

Soigner les victimes de violences sexuelles, une organisation face à ses limites : le cas de Médecins Sans Frontières

Françoise Duroch et Catrin Schulte-Hillen *

Françoise Duroch est titulaire d'un master en histoire, en droit et en droits de l'homme et est docteur en sciences de l'éducation (université de Lyon 2). Elle était directrice de recherche au sein de l'unité de recherches sur les enjeux et pratiques humanitaires de MSF Suisse. Responsable du projet « Les soins de santé dans la ligne de mire » à MSF International au moment de la parution de cet article, elle est actuellement chargée de recherches à la Direction Générale de la section suisse de MSF. Elle travaille sur les questions de violences sexuelles depuis 2001.

Catrin Schulte-Hillen est sage-femme et titulaire d'un master en santé publique, d'une licence en épidémiologie appliquée et en statistiques, ainsi que d'un diplôme universitaire d'administration des affaires. Elle travaille pour MSF depuis 1989, où elle a occupé différents postes, à la fois sur le terrain et au siège. Depuis 2011, elle coordonne le groupe de travail de MSF sur la santé reproductive et les soins aux victimes de violences sexuelles.

Résumé

Au cours de la décennie écoulée, Médecins Sans Frontières (MSF) a dispensé des soins médicaux à près de 118 000 victimes de violences sexuelles. Il s'est avéré complexe, en raison de divergences internes, d'intégrer les soins à ces victimes dans l'aide médicale générale offerte par MSF aux populations affectées par des crises et des conflits, et ceci demeure encore un enjeu majeur. En effet, des débats demeurent à propos du rôle de MSF dans les soins apportés aux victimes de violences sexuelles, au regard

* Nous remercions le Docteur Joanne Liu (présidente de MSF International), le Docteur Jean-Clément Cabrol (MSF Suisse), le Docteur Bertrand Draguez (MSF Belgique), Emmanuel Tronc (MSF International), Maude Montani (MSF Suisse), Julie Habran (MSF Suisse), le Docteur Jean-Hervé Bradol (MSF France), Sara Chare (MSF International), Alexandra Malm (MSF International), Robert Bartram (MSF International), Wynne Russell (Athena Consortium), Ana Maria Tijerino (MSF Suisse), Michèle Ould (MSF International) et le Docteur Thomas Nierle (président de MSF Suisse).

des multiples défis inhérents à de tels actes. Un aperçu de l'expérience de MSF et de ses analyses sur ce sujet vise d'une part à partager avec le lecteur la complexité de ces questions et, d'autre part, à souligner la nécessité de continuer à lutter pour fournir des soins de santé appropriés aux victimes de violences sexuelles, ce qui, en dépit des difficultés, demeure indispensable.

Mots clés : violences sexuelles, viol, victime, soins médicaux, MSF, grossesse non désirée, soins aux victimes de violences sexuelles, enfants nés d'un viol, certificats médicaux.



Les violences sexuelles sont des actes commis dans toutes les sociétés, dans tous les contextes, et ce depuis toujours. La déstabilisation des sociétés résulte souvent d'une escalade des violences, y compris des violences sexuelles. Ce sont ces contextes dans lesquels MSF travaille principalement, en portant secours aux personnes affectées par une crise ou un conflit. Les violences sexuelles sont des phénomènes particulièrement complexes, susceptibles d'exclure les victimes et leurs conséquences sont durables : il est donc indispensable de prodiguer des soins aux victimes et tous les programmes de MSF devraient intégrer une telle assistance. Cependant, les difficultés sont multiples et certains éléments doivent être intégrés aux activités de santé : les aspects juridiques, la confidentialité, la protection, la lutte contre la stigmatisation l'accès aux soins et enfin l'acceptation par la population de ce type d'aide.

Le présent article présente une analyse de l'engagement de Médecins Sans Frontières (MSF) auprès des victimes de violences sexuelles que l'Organisation assiste dans de nombreux contextes depuis 1999. Il convient de noter que les modalités stratégiques et organisationnelles de ce type d'aide sont variables et fortement dépendantes du lieu et du contexte. MSF agit principalement dans le domaine des soins médicaux aux personnes ayant subi des violences sexuelles, la plupart d'entre elles ayant été victimes de viols¹. Les soins consistent essentiellement à soigner les blessures, à prévenir les infections sexuellement transmissibles (IST), notamment le VIH par prophylaxie post-exposition (PPE), à prévenir et traiter les grossesses non désirées, à vacciner les patients contre le tétanos et l'hépatite B, à assurer un soutien psychologique et à fournir des certificats médico-légaux.

Au cours de la décennie écoulée, MSF a fourni des soins médicaux à près de 118 000 victimes de violences sexuelles dans plus de soixante pays². Les dix pays qui

- 1 Aux fins du présent article, nous entendons par violences sexuelles « Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime », selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Voir OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002, p. 165. En outre, nous entendons par viol tout acte obligeant une personne à engager une relation sexuelle contre sa volonté, par l'utilisation de la force, de la violence ou toute autre forme de contrainte. Le viol est considéré comme un crime dans les législations pénales de la plupart des pays. Voir Françoise Bouchet-Saulnier, *Dictionnaire pratique du droit humanitaire*, dernière édition, La découverte, novembre 2013, p. 815.
- 2 L'analyse des rapports et des sites Internet des différents acteurs humanitaires, bien que témoignant de leur implication dans le domaine des violences sexuelles, ne fournit pas de précisions sur les soins de santé. Il est donc difficile de les comparer. L'International Rescue Committee indique, dans son rapport

comptent le plus grand nombre de personnes prises en charge sur cette période sont la République démocratique du Congo (RDC), le Libéria, le Burundi, le Zimbabwe, le Kenya, le Guatemala, le Nigeria, Haïti, l'Afrique du Sud et la Papouasie Nouvelle-Guinée, lesquelles représentent 90 % des victimes de violences sexuelles qui ont été assistées par MSF³.

La première partie du présent article est consacrée à l'examen des principaux événements et circonstances qui ont conduit l'Organisation à développer des soins médicaux spécifiques pour les victimes de violences sexuelles. La deuxième partie offre un aperçu de l'assistance fournie au cours de la décennie écoulée. La troisième partie montre les difficultés que rencontre MSF dans la mise en œuvre de cette assistance et analyse les limites de son action, afin de mettre en lumière la complexité de la question des violences sexuelles comme élément à part entière de la réponse humanitaire dans les contextes de conflit armé et de crises.

Évolution de la réponse de MSF aux victimes de violences sexuelles depuis sa création

Pendant les années qui ont suivi sa création en 1971, MSF a apporté une réponse limitée aux victimes de viols, jusqu'à ce que la nécessité de soins médicaux spécifiques devienne incontournable. Le premier programme de soins spécifiquement destinés aux victimes de violences sexuelles a été mis en place en République du Congo (RC) en 1999⁴. D'anciens membres de la direction de MSF⁵ dans les années 1970 et 1980 soulignent que si cette question était depuis longtemps à l'ordre du jour, elle n'avait pas donné lieu à une action particulière car elle était considérée comme relevant davantage des droits de l'homme que de l'intervention médicale d'urgence.

Plusieurs événements ont permis à MSF de prendre conscience de l'ampleur du problème des violences sexuelles et de leurs conséquences humaines et médicales⁶. Dans les années 1990⁷, les conflits en Bosnie et au Rwanda, au cours desquels MSF a développé des programmes de grande envergure, ont malheureusement été marqués par la commission de violences sexuelles à grande échelle qui ont terrorisé la population. Ces deux conflits ont fait l'objet d'une importante couverture médiatique au niveau international et la violence perpétrée à l'encontre des populations a conduit

de 2013, avoir « conseillé et fourni les services de base à plus de 27 000 survivants de violences basées sur le genre [traduction CICR] ».

- 3 MSF, Données typologiques internationales, document interne de MSF. Les chiffres annuels pour 2005-2006 figurent dans les rapports internationaux d'activités de MSF, disponibles à l'adresse suivante : <http://www.msf.org/en/international-activity-report-20052006> (toutes les références sur Internet ont été consultées en avril 2017).
- 4 Marc Le Pape et Pierre Salignon (sous la direction de), *Une guerre contre les civils : réflexions sur les pratiques humanitaires au Congo Brazzaville (1998-2000)*, Khartala, Paris, 2003, p. 109.
- 5 Conversations personnelles avec d'anciens membres du conseil d'administration de MSF France, 2008.
- 6 Françoise Duroch et Sophie Marchand, *Forgotten Crimes: Sexual Violence in the Context of Armed Conflict*, MSF, État d'urgence Production, 2006, consultable à l'adresse suivante : http://www.dailymotion.com/video/xrn91h_forgotten-crimes-sexual-violence-in-the-context-of-armed-conflict_news.
- 7 Claire Fourçans, « De la répression par les juridictions internationales des violences sexuelles pendant les conflits armés : rappels de quelques exemples récents », *Science and Video*, n° 2, 2010, p. 155 et 156.

à la création de deux tribunaux *ad hoc* et, en particulier, à l'inculpation de Jean-Paul Akayesu pour son rôle dans le génocide rwandais⁸. L'Organisation a été profondément marquée par l'ampleur des souffrances humaines résultant de tels niveaux de violences, mais il a néanmoins fallu d'autres événements pour que MSF élabore une réponse médicale systématique pour les victimes de violences sexuelles. La prise de conscience des aspects politiques de ces actes dans ces deux contextes ainsi que l'instrumentalisation de l'usage du viol par les parties au conflit ont contribué à la prudence initiale de l'Organisation dans sa réponse aux besoins médicaux engendrés par les violences sexuelles⁹.

Par ailleurs, la menace de l'épidémie du sida¹⁰ et la découverte de la prophylaxie post-exposition (PPE) en 1997, qui ont permis de réduire les conséquences médicales d'une infection par le VIH des victimes de viol, furent essentielles à MSF, dans le démarrage d'une activité médicale adaptée aux violences sexuelles¹¹. La PPE constituait un traitement présentant une véritable valeur ajoutée pour le patient et elle allait permettre à MSF de travailler dans le cadre établi des soins de santé prodigués au sein d'une relation « patient et thérapeute »¹².

Enfin, le scandale dit de la « Mano River » (Libéria, Guinée et Sierra Léone) en 2002¹³, a suscité d'autres problématiques liées aux violences sexuelles et notamment le fait que les acteurs de l'aide pouvaient être parties prenantes dans l'exploitation sexuelle des populations réfugiées. Ainsi, dans un rapport du Comité permanent interorganisations¹⁴, il a été souligné que « les causes profondes de l'exploitation et de

8 L'affaire *Akayesu*, dans laquelle le TPIR a reconnu Jean-Paul Akayesu coupable de crimes contre l'humanité pour viols, entre autres crimes, a été la première décision judiciaire internationale à définir le viol, créant ainsi un important précédent. Tribunal pénal international pour le Rwanda (TPIR), *Le Procureur contre Jean-Paul Akayesu*, affaire n° ICTR-96-4-T, jugement (Chambre de première instance I), 2 septembre 1998. Voir également Françoise Bouchet-Saulnier, *op. cit.* note 1, p. 819.

