

Ces maux sans mots : l'impact des violences sexuelles subies par les femmes centrafricaines

* Service de
Psychiatrie du Centre
National Hospitalier
Universitaire de
Bangui, BP 2775.

** Service de
Gynécologie-
Obstétrique
de l'Hôpital
Communautaire de
Bangui, République
centrafricaine.
andretabo@yahoo.fr

André TABO*, E. SERDOUMA**, C.G. KETTE*, M. GODDOT**,
R. NGBALE**, G. DANIMON*, A. SEPOU**

Résumé

Les conflits militaro-politiques qu'a connus la Centrafrique a été l'occasion de violences diverses, notamment sexuelles sur les femmes. Une étude antérieure avait identifié les problèmes médicaux inhérents à ces conflits. Nous avons mené ce travail pour inventorier les conséquences psychologiques et psychiatriques des viols subis par les femmes centrafricaines et décrire les traitements reçus. Les résultats sont les suivants. Les victimes âgées entre 20 et 29 ans étaient les plus nombreuses (36,4 %) mais il y avait des mineures de moins de 15 ans (11 %). Les femmes mariées étaient les plus touchées (41 %). Les victimes avaient subi le viol à leur domicile dans 56,3 % des cas, par au moins 2 hommes dans 72,8 %. Le viol était toujours accompagné d'autres types de violences dont les violences physiques dans 54,4 % des cas. La séroconversion VIH était la conséquence médicale la plus fréquente (21,8 %). L'état de stress post traumatique présenté par toutes les victimes s'était compliqué par un état dépressif dans 36,9 % des cas et par des conduites d'addictions dans 18 %. La prise en charge de ces victimes avait été psychiatrique et psychosociale. L'élimination des violences sexuelles sur les femmes passe nécessairement par la prévention des conflits armés en Centrafrique.

Mots clés : viol, troubles psychiatriques, Centrafrique.

Wounds without words : the impact of sexual violence on women in Central African Republic

Summary

The military-political conflicts which occurred in Central African Republic led to several violent acts, including sexual abuse on women. An earlier work had identified the medical problems inherent to these conflicts. We conducted the present study to identify the psychological and psychiatric consequences of the rape for women in CAR. Results: The victims aged between 20 and 29 years were most numerous (36.4 %) but there were youths under 15 years (11 %). Married women were the most affected (41 %). Victims has suffered rape at home in 56.3 %, with two aggressors in 72.8 %. The rape was always accompanied by other types of violence including physical abuse in 54.4 % of cases. HIV seroconversion was the main medical consequence (21.8 %). All victims presented a Post-Traumatic Stress Disorder, with a comorbid Depression and Addictive Disorders in 37 % and 18 % of the cases respectively. Discussion : emphasis is put on the psychiatric and psychosocial components of the F/U of the victims. Elimination of armed conflicts in CAR is a pivotal means to prevent sexual violence on women in CAR.

Key words: rape, psychiatric disorders, Central African Republic.

Les personnes civiles, notamment les femmes sont souvent victimes de violences sexuelles utilisées comme arme de guerre au cours des conflits armés [3, 4, 17, 21, 22]. Cette violence est responsable d'environ 14 % des décès, suite d'un acte de violence [23]. Lors des conflits militaro-politiques survenus en Centrafrique entre 2002 et 2004, les populations civiles et en particulier les femmes de la capitale et de plusieurs autres villes du pays ont été victimes d'actes de violences notamment sexuelles commis par des hommes en armes. Une équipe d'assistance humanitaire a été mise en place pour assurer la prise en charge de ces victimes qui avaient présenté des problèmes médicaux, psychologiques et psychiatriques. Cette étude a pour but de répertorier les problèmes psychologiques, psychiatriques et psychopathologiques présentés par femmes après les violences sexuelles subies et rendre compte des modalités de prise en charge qui ont été proposées aux victimes.

