



Appui à la santé mentale et soutien psychosocial en cas de violence sexuelle liée aux conflits : principes et interventions

Résumé du *rapport de la réunion OMS/UNAction/UNFPA/UNICEF (2011). Rapport de réunion, Répondre aux besoins de santé mentale et de soutien psychosocial des victimes de violence sexuelle lors d'un conflit armé, 28-30 novembre 2011, Ferney-Voltaire, France.* Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Violence sexuelle et conflit armé

- la violence sexuelle est un problème important lié au conflit armé (voir Encadré 1 pour la définition).
- L'ampleur, l'échelle, la nature, le ciblage, l'intention, le profil du coupable et l'impact sur la population de la violence sexuelle liée au conflit varient dans de fortes proportions.

Encadré 1. Définition de la violence sexuelle liée au conflit

On entend par violence sexuelle liée au conflit « le viol, l'esclavage sexuel, la prostitution, la grossesse et la stérilisation forcées, ou toute autre forme de violence sexuelle ... perpétrés contre des femmes, des hommes ou des enfants. Ces actes ou types de violation interviennent en période de conflit ou d'après-conflit ou dans d'autres situations graves (troubles politiques). Ils ont également un lien direct ou indirect avec le conflit ou les troubles politiques en tant que tels, autrement dit un lien temporel, géographique et/ ou causal. ». (Action de l'ONU contre la violence sexuelle dans les pays en conflit, Cadre analytique et conceptuel de la violence sexuelle liée au conflit p. 3.)

- La violence sexuelle est perpétrée dans le contexte du pouvoir qu'exercent les hommes sur les femmes. Elle est surtout perpétrée par des hommes à l'encontre des femmes et des jeunes filles. En cas de conflit, toutefois, les jeunes gens et les hommes sont, eux aussi, visés. La violence sexuelle peut être ordonnée ou tolérée comme tactique de guerre.



Département Santé mentale et Abus de Substances psychoactives

Département Santé et Recherche génésiques incluant



PNUD · UNFPA · OMS · Banque mondiale
Programme spécial de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine



Conséquences sanitaires et sociales

- La violence sexuelle peut avoir de multiples effets physiques, psychologiques et sociaux sur les victimes, leur réseau social et leur communauté.
- Les conséquences pour la santé sexuelle et génésique comprennent notamment les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, les grossesses non désirées, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions, les problèmes gynécologiques et les lésions corporelles.
- Les conséquences psychologiques/pour la santé mentale englobent la détresse non pathologique (peur, tristesse, colère, auto-reproche, honte, ou culpabilité), les troubles liés à l'anxiété (y compris le trouble de stress post-traumatique – TSPT), la dépression, les douleurs somatiques médicalement inexpliquées, les troubles liés à la consommation d'alcool et d'autres substances, ainsi que les idées suicidaires et l'automutilation.
- Parmi les conséquences sociales figurent la stigmatisation et ses séquelles – dont l'exclusion sociale, la discrimination, le rejet de la famille et de la communauté, et l'aggravation de la pauvreté.

Principes généraux des programmes humanitaires

- L'appui à la santé mentale et le soutien psychosocial sont des composantes essentielles du module complet de soins visant à protéger ou à promouvoir le bien-être psychosocial et/ou à prévenir ou traiter les troubles mentaux dont souffrent les victimes de violence sexuelle.
- Les interventions doivent être menées conformément aux règles humanitaires en vigueur. Toutes les interventions et formes de soutien devraient être basées sur des principes participatifs et mises en œuvre de concert avec les communautés. Elles devraient reposer sur l'évaluation des capacités et des besoins, et conforter les ressources existantes et les pratiques éprouvées. Les interventions devraient promouvoir les droits de l'homme et protéger les populations touchées contre la violation de ces droits ; les acteurs humanitaires devraient promouvoir l'équité et la non-discrimination.
- Les planificateurs de l'appui à la santé mentale et du soutien psychosocial devraient veiller à ce que les programmes ne portent pas préjudice aux intéressés. Cela suppose une vigilance

à l'égard des effets négatifs susceptibles de survenir pendant le processus de planification des programmes, et l'appréciation ainsi que la consignation des conséquences négatives involontaires par le biais du suivi de l'évaluation. Les conséquences involontaires des programmes portent notamment sur les aspects culturels, économiques, politiques, psychologiques, sécuritaires et sociaux. L'Encadré 2 présente des causes évitables de préjudices intéressant les programmes prenant en compte la violence sexuelle.