9 Jean-Hervé Bradol, ancien président de MSF France, se rappelle sa propre réaction lorsqu'au cours d'une discussion au sujet des camps de réfugiés burundais au Rwanda en 1993, un consultant de l'Office d'aide humanitaire de la Communauté européenne lui avait demandé : « Vous n'avez rien de prévu pour les femmes ? ». Il explique : « Sur le moment, la question m'avait mis mal à l'aise, à cause de la difficulté que nous avions à gérer les camps. Mais le consultant avait raison : dans ces camps, les femmes seules couraient de grands risques de se faire violer. Nous pouvions au minimum diffuser l'information que des contraceptifs existent. Une femme violée n'est pas en plus obligée de tomber enceinte ». Voir M. Le Pape et P. Salignon (sous la direction de), *op. cit.* note 4, p. 161.

10 Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR), *Violence sexuelle à l'encontre des réfugiés : Principes directeurs concernant la prévention et l'intervention*, 1995, p. 7. Une nouvelle version (2003) de ces principes directeurs est disponible à l'adresse suivante : <http://www.refworld.org/pdfid/41388ad04.pdf>.

11 François Bourdillon, *Compte rendu de mission Congo Brazzaville : prise en charge médicale des femmes ayant subi des violences sexuelles*, document interne de MSF, 2000.

12 Françoise Duroch, « Le viol, l'humanitaire en désarroi », *Revue Les Temps Modernes*, n° 627, 2004, p. 3.

13 Le scandale dit de la « Mano River » a éclaté en 2002 lorsque le HCR et Save the Children ont publié un rapport accusant des dizaines d'organisations non gouvernementales de conditionner leur aide à des faveurs sexuelles dans les camps de réfugiés de Guinée, de Sierra Leone et du Libéria. Voir Daphné Lagrou, *Sexual Violence Response in OCB-Projects: Recommendations and Analysis*, rapport interne de MSF, 2011, p. 23. Voir également « Note pour les partenaires d'exécution et opérationnels sur la violence et l'exploitation sexuelle : l'expérience des enfants réfugiés en Guinée, au Liberia et en Sierra Leone », émanant du HCR et de Save the Children U.K, février 2002, disponible en anglais seulement à l'adresse : www.unhcr.org/3c7cf89a4.html.

14 Comité permanent interorganisations, Rapport du Groupe de travail chargé de la prévention de l'exploitation et de la violence sexuelles dans les situations de crise humanitaire, juin 2002, p. 1.

la violence sexuelle sont enracinées dans le déséquilibre des rapports de force entre les sexes » et, bien que les conclusions du rapport aient été contestées¹⁵, l'idée que tous les acteurs humanitaires pouvaient potentiellement concourir à l'exploitation sexuelle de populations vulnérables a suscité un écho dans toute la sphère de l'aide humanitaire internationale. La plupart des programmes relatifs aux violences sexuelles ont ainsi commencé en 2003¹⁶.

Ce sont ces faits qui ont conduit MSF à initier une réflexion sur la nécessité d'organiser des soins spécifiques destinés aux victimes de violences sexuelles.

L'appel à l'action : la multiplication des viols et un scandale humanitaire

En République du Congo, en 1999, l'aide médicale apportée aux victimes de violences sexuelles a commencé à prendre forme. MSF a alors porté assistance aux populations déplacées qui fuyaient les combats de la région du Pool en direction de Brazzaville, en leur offrant une assistance médicale lors de leurs escales et jusqu'à leur arrivée dans la capitale. Outre les besoins évidents, induits par de hauts niveaux de malnutrition et de traumatismes, les récits des réfugiés décrivent le viol systématique des femmes et des enfants¹⁷. Les principaux efforts des soignants ont d'abord porté sur la prise en charge de la malnutrition. Ce n'est que dans un second temps que MSF a démarré une prise en charge médicale des victimes de viol. Certaines d'entre elles avaient déjà bénéficié d'une consultation spécialisée à l'hôpital de Makelekele ou à celui de Talangai, gérés par une organisation non gouvernementale, l'International Rescue Committee. Les soins étaient alors basiques, essentiellement des antibiotiques pour prévenir les infections. La prévention de l'infection par le VIH, la gestion des grossesses non désirées et le soutien psychologique ne faisaient alors pas partie du package global de soins. Cependant, avec les risques d'infection liés à la pandémie du VIH, les conséquences du viol pouvaient être mortelles. L'Organisation a alors mis en place un protocole de prévention du VIH (PEP). Les appels de MSF visant à faire bénéficier toutes les victimes de viol de la prophylaxie post-exposition se sont heurtés, pendant des mois, au refus du ministère de la Santé à Brazzaville. L'équipe de MSF a alors également dû affronter une forte résistance en son sein et chez d'autres acteurs humanitaires, qui quelquefois sous-estimaient la nécessité de développer une assistance spécifique, certains d'entre eux affirmant : « on ne meurt pas d'un viol [traduction CICR] »¹⁸. Le caractère déplacé de certaines de ces remarques marquèrent alors les esprits. À l'époque, les tensions et les désaccords internes autour de la nécessité de mettre en place une aide médicale spécifique et, en fin de compte, le nombre impressionnant de victimes, ont conduit à un accord en faveur d'une

15 Pierre Hazan, « L'ONU relativise les dérives de l'humanitaire », *Libération*, 25 octobre 2002.

16 D. Lagrou, *op. cit.* note 13, p. 7.

17 MSF, « MSF Top 10 Under-Reported Humanitarian Stories of 1999 », disponible à l'adresse : www.msf.org/article/msf-top-ten-under-reported-humanitarian-stories-1999. En République du Congo, le problème du viol était connu de la communauté depuis la fin de la première guerre, en 1997, et une campagne de sensibilisation avait été organisée par le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA) et l'International Rescue Committee avant que la guerre ne reprenne. Voir F. Bourdillon, *op. cit.* note 11, p. 2.

18 Entretien personnel avec le Dr Joanne Liu, présidente de MSF International, Genève, octobre 2014.

approche médicale systématique¹⁹. Un médecin de l'équipe de Brazzaville²⁰ ayant travaillé auprès de patients séropositifs en Europe et connaissant les effets bénéfiques de la prophylaxie post-exposition poussa à la mise en place d'un protocole PEP pour les victimes. L'équipe alors en place ajouta à l'offre de soins la pilule du lendemain et le traitement des infections sexuellement transmissibles les plus communes²¹.

MSF s'est investi pendant des années à Brazzaville, explorant différentes pistes pour aider les victimes de violences sexuelles, parfois bien au-delà des aspects médicaux, notamment par une assistance sociale et juridique et par la sensibilisation de la population aux fins d'atténuer la stigmatisation sociale des personnes ayant subi un viol. La campagne « Tika Bika Viol »²², en 2003, visait alors à stimuler la volonté politique et à rendre l'environnement plus favorable aux victimes qui décideraient de lever leur anonymat afin de recevoir un soutien. Toutefois, une étude menée en 2005 par l'Organisation souligne que cette campagne n'a engendré aucune augmentation du nombre de victimes reçues dans les consultations spécifiques aux violences sexuelles proposées par MSF à Brazzaville²³, un contexte où il est cependant probable que la fréquence des viols est restée élevée bien après la fin du conflit.

Les différentes expériences en lien avec l'assistance aux victimes de violences sexuelles ont également montré à MSF les limites de son action, notamment en termes de soutien juridique et social :

« Si le volet juridique a été exploré par souci de compréhension, il est clair qu'au-delà du certificat médical connu des praticiens, MSF n'a pas de valeur ajoutée particulière dans un environnement où le système judiciaire dysfonctionne. De la même façon sur le plan social, les activités liées directement au soin ont été un réel atout pour le suivi des patients, mais MSF n'a pas les moyens de pousser plus avant la prise en charge dans ce domaine²⁴ ».

Si la situation en République du Congo a été portée à l'attention de la communauté internationale²⁵, la reconnaissance du problème et la clarification du rôle médical que

19 Jean-Hervé Bradol, « Images du malheur et qualité des secours », in M. Le Pape et P. Salignon (sous la direction de), *op. cit.* note 4, p. 10.

20 Entretien personnel avec le Dr Jean-Clément Cabrol, directeur des opérations, MSF Suisse, Genève, septembre 2014.

21 Marc Le Pape, « Guerres et viols au Congo : des urgentistes à Brazzaville, 1999-2000 », *Seconde journée d'étude Guerre et Médecine*, février 2004, Paris, disponible à l'adresse : https://www.msf-crash.org/sites/default/files/2017-05/2b0a-mlp-2004-guerre-et-viols-au-congo-des-urgentistes-a-brazzaville_-fr-art-p.8_.pdf. MSF avait alors tout juste lancé sa campagne pour l'accès aux médicaments essentiels (voir Access Campaign sur : www.msfacecess.org/the-access-campaign), notamment les antirétroviraux qui étaient pratiquement impossibles à obtenir pour les patients atteints du VIH dans les contextes où travaillait MSF. À l'époque, le guide clinique et thérapeutique de MSF (1999) ne mentionnait pas encore la prophylaxie post-exposition parmi les mesures de protection du personnel de santé ni comme solution préventive pour les victimes de violences sexuelles (MSF, *Guide clinique et thérapeutique*, 1999).

22 MSF, Tika/Bika, viol. Viol, je dis non !, dossier de presse, février 2003, consultable à l'adresse suivante : www.msf.fr/actualite/publications/tikabika-viol-viol-je-dis-non.

23 Emmanuelle Chazal, Gaëlle Fadida et Claire Reynaud, *Victimes de violences sexuelles : l'expérience de Brazzaville 2000-2005*, document interne de MSF, p. 3.

24 *Ibid.*, p. 29.

25 MSF, *op. cit.* note 17.

MSF devait jouer²⁶ ne s'est pas traduite immédiatement par une extension de l'aide aux victimes de viols dans d'autres contextes, tels que la RDC où MSF intervient pourtant depuis de nombreuses années. Cette évolution s'est faite dans un second temps, sous l'influence du scandale dit de la «Mano River »²⁷, dont le retentissement dans l'opinion publique²⁸ a poussé MSF à évaluer la réalité d'éventuelles infractions dans la conduite de ses opérations, à adopter des mesures préventives²⁹, à réfléchir aux défis posés dans des contextes où prévalent l'insécurité et la violence³⁰ et à lancer une large consultation au sein du mouvement sur le rôle de MSF dans la prévention des viols ainsi que dans l'assistance aux victimes de violences³¹. Ceci a principalement conduit, en 2003, au lancement de plusieurs programmes au Burundi, en Afrique du Sud, en Sierra Leone et en Guinée, afin de répondre aux besoins des victimes de violences sexuelles³². Si la pression exercée par l'opinion publique a été déterminante, la nécessité de comprendre ce que vivaient les victimes et la meilleure manière de leur venir en aide ont joué un rôle prépondérant dans la mise en place d'une aide adaptée à ce type de problématique.

Pour MSF, il était indispensable de gagner en expérience et de renforcer l'approche médicale dans la réponse aux besoins de ce groupe spécifique de personnes. Il était également essentiel de mettre en place une aide médicale concrète pour ce type de victimes afin d'acquérir la légitimité nécessaire pour s'exprimer sur cette problématique, plutôt peu abordée, des violences sexuelles dans les contextes de conflits et de crises. Dans le même temps, des désaccords émergeaient au sein de MSF sur le décalage entre le discours et les actions de l'Organisation au regard des violences sexuelles :

« Alors que nous commençons à peine à travailler sur ces questions, c'est-à-dire à apporter des soins aux femmes violées, il est inopportun, voire indécent pour MSF de se lancer dans de grands discours pontifiants, exigeant l'arrêt immédiat de l'impunité et la généralisation de l'accès aux soins dans un pays dévasté où l'État peine à redémarrer ses activités³³ ».