Patients et méthodes

Ils s'agit d'une étude prospective sur une période d'un an allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2008. Une équipe d'assistance humanitaire composée de médecin psychiatre, de gynécologue, de psychologue avait été mise en place en novembre 2002 par les autorités centrafricaines avec l'appui des partenaires au développement comme le Programme de Nations Unies pour le Développement (PNUD), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) afin d'assurer la prise en charge médicale, psychologique et psychiatrique des victimes des violences. Cette équipe avait disposé de moyens financiers lui permettant de réaliser des examens médicaux et biologiques. C'est ainsi que nous avons suivi sur le plan psychologique et psychiatrique pendant un an une partie des victimes de violences sexuelles qui en étaient demandeuses. La prise en charge psychologique et psychiatrique avait commencé par 5 séances de debriefing au profit de toutes les victimes répertoriées. À la fin de ces séances, les victimes qui avaient demandé une prise en charge psychologique et psychiatrique s'étaient inscrites sur une liste. Pour chaque victime, un entretien par mois avait été retenu en psychothérapie individuelle et/ou collective selon les cas et une prise en charge psychiatrique avait été proposée à

celles qui en avaient besoin selon l'évaluation du psychiatre. Le diagnostic psychiatrique était posé selon les critères du DSM-IV. Les comptes-rendus de ces entretiens et de tous les actes avaient été consignés dans un dossier médical ouvert pour chaque victime. Ont été retenus, les dossiers des victimes qui avaient suivi le processus jusqu'à son terme. Les dossiers médicaux des personnes perdues de vue ou ayant abandonné le suivi ont été éliminés. Les informations recueillies dans les dossiers ont concerné les circonstances de la violence sexuelle, les données médicales et les comptes-rendus des entretiens psychologiques et psychiatriques. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi Info version 2000.

Résultats

Sur 512 dossiers de femmes victimes de violences pendant la période des conflits, 408 avaient subi des violences sexuelles. Parmi elles, 379 victimes avaient accepté un suivi psychologique et psychiatrique ; mais après un mois, 8 d'entre elles avaient quitté l'étude : 6 perdues de vue et 2 décédées. 371 dossiers ont été retenus pour cette étude. Aucune des femmes n'avait d'antécédents psychiatriques personnels connus avant la violence sexuelle. Elles étaient toutes des femmes civiles et les auteurs étaient tous des militaires. L'âge moyen de ces victimes était de 32,4 ans avec des extrêmes de 11 et 71 ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 20 à 29 ans (36,4 %). Il y avait 41 mineures de moins de 15 ans et 12 personnes âgées de plus de 65 ans parmi les victimes (*Tableau I*). Les femmes mariées étaient les plus nombreuses (41 %). Le viol a eu lieu au domicile de la victime dans 209 cas (56,3 %) dont 186 en présence d'un membre de la famille. Dans 144 cas (38,8 %), la victime était seule essentiellement au moment de la fuite. Le viol regroupant plusieurs autres victimes a été signalé par 78 victimes (21 %). La plupart des viols (91,6 %) avaient été perpétrés une seule fois et dans 41,5 % des cas par 2 agresseurs. La répétition de l'acte avait été signalée par 31 victimes (8,4 %). Le viol était accompagné de violences physiques dans 202 cas (54,4 %). Parmi les 74 victimes ayant fait part de sodomie, il y avait 2 adolescentes de 13 et 14 ans (*Tableau II*). Par rapport aux différents impacts, si 340 victimes (91,6 %) n'avaient eu aucune lésion, 22 (6 %) avaient encore leur virginité avant le viol. Parmi les victimes ayant eu des lésions organiques, une avait perdu la vue après qu'elle ait reçu

Tableau I. Données socio-démographiques.

Paramètres	Effectif (n=371)	Pourcentage
Tranches d'âge		
11-19 ans	84	22,6
20-29 ans	135	36,4
30-39 ans	97	26,1
40- 49 ans	37	10,0
> 50 ans	18	4,9
Statut matrimonial		
Mariées	152	41,0
Célibataires	108	29,1
Veuves	83	22,4
Divorcées	28	7,5

Tableau II. Caractéristiques du viol et autres types de violences.

Paramètres	Effectif (n=371)	Pourcentage
Lieu du viol		
Domicile	209	56,3
Au cours de la fuite	146	39,4
En recherchant un proche	16	4,3
Nombre d'agressions		
1 fois	340	91,6
2 fois	22	6,0
≥ 3 fois	9	2,4
Nombre d'agresseurs		
1	98	26,4
2	154	41,5
3	77	20,8
≥ 4	42	11,3
Autres types de violences		
Violences physiques	202	54,4
Sodomie	74	20,0
Assassinat d'un proche	26	7,0
Menaces verbales	69	18,6

une balle qui était entrée dans la zone temporelle droite sectionnant le nerf optique droit et sortie par l'œil gauche. La fracture unique ou multiple des os a été retrouvée dans 10 autres cas. Des douleurs persistantes suite à des coups reçus ont été signalées par 14 victimes (3,8 %). Sur le plan psychologique, les victimes avaient décrit plusieurs types de sentiments dont les plus fréquents étaient du registre d'un mal-être. Dans 43 cas (11,6 %), les victimes avaient signalé des rituels de lavage. Sur le plan psychiatrique, toutes les victimes avaient présenté un état de stress post traumatique d'intensité variable. Dans 137 cas (36,9 %), un état dépressif d'intensité variable avait été mis en évidence, dont 37 avaient nécessité une prise en charge en milieu hospitalier spécialisé. Les victimes étaient devenues

Tableau III. Impacts du viol.

