetée ou abandonnée par son mari (soit qu'il l'a répudié soit qu'il déserte le domicile conjugal pour des périodes de plus en plus longues). Lorsqu'il poursuit la vie commune, il néglige souvent son épouse violée, s'en distancie, voire la maltraite. Dans les pays qui autorisent la polygamie, il n'est pas rare qu'il prenne une seconde épouse.

Les jeunes femmes célibataires courent le risque d'être chassées du domicile familial et se trouvent dans l'impossibilité de se marier. En effet, dans de nombreuses cultures, la virginité et la chasteté des filles reflètent l'honneur de la famille. Dès lors, les agressions sexuelles sont perçues comme une honte et les victimes déshonorées, indignes de prétendre au mariage.

- L'incarcération. Dans certains pays, la femme sexuellement agressée peut être emprisonnée pour crime d'adultère si elle ne peut prouver qu'il s'agit d'un viol et non d'une relation consentie.
 - La maltraitance ou le meurtre. Certaines femmes sont assassinées par un membre de leur famille pour laver la honte et recouvrer l'honneur familial. Il existe également un risque accru de maltraitance de la part de la communauté, la femme violée étant socialement disqualifiée.
 - Le mariage forcé avec leur agresseur. Dans les pays où la virginité de la femme est une question d'honneur familial, les femmes célibataires sont souvent contraintes d'épouser leur agresseur.
- **La peur des représailles**. Les victimes redoutent souvent des représailles par l'auteur des faits ou par sa famille. C'est principalement le cas lorsqu'elles connaissent leur agresseur (un partenaire sexuel, le conjoint, un membre de la famille, un voisin, le proxénète, etc.) ou lorsqu'il s'agit d'une personne influente (un enseignant, un religieux, une autorité traditionnelle, un employeur, etc.) ou ayant autorité (un militaire, une autorité administrative, le responsable d'un camp, etc.).
 - **Des sentiments d'humiliation**. Certaines victimes peuvent se sentir gênées, honteuses, déshonorées, souillées, coupables par rapport à leur propre

comportement (par exemple, de ne pas s'être défendue) ou par rapport à autrui (par exemple, d'avoir infligé le déshonneur à la famille) et donc refuser de parler de leurs difficultés.

□ **La minimisation du problème.**

- Un continuum de violence. Pour certaines femmes, les agressions sexuelles s'inscrivent dans un continuum de violence verbale, physique et psychologique. C'est notamment le cas lorsqu'elles subissent la violence au sein de leur foyer. Elles ne pensent pas à déclarer les rapports sexuels forcés car il leur est malaisé de les isoler des autres aspects de la violence qu'elles subissent.
- Un contexte de violence généralisée. Dans les contextes de guerre, une agression sexuelle peut n'être qu'une des violences vécues parmi d'autres tels que l'assassinat du mari, la disparition d'un enfant, la perte des biens, l'exode, etc.
- Une défense psychologique. Certaines femmes tentent de gérer l'impact de l'agression en minimisant la gravité de ses conséquences et se disent : « Ca va passer, je vais oublier ». Elles refusent donc d'évoquer les souvenirs douloureux et évitent tout ce qui leur rappelle l'agression.

□ **Les normes propres à une communauté.**

- La religion. Si elle condamne les relations sexuelles en dehors des liens du mariage, dussent-elles être contraintes, la religion de la victime représente un frein aux allégations d'agressions sexuelles.
- Les normes propres à la culture. Certaines normes culturelles, par exemple l'interdiction de se plaindre, de faire étalage de ses difficultés ou de parler de son intimité, peuvent également être un obstacle.

□ **Le manque d'accès aux soins.** La demande d'assistance est également réduite à cause :

- du manque d'information.

Des actes considérés comme des violences sexuelles par la communauté internationale peuvent ne pas l'être d'un point de vue culturel ou par manque d'information des victimes. Par exemple, les viols civils sont fréquents en milieu rural au Burundi mais ne sont pas toujours considérés comme tels. Si une femme pense qu'elle ne peut refuser une faveur sexuelle à un homme, elle n'aura pas conscience d'être violée si un voisin abuse d'elle. Dès lors, elle ne portera pas plainte car elle ne reconnaît pas certaines pratiques comme des agressions.