Encadré 2. Programmation du soutien aux victimes de violence sexuelle : pratiques humanitaires potentiellement préjudiciables (d'après Wessells, 2009)

- Mauvaise coordination
- Discrimination et ciblage excessif
- Excès ou manque d'attention accordée aux problèmes graves
- Fragilisation des mesures d'accompagnement existantes
- Services tendant à rendre les victimes plus vulnérables ou à les revictimiser
- Stigmatisation par catalogage
- Trop d'importance accordée aux pathologies et aux carences
- Médicalisation des problèmes complexes
- Agressivité des questions
- Fragmentation des systèmes
- Piètre qualité des conseils assortis d'une formation et d'un contrôle insuffisants.

Principes généraux de la programmation du soutien aux victimes de violence sexuelle liée au conflit

- Des mesures d'accompagnement visant à améliorer la santé mentale et le bien-être psychosocial devraient s'adresser aux victimes de violence sexuelle, mais sans les cibler exclusivement. En même temps que les besoins des victimes doivent être pris en compte par des programmes, il convient d'éviter le ciblage spécifique, lequel risquerait d'entraîner une cascade de problèmes supplémentaires comme la stigmatisation, la discrimination et la violence.

- La programmation de l'appui à la santé mentale et du soutien psychosocial destinés aux victimes de violence sexuelle liée au conflit devrait, autant que possible, être incorporée au système général de santé ainsi qu'à d'autres services et mesures d'accompagnement communautaire, à savoir la santé génésique, les soins prénatals, la nutrition du nouveau-né et du jeune enfant, la prévention de la violence liée au genre et la riposte à cette violence, la protection de l'enfant, les initiatives de microfinancement et les mécanismes de soutien communautaire en vigueur.
- Les interventions devraient être fondées sur les droits et contextualiser la violence à l'encontre des femmes et des jeunes filles. L'intérêt de la victime et le respect de ses décisions sont d'une importance capitale ; toutes les actions doivent toujours s'inspirer d'une approche centrée sur la victime et des principes de confidentialité, de sûreté et de sécurité, de respect et de non-discrimination.