Paramètres	Effectif (n=371)	Pourcentage
Conséquences médicales		
Lésions organiques	25	6,7
Séroconversion VIH	81	21,8
Sérologie syphilitique	35	9,4
Perte de virginité	22	6,0
Lésions vaginales	6	1,6
Grossesses non désirées	4	1,1
Aucune lésion	340	91,6
Impact psychologique		
Peur/angoisse	278	74,9
Colère/agressivité	205	55,2
Culpabilité/isolement	159	42,8
Gêne/honte	135	36,4
Perte de confiance	112	30,2
Rituels de lavage	43	11,6
Impact psychiatrique		
Stress post traumatique	371	100,0
État dépressif	137	36,9
Mélancolie	8	2,2
Névroses	85	22,9
Conduites addictives	67	18,0
Psychosomatique	74	20,0
Conséquences sociales		
Stigmatisation	363	97,8
Répudiation	22	6,0
Traitements		
Psychosocial	371	100,0
Psychiatrique	206	55,5

dépendantes aux substances psycho actives dans 67 cas (18 %) (Tableau III).

Discussion

La présente étude n'a pas décrit l'ampleur réelle des violences sexuelles subies par les femmes centrafricaines lors des conflits armés de 2002 à 2004. Le biais de recrutement s'explique par le fait que toutes les victimes n'avaient pas été recensées et même celles qui étaient connues n'avaient pas bénéficié de l'assistance humanitaire mise en place par le Gouvernement avec l'appui des partenaires au développement. Malgré que l'assistance humanitaire soit considérée comme un droit ou un acte de bien comme l'avaient souligné d'autres auteurs [9, 13, 17, 18], la peur de la stigmatisation et de la marginalisation que subissent ces victimes avait empêché certaines victimes d'y accéder. Par ailleurs, plusieurs victimes résidant dans l'arrière-pays, l'équipe d'assistance n'avait pas pu les recenser. Les victimes étaient relativement jeunes puisque la moyenne d'âge était de 32,4 ans. Elles étaient

toutes des civiles comme l'avaient constaté d'autres auteurs [3, 9, 17]. Le contexte est un facteur important qui détermine le type de violence [10, 11, 12, 17, 19, 21]. En Centrafrique, on était dans un état de « guerre » dont les principaux acteurs étaient des hommes en armes qui se livraient à toute sorte de violences dont le viol. Le viol au cours de la période de conflit est utilisé comme une arme de guerre, comme l'ont souligné Salignon *et al.* [15] et Sépou *et al.* [17]. Si le viol en période de conflit est considéré comme une arme de guerre, c'est l'occasion pour les troupes, souvent concentrées et sous pression, de se défouler sexuellement sur la femme dans la toute puissance [5]. Leur choix était porté sur les femmes jeunes, physiquement attirantes [2, 5, 8, 17, 22]. C'est ainsi que les victimes âgées de moins de 30 ans constituaient 59 % de l'effectif de l'étude. Ces violences sexuelles étaient perpétrées dans 50,1 % des cas devant un membre de la famille de la victime. Cela a été à l'origine de l'assassinat de plusieurs proches des victimes dont des conjoints qui avaient tenté de réagir contre ces actes. Des enfants aussi avaient été témoins de ces actes et avaient développé des troubles psychologiques importants ayant nécessité une prise en charge psychiatrique et psychologique. Les conséquences médicales des violences sexuelles subies par les femmes centrafricaines étaient de plusieurs types tels que les lésions vaginales comme l'avaient souligné Krug *et al.* [8] et Sépou *et al.* [17]. Ces violences sexuelles avaient été l'occasion de la transmission d'infections dont le VIH/SIDA. Au départ, nous avons recensé 81 cas de séroconversion mais selon l'étude de Sépou *et al.* [17], 7 cas seulement ont été confirmés. Il était donc difficile de lier ou non le taux élevé de séroprévalence VIH à l'agression sexuelle subie par les femmes, comme l'avaient remarqué certains auteurs [13, 17]. La survenue d'une grossesse chez 4 victimes avait entraîné plusieurs problèmes signalés par d'autres études [4, 17]. Ces problèmes étaient d'abord psychosocial pour 2 femmes qui avaient donné naissance à des enfants de père inconnu et surtout violeur ; ensuite pour une autre qui avait opté pour une interruption clandestine de grossesse, courant les risques sanitaires de tels avortements décrits par Sépou *et al.* [16] et/ou d'être poursuivie pénalement, la loi centrafricaine n'autorisant pas cet acte à l'époque. À la suite de ces événements, une loi a été votée et promulguée pour autoriser l'interruption de grossesse en cas de viol et autres circonstances sociales douloureuses comme l'inceste [14].