Dans d'autres cas, les victimes ignorent qu'elles peuvent recourir à une aide, notamment médicale (en fonction des pays, citons la prévention d'une grossesse non

désirée, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles¹, du SIDA² et de l'hépatite B, la prévention du tétanos et le traitement des lésions).

- du manque de structures aptes à répondre aux besoins des femmes violentées. Dans de nombreux pays, ces structures sont inexistantes, inappropriées ou insuffisantes.
- des difficultés d'accès aux services ad hoc.

Les services sont parfois éloignés du lieu de résidence des victimes. Dans certaines régions enclavées, les centres de santé se trouvent à plusieurs jours de marche.

Dans les contextes de conflit, l'insécurité rend les déplacements dangereux.

- de difficultés économiques.

Les pauvres et les indigentes ne peuvent s'acquitter des sommes demandées pour les soins, les médicaments et/ou les transports.

Certaines épouses préfèrent s'abstenir d'engager des dépenses qu'elles auront à justifier auprès de leur époux. Craignant d'être rejetées par leur mari, elles évitent de leur révéler l'agression si la situation le permet.

- du manque de confiance de la population dans les structures existantes.
 - du sexe du personnel médical. Dans certains pays, en raison de l'accès réservé aux études, la majorité des personnes qualifiées et diplômées sont de sexe masculin. Or, les victimes peuvent craindre les hommes ou être gênées de leur dévoiler leur intimité.
 - du manque de confidentialité. Dans les pays où les victimes courent le risque d'être stigmatisées, elles répugnent à visiter le centre médical de leur région car elles craignent que le personnel médical ne déroge au secret professionnel (surtout en zone rurale où tous se connaissent) ou redoutent d'être vues par des personnes du voisinage. Consulter un centre éloigné du domicile est généralement difficile, la femme ne pouvant s'absenter du foyer sans devoir justifier une absence de longue durée (l'aller-retour au centre de santé du district voisin peut prendre la journée entière, voire davantage). Or, nous l'avons vu, elles souhaitent le plus souvent que leur mari ignore l'agression.
- Dans le cas des violences domestiques, les femmes appréhendent les conséquences qu'une telle déclaration risque d'entraîner.
- En cas de rupture, elles peuvent craindre, par exemple, que leur mari ne les prive de leurs enfants ou de son soutien économique.
 - Dans de nombreuses sociétés, la femme seule, privée de protection et de soutien financier, court davantage de risques d'agression et d'exploitation. Dans les camps de réfugiés, par exemple, les cartes donnant accès à la distribution de nourriture

¹ Principalement la gonorrhée, le chlamydiae et la syphilis.

² Dans certains pays, le kit PEP (Post-Exposure Prophylaxis, chimioprophylaxie pour le HIV composé d'anti-rétroviraux) est disponible.

ne sont parfois délivrées qu'aux hommes. Dans certains contextes, certaines femmes sont donc plus en sécurité en couple que séparées et ce, malgré les violences domestiques qu'elles endurent.

- Dans les cultures d'honneur, elles peuvent subir des pressions importantes de la part de leur famille et de leur communauté qui réproouve le divorce.
- Elles peuvent aussi redouter les menaces et les représailles de leur partenaire.
- Souvent aussi, elles espèrent qu'avec le temps, la violence va cesser.

Du côté des intervenants potentiels

La violence sexuelle est un sujet provoquant des réactions émotionnelles fortes. Dans de nombreux pays, le personnel médical, notamment celui opérant en milieu hospitalier, peut se montrer réticent parce qu'il a peu d'expérience et ne s'estime pas compétent dans ce domaine. De plus, il est souvent débordé par la charge de travail qui lui incombe déjà et n'est pas prêt à libérer le temps nécessaire pour écouter les victimes de violences. En outre, les violences sexuelles ne sont généralement pas considérées comme une priorité pour leur service, surtout lorsque le dommage pour la victime est d'ordre psychologique et non physique. De plus, les intervenants sont souvent mal à l'aise et peuvent vouloir éviter de parler d'un sujet touchant au tabou de la sexualité. Ils peuvent également considérer que tout ce qui appartient aux relations intimes est d'ordre privé ou bien encore que les agressions à caractère sexuel sont inhérentes au contexte dans lequel ils vivent (contexte de guerre, camps de réfugiés, centre urbains surpeuplés à haut taux de criminalité, etc.).

