



Santé mentale et soutien psychosocial pour les victimes de violence sexuelle liée au conflit : dix mythes

PREMIER MYTHE : la violence sexuelle est juste un facteur de stress parmi d'autres dans les populations exposées à une situation de stress extrême : il n'y a pas lieu d'agir spécifiquement à ce sujet

L'agression sexuelle figure parmi les facteurs de stress les plus graves que les victimes peuvent connaître dans leur vie. Prévenir la violence sexuelle et traiter ses conséquences nécessitent une attention et des ressources substantielles. La violence sexuelle liée au conflit s'inscrit dans un continuum de violence, frappant en particulier les femmes et les jeunes filles.

DEUXIÈME MYTHE : la conséquence la plus importante de la violence sexuelle est le trouble de stress post-traumatique (TSPT)

La violence sexuelle a de nombreuses conséquences sociales et psychologiques. Au nombre des conséquences sociales figurent la stigmatisation, la discrimination et le délaissement. Les conséquences psychologiques et les répercussions sur la santé mentale varient de la détresse, de l'autoreproche et des sentiments d'isolement à toute une série de troubles mentaux, comprenant dépression, trouble de stress post-traumatique et autres troubles anxieux, idées suicidaires et autres formes d'automutilation. Les ripostes doivent soutenir et non mettre en cause les victimes en détresse.

TROISIÈME MYTHE : les notions de troubles mentaux – comme la dépression et le trouble du stress post-traumatique – et le traitement des problèmes de santé mentale n'ont aucune pertinence à l'extérieur des cultures occidentales

Les notions universelles de troubles mentaux, comme la dépression et le trouble de stress post-traumatique, figurent dans la Classification internationale des Maladies et ont prouvé leur utilité clinique auprès de certaines populations. Il y a un faisceau croissant d'éléments tendant à prouver que des traitements de santé mentale modernes, reposant sur des bases factuelles et adaptés au contexte culturel, peuvent permettre de réduire les symptômes et d'améliorer aussi le fonctionnement dans les sociétés des pays en voie de développement.

QUATRIÈME MYTHE : toutes les victimes de violence sexuelle ont besoin d'une assistance pour résoudre des problèmes de santé mentale

Toutes les victimes ne souhaitent pas nécessairement être aidées ou n'en ont pas besoin ; bon nombre de victimes de violence sexuelle se remettent de leur agression sans aucun soutien ou avec un soutien limité. Par ailleurs, il y a beaucoup de victimes pour lesquelles les mesures d'accompagnement social, les premiers secours psychologiques et les interventions cliniques de santé mentale seront profitables. Il faut que toutes les personnes qui en auront besoin et le souhaitent puissent accéder à des services confidentiels centrés sur la victime et à des mesures d'accompagnement en rapport.

CINQUIÈME MYTHE : les mesures d'accompagnement psychosocial et l'appui à la santé mentale devraient cibler expressément les victimes de violence sexuelle

Les mesures d'appui à la santé mentale et au bien être devraient s'adresser à toutes les victimes de violence sexuelle, sans les viser exclusivement. Les services doivent être accessibles aux femmes et aux jeunes filles, qui sont généralement les plus touchées par la violence sexuelle. Les prestataires doivent bien comprendre la problématique de la violence sexuelle et tenir compte des besoins différents qu'ont les hommes et les femmes. Les besoins des victimes masculines doivent aussi être pris en considération. En ciblant explicitement les victimes (par la création de centres autonomes d'assistance aux victimes d'agression sexuelle qui, par leur visibilité, limitent la confidentialité de la victime en quête d'assistance), on risque d'entraîner une cascade de problèmes supplémentaires comme la stigmatisation, la discrimination et la violence.



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

SIXIÈME MYTHE : les services spécialisés verticaux (autonomes) sont une priorité pour satisfaire les besoins des victimes de violence sexuelle

L'appui psychosocial et à la santé mentale est souvent optimal lorsqu'il s'inscrit dans une démarche intégrée, holistique, pluridisciplinaire et communautaire, coordonnée avec tous les secteurs. Les programmes d'appui psychosocial et à la santé mentale à l'intention des victimes de violence sexuelle liée au conflit devraient être incorporés au système général de santé, aux services de santé pour les femmes, aux programmes de nutrition, d'éducation et de protection sociale et à toute une gamme d'autres services et mesures d'accompagnement communautaire, comme les initiatives de protection des moyens d'existence. Les soins cliniques de santé mentale devraient être intégrés à tous les niveaux de la prestation de services de soins de santé. Des services spécialisés peuvent être incorporés au système de prestation de services, le cas échéant.