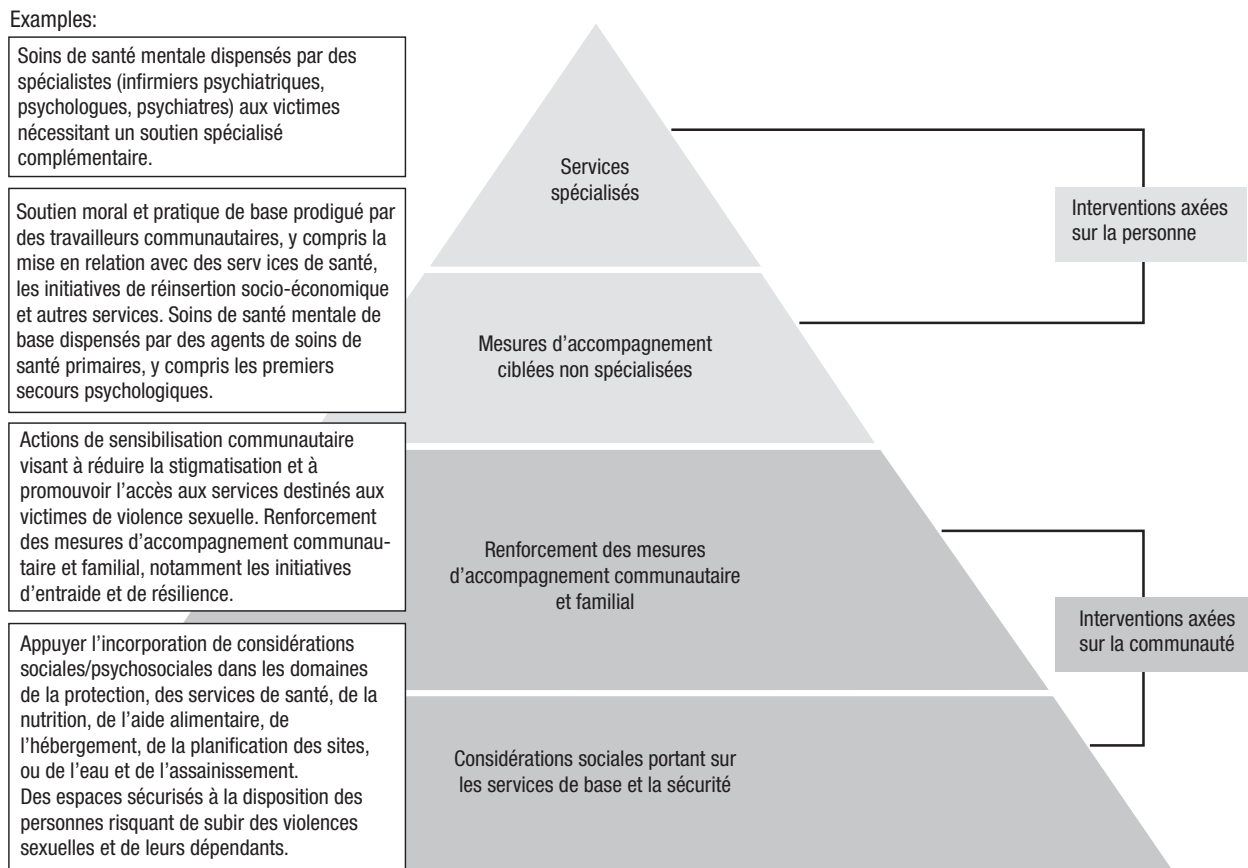
Mesures accompagnant à plusieurs niveaux les victimes de violence sexuelle liée au conflit

Les mesures d'accompagnement doivent se situer à divers niveaux ; en d'autres termes, elles doivent cibler aussi bien les personnes que les communautés (ou segments de communauté). Les interventions psychosociales axées sur une communauté cherchent généralement à renforcer le bien-être de la victime en améliorant le cadre général de son rétablissement. Les interventions axées sur la personne se concentrent sur la victime prise individuellement, sa famille proche et son réseau social. Elles englobent les premiers secours psychologiques et la mise en relation des victimes avec d'autres services, des interventions psychologiques (thérapies de la parole) et, le cas échéant, la consultation d'un spécialiste en santé mentale. La Figure 1 illustre ces catégories d'interventions par niveau.

Encadré 3. Éléments pratiques essentiels pour programmer le soutien aux victimes de violence sexuelle liée au conflit

- Éviter de cibler expressément les victimes de violence sexuelle
- Intégrer les mesures d'accompagnement dans des systèmes plus vastes (par exemple le système général de santé ; les mécanismes de soutien communautaire en vigueur)
- Respecter les principes de confidentialité, de sûreté et de sécurité, de respect et de non-discrimination.

Figure 1 - Les différents niveaux d'intervention psychosociale et de santé mentale pour les survivants de violence sexuelle liée au conflit.



Interventions axées sur la communauté

- Les mesures d'accompagnement psychosocial axées sur la communauté s'efforcent de répondre aux besoins qui ont été décelés, ainsi que de jouer un rôle potentiel dans la protection de la dignité, la promotion du bien-être psychosocial et la prévention des problèmes de santé mentale liés à la violence sexuelle.
- Les interventions devraient s'efforcer d'inclure toute la communauté et d'aborder la stigmatisation avec ses effets négatifs ; les membres du groupe stigmatisé doivent participer à la conception, l'exécution et l'évaluation. Les actions de lutte contre la stigmatisation comprennent notamment des interventions éducatives tendant à combattre les conceptions erronées. Les interventions doivent être élaborées avec beaucoup de soin afin d'éviter qu'elles n'entraînent des effets préjudiciables tel que l'accroissement de la stigmatisation.