Signes faisant suspecter une agression sexuelle

Si certaines personnes adressent une demande d'aide médicale en déclarant avoir été violées, la majorité consulte pour des motifs indirects sans révéler l'agression (par exemple, pour un test HIV, un test de grossesse en urgence, des douleurs pelviennes ou abdominales, etc.). Dans certains cas, les patientes ne sont même pas conscientes du fait que les symptômes qu'elles présentent sont liés aux violences subies. Néanmoins, les victimes manifestent généralement des troubles physiques, psychologiques et sociaux qui constituent, pour les professionnels avertis, des signes d'appel permettant de repérer l'agression sexuelle. Idéalement donc, les médecins, les infirmiers, les agents de santé et les accoucheuses devraient être formés pour être à même d'identifier les personnes ayant subi des violences sexuelles, de conduire l'examen médical initial et le follow-up, de les accueillir dans les meilleures conditions et de leur offrir un soutien psychologique dans le cadre de leurs activités spécifiques, de faire les références adéquates (médicales, psychologiques, sociales et juridiques) et d'établir la collecte des données.

Dans ce chapitre, nous allons aborder les différents signes devant faire suspecter une agression à caractère sexuel.

Les indices relevant de la santé

Les signes fortement suspects

Les plaies (contusions, brûlures, ecchymoses, hématomes, griffures, morsures, lacérations, alopecie¹), les fractures, les luxations (torsions, élongations, broiements des articulations), les lésions internes (viscérales² et thoraciques³) et une surdité⁴ doivent toujours attirer l'attention des soignants. Elles peuvent résulter de l'agression elle-même (intromission du pénis ou d'objets dans la bouche, le vagin ou l'anus, contention forcée, lutte, chute lors de la fuite, gifles, coups de poing ou de pied, etc.) ou de violences exercées postérieurement par la famille.

¹ Par arrachement brutal des cheveux

² Le plus souvent intra-abdominales (lésions du foie, de la rate, du mésentère, du rein ou du rectum), elles peuvent évoluer à bas bruit et se révéler brutalement au bout de plusieurs jours par un état de choc ou une symptomatologie abdominale aiguë.

³ Les hémithorax et les pneumothorax sont en général consécutifs à des fractures des côtes.

⁴ Provoquée par une gifle ou des coups sur l'oreille.

Des lésions traumatiques au niveau génital, périnéal et anal, des saignements vaginaux et rectaux ainsi que des infections génito-urinaires ou sexuellement transmissibles témoignent probablement d'une agression sexuelle. Les traces de strangulation, les hématomes, les fractures et les luxations (en particulier aux bras et aux jambes aux endroits où la victime a été maintenue) sont des indices probants de violence.

Chez la femme enceinte, une hémorragie avant l'accouchement, une rupture utérine, un décollement rétro-placentaire ou une fausse-couche peuvent être la conséquence d'actes violents. La demande d'avortement ainsi que les complications consécutives à une tentative d'interruption volontaire de grossesse (hémorragie, infections) doivent également alerter le personnel médical.

L'origine violente des symptômes est renforcée lorsque la patiente :

- refuse de révéler la cause du traumatisme physique ou de l'infection sexuellement transmissible.
- donne des explications vagues, confuses, embrouillées et changeantes quant à l'étiologie de ses symptômes.
- fournit des explications qui ne peuvent objectivement correspondre à la cause des symptômes.
- prétend qu'elle s'est occasionnée accidentellement ou infligée intentionnellement (automutilation) les lésions.
- n'a pas mentionné de lésions traumatiques durant l'entretien, celles-ci étant découvertes inopinément lors d'un examen clinique banal ou à l'occasion d'une plainte sans rapport avec elles. La présence de cicatrices doit également attirer l'attention des soignants.
- consulte tardivement malgré la gravité évidente des lésions ou est hospitalisée précipitamment. Le délai important entre le moment où les blessures ont été infligées et la consultation est généralement justifié par la crainte de la réaction de l'entourage, de la stigmatisation, de la honte ainsi que par la méconnaissance des aides existantes. Certains viols ne sont ainsi découverts qu'à l'occasion de complications de nature infectieuse, chirurgicale et hémorragique pour lesquelles les victimes recherchent de l'aide en dernière extrémité. Le retard pris pour faire appel au médecin peut également découler d'une interdiction d'un tiers (par exemple, le mari en cas de violence conjugale) de consulter ou de suivre une thérapie prescrite.

