

RÉFLEXIONS AUTOUR DU COLLOQUE 'GYNÉCOLOGIE ET FÉMINISME : CAUSES COMMUNES ?'

Eva COTTIN

Linguiste et féministe militante

Pour les absent-e-s à nos trois journées de colloque ou profanes de la médecine, Eva Cottin nous propose un tour d'horizon des récits, analyses et débats du colloque « Gynécologie et Féminisme : causes communes » ? qui l'ont marquée.

DEUXIÈME PARTIE

VIOLENCES SEXUÉES ET PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Cette journée de colloque a rappelé douloureusement ce que représentent les femmes de par le monde : un moyen d'asseoir une autorité et d'exercer une domination sur toute une société. Par le viol on détruit la femme, sa famille, sa société, son pays ; par les mutilations génitales on tente de la soumettre à son mari, et derrière lui, à un ordre social. Symboliquement, le déroulement au sein de l'hôpital Saint-Pierre de cette journée de réflexion est important : centre hospitalier pionnier dans l'accompagnement respectueux des femmes, engagé dès les années 1950 en faveur de l'accouchement sans douleur, puis de l'accès à la contraception, et enfin, pour la dépénalisation de l'avortement, il compte aujourd'hui une équipe de gynécologues et obstétriciennes à l'écoute des besoins et désirs des femmes. Se trouvent aussi en son sein des médecins qui œuvrent pour la reconstruction

chirurgicale mais surtout psychologique de femmes ayant subi des violences sexuelles et des mutilations génitales.

LES VIOLENCES CONTRE LES FEMMES, UNE ARME UNIVERSELLE ?

L'anthropologue Chris Paulis a ouvert la journée en rappelant l'universalité historique et géographique du viol. En temps de guerre comme de paix, depuis l'Antiquité déjà où les femmes pouvaient être prises comme butin de guerre, le viol sert à ceux qui le commettent d'instrument de domination et de destruction. Que ce soit pour assouvir une pulsion ou faire volontairement mal, suivre le groupe ou se montrer dominant, le viol apparaît comme une arme multiforme. En temps de guerre comme en temps de paix, le corps des femmes est utilisé comme un moyen pour atteindre 'autre chose' : leurs partenaires ou leurs familles, leurs communautés, leur pays. En temps de guerre, les femmes sont violées pour détruire une population, torturées pour faire parler

leur mari ; en temps de paix, elles sont violées pour se venger d'un père, un frère, un mari... des hommes violent des femmes pour les dresser, les corriger, les humilier, les soumettre, les salir. L'historienne Valérie Piette rappelle que les violences dans les pays en situation post-coloniale doivent être vus sous un angle particulier : après des années de domination externe, les désordres civils se multiplient, les valeurs sont perdues ; les hommes auraient un rapport de pouvoir à rattraper et un système à contester.

Quant aux mutilations génitales imposées aux femmes dans de nombreux pays d'Afrique, du Moyen-Orient et d'Asie, elles sont aussi une manière d'asseoir un pouvoir et de réduire les femmes à l'obéissance par la peur : sous des prétextes divers, de l'hygiène à l'honneur en passant par l'impératif religieux, elles sont excisées ou infibulées originellement par peur de leur pouvoir, par peur de leur clitoris, de leur désir et de leur plaisir sexuel... les mutiler, c'est les dominer jusqu'au cœur de leur chair.



De gauche à droite : Chris Paulis, Denis Mukwege, Véronique De Keyser, Pascale Masquestiau, Valérie Piette et Pascale Vielle.

UNE SITUATION PARTICULIÈREMENT ALARMANTE AU CONGO

Lors de cette 2^e journée de colloque, une grande partie des intervenant-e-s a évoqué la situation préoccupante du Bukavu, région de l'Est du Congo ; le viol y est utilisé comme arme de guerre, et les pires violences y sont commises depuis plusieurs années, et augmentent même en intensité. Aujourd'hui, le viol est toujours perpétré de manière massive, systématique et méthodique, dans cette région pillée pour ses ressources naturelles, où la population continue à vivre dans une extrême pauvreté. Ces violences ne sont pas sans but : si les plus jeunes garçons, soldats, sont élevés dans l'idée que commettre des violences est normal, ces violences ont des répercussions graves (et peut-être recherchées dans l'intérêt de certains) sur toute la communauté :

Des conséquences sanitaires et démographiques : comme la transmission du VIH ou autres IST, notamment le *chlamydia* qui peut provoquer la stérilité. Ce qui engendre une baisse de la population ;

Des conséquences psychologiques et sociales : comme la perte de la cohésion sociale, le rejet des femmes violées et des enfants issus de viol, une méfiance généralisée, la mise en doute de la capacité d'une société à protéger ses femmes, la perte des valeurs spirituelles ;

Des conséquences économiques et sociales : comme l'exclusion économique des victimes, les déplacements de populations, et la misère.

