



Dr Raphaël Pitti au forum Stand Speak Rise Up! en 2019

Prise en charge médicale des victimes de violences sexuelles

DR RAPHAËL PITTI

ANESTHÉSISTE, RÉANIMATEUR, MÉDECIN HUMANITAIRE ET MEMBRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE STAND SPEAK RISE UP!

Une expérience de terrain

Une longue carrière militaire en tant qu'anesthésiste – réanimateur et professeur en médecine d'urgence et de catastrophe m'a conduit sur le terrain de nombreuses zones de conflit dans le monde (Irak, ex-Yougoslavie, Liban, etc.). Cette expertise en médecine de guerre s'est prolongée dans la pratique d'une médecine humanitaire : depuis la défense des infirmières bulgares ayant subi des violences dans les prisons libyennes, à l'accueil des réfugiés à Lampedusa où nombreuses étaient les femmes violées durant leur périple, pour prendre en 2012 la responsabilité de la formation des personnels soignants en Syrie avec l'ONG UOSSM (Union des Organisations de Secours et Soins Médicaux). Trente-quatre voyages en Syrie m'ont ainsi rendu témoin de la violence extrême contre les populations civiles : napalm, phosphore, arme chimique, ... et les viols.

Les pratiques de viol en zone de conflit

Le viol peut revêtir plusieurs facettes. Le premier serait de trouver en cet acte la satisfaction et le plaisir immédiats. La femme devient un pur objet sexuel servant à assouvir des pulsions. C'est ce que vivent les femmes dans les prisons libyennes, violées tous les soirs dans leurs geôles.

Le viol est également un acte commis pour marquer la domination du vainqueur qui applique la loi du plus fort sur le plus vulnérable. Le viol devient un outil pour humilier, détruire et prendre le pouvoir. Pour l'agresseur, il est, à la fois, une forme de réponse à l'angoisse de mort qu'il peut ressentir et la transposition de l'instinct prédateur : je tue, je brûle, je dévaste. Il peut représenter une forme de butin de guerre.

Le viol correspond aussi à une volonté de terroriser au-delà de la victime : femme violée devant son mari, père contraint de regarder son enfant être abusé ou forcé lui-même de violer sa fille ou son fils.

Le viol peut être utilisé dans le but de détruire un groupe social, à des fins de nettoyage ethnique. **Il engendre pour la femme violée, la perte de sa place au sein du groupe auquel elle appartenait ainsi que le rejet des enfants issus de ces viols.**

C'est ce que vivent les Rohingyas au Myanmar ainsi que certaines populations discriminées dans les pays émergents (Inde, pays subsahariens). **Dans ce cas de figure, la prise en charge doit être envisagée de manière globale : au-delà de la prise en charge médicale et psychologique, il s'agit d'organiser une réponse immédiate aux besoins de base** (hygiène, alimentation, etc.) puis, au long cours, d'offrir les moyens d'une autonomie économique.

Enfin, le viol peut également être une arme de répression, une arme de guerre utilisée en tant que telle. Un mois après l'invasion russe en Ukraine, des plaintes pour viol par l'assaillant russes étaient enregistrées

« *Des filières et des protocoles doivent être mis en place* »

Fanny Benedetti, directrice exécutive d'ONU Femmes France a fait part de ce constat : « *On ne sait pas s'il y a une stratégie de guerre derrière les viols. On ne connaît ni l'ampleur du phénomène, ni la responsabilité du commandement. On ne sait pas si les viols sont impulsés ou s'ils font partis de la culture de l'armée russe* ».

Nous savons par la présence russe dans d'autres conflits comme en Tchétchénie, en Syrie ou en Crimée, que l'armée et les forces de sécurité russes font preuves de cruauté, de violence envers les populations civiles. Les violences sexuelles peuvent être commises contre des femmes, mais également des hommes, des enfants et des personnes âgées.