Encadré 4. Interventions axées sur la communauté

- La programmation psychosociale à vocation communautaire est un élément important de l'action psychosociale et de santé mentale face à la violence sexuelle survenant dans la plupart des lieux de conflit.
- Les interventions axées sur la communauté en cas d'urgence critique peuvent englober des activités de mobilisation de la communauté et la création d'espaces sociaux sécurisés à la disposition des femmes et des enfants.
- À mesure que la situation se stabilise, ces interventions doivent être élargies et l'on peut envisager la mise en place progressive d'activités socio-économiques d'autonomisation des femmes, comme les associations villageoises d'épargne et de crédit.

- Des espaces sociaux sécurisés peuvent être aménagés autour d'un lieu – centre communautaire ou centre réservé aux femmes ou encore espace social de circonstance. Les espaces sécurisés sont des lieux où les femmes, les adolescentes et (autres) enfants victimes peuvent se rendre pour y trouver compassion et sollicitude assorties d'une aide appropriée et confidentielle. On peut citer à titre d'exemples les groupes d'activité féminins, les centres de bien-être, les groupes de soutien, les centres d'accueil et les lieux adaptés aux besoins des enfants. Ils ne se limitent pas aux foyers pour femmes qui, se sont avérés augmenter les risques qu'elles encourent.
- Les activités pertinentes de mobilisation communautaire comprennent les groupes de soutien de femmes et d'hommes, les groupes de dialogue, ainsi qu'une éducation et une sensibilisation communautaires. Les mesures d'accompagnement devront être ouvertes à tous les groupes sociaux et engager les responsables locaux (femmes, hommes et jeunes gens). Le soutien psychosocial destiné aux victimes de violence sexuelle peut englober : la mise en place d'un environnement protecteur ; la prise en compte de la stigmatisation ; le changement des normes concernant la violence liée au genre et la promotion des normes de protection existantes. La mobilisation communautaire peut, au départ, ne pas être explicitement concernée par la violence sexuelle perpétrée par des groupes armés.
- Les initiatives d'autonomisation socio-économique peuvent être mises en œuvre dans toutes les phases de riposte humanitaire consécutives à des situations d'urgence critiques et, si elles sont antérieures à la crise, bénéficier d'un soutien pour continuer pendant la phase d'urgence. Citons, par exemple, les associations villageoises d'épargne et de prêt qui reposent sur la mise en commun et le partage des ressources financières ; elles pourraient soutenir la santé mentale et le bien-être psychosocial des victimes de violence sexuelle, voire réduire la stigmatisation.

Interventions axées sur la personne

- Il conviendrait d'insister sur le renforcement des capacités du personnel local (les agents de soins de santé primaires ou les travailleurs sociaux), des profanes et autres professionnels capables de pérenniser l'action entreprise dans ces phases ultérieures. Pour ce faire, il faut une indication claire des compétences, de la formation, de l'encadrement et des ressources minimum, ainsi que du type d'interventions pouvant être assurées par des personnes sans aucune expérience professionnelle (premiers secours psychologiques et orientation-recours de base).
- La formation devrait être participative et reposer sur les principes d'un apprentissage actif ; elle devrait être bien conçue et se concentrer sur les abus sexuels et la sexualité, ainsi que sur l'aptitude des secouristes à l'auto-prise en charge et à la gestion du stress. La formation devrait aussi comporter l'aptitude à la communication et à l'autocritique (expériences et attitudes à l'égard de la violence liée au genre et l'autonomisation des femmes, notamment). Le module doit s'adapter au niveau d'éducation et de compétence des stagiaires et au contexte opérationnel. L'encadrement structuré actuel, dont le soutien technique et émotionnel, devrait être confié à des soignants compétents en santé mentale. La corrélation entre les services de santé mentale, de santé primaire, les services sociaux et les services de protection et de lutte contre la violence liée au genre devrait être élargie et renforcée.
- Il est recommandé de procéder par étapes dans les interventions axées sur la personne afin qu'au minimum toutes les victimes de violence sexuelle bénéficient de premiers secours psychologiques, même dans la phase initiale de riposte. En outre, certaines victimes auront peut-être besoin d'un soutien psychologique ultérieur et d'un traitement spécialisé en santé mentale (en fonction du temps écoulé depuis l'événement, de la gravité des symptômes et du degré de fonctionnement constaté). À mesure que la situation se stabilise et que la riposte mûrit, on pourra passer à des interventions plus complexes. Ces interventions font l'objet du Tableau 1 ci-après.