Les signes non spécifiques

Souvent les signes physiques ne sont pas aussi nets, aussi graves ou aussi caractéristiques que ceux décrits ci-dessus. La plupart d'entre eux sont en effet non spécifiques. Même lorsque l'on procède à l'examen médical immédiatement après le viol, des dommages corporels sont détectés dans moins de 50% des cas. Il est rare de trouver des complications physiques ou des

preuves légales plus d'une semaine après l'agression. Les ecchymoses et les hématomes disparaissent endéans les 3 semaines. Or, rappelons-nous, d'après Human Rights Watch, les femmes consultent en moyenne 5 mois après l'agression.

Les intervenants doivent repérer les divers signes d'appel, les interpréter en fonction les uns des autres et tenir compte de leur accumulation. Plus ils sont nombreux, plus le diagnostic de violence sexuelle est probable et plus celle-ci est potentiellement grave et chronique.

Voici différents indices pouvant faire suspecter une agression sexuelle :

- la patiente consulte de manière répétitive pour des troubles et des plaintes génito-urinaire : douleurs pelviennes, dysurie, infections, dyspareunie, troubles du désir, etc.
- elle sollicite fréquemment les soignants pour des plaintes vagues ou des troubles somatiques chroniques sans origine physique manifeste : des céphalées, des troubles du sommeil, des douleurs chroniques (anales, abdominales, dorsales), des difficultés respiratoires, de la fatigue, etc.
- elle consulte successivement plusieurs médecins pour la prise en charge de traumatismes physiques ou de troubles gynécologiques.
- elle manifeste une préoccupation particulière concernant l'hygiène (elle se lave compulsivement, elle se plaint d'un accès insuffisant à l'eau, etc.).
- elle exprime des craintes de dommage corporel.
- elle vit mal sa grossesse.
- elle attribue ses difficultés à tomber enceinte aux conséquences d'un traumatisme ou d'une infection.
- un de ses enfants présente une malnutrition, un retard staturo-pondéral, des signes de négligence ou de maltraitance, etc. alors que le reste de la fratrie est en bonne santé. Un enfant est parfois gravement négligé, voire maltraité, parce qu'il est le fruit d'un viol (même lorsque la femme et/ou le couple et/ou la famille a/ont fait le choix de le garder).

Le indices psychosociaux

Attitude vis-à-vis des soignants

Certaines victimes manifestent de la gêne, de l'embarras et de l'inquiétude dans leur relation avec les soignants. Leur regard est fuyant, elles sont sur le qui-vive, pleurent, esquissent un mouvement de protection à l'approche de l'examineur ou refusent catégoriquement d'être touchées physiquement. Ces attitudes peuvent résulter d'une situation de violence.

Humeur et comportement

Si elles consultent peu après l'agression, les femmes peuvent être en état de choc, être désorientées et confuses ou donner l'impression de fonctionner au ralenti (gestes rares et lents, élocution lente, etc.).

Elles manifestent souvent des troubles anxieux et dépressifs : attaques de panique, conduites d'évitement, tristesse, automutilations, inclination au suicide, réaction de sursaut exagérée, troubles du sommeil (insomnie, cauchemars), perte d'appétit, trouble de la mémoire et de la concentration, mutisme, abus de substances psychotropes (alcool, tranquillisants, somnifères, antidépresseurs), etc.