26 « Au sein de MSF, ce programme a permis la prise de conscience qu'un patient violé nécessite une attention spécifique. On a beaucoup parlé de "VVS" comme d'un modèle, nous aurons vu ici que sur le plan médical le programme a tardé à se mettre au point sur des questions de base – vaccination hépatite B, mise sous ARV des patientes séropositives, avortement, ACT. Aujourd'hui le protocole médical est largement diffusé sur les missions, les kits médicaux adaptés à ces besoins ». É. Chazal, G. Fadida et C. Reynaud, *op. cit.* note 23, p. 29.

27 *Op. cit.* note 14.

28 « Sierra Leone : les agences réagissent aux problèmes des abus sexuels », *IRIN News*, 6 juin 2002, disponible sur : www.irinnews.org/fr/report/66876/advancedsearch.aspx.

29 MSF, *Code of Ethical Behaviour*, document interne de MSF, 2005.

30 Guillaume Le Gallais, *Quelques réflexions sur les enjeux de la sécurité*, document interne de MSF, 2004, p. 2.

31 Françoise Duroch, « Les violences sexuelles : éléments historiques et anthropologiques », *Messages* (revue interne de MSF) n° 130, mai 2004, p. 8, disponible sur : www.msf.fr/sites/www.msf.fr/files/2004-05-01-Messages130VF.pdf.

32 *MSF International Activity Report 2003-2004*, disponible sur : www.msf.org/international-activity-report-20032004.

33 Jean-Hervé Bradol, « Dossier : l'offre de soins aux femmes », *Messages*, n° 130, mai 2004, p. 5.

Plus de 100 000 victimes assistées en dix ans : développement de politiques opérationnelles, 2004-2013

Depuis 2004, MSF réalise un état des lieux annuel de ses principales activités médicales sur le terrain. Les données relatives au nombre de victimes de violences sexuelles ayant bénéficié des programmes de MSF³⁴ sont également compilées, mais elles ne sont pas encore ventilées par sexe et par âge, bien que cela soit prévu dans un avenir proche. Les données publiées dans les *Rapports internationaux d'activités* de MSF³⁵ sont strictement définies et n'incluent que les actions menées sous la responsabilité directe de MSF³⁶. Au total, en dix ans, MSF a porté assistance à 117 618 victimes³⁷ de violences sexuelles, principalement de viol, dans soixante-et-un pays.

Le schéma 1 montre le nombre de projets relatifs aux soins (ligne bleue) et le nombre de victimes ayant reçu des soins médicaux : il indique un investissement relativement stable tout au long de la décennie écoulée.

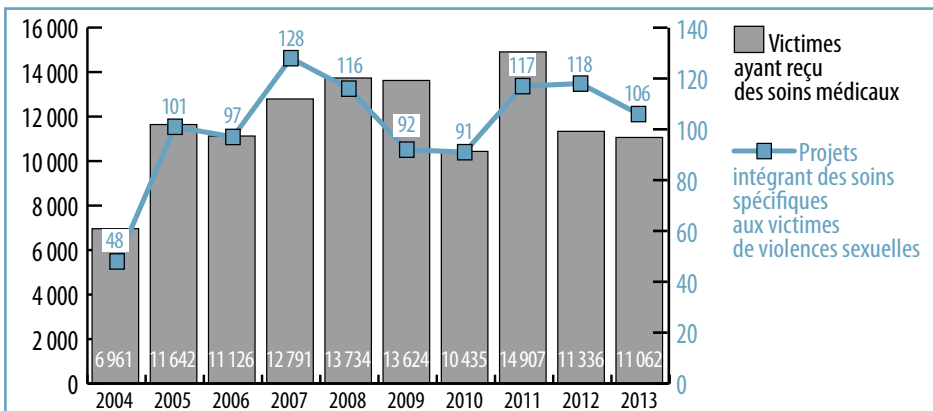


Schéma 1. Soins médicaux aux victimes de violences sexuelles dans les projets de MSF 2004-2013.
Source : MSF, Typologie internationale 2004-2013.

En République démocratique du Congo, un grand nombre de victimes de violences sexuelles sont identifiées et l'assistance qui leur est apportée fait partie de l'aide médicale générale fournie par MSF dans les situations de conflit et de déplacements de populations. Dans d'autres contextes, la majorité des programmes qui reçoivent un grand nombre de patients (plus de 500 cas par an) ont été mis au point en vue de répondre aux besoins de soins spécialisés, consécutifs à des violences sexuelles, dans le cadre soit de programmes généraux en gynécologie-obstétrique,

34 MSF, *Typology Definitions*, document interne de MSF, 2010, p. 4.

35 Les *Rapports internationaux d'activités* de MSF sont disponibles (pour certains seulement en anglais) à l'adresse suivante : www.msf.org/international-activity-reports.

36 « Toutes les activités rapportées doivent être menées par les équipes de MSF. En d'autres termes, MSF assume l'entière responsabilité des actes médicaux. Les activités médicales conduites par d'autres (ministères de la Santé) via un don ou un financement ne sauraient être considérées comme des activités [traduction CICR] », MSF, *Typology Definitions*, document interne de MSF, 2005, p. 1.

37 MSF, Données de la typologie internationale et *Rapports internationaux d'activités* de MSF, 2004-2013, *op. cit.* note 35.

soit de prise en charge des patients séropositifs. Ces interventions se déroulent, en général, dans des contextes stables ou des situations post-confliktuelles plutôt que dans des zones de conflit armé actif. Dans ces dernières situations, où on peut penser que les pics de violences pourront donner lieu à des violences sexuelles, rares sont les projets de MSF qui parviennent à soigner un nombre élevé de victimes de violences sexuelles, à l'exception des projets mis en œuvre en RDC. Ceci atteste de la difficulté à laquelle sont confrontées les équipes de soignants dans des situations de conflit pour identifier les victimes de violences sexuelles et pour mettre en place un accès aux soins effectifs, les patients craignant souvent de se manifester par peur des représailles ou du risque de stigmatisation.

Les données sur l'âge et le sexe des victimes de violences sexuelles sont compilées à partir des programmes conduits sur le terrain ; les variations par groupes d'âge s'expliquent en partie par un effort visant à s'adapter au recueil de données mis en place au niveau national.

Les différents rapports et études soulignent que l'immense majorité des victimes de violences sexuelles vues dans le cadre des projets de MSF sont des femmes. Cependant, les hommes et les garçons représentent environ 5 % du total des victimes ce qui, selon d'autres rapports, est un pourcentage faible³⁸ qui illustre les difficultés spécifiques que peuvent rencontrer les hommes³⁹ à venir demander de l'aide. Près de la moitié des victimes traitées dans le cadre de projets de MSF ont moins de 18 ans, un grand nombre d'entre elles étant des jeunes et même de très jeunes enfants⁴⁰.

Une formation spécifique et des directives pour les équipes

MSF est principalement une organisation « généraliste », dont les ambitions médicales sont multiples : les soins aux victimes de violences sexuelles ne constituent donc qu'un volet de l'offre plurielle de soins de MSF dans le cadre de son activité d'assistance aux populations qui en ont besoin. Ainsi, toutes les équipes médicales doivent être en mesure de fournir des soins médicaux appropriés aux victimes de viol ; cette tâche ne pouvant être exercée que par des spécialistes. Cependant, et afin d'améliorer leurs réponses opérationnelles à la problématique des violences sexuelles, certains acteurs internationaux semblent opter de plus en plus pour un recours à des conseillers et des

38 Kirsten Johnson, Jennifer Scott, Bigy Rughita *et al.*, « Association of Sexual Violence and Human Rights Violations with Physical and Mental Health in Territories of the Eastern Democratic Republic of the Congo », *The Journal of the American Medical Association*, vol. 304, n° 5, 2010, p. 553 à 562.

39 Clayton M. Bullock et Mace Beckson, « Male Victims of Sexual Assault: Phenomenology, Psychology, Physiology », *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, n° 39, n° 2, p. 197 à 205, avril 2011, disponible sur : www.jaapl.org/content/39/2/197.long.

40 MSF, *Final Report : Comprehensive Care Project for Sexual Violence Survivors, Guatemala City, 2007-2012*, 2012, p. 15 ; Vincent Buard *et al.*, « Characteristics, Medical Management and Outcome of Survivors of Sexual Gender-Based Violence, Nairobi, Kenya », *Public Health Action*, vol. 3, n° 2, 2013, p. 110 ; MSF, *Rapport de capitalisation du partenariat MSF Suisse et Sofepadi 2010-2013, Bunia, RDC*, document interne de MSF, 2013, p. 28 ; Jerlie Loko Roka, Rafael Van den Bergh, Sokhieng Au, Eva De Plecker *et al.*, « One Size Fits All? Standardized Provision of Care for Survivors of Sexual Violence in Conflict and Post-Conflict Areas in the Democratic Republic of Congo », *Public Library of Science*, vol. 9, n° 10, 2014, p. 3.

personnels spécialistes de ces questions. À MSF on considère que les meilleurs atouts pour une réponse adaptée se trouvent dans la constitution progressive d'une masse critique de personnel humanitaire de terrain ayant organisé des soins spécialisés pour les victimes de violences au cours des dix dernières années. Le nombre de personnes ainsi formées a permis une intégration croissante de ce type de soins dans toutes les opérations, qu'il s'agisse d'interventions d'urgence ou de programmes réguliers et ce, malgré les priorités médicales qui s'avèrent quelquefois concurrentes.

Cependant, si elles comportent parfois un volet sur la question des violences sexuelles, les formations généralistes proposées aux personnels qui, par ailleurs, comportent nombre d'autres priorités, n'intègrent pas systématiquement cette question⁴¹. Il existe néanmoins, sur le terrain, des formations d'une semaine sur les violences sexuelles⁴² et une formation de deux semaines, à l'intention des sages-femmes et des médecins associés aux projets relatifs à la santé des femmes, qui comporte une session sur la prise en charge médicale des violences sexuelles⁴³.

Depuis 1999, divers projets de MSF ont permis de recueillir des informations sur les différentes stratégies utilisées dans la prise en charge des victimes et les résultats obtenus. Ces projets témoignent en outre des efforts considérables consentis par les équipes en termes de sensibilisation des populations, tant sur la question des violences sexuelles que sur les obstacles à une aide adéquate. Les efforts de plaidoyer, aux niveaux local, régional et international, ont contribué à surmonter certains de ces obstacles dans divers contextes et à créer un environnement propice au dialogue avec des acteurs nationaux et internationaux. Cela fait partie de l'expérience acquise dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles et peut aider à informer les équipes de la valeur ajoutée de ce type d'activité, mais également de l'enjeu que peuvent présenter les prises de parole publiques sur des sujets aussi sensibles que les violences sexuelles⁴⁴.

Plusieurs centres opérationnels de MSF ont également mis au point des outils et des guides pour développer les soins nécessaires aux victimes de violences sexuelles⁴⁵. Ces guides pratiques sont élaborés en vue de permettre au personnel

41 La formation aux soins consécutifs à des violences sexuelles est abordée au cours des sessions consacrées à la santé reproductive et aux soins qui s'y rapportent. MSF, *Overview SV Related Documents and Tools*, document interne de MSF, 2014. Des outils d'apprentissage en ligne existent, bien que limités.