La guerre, qui porte en elle un risque de mort de tous les instants, est un facteur de stress très important pour tous ceux qui en sont impactés sans pouvoir s'enfuir. La stratégie de siège développée par les russes en Tchétchénie, en Syrie et en Ukraine (Marioupol) vise à encercler une ville, à l'assiéger en coupant l'eau, l'électricité, l'énergie, le ravitaillement alimentaire. La population est ensuite terrorisée par des bombardements incessants occasionnant la destruction de lieux de vie (marché, gare, école) et des structures sanitaires (hôpitaux). Les populations civiles sont prises au piège et vivent terrées dans des caves et des abris, au rythme des tirs et des bombardements, dans un dénuement complet. Viennent se surajouter les cris des victimes, les pleurs

des familles en souffrance, la vision des cadavres lors des explosions, des effondrements d'immeubles, des incendies.

Dans ce contexte, personne ne peut se sentir épargné. Et quand enfin une trêve est obtenue, permettant l'évacuation des populations civiles, le risque au niveau des check points est d'être pillé, humilié, violé voire tué. Le viol est le paroxysme d'un traumatisme psychologique extrêmement intense et prolongé. C'est à juste titre qu'on dénomme ces personnes « survivantes ». Dans ces circonstances extrêmes et dans un état de panique total, ne percevant aucune issue, elles peuvent se donner la mort, à l'exemple de deux infirmières syriennes, poursuivie par une milice iranienne à l'intérieur de l'hôpital, qui ont préféré se défenestrer plutôt que d'être violées.

Le risque de mort imminente, vécu comme une épée de Damoclès, est démultiplié du fait du contexte de guerre et de viol. **Le psycho-traumatisme chez une victime en tant de guerre est plus intense que dans une société stable car toute capacité à réagir est annihilée face à l'agresseur tout puissant.**

Observations cliniques

Les victimes peuvent présenter des lésions secondaires au viol (déchirure vaginale, périnéale, anale, fistules vésico-anales ou vésico-vaginales, tableaux hémorragiques du fait de viol avec objets contendants). Aux viols peuvent s'ajouter des traumatismes physiques de toute nature pour bloquer toute capacité de résistance : traumatisme crânien, fracture mandibulaire, coups au visage, brûlures et blessures diverses. Mais cette intrusion traumatique par effraction du corps génère, le plus souvent, un raptus avec perte de connaissance pour tenter d'échapper à cette cruelle réalité.

Les troubles psycho-traumatiques sont des conséquences normales et universelles des violences. Ils s'expliquent par la mise en place de mécanismes neurobiologiques et psychiques de survie face à un stress extrême. Ce dernier est à l'origine d'une mémoire traumatique (Mc Farlane, 2010). Les atteintes spécifiques sont psychologiques mais également neurologiques, atteignant de manière importante les circuits émotionnels et la mémoire. Ces lésions sont, aujourd'hui, mises en évidence par IRM. Tout récemment, des altérations épigénétiques ont été mises en évidence chez des victimes de violences sexuelles -surtout commises dans l'enfance- avec modification d'un gène impliqué dans le contrôle de la réponse au stress et de la sécrétion des hormones du stress. Ces altérations peuvent être transmises aux générations suivantes (Perroud, 2011).

Différents mécanismes psychologiques de défense peuvent se mettre en place comme un phénomène de dissociation qui touche plus de 80% des victimes, la dépression, le

stress, l'anxiété permanente, le déni, autant de symptômes qui peuvent conduire à des conduites addictives : alcool, tabac, drogue, sédatifs. **Cela génère chez les victimes un sentiment de mort psychique.** « Elles se perçoivent comme des mortes vivantes réduites à des objets et leur vie devient un enfer » (Dre M. Salmona, 2013).

Identifier, soigner, orienter

Un diagnostic rapide est nécessaire du fait du risque de chronicité du traumatisme psychique et des lésions cérébrales neurobiologiques qui peuvent apparaître. Pour tenter de prévenir ces complications, **il s'avère nécessaire de former tous les personnels médicaux impliqués dans la prise en charge de ces patients afin de les orienter le plus rapidement possible vers une structure spécialisée.**

Dans certaines zones de guerre, l'organisation d'un soutien sanitaire doit faire face à la gestion d'afflux massif de victimes. Dans cette situation, la priorité est toujours donnée à la prise en charge des lésions somatiques afin d'essayer de sauver le plus grand nombre possible de victimes, à condition de ne pas se retrouver dans une situation trop dégradée par manque de matériel et soignants. Ainsi, la prise en charge sur le plan psychologique devient secondaire.