Le discours

Les propos des patientes doivent faire l'objet d'une attention particulière. Ils peuvent recéler des indices évocateurs d'une agression sexuelle. Par exemple :

- ❑ Les victimes peuvent évoquer un contact sexuel d'une façon particulière. Les intervenants confrontés à des patientes d'une culture différente de la leur (un soignant expatrié en mission humanitaire ou une victime d'origine étrangère) doivent se renseigner sur la manière culturelle de parler des violences sexuelles. Par exemple, au Tchad, les gens utilisent la métaphore du criquet migrateur¹ ; au Congo, la position sexuelle peut notifier l'agression.
- ❑ Elles expriment intensément des sentiments de culpabilité, de honte ou de souillure.
- ❑ Elles tiennent parfois des propos dévalorisants ou condamnationnaires vis-à-vis d'elles-mêmes ou rapportent que de tels propos sont tenus à leur égard. Ainsi, une agression sexuelle doit être suspectée lorsqu'une personne se dit/est dite maudite, possédée par le diable ou les esprits ou qu'elle se condamne/qu'on la condamne pour avoir transgressé un tabou ou la règle des ancêtres. Rares sont les pays où les populations s'expriment de façon directe à propos de la sexualité et à fortiori des violences sexuelles. Généralement, des éléments culturels empruntant aux coutumes, au religieux et au système de valeur servent de vecteur pour parler des agressions à caractère sexuel.
- ❑ Elles formulent des idées d'expiation ou parlent des rituels conjuratoires compulsifs auxquels elles s'adonnent (par exemple, séances interminables de prière).
- ❑ Elles se plaignent d'être l'objet de mesures spécifiques de la part de leur famille ou de leur communauté. Par exemple, dans certains pays, les femmes violées ne peuvent plus accomplir certaines tâches traditionnelles, par exemple préparer le repas, parce qu'elles sont considérées comme souillées.
- ❑ Elles laissent entendre qu'elles s'isolent (repli sur soi, retrait émotionnel, intellectuel, affectif ou social).

¹ Le criquet migrateur fait des dégâts puis s'en va. Exemple rapporté par Françoise Duroch.

- Elles envisagent de déménager, de partir loin, de tout quitter sans avoir formé de projets pour leur futur.

Savoir questionner au sujet des violences sexuelles

Pour créer un climat de confiance, les soignants doivent interroger la patiente à partir du motif de consultation ou des symptômes qui font suspecter la situation de violence. Il n'est pas dans les attributions de tous les intervenants de rechercher le pourquoi des violences, au demeurant inacceptables, mais tous doivent en revanche garantir à la victime une écoute attentive et dépourvue de jugement.

Dans les contextes où les viols sont fréquents, les soignants peuvent, dans le cadre de l'anamnèse, demander aux personnes qui consultent si elles ont subi des violences sexuelles :

- *« Du fait que la violence sexuelle est un phénomène très répandu, j'interroge maintenant toutes les femmes que je vois. Avez-vous, vous aussi, subi ce genre de violence ? »*
- *« Les femmes qui présentent une blessure comme la vôtre me disent souvent qu'elles ont été frappées. Cela vous est-il arrivé à vous aussi ? »*
- *« Ce que je constate me fait penser que quelqu'un s'est mal conduit avec vous, que quelqu'un vous a fait souffrir ».*

Des questions moins directes peuvent également permettre aux victimes d'aborder le viol qu'elles ont subi, par exemple :

- *« Connaissez-vous votre partenaire ? »*

Dans le cas de réfugiés ou de déplacés, les circonstances de la fuite, de l'exode et/ou des conditions de vie dans le camp peuvent donner des indications sur le risque qu'ont pu courir les personnes d'être victimes de violence sexuelle. Les intervenants doivent se renseigner sur ces circonstances afin de repérer les situations où des viols ont pu être ou peuvent être commis.