42 À Nairobi pour le personnel somalien et à Kampala pour le personnel de la région, en 2012. Deux formations sont prévues pour 2015 à Kampala et pour le personnel en République centrafricaine.

43 Ces formations ont rassemblé entre quarante et quarante-cinq membres du personnel national et international de MSF chaque année depuis 2008. Debbie Cunningham, *Follow-up Evaluation of MSF Intersectional Sexual and Reproductive Health Course, 2006-2010*, MSF, 2012, disponible sur : http://issuu.com/msfuk/docs/cunningham_srh/1?e=1061369/9715426.

44 En 2005, le chef de mission de MSF au Soudan a été arrêté et accusé d'atteinte à la sûreté de l'État, suite à un rapport de MSF sur les violences sexuelles. Voir MSF, « MSF Shocked by Arrest of Head of Mission in Sudan – Charged with Crimes against the State », communiqué de presse, 31 mai 2005, disponible sur : <http://www.msf.org/article/msf-shocked-arrest-head-mission-sudan-charged-crimes-against-state>.

45 MSF, *Prise en charge des victimes de violences sexuelles: Situation avec déplacement de population*, guide de poche, version 3.0, 2013 ; MSF, *Sexual Violence : Guidelines for Medical and Psychological Care of Rape Survivors*, 2010 éd. ; MSF, *Sexual and Gender-Based Violence: A Handbook for a Response in Health Services Towards Sexual Violence* (documents internes de MSF). Pour faciliter la préparation des équipes sur le terrain, un « kit en cas de viol » a été mis au point : il contient des médicaments et des vaccins en quantité suffisante pour traiter cinquante adultes et vingt-cinq enfants.

ne disposant pas d'expérience particulière d'être en mesure de reconnaître les besoins associés aux violences sexuelles, d'organiser les soins médicaux, d'orienter les personnes vers des structures spécialisées, de gérer la diffusion de l'information auprès des populations, d'assurer la confidentialité des informations relatives aux patients et le traitement des certificats médicaux, de recueillir des données et réaliser le suivi des activités.

Il existe actuellement un accord tacite sur les mesures médicales préventives et thérapeutiques à prendre pour porter assistance à toute victime de violences sexuelles ayant recours à MSF pour obtenir de l'aide. En revanche l'insuffisance, au sein du mouvement MSF, de lignes opérationnelles communes sur l'ouverture d'une offre de soins aux victimes de violences sexuelles, semble symptomatique de l'absence de consensus quant au rôle de l'Organisation. De plus, l'absence d'efforts transversaux visant à intégrer cette thématique aux formations de MSF concernées semble traduire la manière dont l'importance des violences sexuelles est minorée par rapport aux autres priorités de l'Organisation.

Défis posés à l'offre de soins aux victimes de violences sexuelles

Si les violences sexuelles commises dans le cadre de conflits sont aussi anciennes que l'humanité⁴⁶, il a fallu près de dix ans à MSF pour mettre en œuvre une aide médicale spécialisée pour les victimes de violences sexuelles après les conflits rwandais et bosniaque. Différentes recherches ont alors été conduites au sein de l'Organisation pour tenter d'analyser ce retard dans la mise en place de soins spécifiques.

La gestion de priorités opérationnelles concurrentes constitue, aujourd'hui encore, un défi majeur et la mise en œuvre de programmes liés aux violences sexuelles demeure une tâche particulièrement ardue⁴⁷. Cette question oblige les organisations humanitaires à repenser leur stratégie, y compris leur positionnement politique sur l'offre de méthodes contraceptives et d'interruption volontaire de grossesse médicalisée. En effet, le caractère sensible de ce type d'acte médical est susceptible de les priver du soutien politique dont elles ont besoin, notamment (mais pas exclusivement) pour obtenir des financements. En outre, en raison du risque de stigmatisation des victimes, les acteurs humanitaires doivent faire preuve de diplomatie et s'assurer que leur approche tienne effectivement compte des capacités locales et de l'environnement culturel, tout en étant aptes à s'adapter à l'évolution du contexte⁴⁸. La question des violences sexuelles les oblige ainsi à évaluer et à étudier avec une attention particulière l'environnement dans lequel ils travaillent avant de délimiter le cadre de leur intervention. Plusieurs membres de MSF ont alors souligné les défis techniques et éthiques inhérents aux soins apportés aux victimes

46 Sylvie Joye, « La femme comme butin de guerre à la fin de l'Antiquité et au début du Moyen Âge », Marion Trevisi et Philippe Nivet (sous la direction de), *Les femmes et la guerre de l'Antiquité à 1918*, Economica/Institut de stratégie comparée, Paris, 2010, p. 91-108.

47 Françoise Duroch, « Violences sexuelles en République démocratique du Congo : résistances et appropriations institutionnelles par les ONG », *L'Autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*, vol. 11, n° 2, 2010, p. 209.

48 F. Duroch, *op. cit.* note 12, p. 3.

de violences sexuelles, en particulier ceux concernant le statut social des femmes, et les difficultés auxquelles les équipes sont confrontées lorsqu'il leur faut aborder des sujets délicats ayant trait à la sexualité dans des communautés où MSF est appelée à intervenir et où sa compréhension des normes culturelles est limitée⁴⁹. En outre, les besoins médicaux d'une victime de viol et la réponse apportée aux plus délicats de ces besoins s'avèrent complexes dans un contexte où les coutumes et les perceptions sont relativement méconnues.

« Je crois que tous les domaines qui touchent au statut de la femme nous mettent mal à l'aise. Face à une femme violée, parler d'un soutien psychologique, qu'est-ce que cela signifie en Afrique? Elle vient nous voir en disant qu'elle a besoin de se faire avorter. Que faire? Nous savons très bien que nous allons déboucher sur des questions difficiles qui vont en permanence nous ramener à la place de la femme dans la société⁵⁰ ».

Une autre question qui se pose à MSF, comme aux autres acteurs humanitaires, notamment aux organisations d'intervention d'urgence, est la difficulté de déterminer les limites de son rôle et de ses responsabilités face à des victimes qui ont non seulement besoin de soins médicaux, mais aussi au-delà de l'aspect médical, d'assistance et de considération, et ce généralement sur le long terme⁵¹. La perception sociale et culturelle du viol, en plus d'être un sujet délicat par nature, impose que toute intervention médicale soit menée de façon à ne pas nuire davantage à la victime. Les victimes étant souvent réticentes à demander de l'aide, elles sont souvent difficiles à identifier⁵², notamment les hommes. Par conséquent, il convient parfois d'adopter une approche proactive pour les atteindre, alors même que les contraintes et la précarité des structures de soins peuvent rendre extrêmement difficiles la préservation de l'intimité des patients. Cette préoccupation s'avère pourtant majeure, compte tenu du fait que les tabous qui entourent les violences sexuelles dans de nombreuses cultures, peuvent vite transformer l'aide en préjudice. La difficulté consiste donc à parvenir à un équilibre acceptable entre la valeur ajoutée des soins médicaux pour la victime, à la fois sur le court et le long terme, et l'exposition au risque social qu'implique la honte liée au viol, en particulier le risque, pour la victime, d'être ostracisée.

Enfin, la difficulté de MSF à convenir d'une terminologie commune dans le domaine des violences sexuelles semble refléter les différentes ambitions, implicites ou explicites, qui s'exercent autour de cette question. Le terme « viol » désigne un acte

49 Les viols se trouvent en concurrence directe avec d'autres priorités qui exigent également une intervention et les équipes, majoritairement occidentales, ont des difficultés à comprendre l'environnement culturel : les phénomènes liés à la sexualité sont des sujets très délicats (tabous, discrimination, sensibilité). Joanne Liu et Pierre Salignon, « Victimes de viols, dispositifs de soins », in M. Le Pape et P. Salignon (sous la direction de), *op. cit.* note 4, p. 112 et 113.

50 Citation de l'ancien président de MSF France, Jean-Hervé Bradol in M. Le Pape et P. Salignon (sous la direction de), *op. cit.* note 4, p. 159-160.

51 Augustin Nallet, « Violence Against Women in Conflict Affected Settings: An Overview of the Policies Designed and Implemented by NGOs », cité par Françoise Duroch, « Résistance et appropriations institutionnelles des Organisations non gouvernementales autour de la notion de violences sexuelles », thèse de sciences de l'éducation, UMR Éducation et Politique, soutenue le 17 décembre 2008.

52 Françoise Duroch, « Figures de l'altérité féminine victimaire », *Science and Video*, n° 2, 2010, disponible sur : <http://scienceandvideo.mmsh.univ-aix.fr/numeros/2/Pages/Duroch.aspx>.

de violence précis et la majorité des victimes de violences sexuelles aidées par MSF sont des victimes de viol. L'expression « violences sexuelles » désigne une gamme plus large d'actes sexuels et de tentatives qui supposent l'emploi de la force, y compris la contrainte⁵³, et qui portent atteinte à l'intégrité physique ou émotionnelle de la personne. Les expressions « violences basées sur le genre » et « violences contre des femmes » trouvent leur origine dans la volonté, fondée sur le respect des droits, de résorber les disparités entre les hommes et les femmes et de mettre fin au statut inférieur des femmes qui légitime les violences à leur encontre. Dans ce cas, le terme « genre » semble exclure implicitement la problématique des victimes masculines, mais cette interprétation du terme est erronée. Les délégués présents à la conférence de Pékin de 1995 se sont attachés à promouvoir le terme « genre » en lien étroit avec la question de l'émancipation des femmes⁵⁴. Le terme « victime » est le terme utilisé dans les documents et procédures juridiques⁵⁵, mais « la stigmatisation et la notion d'impuissance qui lui sont généralement associées », ont été vues, dès 1995, comme des inconvénients à l'utilisation de cette terminologie⁵⁶. Le terme « patient » décrit le statut médical d'une personne ayant subi une agression et suppose le besoin d'une assistance médicale et le respect du secret médical qui s'applique à l'égard de tout patient. Le terme « patient » renvoie en outre à la responsabilité médico-légale des soignants lorsqu'ils traitent une victime d'agression et qui est définie dans la plupart des législations nationales. Enfin, le terme « survivant » est communément employé pour répondre aux préoccupations relatives à la stigmatisation sociale. Littéralement, un survivant est une personne qui a survécu à un danger de mort, qu'il s'agisse d'un acte de violence, d'une maladie ou d'un accident, mais dans le cas de violences sexuelles, ce terme est souvent utilisé pour reconnaître, en particulier, la force d'une personne et ses efforts de résilience, ainsi que pour l'aider à prendre en main son destin⁵⁷. Les acceptions des différents termes peuvent entrer en contradiction et peuvent, lorsque ces termes sont employés systématiquement ou pour céder au « politiquement correct », mener à des malentendus sur l'objectif poursuivi. À MSF, ces termes sont discutés, officiellement ou non, depuis des années, l'utilisation systématique de certains de ces concepts ayant parfois rencontré une forte opposition⁵⁸.

53 OMS, *op. cit.* note 1, chapitre 6, p. 3.

54 La Conférence mondiale sur les femmes, qui s'est tenue à Beijing en 1995, a marqué un tournant décisif dans le combat mondial pour l'égalité entre les femmes et les hommes. La Déclaration et le programme d'action de Beijing, adoptée à l'unanimité par 189 pays, constitue un programme vers l'émancipation des femmes et est considérée comme le principal document d'orientation sur l'égalité entre les femmes et les hommes. Il décrit les objectifs stratégiques fixés et les actions à mener pour la promotion de la femme. Disponible sur : <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20F.pdf>.