Suivi, évaluation, recherche et apprentissage en collaboration

- Comme la base factuelle concernant l'efficacité et la pérennité de diverses interventions est assez faible, il est impératif de renforcer en priorité la recherche d'interventions, l'évaluation et l'apprentissage en collaboration, lesquels peuvent améliorer les pratiques dans ce domaine vital.
- Il importe de définir les avantages et les préjudices éventuels des interventions. Il faut recourir aux méthodes participatives pour évaluer le programme. Il convient d'élaborer des indicateurs de résultat, y compris des mesures d'acceptation localement définies aux niveaux individuel, familial et communautaire.
- Tous les efforts de collecte des données doivent suivre les principes d'éthique et de sécurité préconisés par l'OMS (2007) pour la recherche, la documentation et le suivi de la violence sexuelle dans les situations d'urgence.

Tableau 1. Grille de réponses (et de recherche) programmatiques pour les interventions axées sur la personne

Activité	Mesures d'accompagnement proposées aux victimes de violence sexuelle liée au conflit	
	Riposte en phase critique	Riposte en phase postérieure
Traitement psychosocial des victimes demandeuses d'aide	<p>Incorporer les premiers secours psychologiques dans les modules normalisés de soins consécutifs à un viol prodigués par le premier point de contact (désigné localement).</p> <p>Former de façon plus approfondie un groupe spécifique d'agents de liaison initiés aux premiers secours psychologiques (comme premier point de contact).</p> <p>Former les coordonnateurs de soins à respecter des protocoles établis pour les victimes de violence sexuelle demandant de l'aide de façon à les orienter vers les services et systèmes de soutien pertinents, y compris la fourniture d'informations centrées sur la victime (notamment ce qu'on peut attendre d'un examen médical et d'une incitation progressive à rechercher une assistance juridique).</p> <p>Assurer la liaison avec les systèmes de soutien communautaire, les services sociaux, le système général de santé et les services de santé mentale existants, selon le besoin défini et l'orientation-recours en rapport.</p>	<p>Continuer à mettre en œuvre et à renforcer la prestation des premiers secours psychologiques et à assurer la liaison avec les services et systèmes de soutien pertinents.</p> <p>Renforcer les réseaux sociaux.</p>
Intervention psychologique auprès des victimes demandeuses d'aide, intégrée à des systèmes plus larges tels que les soins de santé, le soutien éducatif ou nutritionnel	<p>Rechercher les avantages et inconvénients potentiels de l'adjonction d'une intervention psychologique (assistance d'un conseiller ou techniques de comportement cognitif) à la prise en charge des cas (coordination des soins prodigués aux personnes).</p> <p>Rechercher la valeur potentielle des soins psychologiques dispensés dans le cadre d'une session unique et comprenant : psychoéducation, renforcement des compétences et planification de sécurité.</p>	<p>Mettre en œuvre en toute sécurité des thérapies psychologiques éprouvées basées sur la parole à l'intention des personnes qui ne vont pas bien en raison de leurs symptômes. La base factuelle actuelle plaide en faveur d'une adaptation culturellement validée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des approches cognitives-comportementales des TSPT, de la dépression et de la dépendance à l'alcool • de la thérapie interpersonnelle en cas de dépression modérée-grave (qui est la dépression affectant le fonctionnement quotidien) • de l'intervention sous forme de consignes concernant l'utilisation nocive ou dangereuse de substances <p>Rechercher les interventions dépourvues de base factuelle, à savoir : conseil réconfortant comme forme de soutien autonome et pratiques curatives traditionnelles, spirituelles et religieuses.</p>
Prise en charge clinique des troubles mentaux chez les victimes de violence sexuelle par des soignants généralistes (infirmiers, agents de santé et médecins attachés à des centres de santé primaire, des services postopératoires et des centres de bien-être pour les femmes)	<p>Dispenser des soins cliniques avec suivi en cas de troubles mentaux graves (en fonction du contexte local, avec surveillance des manifestations indésirables éventuelles, et accessibles à tous ceux qui nécessitent un traitement).</p>	<p>Prodiguer des soins cliniques avec suivi en cas de troubles mentaux graves et courants.</p> <p>Mettre en œuvre en toute sécurité des thérapies de parole éprouvées (voir ci-dessus).</p>
Prise en charge clinique des troubles mentaux chez les victimes de violence sexuelle par des soignants spécialisés en santé mentale (psychiatres, infirmiers psychiatriques et psychologues)		<p>Prodiguer des soins cliniques avec suivi en cas de troubles mentaux graves et courants (par des soignants spécialisés ayant une connaissance approfondie des soins de santé mentale s'appliquant aux victimes de violence sexuelle).</p> <p>Mettre en œuvre en toute sécurité des thérapies de parole éprouvées (voir ci-dessus).</p>