Bibliographie

- Ahoua L., Duroch F. (2005), "High mortality in an internally displaced population in Ituri, Democratic Republic of Congo, 2005 : results of a rapid assessment under difficult conditions", *Global public health*.
- American Psychiatric Association (1994), "DSM IV" (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), Washington D.C. American Psychiatric Press
- Audet J., Katz J.-F. (1999), « Précis de victimologie générale », Paris, DUNOD.
- Avega « Agahozo » (1999), « Etude sur les violences faites aux femmes », Kigali, document de l'association.
- Baubet T., Le Roch K., Bitar D., Moro M.R. (2003), « Soigner malgré tout », Tome 1 « Trauma, cultures et soins », France, Bibliothèque de l'Autre, Collection « Pratiques de la psychiatrie en situation humanitaire », La pensée Sauvage.
- Burgess A.W., Holmstrom L.L. (1974), « Victims of crisis », Robert J. Brady Co, Maryland
- CICR (2002), « Les femmes face à la guerre », Division de la doctrine et de la coopération au sein du Mouvement, Genève
- d'Oliveira P. L. A., Diniz G. S., Schraiber B. L. (2002), "Violence against women in health-care institutions: an emerging problem", *The Lancet*, vol. 359, May 11.
- Duroch F. (2002), « Recommandations pour l'ouverture d'un programme médical de prise en charge des victimes de viol : camps de réfugiés », MSF-Belgique
- Duroch F. (2002), « Etayage théorique et positionnement opérationnel : le viol », MSF-Belgique
- Duroch F. (2005), « Les femmes : population en danger, population vulnérable... », <http://1libertaire.free.fr/Femmesendanger.html>
- Duroch F. (2005), "Seeing through the obstacles to the victims: MSF's medical responsibility to victims of sexual violence", *Rapport international d'activités, Médecins Sans Frontières, Genève*, http://www.msf.org/msfinternational/invoke.cfm?objectid=F75DE379-E018-0C72-09F9D0A22E095BE0&component=toolkit.article&method=full_html
- Duroch, ss la dir. De Dachy E., (2004), « Le viol, l'humanitaire en désarroi », *Les Temps Modernes*, Gallimard.
- Duroch et all (2002), « Les femmes congolaises utilisées comme armes d'une guerre contre l'humanité » in « Silence on meurt », *Médecins Sans Frontières, L'Harmattan*.

International Rescue Committee, “Understanding and Responding to War Related Sexual Violence”.

IRIN, Documentaire-Vidéo, « Nos corps leurs champs de bataille », RDC et Libéria

Josse E. (2004), “Le traumatisme psychique. Théorie », Médecins Sans Frontières-Belgique, document interne.

Lopez G., Sabouraud-Seguín A. (1998), « Psychothérapie des victimes », Paris, DUNOD.

Morbois C., Casalis M-F. (1986), « Recevoir des femmes confrontées à a violence sexiste », Lutter contre les violences sexistes en Ile-de-France ».

OMS (1997), « La violence contre les femmes », Santé de la famille et Santé reproductive, Genève.

OMS (1999), « Introduction aux techniques de counselling dans la prise en charge des victimes de violence. Module B »,

http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_PVI_99.7_a2_fre.pdf

OMS (2002), “Rapport mondial sur la violence et la santé”, chapitre 6 “La violence sexuelle”, sous la dir. de Krug E. G., Dahlberg L.L., Zwi A., Lozano-Ascencio R., Genève.

Osario M. (2002), « Sexual and gender based violence workshop. Training manual”, MSF, Document interne, MSF-Belgium Sierra Leone.

Régie Régionale de la Santé et des Services sociaux (2003), « Document de formation sur l’intervention psychosociale auprès des victimes d’agression sexuelle ».

Roisin J. (2003), « Victimes d’agression sexuelle. Les ressources thérapeutiques des groupes de parole », La revue « Stress et Trauma », 3 (3) :163-175.

Sironi F. (1999), « Bourreaux et victimes. Psychologie de la torture », Paris, Editions Odile Jacob.

Swan M. A. (2004), « Mental health and psychosocial care for victims of sexual violence », Médecins Sans Frontières – Hollande.

UNHCR (1994), « Refugee Children : Guidelines on Protection and Care », Geneva.

UNHCR (1997), “How to guide. Reproductive health in refugee situation. A community-based response on sexual violence against women”. Crisis intervention teams, Tanzania

UNHCR (1995), “Sexual Violence against Refugees. Guidelines on Prevention and Response”, Geneva.

UNHCR (2001), « Prevention and Response to Sexual and Gender-Based Violence in Refugee Situations”, Geneva.

UNHCR (2003), “Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons”, Geneva.

WHO (1996), “Mental health of refugees”, Geneva.