55 Voir, par exemple, le Statut de Rome de la Cour pénale internationale du 17 juillet 1998 (entré en vigueur le 1^{er} juillet 2002), Doc ONU. A/CONF.183/9 (Statut de Rome).

56 « Le terme "victime". Bien que le terme "victime" soit utilisé dans les présents principes directeurs, toutes les parties concernées devraient éviter d'associer à ce mot la stigmatisation et la notion d'impuissance qui lui sont généralement associées. Les victimes ont, certes, besoin que l'on fasse preuve de compassion et de tact à leur égard mais il ne faut pas pour autant oublier leur force et leur capacité de résistance ». UNHCR, *op. cit.* note 10, p. 14.

57 Clark University, « A Definition of Rape, Sexual Assault and Related Terms », également disponible sur : <http://theaccusedanalysis.blogspot.fr/p/all-about-rape.html>.

58 « Il ne s'agit pas de soutenir tout un fatras politiquement correct. Lorsque j'entends MSF, dans le cas de la République démocratique du Congo, dénoncer à la fois du "viol comme arme de guerre" et qualifier

Pour l'Organisation cependant, du fait de sa qualité d'acteur médical et humanitaire, les termes « patient » et « victime » semblent les plus adaptés.

Par ailleurs, il convient de souligner le risque inhérent à l'emploi systématique, dans le langage courant, de l'expression « arme de guerre » pour caractériser les violences sexuelles. Cette expression est souvent utilisée par les organisations et agences internationales pour faire référence aux viols à grande échelle commis à l'est de la République démocratique du Congo (RDC). Une telle dénomination risque pourtant de créer une hiérarchie entre les victimes, une attention particulière étant portée sur les personnes considérées comme victimes d'une pratique militaire. En réalité, la distinction est rarement claire entre les violences sexuelles qui seraient le résultat d'une stratégie militaire planifiée ou d'une pratique tolérée parmi les groupes armés et les violences sexuelles perpétrées dans un contexte de conflit mais sans avoir été commanditées par des supérieurs militaires. De plus, cette désignation peut s'avérer hautement contreproductive dans le cadre des efforts qui visent à réinsérer les victimes de violences sexuelles dans une structure sociale où les alliances ethnopolitiques peuvent évoluer en permanence⁵⁹.

Ainsi, certains de ces questionnements ont grandement contribué à l'hésitation initiale de l'Organisation à s'engager sur ces questions et n'ont pas encore totalement disparu. Ils continuent d'influencer les décisions relatives au maintien et à l'extension des soins associés aux violences sexuelles dans les projets de MSF. Enfin, l'expérience acquise dans le domaine des soins aux victimes au cours de la dernière décennie, a révélé d'autres difficultés, qu'il s'agisse de résistances internes ou de facteurs extérieurs, qui entravent encore la mise en place d'une aide médicale adaptée aux victimes de violences sexuelles et qui ne pourront être surmontées qu'au prix d'efforts constants.

Enjeux liés à l'organisation et à l'acceptation des soins médicaux

Au-delà du traitement médical, les défis posés par les soins prodigués aux victimes de violences sexuelles sont liés à l'organisation et à l'acceptation des soins dans la singularité de chaque contexte.

Le traitement médical des victimes de violences sexuelles est, pour l'essentiel, assez facile à mettre en place. Dans certains cas cependant, le traumatisme subi est si extrême qu'il est nécessaire de recourir à des soins intensifs d'urgence, voire à une chirurgie réparatrice en vue d'éviter des dommages physiques et psychiques irréparables telles que les fistules traumatiques⁶⁰. Cependant, et pour la plupart des victimes de violences sexuelles, les soins médicaux se composent d'un ensemble

les victimes de "Rape Survivor", je suis frappé par la contradiction. Un survivant est quelqu'un qui, de manière exceptionnelle, a échappé à une mort presque certaine. Alors que souvent, quand les combattants pratiquent massivement le viol, c'est dans le cadre d'une stratégie de terreur où le violeur veut que la femme survive, voire qu'elle soit enceinte, pour témoigner de sa puissance. La survie n'est pas alors le dénouement exceptionnellement heureux que le terme suggère ». Jean-Hervé Bradol, *op. cit.* note 33, p. 5.

59 Véronique Moufflet, « Le paradigme du viol comme arme de guerre à l'Est de la République démocratique du Congo », *Afrique Contemporaine*, vol. 3, n° 227, 2008, p. 119 à 133, disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-afrique-contemporaine-2008-3-page-119.htm>.

60 Le trauma peut en effet conduire à la formation d'un trou entre le vagin et la vessie ou le rectum, qui cause entre autres problèmes, une incontinence chronique.

de mesures préventives et curatives qui peuvent aisément être obtenues auprès de n'importe quel établissement de santé classique, mais ces activités impliquent souvent certaines difficultés d'ordre technique et éthique. En l'absence de tels soins, un viol peut avoir des conséquences sur la santé à court terme comme à long terme.

Une assistance médicale en temps utile

MSF s'attache à venir en aide à toute victime de violences sexuelles, même si l'agression est ancienne. Se faire connaître et parler de l'agression subie demeure important, même des mois ou des années plus tard. Les vaccinations contre le tétanos et l'hépatite B⁶¹ sont en effet appropriés, même des mois après l'agression et le traitement de certaines infections sexuellement transmissibles peut, sur le long terme, prévenir de graves conséquences sur la santé. L'effet de certaines mesures préventives est en revanche limité aux quelques jours suivant les violences. Par ailleurs, la prophylaxie post-exposition ne permet de prévenir l'infection par le VIH que dans les soixante-douze heures qui suivent l'agression et, bien qu'il soit possible de prescrire la contraception d'urgence jusqu'à cent vingt heures après le viol, son taux d'efficacité diminue de moitié après les soixante-douze premières heures. Même dans les programmes où MSF travaille spécifiquement sur les violences sexuelles, toutes les victimes ne viennent pas consulter dans ces délais. On peut estimer qu'à peine la moitié des patients arrivent dans les structures de santé dans les soixante-douze heures suivant leur agression. Cette observation avait déjà été faite lors de l'intervention à Brazzaville⁶² et reste malheureusement valable aujourd'hui⁶³.

Adhésion au traitement et suivi

L'adhésion au traitement prophylactique et au calendrier de vaccination constitue un autre enjeu majeur. La prophylaxie post-exposition visant à éviter une infection par le VIH consécutive à un viol requiert une trithérapie par des médicaments antirétroviraux pendant vingt-huit jours⁶⁴. Les études issues de différents projets de MSF portant sur les soins aux victimes de violences sexuelles soulignent que près de la moitié des patients se sont conformés aux prescriptions de leur thérapeute. Toutefois, certains patients terminent leur traitement mais ne reviennent pas pour le suivi médical ; MSF ne peut donc pas confirmer qu'ils ont respecté la prescription⁶⁵.

61 MSF, *Prise en charge médicale des victimes de violences sexuelles*, 2^e édition, MSF Reproductive Health and Violence Care Working Group, document interne de MSF, 2014, p. 2.

62 É. Chazal, G. Fadida et C. Reynaud, *op. cit.* note 23, p. 5.

63 MSF, *Hidden and Neglected: The Medical and Emotional Needs of Survivors of Family and Sexual Violence in Papua New Guinea*, 16 juin 2013, p. 1818, disponible sur : <http://www.doctorswithoutborders.org/news-stories/special-report/papua-new-guinea-hidden-and-neglected> ; Katie Tayler-Smith, Rony Zachariah et al., « Sexual Violence in Post-Conflict Liberia : Survivors and Their Care », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 17, n° 11, 2012 ; MSF, *Final Report*, *op. cit.* note 40, p. 24 ; J. Loko Roka et al., *op. cit.* note 40, p. 4.

64 MSF, *op. cit.* note 61, p. 5 et 6.

65 Des patients reviennent pour les consultations de suivi et il est alors possible de confirmer qu'ils ont bien achevé leur traitement. D'autres peuvent avoir effectivement bien pris leur traitement, mais ils ne se rendent pas aux consultations de suivi. K. Tayler-Smith et al., *op. cit.* note 63, p. 3 158 ; MSF, *Final Report*, *op. cit.* note 40, p. 27.

Les vaccinations contre le tétanos et l'hépatite B posent un problème similaire : plusieurs doses sont nécessaires pour obtenir une protection adéquate, mais peu de patients reviennent pour leur rappel⁶⁶.

Il convient néanmoins de tenir compte du risque supplémentaire que font peser sur les patients les visites de suivi : la peur d'être identifié comme victime de violences sexuelles et, dans de nombreux contextes d'intervention de MSF, le parcours d'une distance géographique importante fait peser un risque d'attaque, de vol, voire de viol. Venir aux séances de suivi suppose ainsi que les patients évaluent le rapport risque/bénéfice et, souvent, ils optent pour la prudence.

Prévention et gestion des grossesses non désirées

Une jeune fille ou une femme ayant été violée peut légitimement souhaiter savoir si elle est tombée enceinte à la suite de ce viol ou si elle était déjà enceinte au moment du viol, notamment si elle envisage d'interrompre sa grossesse ou de confier l'enfant en vue de son adoption. Ainsi, le protocole médical inclut un test de grossesse et des contraceptifs d'urgence⁶⁷. Dans les projets où MSF propose des soins aux victimes de violences sexuelles, un grand nombre de jeunes filles et de femmes en âge de procréer, acceptent la contraception d'urgence proposée⁶⁸. On peut également relever que la plupart des pays délivrent des autorisations spéciales pour l'utilisation de contraceptifs d'urgence, de manière générale et en cas de viol⁶⁹. Il est donc exceptionnel que l'emploi de contraceptifs d'urgence soit remis en question en cas de viol, mais cela exige alors une prudence particulière de la part des équipes⁷⁰.

Plus épineuse encore est la question de l'interruption de grossesse qui soulève des questionnements complexes, souvent d'ordre juridique, religieux et culturel. La première ébauche du guide *Gestion clinique des victimes de viol*, élaboré par l'Organisation mondiale de la santé en 2001 aborde ainsi le problème de la grossesse non désirée consécutive à un viol et la nécessité d'un avortement sécurisé. Les principales recommandations semblent suggérer un compromis entre l'acceptation politique et les besoins médicaux, recommandant que les femmes soient orientées vers des services d'interruption de grossesse fiables⁷¹ et légaux⁷². Or, en raison de l'absence

66 V. Buard *et al.*, *op. cit.* note 40.

67 MSF, *MSF Policy for Reproductive Health and Sexual Violence Care*, version finale, International Working Group on Reproductive Health and Sexual Violence Care, document interne de MSF, mars 2014.

68 MSF, *Hidden and Neglected*, *op. cit.* note 63, p. 21, MSF, *Final Report*, *op. cit.* note 40, p. 29.

69 Center for Reproductive Rights, *Governments Worldwide Put Emergency Contraceptives in Women's Hands: A Global Review of Laws and Policies*, synthèse, septembre 2004, disponible sur : <http://www.reproductiverights.org/document/governments-worldwide-put-emergency-contraception-into-womens-hands>.

70 Anastasia Moloney, « No Option to Unsafe Abortion for Many Rape Victims in Honduras – MSF », Thomson Reuters Foundation, septembre 2014, disponible sur : www.trust.org/item/20140909174405-khgtc/.