Les victimes de viol peuvent entrer dans un processus de prise en charge par trois voies différentes : celui des urgences traumatiques, celui de la consultation médicale d'un dispensaire ou directement par la structure de prise en charge psychologique.

Ainsi, au niveau des urgences traumatiques, toute personne présentant des lésions somatiques avérées (exemple : lésions périnéales, vaginales et anales) doit faire évoquer immédiatement un viol. La victime identifiée sera prise en charge, tout d'abord, sur le plan lésionnel et ensuite orientée vers la prise en charge psychologique composée de professionnels formés (psychologues, psychiatres).

D'autres victimes peuvent se présenter au niveau d'un dispensaire avec consultations médicales pour une symptomatologie de type : anxiété permanente, maux de tête, maux de ventre, troubles digestifs, troubles du sommeil, douleurs thoraciques, troubles alimentaires, troubles du langage... Après avoir éliminé toute cause organique, le professionnel de santé saura instaurer une atmosphère calme et sereine, propice à la confiance, dans une attitude d'écoute empathique. L'accent est mis lors de la formation des personnels soignants, sur le dépistage et l'orientation vers la cellule de prise en charge psychologique dédiée. A cette consultation peuvent se présenter de jeunes adolescentes accompagnées de leur mère pour arrêt des règles, grossesse avérée, ou syndrome dépressif, anorexie, boulimie, troubles du comportement...

Le recueil du témoignage afin de mesurer l'ampleur des crimes est complexe. **Un des principaux obstacles est le « retraumatisme » dû aux répétitions successives du récit de l'agression à différents interlocuteurs, d'où l'importance d'une prise en charge précoce par une cellule psychologique dédiée et formée.** En Ukraine, une cellule de 48 professionnels est présente en appui aux populations violentées.

Dans tous les cas, quel que soit le point d'entrée dans la filière de soins (urgences traumatiques, consultation au dispensaire ou directement par une cellule psychologique), les victimes doivent bénéficier d'un traitement rapide, dans les 72h vis-à-vis du VIH et dans les cinq jours pour toutes les autres MST et le traitement contraceptif.

Les victimes peuvent également être informées et orientées vers des structures de prise en charge psychologique par la diffusion de tracts résumant la conduite à tenir en cas de viol, l'affichage sur des panneaux aux postes frontières, dans les centres d'accueil de réfugiés, ainsi que la communication via internet et les réseaux sociaux. Des numéros d'appel d'ONG sont mis à disposition ainsi que le numéro des services de police pour assurer la sécurité des personnes qui se sentent en danger.

Avant tout début de procédure judiciaire, le consentement éclairé de la victime devra être recueilli. C'est pourquoi il paraît important que soient concentrées en un même lieu la prise en charge psychologique, sociale (hébergement, hygiène et aide financière) et la possibilité de débiter des démarches judiciaires.

Vivre et survivre au viol

Aujourd'hui, ces survivant.e.s ne doivent plus faire l'objet de discrimination ni rester invisibles. Bien au contraire, dans la même démarche que « Me too », **les femmes ayant fait l'objet de violences sexuelles doivent être encouragées et aidées à dénoncer leurs agresseurs coupables de crimes de guerre et de crimes contre l'humanité.**

Dans l'organisation sanitaire mise en place, un dispositif spécifique doit toujours être déployé sous forme de protocole diffusé à tous les niveaux de la chaîne de santé permettant d'identifier, de prendre en charge et de collationner tout acte de violence sexuelle. Comme nous l'avons évoqué précédemment, la formation des personnels soignants qui prendront en charge ces personnes, revêt un caractère primordial.

Depuis 2000, la condamnation des auteurs de ces actes était acquise. Une lueur d'espoir pointe en 2016, avec la condamnation de Jean-Pierre Bemba, condamné par la Cour Pénale Internationale (CPI), non pas en tant qu'auteur des actes mais en tant que commandant, ayant

la responsabilité des actes commis : « [...] *Le jugement est un message clair que l'impunité pour des violences sexuelles en tant qu'outil de guerre ne sera pas tolérée.* » (Samira Daoud, Amnesty International).