Sur le plan psychologique, les différents sentiments décrits par les victimes contribuent à un mal-être personnel, familial et social. Les rituels de lavage et les conduites d'évitement par rapport aux hommes en armes ont persisté chez plusieurs des victimes et ont concouru à l'organisation de véritables états névrotiques de types phobiques ou obsessionnels.

Par rapport à l'impact psychiatrique, toutes les victimes (100 %) avaient signalé les symptômes de l'état de stress post-traumatique. Ce taux est nettement supérieur à ceux d'autres études [2, 6, 7]. Ce taux élevé s'explique très probablement par l'absence de prise en charge psychologique précoce des victimes. En effet, les victimes avaient été prises en charge par l'équipe d'assistance humanitaire plus d'un mois après les événements ; ce qui a favorisé l'évolution spontanée du psychotraumatisme vers l'état de stress post traumatique. Par ailleurs, nous avons constaté une comorbidité de l'état de stress post traumatique avec plusieurs autres affections psychiatriques telles que les états dépressifs dans 36,9 % des cas, les états névrotiques dans 22,9 % et les maladies psychosomatiques dans 20 % des cas. Dans 22 cas, les victimes avaient développé une dépendance aux benzodiazépines. Les 55 autres victimes s'étaient données à l'alcool. Plusieurs auteurs avaient signalé cette comorbidité [2, 6, 9, 15, 19-23].

Dans 37 cas, l'état dépressif était majeur et avait nécessité une hospitalisation en psychiatrie pour des soins spécialisés (antidépresseurs et autres psychotropes). Les 8 cas de mélancolie ont été également hospitalisés en psychiatrie pour une prise en charge adéquate. En somme, les traitements psychiatriques proposés à ces victimes pour l'état de stress post traumatique qu'elles avaient présenté avaient plusieurs volets : le volet pharmacothérapie était du ressort du psychiatre et composé des antidépresseurs, de neuroleptiques dans certains cas ou d'anxiolytiques chez la plupart des victimes. Cette conduite thérapeutique a été discutée par Stein *et al.* [20].

L'autre volet des traitements était psychosocial. La partie psychologique était constituée des séances de psychothérapie de soutien lors des rendez-vous de consultations externes avec le psychiatre et lors des entretiens individuels avec le psychologue pour renforcer les défenses des victimes par la réassurance. Dans certains cas de conduites d'addictions, des groupes de paroles ont été organisés à raison d'une séance par mois, animée par le psychiatre ou le psychologue. La partie sociale

avait été prise en compte par le ministère des affaires sociales avec l'appui des partenaires au développement par la mise en œuvre des activités génératrices de revenus. En effet, 348 victimes regroupées au sein des associations avaient bénéficié d'une aide financière pour exercer une activité pouvant leur générer des revenus stables.

Quant aux conséquences sociales, les victimes dans leur quasi-totalité avaient déclaré avoir été stigmatisées ou marginalisées par des voisins, voire par leur entourage familial. Seulement 8 victimes avaient été protégées contre la stigmatisation. Les 22 victimes répudiées par leurs conjoints avaient déclaré avoir été violées en présence de témoins qui avaient ensuite rapporté les faits. La répudiation et la stigmatisation ont accentué les réactions

psychologiques décrites par les victimes et a retardé leur réinsertion sociale.