71 OMS, *Gestion clinique des victimes de viol*, 2001, p. 31.

72 Cela comprend « les pays où l'avortement est illégal mais où l'interruption de grossesse est autorisée suite à un viol [traduction CICR] ». OMS, *Guidelines for Medico-Legal Care for Victims of Sexual Violence*, 2003, p. 66.

de tels services dans de nombreux contextes, cette recommandation, aussi pertinente soit-elle, demeure irréalisable. Ainsi, le guide souligne :

« Si des services fiables d'interruption de grossesse ne sont pas disponibles sur place, les femmes qui ne souhaitent pas poursuivre leur grossesse risquent de subir des avortements dans des conditions précaires. Ces femmes doivent pouvoir accéder à une assistance post-avortement, comprenant le traitement d'urgence des complications, des conseils en matière de planning familial et la liaison avec d'autres services de santé reproductive⁷³ ».

Il convient de souligner que ces orientations internationales ont peu évolué ; elles mettent davantage l'accent sur le cadre juridique applicable aux interruptions de grossesse, reléguant ainsi au second plan les besoins des femmes et ce, afin de déterminer la disponibilité de services d'avortement sécurisés. Les dispositions et restrictions spécifiques de certains donateurs⁷⁴ constituent des obstacles supplémentaires considérables pour de nombreuses organisations et agences dans leurs efforts pour répondre de manière adéquate aux besoins d'avortement sécurisé.

De plus, les contraceptifs d'urgence ne sont efficaces que dans les soixante-douze premières heures après une agression. Or, de nombreuses femmes, en état de grossesse avancée, viennent consulter MSF des semaines, voire des mois après un viol et demandent alors un avortement. Procéder à un avortement sécurisé est partie intégrante du protocole de soins de MSF consécutifs à des violences sexuelles⁷⁵, fondé, essentiellement sur les besoins médicaux et le choix des patientes. Cependant, en dépit d'efforts constants pour accroître la pratique des avortements sécurisés et indépendamment du cadre juridique qui autorise souvent et dans des circonstances particulières (inceste, viol, etc.)⁷⁶, l'octroi de tels soins pour toutes les personnes qui en font la demande, reste un enjeu complexe et n'est pas encore systématiquement intégré dans tous les projets conduits par MSF⁷⁷. Les dynamiques religieuses, culturelles et sociales demeurent encore souvent des obstacles majeurs, la pratique de l'avortement pouvant ainsi s'avérer stigmatisante pour les patientes, pour les communautés, voire pour le personnel soignant.

Soins aux enfants

De nombreux rapports de MSF soulignent que près de la moitié des victimes de violences sexuelles sont des enfants, voire de très jeunes enfants⁷⁸. Les soins aux

73 OMS, *Outcome of the Inter-Agency Lessons Learned Conference: Prevention and Response to Sexual and Gender-Based Violence in Refugee Situations - Draft for Field Testing*, Genève, 27-29 mars 2001, p. 19

74 Sur le financement par les États-Unis, voir Louisa Blanchfield, *Abortion and Family Planning-Related Provisions in U.S. Foreign Assistance: Law and Policy*, Congressional Research Services, 31 janvier 2014, p. 3.

75 MSF, *op. cit.* note 61, p. 14 ; MSF, *Rapport international d'activités 2013*, p. 18, disponible sur : https://msf.lu/sites/default/files/rai_2013.pdf.

76 UNFPA, *World Abortion Policies*, 2013.

77 MSF, *Reproductive Health and Sexual Violence Care in MSF*, rapport d'activités, 2013.

78 MSF, *Hidden and Neglected*, *op. cit.* note 63, p. 17 ; MSF, *Final Report*, *op. cit.* note 40, p. 16 ; K. Tayler-Smith *et al.*, *op. cit.* note 63, p. 1358 ; V. Buard *et al.*, *op. cit.* note 40, p. 110.

enfants présentent des contraintes supplémentaires, des protocoles de soins spécifiques, la nécessité de disposer de formules pédiatriques et enfin l'impératif de traiter en temps utile des blessures, lésions et traumatismes psychologiques graves. Il est donc essentiel que les équipes soient préparées à répondre aux besoins de ces enfants et puissent ainsi gagner leur confiance. Aussi, une formation adéquate peut être nécessaire car l'enjeu immédiat ne réside souvent pas dans le traitement en tant que tel, mais dans la protection de l'enfant, afin d'éviter le risque d'agression ultérieure.

Cet aspect s'avère donc essentiel : le premier projet de MSF à Brazzaville avait déjà noté un pourcentage croissant d'enfants parmi les victimes de violences sexuelles dans la phase post-confliktuelle et une transition vers des dynamiques au sein de l'espace familial, de plus en plus complexes dans lesquelles l'exposition future des enfants à la violence demeurerait préoccupante⁷⁹. Des constats analogues avaient été faits par MSF dans d'autres situations post-confliktuelles, comme au Burundi ou au Libéria, ou lors de la mise en œuvre de programmes de MSF spécifiquement axés sur la violence tels que ceux conduits en Papouasie Nouvelle-Guinée, au Guatemala ou encore au Honduras. Dans nombre de ces projets, la plupart des auteurs de violences sexuelles étaient connus de leur victime et l'agression avait eu lieu au domicile des victimes ou avait été commise par son entourage proche⁸⁰. La question de la protection de l'enfant est donc devenue incontournable. Cependant il n'existe pas de réponses standardisées, chaque cas devant faire l'objet d'une analyse particulière. Dans certains cas, il n'existe aucune solution satisfaisante : renvoyer l'enfant dans sa famille ou sa communauté peut conduire à l'exposer à de nouvelles violences, mais le placer dans une institution, séparé de son milieu familial et de sa communauté, peut également le conduire à subir des mauvais traitements voire à une promiscuité préjudiciable. Il est donc extrêmement difficile pour les personnels, de se cantonner uniquement au traitement médical des jeunes patients en occultant les dimensions de protection de la personne. Malheureusement et dans nombre de situations, la capacité de MSF à mettre en œuvre une solution adéquate demeure très limitée.

Soins aux hommes

Répondre de manière appropriée aux besoins des hommes victimes de violences sexuelles constitue également une problématique extrêmement complexe⁸¹. Les tabous sur cette question demeurent importants tant pour les victimes que pour leurs familles, voire pour le corps soignant et les travailleurs humanitaires⁸². Ces violences sexuelles demeurent le plus souvent dissimulées en raison de l'infamie qui leur est associée, en particulier lorsqu'elles sont commises par des hommes contre des

79 MSF, *Une guerre contre les civils : réflexions sur les pratiques au Congo Brazzaville (1998-2000)*, disponible sur : <http://www.msf.fr/sites/www.msf.fr/files/2001-10-01-Lepape.pdf>.

80 K. Tayler-Smith *et al.*, *op. cit.* note 63, p. 1 358 ; V. Buard *et al.*, *op. cit.* note 40, p. 110 ; MSF, *Hidden and Neglected*, *op. cit.* note 63, p. 16.

81 K. Johnson *et al.*, *op. cit.* note 38, p. 553 à 562.

82 Wynne Russell, Alastair Hilton et Michael Peel, *Care and Support of Male Survivors of Conflict-Related Sexual Violence*, Sexual Violence Research Initiative Briefing Paper, 2011, disponible sur : <http://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2016-01-12/CareSupportofMaleSurviv.pdf> ; Will Storr, « The Rape of Men: The Darkest Secret of War », *The Observer*, 17 juillet 2011.

hommes⁸³. De nombreux débats internes⁸⁴ ont ainsi questionné la bonne adéquation des structures et de l'offre de soins de MSF pour ce type de patients : « L'accent mis exclusivement sur la violence sexuelle tend à minimiser le fait que la violence sexuelle n'est pas seulement (ou simplement), comme il est parfois suggéré, une guerre contre les femmes ou un "schéma systématique de destruction des femmes" [traduction CICR]⁸⁵ ».

Trauma, peur et culpabilité : le rôle du soutien psychologique

« Les blessures les plus profondes des victimes de violences sexuelles sont souvent celles qui sont invisibles, le traumatisme pouvant longtemps distiller ses effets et annihiler les capacités de la personne à fonctionner normalement et à redonner un sens à sa vie. Les soins psychologiques font donc partie intégrante de l'offre de soins de MSF en cas de violences sexuelles et visent à atténuer les conséquences du traumatisme engendré par la violence [traduction CICR]⁸⁶ ».

Une étude menée par MSF en 2011 à Mbare, au Zimbabwe, afin de préparer une réponse médicale adéquate aux violences sexuelles, a souligné que 71 % des personnes interrogées au sein de la communauté reconnaissent que les problèmes psychologiques faisaient partie intégrante des conséquences des violences sexuelles⁸⁷.

Néanmoins, tant dans les conflits et les situations d'urgence que dans les contextes d'extrême insécurité, prodiguer des soins psychologiques peut représenter un défi difficile à relever. Les équipes sont souvent submergées de travail, les effectifs peuvent être réduits pour des raisons de sécurité et le travail des humanitaires peut être circonscrit aux activités d'urgence vitale. L'ergonomie des structures, au même titre que les barrières linguistiques, peut constituer un obstacle important au respect de l'intimité requise pour des examens médicaux et à la confidentialité des échanges avec le médecin. La barrière de la langue ne se résume pas en effet à la seule connaissance du vocabulaire, mais inclut aussi la compréhension de différentes métaphores qui peuvent être employées pour décrire tout ce qui est lié à la sexualité ou aux agressions sexuelles. L'interprète peut donc se trouver dans l'incapacité de traduire les subtilités des informations communiquées et les sous-entendus liés à des normes sociales différentes, ou il peut être réticent à aborder ce type de sujet. Par ailleurs, le recours à un interprète rend difficile le rapport avec la victime, notamment la retransmission *in extenso* du récit du patient. D'autres difficultés résident dans la capacité des thérapeutes à répondre aux besoins en santé mentale : « Parfois,

83 W. Russell, A. Hilton et M. Peel, *op. cit.* note 82, p. 4.

84 Marc Le Pape, « Viols en temps de guerre, les hommes aussi », *Issues de secours* (blog de Libération), 1^{er} novembre 2011, disponible sur : <http://humanitaire.blogs.liberation.fr/2011/12/01/viols-en-temps-de-guerre-les-hommes-aussi/>.

85 Maria Eriksson Baaz et Maria Stern, *The Complexity of Violence : A Critical Analysis of Sexual Violence in the Democratic Republic of Congo (DRC)*, Nordiska African Institutet, Sida, 2010, p. 43.

86 Sarah Hustache, Marie-Rose Moro *et al.*, « Evaluation of Psychological Support for Victims of Sexual Violence in a Conflict Setting: Results from Brazzaville, Congo », *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 3, n° 7, 2009, disponible sur : <http://link.springer.com/article/10.1186/1752-4458-3-7>.

87 MSF, *Baseline Study Report on the Perception of Sexual and Gender-Based Violence in Mbare, Harare, Zimbabwe*, 2011, p. 14.

le soignant se sent démuni s'il n'y a pas de psychologue dans l'équipe. Cela peut l'amener à éluder les aspects émotionnels des soins aux victimes de violences sexuelles parce qu'il considère qu'il n'est pas assez compétent [traduction CICR]⁸⁸ ».