SEPTIÈME MYTHE : l'appui le plus important est le soin de santé mentale spécialisé

Les interventions indiquées sont nombreuses et variées : il faut à la fois des interventions centrées sur la communauté et d'autres centrées sur la personne. Les premières visent à promouvoir l'entraide et à améliorer le cadre du rétablissement ; les secondes portent sur la coordination des soins (prise en charge du cas), les premiers secours psychologiques, la mise en relation des personnes et des offres d'emploi, et les interventions cliniques en soins de santé mentale. Les initiatives de prévention qui s'intéressent à l'environnement élargi de protection des victimes et des personnes vulnérables devraient se pencher aussi sur les normes sociales qui confortent les comportements virils de type violent.

HUITIÈME MYTHE : seuls les psychologues et les psychiatres sont à même de proposer des services aux victimes de violence sexuelle

Les acteurs de tous les secteurs doivent participer aux interventions centrées sur la communauté, comme le renforcement des mécanismes existants de soutien communautaire. Après une initiation succincte, quiconque peut apprendre à prodiguer les premiers secours psychologiques. La capacité des agents de santé peut être étoffée de manière à ce qu'ils dispensent des soins de santé mentale de base moyennant une formation participative structurée et un encadrement permanent assuré par des agents qualifiés en santé mentale.

NEUVIÈME MYTHE : mieux vaut agir plutôt que de ne rien faire

Les programmes peuvent avoir des conséquences sociales, politiques et psychologiques involontaires. Ils peuvent aussi menacer les personnes. Les planificateurs de programme devraient veiller à ce que ces derniers ne soient pas préjudiciables. Parmi les causes de préjudices évitables figurent le ciblage excessif, le catalogage trop stigmatisant ou « pathologisant », la mise en péril des mesures d'accompagnement existantes, l'excès ou le manque d'attention portée aux problèmes graves, la fragmentation des systèmes de prestation de services, la piètre qualité des conseils prodigués à laquelle s'ajoutent une formation et un contrôle insuffisants, et le refus de reconnaître le contexte social de la violence à l'encontre des femmes.

DIXIÈME MYTHE : seule la victime/le ou la rescapé(e) souffre d'avoir été violenté(e)

La violence sexuelle peut avoir de multiples conséquences sociales pour les victimes, leurs enfants, leur famille, leur réseau social et leur communauté. Une communauté sous-tendue par des inégalités socio économiques et sexospécifiques prête davantage le flanc aux manifestations de violence sexuelle. La réduction de ces inégalités permettra non seulement de prévenir la violence sexuelle et ses répercussions négatives, mais aussi d'améliorer le bien être de la communauté tout entière.

Références

Bromet, E., Sonnega, A., & Kessler, R. C. (1998). Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: Findings from the national comorbidity survey. *American Journal of Epidemiology*, 147(4), 353.

WHO, UN Action, UNFPA, UNICEF (in press). *Responding to the Psychosocial and Mental Health Needs of Sexual Violence Survivors in Conflict-Affected Settings, Final Report*. Technical meeting on Responding to the Psychosocial and Mental Health Needs of Sexual Violence Survivors in Conflict-Affected Settings, Ferney-Voltaire, November 28-30, 2011.

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2005) *Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings: Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies* (Field Test Version). Geneva: Inter-Agency Standing Committee.

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: Inter-Agency Standing Committee.

Norris, F. H., Tracy, M., & Galea, S. (2009). Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Social Science & Medicine* (1982), 68(12), 2190-2198. doi:10.1016/j.socscimed.2009.03.043.

Patel, V., Araya, R., Chatterjee, S., Chisholm, D., Cohen, A., De Silva, M., Hosman C, McGuire H, Rojas G, & van Ommeren M. (2007). Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 370(9591), 991-1005. doi:10.1016/S0140-6736(07)61240-9.

Wessels, M. (2009). Do no harm: toward contextually appropriate psychosocial support in international emergencies. *American Psychologist*, 64(8), 842-854.

World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. WHO: Geneva.

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.