Conclusion

Ce travail montre la réalité des violences sexuelles subies par les femmes centrafricaines lors des conflits militaro-politiques que la Centrafrique a connus. Devenue dorénavant courante lors des braquages et vols à mains armées, cette pratique devra être combattue par des mesures juridiques et politiques. La mise en place d'une unité de prise en charge médicale et psychologique d'urgence des victimes de psycho traumatisme est souhaitable. L'élimination des violences sexuelles passe nécessairement par la prévention des conflits armés en Centrafrique. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. DSM IV. Washington DC, 1994. Traduction française par Guelfi JD, Paris, Masson, 1996.
2. Acierno R, Resnick H, Kilpatrick DG, Saunders B, Best CL. *Risk factors for rape, physical assault and post-traumatic stress disorder in women : examination of differential multivariate relationships*. *J Anxiety Disord* 1999 ; 13 : 541-63.
3. Amblard J, Rigal S, Diakité SK, Bagary E, Seye. *L'atelier de chirurgie réparatrice de guerre de Conakry mai 1999 : exemple de coopération civilo-militaire dans une réponse aux aspects d'urgence médico-chirurgicale d'une crise*. *Med Trop* 2002 ; 62 : 407-13.
4. Ahuka OL, Chabikuli N, Ogunbanjo GA. *The effects of armed conflict on pregnancy in the Congo*. *Int J Gynaecol Obstet*, 2004 ; 84 : 91-2.
5. Bove R, Voleggia C. *Polygyny and women's health in sub-saharan Africa*. *Soc Sci Med*, 2009 ; 68(1) : 21-9.
6. Carey PD, Stein DJ, Zungu-Dirwavi N, Seedat S. *Trauma and posttraumatic stress disorder in a urban Xhosa primary care population : prevalence, comorbidity and service use patterns* ; *J Nerv Ment Dis*, 2003 ; 191(4) : 230-6.
7. Krug EG. *Injury : a leading cause of global burden of diseases*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, Département Prévention de la violence et des traumatismes, 1999, 56 p.
8. Krug EG, Daliberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R. *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé ; 2002, 376 p.
9. Le Pape M, Salignon P. *Une guerre contre les civils : réflexion sur les pratiques humanitaires au Congo-Brazzaville (1999-2000)*. *Med Trop*, 2002 ; 62 : 438-9.
10. Mbassa-Menick D, Ngoh F. *Réconciliation et/ou médiation comme voies de recours en cas d'abus sexuel sur mineur au Cameroun*. *Med Trop*, 1999 ; 59 : 161-4.
11. Mbassa-Menick D. *Les abus sexuels en milieu scolaire au Cameroun : résultats d'une recherche-action à Yaoundé*. *Med Trop*, 2002 ; 62 : 58-62.
12. Ourdan R. *Kosovo-Timor : compter les morts*. *Le Monde*, 2 septembre 2000 ; 2-16.
13. Quigley M. *Case-control study of risk factors for incident in HIV infection in rural Uganda*. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000 ; 5 : 418-5.
14. République Centrafricaine. *Loi n° 06.005 du 20 juin 2006* ; 22 p.
15. Salignon P, Legros D. *Conséquences sanitaires de la guerre sur la population civile : République du Congo*, décembre 1998, février 2000. *Med Trop* 2002 ; 62 : 433-7.
16. Sépou A, Ngalé R, Yanza MC, Domandé-Modanga Z, Nguémbi E. *Analyse des avortements à la maternité de l'Hôpital Communautaire de Bangui*. *Med Trop*, 2004 ; 64 : 61-5.
17. Sépou A, Goddot M, Ngbale R, Domandé-Modanga Z, Tabo A, Conjugo P, Serdouma E. *Quels problèmes sanitaires posent les violences chez les femmes lors des conflits armés ? l'expérience de Bangui, Centrafrique*. *Clinics in Mothers and Child Health*, 2008 ; 5(2) : 887-91.
18. Simonnot C. *Question autour de l'humanitaire*. *Med Trop*, 2002 ; 62 : 422-4.
19. Spiegel PB, Salama P. *War and mortality in Kosovo, 1998-99 : an epidemiological testimony*. *The Lancet*, 2000 ; 355 : 2204-9.
20. Stein DJ, Zungu-Dirwavi N, Van Der Linden GJ, Seedat S. *Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000(4) : CD 002795.
21. Swiss S, Giller JE. *Rape as crime of war : a medical perspective*. *JAMA* 1993 ; 270 : 612-5.
22. Swiss S, Jennings PJ, Aryee GV. *Violence against women during the Liberian civil conflict*. *JAMA* ; 1998 : 625-9.
23. WHO. *Global consultation on violence and health. Violence : a public health priority*. OMS ed. Genève, 1996, 36 p.