Le soutien psychologique fait cependant partie intégrante de la consultation médicale de toute victime de violences sexuelles. Le dialogue avec le patient a pour objet de comprendre les circonstances de son agression et les particularités de sa situation, afin de lui proposer une approche thérapeutique et un conseil adaptés. L'écoute bienveillante et une attitude professionnelle respectueuse envers le patient, ainsi que la discrétion et l'assurance du respect d'une stricte confidentialité sont les conditions fondamentales pour gagner sa confiance et l'inciter à se confier.

Dans la plupart des cas, la première visite médicale sera la seule occasion de soutenir la victime. Si les données varient selon les contextes, il convient de souligner que peu de patients se présentent aux visites de suivi. Il est donc impératif de renforcer les compétences du personnel médical afin d'assurer qu'une « aide psychologique de première ligne » fasse partie des soins immédiats aux victimes de violences sexuelles et soit intégrée à la majorité des projets de MSF⁸⁹. Néanmoins et bien que les statistiques mentionnent que peu de patients se rendront aux visites de suivi psychologique, l'Organisation possède peu de données sur les besoins des victimes en matière de soutien psychologique sur le long terme. Ceux-ci peuvent se manifester des mois, voire des années après une agression, affectant le bien-être émotionnel, sexuel et physique des patients et pourront nécessiter un suivi et des soins spécialisés. L'investissement à long terme de MSF sur ces cas dépendra en grande partie du contexte et de l'analyse des besoins.

Examen et traitement médicaux : le choix du patient

Un autre aspect réside dans l'obtention du consentement informé du patient avant d'entreprendre tout type d'examen physique ou d'intervention médicale : c'est à la fois une règle de droit et un principe éthique, qui s'appliquent également aux examens médicaux réalisés sur les victimes de violences sexuelles⁹⁰. Au-delà des considérations éthiques, un soignant qui négligerait d'obtenir le consentement préalable du patient pour procéder à certains types d'actes, pourrait, dans certains cas se voir accusé de formes d'agression. De plus, un examen médical mené sans l'accord formel du patient pourrait être inutilisable dans une procédure judiciaire⁹¹.

Obtenir le consentement éclairé du patient exige donc de lui expliquer tous les aspects de la consultation⁹² afin d'obtenir son autorisation de procéder aux

88 D. Lagrou, *op. cit.* note 13, p. 41.

89 Les expériences tirées de différents programmes de MSF semblent indiquer que seul un petit nombre de patients ont besoin de conseils spécialisés plus approfondis que les « premiers secours psychologiques » qui sont dispensés aux victimes dans le cadre de leur première consultation médicale. « Characteristics, Medical Management and Outcome of Survivors of Sexual Gender-Based Violence, Nairobi, Kenya », *Public Health Action*, vol. 3, n° 2, 21 juin 2013, p. 111.

90 MSF, *Medico-Legal Issues: Case Management of Victims of Sexual Violence: Care and Protection*, document interne de MSF, 2014, p. 3.

91 OMS, *op. cit.* note 72, p. 34.

92 *Ibid.*, p. 34.

examens. Ceci suppose de prendre le temps pour mettre le patient à l'aise, pour lui expliquer le déroulement de l'examen de manière compréhensible, d'être à son écoute et de comprendre ses besoins et réactions. Enfin, il s'avère particulièrement délicat d'obtenir le consentement éclairé des mineurs ; la représentation légale d'un mineur par un adulte doit être appréciée au cas par cas, en privilégiant toujours l'intérêt supérieur de l'enfant.

Garantir la confidentialité : un engagement à long terme

En tant qu'organisation humanitaire médicale, MSF s'attache à ce que ses actions soient motivées par la solidarité avec les personnes affectées par un conflit ou une crise : les plus vulnérables, les exclus, les victimes de violence. L'assistance médicale est principalement une action individuelle, une relation « patient - soignant » fondée sur l'engagement selon lequel le secours porté bénéficiera directement au patient. Cet engagement implicite, comme les obligations connexes d'agir fondamentalement dans l'intérêt du patient et de garantir le secret médical, constituent le moteur de la confiance qui incite les patients à venir chercher de l'aide.

Le secret médical est une notion qui sous-tend l'ensemble du processus de soins, mais qui revêt un caractère particulièrement complexe s'agissant des violences sexuelles. Les contextes dans lesquels intervient MSF et la nature de ses activités multiplient les difficultés : l'organisation et l'identification des services médicaux, le flux des patients, les efforts de communication et de plaidoyer, les activités de sensibilisation et de rappel des patients, l'orientation des patients et la mise en réseau d'autres acteurs humanitaires ou d'autorités.

Tout d'abord, et parce que le sujet des violences sexuelles peut s'avérer quelquefois porteur de préjugés, la discrétion et la confidentialité des équipes demeurent une condition préalable à tout acte de soin. Cependant, le secret médical peut être difficile à garantir dans certains contextes, notamment lors d'interventions d'urgence, comme cela a été souligné précédemment. La communication, en particulier les photographies, peut s'avérer préjudiciable notamment à une époque où les échanges sont mondialisés⁹³. Les dossiers médicaux des victimes demeurent anonymes, non seulement afin de garantir la confidentialité des personnes, mais aussi en raison de l'inconfort de la société avec le sujet. L'inconvénient est que ce malaise social conduit à une sous-exposition de la problématique des violences sexuelles, ce qui ne favorise pas la résilience des victimes, lesquelles ont besoin, pour ce faire, d'une visibilité publique et voulue par elles.

Un autre aspect de la confidentialité est lié aux documents et à leur archivage ainsi qu'à la désignation d'une personne chargée de la bonne gestion des dossiers sensibles⁹⁴. MSF conserve une copie de chaque certificat délivré à chaque patient, de manière à pouvoir confirmer ou contester l'authenticité d'un certificat médico-légal

93 Laure Wolmark, « Portraits sans visage, des usages photographiques de la honte », *Science and Video*, n° 2, 2010, disponible sur : <http://scienceandvideo.mmsh.univ-aix.fr/numeros/2/Pages/Wolmark.aspx>.

94 MSF, *Be Prepared: 10 Steps* et « 5 Step 2014 Analysis, Operational Center Amsterdam », documents internes de MSF.

présenté par une personne dans le cadre de poursuites pénales ou d'une demande d'indemnisation⁹⁵.

Par ailleurs, certains pays imposent l'obligation de déclarer certaines violences sexuelles aux autorités locales ou à la police⁹⁶. Cette procédure soulève ainsi le dilemme entre l'obligation de préserver le secret médical et le souci de lutter contre l'impunité⁹⁷. En dépit de nombreux obstacles qui peuvent dissuader ou empêcher les victimes d'obtenir réparation certains gouvernements et des agences internationales ont entrepris des efforts considérables pour combattre les formes d'impunité liées à ces actes⁹⁸. À cette fin, il est essentiel que les victimes puissent vouloir être identifiées, voire intenter un procès si elles le désirent. En RDC, dans le but d'identifier les victimes, les autorités locales ont ainsi demandé aux établissements de santé de communiquer les dossiers médicaux des patients victimes de violences sexuelles. La menace que représentait cette demande pour la vie privée des patients a conduit MSF à en appeler aux Nations Unies, au motif que « la stratégie des Nations Unies doit garantir une stricte séparation des rôles, à la fois dans leur attribution et dans la manière dont les fonctions médicales et judiciaires sont perçues par les victimes, les auteurs de violences et la population dans son ensemble [traduction CICR]⁹⁹ », alors qu'une volonté politique grandissante visait à mettre fin à l'impunité et pouvait ainsi compromettre la capacité de fournir une aide médicale impartiale et indépendante. Dès lors, des personnels de plusieurs projets conduits par MSF en RDC refusent désormais de signer des certificats en raison de menaces et d'éventuelles obligations légales attachées à cette pratique. Du point de vue de MSF, il n'est évidemment pas anodin qu'un membre de son personnel soit impliqué dans un processus judiciaire national ou international, eu égard aux risques que cela représente pour sa sécurité, mais aussi du fait de potentielles répercussions sur la présence de l'Organisation dans le pays. En outre, témoigner et engager sa responsabilité lors d'un procès est un exercice souvent malaisé pour des équipes de travailleurs humanitaires.

Enfin, la confidentialité constitue un sujet de préoccupation dans la coopération avec les organisations locales. L'assistance apportée par MSF aux victimes de violences nécessite de forger des relations avec des acteurs locaux, des groupes de femmes et des entités sociales et juridiques afin de disposer d'un éventail de structures

95 MSF, *op. cit.* note 90 ; V. Buard et al., *op. cit.* note 40, p. 1 357.

96 MSF, *Lessons Learned: MSF's Projects Working on Violence in Urban Settings*, document interne de MSF, 2011, p. 6.

97 Bureau conjoint des Nations Unies aux droits de l'homme, *Avancées et obstacles dans la lutte contre l'impunité des violences sexuelles en République démocratique du Congo*, disponible sur : http://www.ohchr.org/Documents/Countries/CD/UNJHROApril2014_fr.pdf.

98 Comme l'ont confirmé des rapports internes de MSF relatifs à la RDC, les victimes peuvent être réticentes à signaler l'agression aux autorités, souvent par peur de représailles ou par défiance envers le système judiciaire ou pénitentiaire, renforcé par l'idée répandue que l'auteur des violences échappera à la prison. La distance géographique et des procédures judiciaires perçues comme longues et difficiles (voire vaines, comme dans la récente affaire Minova) sont également fortement dissuasives.

99 Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, « Dialogue de haut niveau sur les leçons apprises et les défis persistants dans la lutte contre les violences sexuelles en République démocratique du Congo », 25 mars 2014, disponible sur : <http://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=14435&LangID=F>. La déclaration de MSF a été lue au cours de la session du Conseil des droits de l'homme du 25 mars 2014 à Genève (document interne).

capables de répondre aux besoins des victimes qui ne pourraient pas être pris en charge par MSF. Au sein des communautés associées aux parties belligérantes, la dénonciation des violences sexuelles est souvent utilisée comme un élément de propagande afin de disqualifier l'adversaire. Il s'avère donc très important de nouer des relations de travail avec l'ensemble des partenaires nationaux et ce, afin d'éviter l'écueil d'une récupération de cette thématique à des fins politiques par une partie en présence.

Cadre juridique applicable aux violences sexuelles

Le cadre juridique applicable aux violences sexuelles et à leurs conséquences influe sur la capacité de MSF à fournir des soins médicaux adéquats et en temps utile. Comme mentionné ci-dessus et pour ne citer que quelques exemples, les législations relatives au consentement, aux obligations médico-légales, à l'avortement, à l'implication de la police et à l'obligation de dénonciation, peuvent constituer des obstacles à la mise en place d'une offre de soins et d'une protection adéquate.

Depuis que MSF a commencé à proposer des soins aux victimes de violences sexuelles, l'Organisation a déployé des efforts conséquents dans l'élaboration de documents médico-légaux et de conseils pour les procédures judiciaires. Toutefois, ces orientations générales ne peuvent pas toujours répondre aux situations spécifiques et aux besoins propres à chaque patient. Aussi les services juridiques de MSF assurent une analyse au cas par cas et un soutien individualisé.

Pour ce qui concerne les obligations médico-légales, la législation de la plupart des pays impose que les soins médicaux prodigués à une victime de violences sexuelles soient accompagnés de la délivrance d'un certificat médical¹⁰⁰ dont le modèle est généralement standardisé. L'Organisation fournit donc des certificats médico-légaux à toutes les victimes de violences sexuelles¹⁰¹, y compris dans les situations d'urgence¹⁰².