Ressources essentielles

- IASC (2005). Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire. Genève, Suisse. Comité permanent interorganisations.
- IASC (2007). Directives concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Genève, Suisse. Comité permanent interorganisations.
- Projet Sphère (2011). Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response – 2011 Edition. Genève, Suisse. Le Projet Sphère.
- OMS (2007). Principes d'éthique et de sécurité recommandés par l'OMS pour la recherche, la documentation et le suivi de la violence sexuelle dans les situations d'urgence. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- OMS (2010). Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

Références essentielles

- Batniji, R., van Ommeren, M., & Saraceno, B. (2006). Mental and social health in disasters: Relating qualitative social science research and the Sphere standard. *Social Science and Medicine* 62(8), 1853-1864.
- Chen, L., Murad, M., Paras, M., Colbenson, K., Sattler, A., et al. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc*, 85(7), 618-629.
- Dua, T., Barbui, C., Clark, N., Fleischmann, A., Poznyak, V., et al. (2011). Evidence-Based Guidelines for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in Low- and Middle-Income Countries: Summary of WHO Recommendations. *PLoS Med* 8(11): e1001122.
- Inter-Agency Standing Committee. Guidelines on gender based violence interventions in humanitarian settings. Geneva, Inter-Agency Standing Committee, 2005.
- Jewkes, R., Sen, P., & Garcia-Moreno, C. (2002). Chapter 6. Sexual Violence. In E. Krug, L. Dahlberg, J. Mercy, A. Zwi & R. Lozano (dir. publ.), *World Report on Violence and Health*. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé.
- Patel, V., Chowdahry, N., Rahman, A., & Verdelli, H. (2011). Improving access to psychological treatments: lessons from developing countries. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9): 523-528.
- Stark, L., & Ager, A. (2011). A systematic review of prevalence studies of gender-based violence in complex emergencies. *Trauma, Violence & Abuse*, 12(3), 127-134.
- Tol, W., Barbui, C., Galappatti, A., Silove, D., Betancourt, T. S., et al. (2011). Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. *The Lancet*, 378, 1581-1591.
- Tol WA, Patel V, Tomlinson M, Baingana F, Galappatti A, et al. (2011) Research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *PLoS Med*, 8(9): e1001096.
- Wessels, M. (2009). Do no harm: toward contextually appropriate psychosocial support in international emergencies. *American Psychologist*, 64(8), 842-854.

Pour plus d'information :

Claudia García-Moreno
Département Santé et Recherche génésiques
garciamorenoc@who.int

Mark van Ommeren
Département Santé mentale et Abus de Substances psychoactives
vanommerenm@who.int

© Organisation mondiale de la Santé 2012

Tous droits réservés

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.