Certaines situations de conflit peuvent en effet provoquer l'effondrement des systèmes judiciaires, laissant les crimes impunis : un certificat médico-légal peut permettre à une personne engageant des poursuites judiciaires de fournir des éléments de preuve des années après l'agression¹⁰³. L'expérience de la RDC montre l'intérêt substantiel de la délivrance de certificats médicaux dans les procédures judiciaires : sur dix certificats médicaux produits par MSF et utilisés par des victimes devant un tribunal, neuf ont été admis par le juge¹⁰⁴.

100 MSF, *op. cit.* note 90.

101 Le certificat médico-légal comporte le récit de l'agression par le patient, y compris tous les éléments qui pourraient se révéler utiles (par exemple la date, le lieu, les caractéristiques du ou des agresseurs) ainsi que les éléments observés lors de l'examen médical et les soins et traitements administrés ou prescrits contre les conséquences physiques et psychologiques. Il convient de souligner que les informations relatives à l'agression sont la transcription du récit du patient : il n'appartient pas aux soignants de juger de leur véracité.

102 Guide de poche de MSF, *op. cit.* note 45, fiche 20, « Nécessité du certificat médical (CM) Bis ».

103 Les crimes entrant dans la compétence de la Cour pénale internationale ne se prescrivent pas. Voir le Statut de Rome, article 29 ; voir également Rés. AGNU, A/RES/2391 (XXIII), Convention sur l'imprescriptibilité des crimes de guerre et des crimes contre l'humanité, 26 novembre 1968, préambule.

104 É. Chazal, G. Fadida et C. Reynaud, *op. cit.* note 23, p. 26 (traduction des auteures).

Recueillir les données personnelles des patients : à quelles fins ?

Pour MSF, collecter les données relatives aux patients fait partie de la routine quotidienne des équipes médicales. Pour les victimes de violences sexuelles, ces informations sont nécessaires pour fournir un traitement médical adapté, répondre aux éventuels besoins de protection du patient et lui délivrer un certificat médico-légal.

Les informations recueillies comprennent un certain nombre de renseignements, en particulier l'état civil et la date de l'agression, afin d'établir l'opportunité d'un traitement prophylactique et d'une contraception d'urgence. Les autres informations demandées servent à établir le diagnostic afin d'écartier l'éventualité d'une infection par le VIH ou celle d'une grossesse. Ces deux sujets supposent d'aborder des questions délicates : « Y a-t-il eu pénétration ? Avez-vous été mordu ou avez-vous mordu votre agresseur ? Savez-vous si vous êtes séropositif ? Avez-vous déjà eu vos règles ? Avez-vous une activité sexuelle ? Êtes-vous enceinte ? Souhaitez-vous éviter une éventuelle grossesse ? », etc.

Ces renseignements servent à définir le traitement médical et à établir le certificat médico-légal ; en tant que données de santé publique, de telles informations sont utilisées pour la mise en place de programmes tels que la gestion des fournitures médicales, des effectifs, l'emplacement et les horaires d'ouverture de la clinique et le besoin potentiel de centres de soins supplémentaires.

Enfin, les informations relatives à l'agresseur peuvent être recueillies en vue d'identifier de potentiels besoins de protection et peuvent contribuer aux efforts de prévention. Dans certains cas, il s'agira de changer l'emplacement des toilettes, d'organiser les collectes de bois de manière collective ou de fournir aux forces de protection, locales ou internationales, des renseignements transversaux à différentes agressions)¹⁰⁵.

Cependant le nombre de questions posées à un patient lors de la première consultation suivant une agression sexuelle peut être accablant pour celui-ci, voire compromettre l'établissement de la relation de confiance avec son thérapeute. Les acteurs nationaux et internationaux œuvrant dans le domaine des violences sexuelles sont, par essence, très hétérogènes en raison de leur identité et leurs objectifs. Dès lors, il s'agit d'obtenir de toutes les organisations qu'elles contribuent aux données relatives aux violences sexuelles dans un grand nombre de domaines. Pour MSF, l'objectif central reste la prise en charge des victimes afin d'éviter les conséquences médicales du viol, à court et à long terme et ce afin d'aider les victimes à se rétablir. Les données que MSF collecte auprès des patients et leur analyse doivent donc servir en premier lieu à une amélioration de la qualité des activités menées¹⁰⁶.

105 La lutte contre l'impunité et l'identification des auteurs d'agressions sexuelles sont un élément central de la stratégie des Nations Unies pour prévenir les violences sexuelles liées aux conflits. Plusieurs résolutions soulignent les appels à communiquer en temps opportun des informations détaillées relatives aux agressions et à leurs auteurs. Les efforts visant à créer une base de données partagée entre les différentes agences témoignent également de l'encouragement à transmettre des données liées aux violences sexuelles (et basées sur le genre). Voir Comité de pilotage du Système de gestion de l'information sur la violence sexiste (GBVIMS), « Overview of the GBVIMS », version 14, 2010, p. 1. Claire Magone, « Collecting Data on Sexual Violence: What Do We Need to Know? The Case of MSF in the Democratic Republic of Congo », *Humanitarian Exchange Magazine*, n° 60, février 2014, p. 20.

106 *Ibid.*

Conclusion

L'octroi de soins aux victimes de violences sexuelles dans le cadre de la mission médicale de MSF aux populations affectées par un conflit ou une crise a fait l'objet de dissidences internes importantes et demeure aujourd'hui encore un enjeu considérable. Les débats et polémiques autour de cette question au sein de l'Organisation sont sans doute liés au caractère sensible de la thématique qui se situe à la croisée des opinions personnelles et de convictions politiques et culturelles sur le statut des femmes, mais aussi au caractère sexuel de cette forme particulière de violence.

Au cours de la décennie écoulée, MSF a prodigué des soins médicaux à près de 118 000 victimes de violences sexuelles, en particulier de viols, et en a retiré de précieux enseignements. Cette expérience montre les limites dans la capacité de l'Organisation, mais aussi dans l'acceptation, par les victimes de violences sexuelles, de soins médicaux consécutifs à des violences sexuelles, dans des contextes où ces actes sont entourés de nombreux tabous. On peut cependant noter que le nombre de patients sollicitant une assistance après avoir subi des violences sexuelles, demeure plus élevé dans les programmes que conduit MSF dans des situations post-conflituelles ou dans des situations de violence urbaine. Dans les situations de conflit ou d'urgence, la capacité de MSF à porter assistance à des victimes de violences sexuelles demeure limitée, hormis en RDC. Dans ces contextes, MSF s'efforce de répondre à de nombreux besoins concurrents, les violences sexuelles ne font souvent pas partie des priorités opérationnelles immédiates, lesquelles sont en général axées sur les actions ayant un impact direct sur la mortalité.

Outre les contraintes liées au contexte, le caractère souvent invisible des souffrances, l'impératif d'une approche proactive propre à identifier les victimes, ainsi que les défis techniques et éthiques liés aux soins apportés aux victimes de violences sexuelles contribuent à entraver la capacité des équipes à fournir des soins appropriés en temps utile. Lorsque les soins sont dispensés, l'impact du traitement médical est limité : seule la moitié des victimes viennent à temps pour bénéficier de mesures préventives contre l'infection par le VIH et contre une grossesse non désirée. Enfin, une minorité de patients reviennent pour le suivi médical et psychologique.

De plus, les victimes de violences sexuelles n'ont pas seulement besoin d'une assistance médicale : leur protection, la prévention des agressions ultérieures et les poursuites judiciaires des auteurs de ces actes sont avant tout de la responsabilité des gouvernements nationaux et requièrent un appui international. Les efforts pour mettre fin aux violences sexuelles et à l'impunité des agresseurs doivent être intensifiés en complémentarité de l'aide médicale et doivent permettre, en toutes circonstances, de préserver et de promouvoir la capacité de fournir des soins médicaux de manière directe, indépendante et confidentielle. Enfin, les victimes exclues de leur famille et de leur communauté à la suite d'un viol et celles qui risquent d'être exposées à d'autres agressions ou à des représailles, doivent être protégées et bénéficier d'un soutien psychologique efficace. Ces aspects de l'assistance tendent à être négligés en général et encore davantage durant une crise ; dans ces cas, et si la parole des victimes n'est pas prise en compte, le bénéfice des soins médicaux peut

être altéré. Lorsque d'autres acteurs humanitaires, locaux ou internationaux, sont présents, il convient que MSF noue un dialogue et cherche à coopérer avec l'ensemble des acteurs, parties ou non au conflit et ce, afin de favoriser l'octroi de l'aide à toutes les victimes en ayant besoin.

Enfin, les enjeux spécifiques liés aux soins prodigués aux victimes de violences sexuelles mettent en exergue les difficultés d'ordre général auxquelles MSF fait face dans le cadre de sa mission médicale au service des populations en crise, car la législation, les autorités nationales (politiques, religieuses) et certains stéréotypes peuvent constituer des écueils supplémentaires susceptibles d'entraver l'accès aux soins des victimes et d'empêcher les soignants de répondre de manière efficace aux besoins médicaux des victimes de violences sexuelles, ainsi que ceux liés aux grossesses non désirées.

Ainsi, MSF continue de se confronter aux limites de son rôle : si offrir des soins médicaux demeure un engagement central, les difficultés spécifiques inhérentes au caractère criminel du viol, en termes juridiques, politiques et de sécurité, ne peuvent être ignorées. L'instrumentalisation potentielle des victimes de viols et de l'assistance qui leur est apportée dans l'objectif de promouvoir les droits de l'homme, l'égalité des femmes ou encore pour servir les dynamiques de conflit, constitue un défi constant. Enfin, les multiples besoins des victimes, au-delà des soins médicaux, qui demeurent sans réponse doivent être honorés. La satisfaction de tels besoins dépasse souvent les capacités et la légitimité des actions de MSF, mais il apparaît que peu d'autres acteurs semblent être en mesure de s'investir dans ces domaines. Au sein de l'Organisation, le niveau d'implication opérationnelle de MSF dans les différents contextes et ses efforts en termes de protection, de prévention, de plaidoyer, fait toujours l'objet de débats, de divergences voire de tensions.

Les soins médicaux consécutifs à des violences sexuelles font partie des multiples besoins de santé auxquels MSF entend faire face. Bien souvent, les équipes de MSF sont généralistes et incarnent de multiples ambitions médico-humanitaires. Des lignes directrices, des formations et des outils ne peuvent remplacer la nécessité d'un investissement permanent et d'une réflexion à tous les niveaux de l'Organisation. Les principaux enjeux auxquels MSF reste confrontée sont ceux inhérents à chaque contexte et ces défis sont toujours évolutifs. Les violences sexuelles font souvent partie d'une dynamique de violence plus large, que ce soit durant un conflit, dans une situation post-confliktuelle ou dans un environnement stable mais bien souvent marqué par la pauvreté, les conditions de vie précaires et l'exclusion. Tout effort d'assistance finit par être confronté aux dynamiques sociales complexes qui ont donné naissance aux violences sexuelles et contre lesquelles MSF, intervenant externe, se trouve en position délicate.

MSF devra continuer à se confronter aux limites de son rôle et de ses actions afin d'étendre les soins médicaux aux victimes de violences sexuelles à tous les contextes concernés et notamment aux situations de conflit, mais l'Organisation se doit de rester vigilante face aux risques d'instrumentalisation de son action et s'attacher à préserver son indépendance face aux objectifs politiques des pouvoirs nationaux et internationaux, aussi prometteurs qu'ils puissent paraître.