Au Bukavu, la situation est exceptionnellement violente : les forces de l'ordre, censées protéger la population civile, se sont transformées en agresseur. Ce sont les militaires qui violent le plus. Aujourd'hui, le viol frappe toutes les tranches d'âge et est commis par tout type d'agresseur. Le viol de petites filles, voire de bébés est aussi perpétré par tout un chacun dans les villages, avec une ampleur dont les raisons échappent encore. Une situation sans précédent se développe dans cette région, où presque chaque femme risque d'être agressée violemment, et en toute impunité. La première prise en charge des victimes a été chirurgicale, lorsque le Docteur Denis Mukwege, à la création de son hôpital Panzi en 1999, originellement destiné à être une maternité, a commencé à devoir « reconstruire » des victimes de viol aux parois internes déchirées. Il s'est très vite aperçu, face au nombre grandissant de victimes, que

la seule prise en charge médicale ne suffisait pas. Il a par la suite développé ce qu'il nomme un *one-stop center*¹, qui assure une prise en charge holistique des femmes : non seulement l'intervention médicale, mais aussi l'accompagnement psychologique, la réinsertion socio-économique, le soutien juridique, tout cela en un même lieu, ce qui donne aux femmes le temps de se reconstruire dans un environnement sécurisé et d'avoir un lieu de repère affectif, et ce qui, surtout, leur épargne la pénibilité du déplacement et de la constante répétition de leur vécu traumatisant. De son côté, Véronique de Keyser, docteure en psychologie du travail et professeure à l'ULG, ancienne parlementaire européenne et conseillère communale à Liège, a fondé récemment une association d'aide spécifique aux tous jeunes enfants violés et aux enfants issus de viols. Ce phénomène ahurissant nécessite, en effet, une réponse adaptée ; or, l'hôpital Panzi n'offre pas pour les enfants une prise en charge pluridisciplinaire, qui aille au-delà du secours médical. Par ailleurs, les mères ne peuvent économiquement pas se permettre de laisser leurs enfants trop longtemps dans un lieu de prise en charge éloigné du domicile. Les plus jeunes victimes grandissent ainsi bien souvent dans la souffrance non exprimée, sans aucun suivi. Véronique de Keyser a développé, avec son équipe d'assistantes sociales et psychologiques sur place, des outils, approches et jeux adaptés à l'expression culturellement spécifique du traumatisme pour ces jeunes enfants.

Le Docteur Guy-Bernard Cadière, chirurgien au CHU Saint-Pierre, a présenté plus en détails le remarquable travail chirurgical réalisé sur les femmes et enfants violés. À l'hôpital Panzi, les chirurgiens se trouvent confrontés à des cas de fistules vésico-vaginales graves, qui entraînent incontinences, infections, et septicémies. La tâche la plus urgente est de reconstruire chirurgicalement femmes et enfants aux parois déchirées. Pour pouvoir traiter tous les organes touchés, externes mais aussi internes, il est souvent nécessaire d'opérer à la fois « par le haut » et « par le bas » : pour diminuer l'impact physique et psychologique sur la victime, une chirurgie la moins invasive possible a été mise au point. C'est aujourd'hui possible grâce à la technique de la laparoscopie, qui permet d'intervenir avec des instruments fins et une imagerie vidéo, sans procéder à de grandes incisions dans l'abdomen. En la matière, le travail de l'hôpital Saint-Pierre, qui dispose d'une meilleure technologie, se fait en partenariat avec l'hôpital Panzi au Congo, afin de permettre aux patientes les plus touchées

de bénéficier de cette chirurgie à invasion minimale. La victoire du chirurgien, intervenant indispensable avant même toute prise en charge sociale et psychologique, est de rendre de nouveaux 'sèches' (non-incontinentes) ces femmes, qui grâce à la chirurgie retrouvent ainsi une vie sociale la plus 'normale' possible.

QUE NOUS DIT LA LOI ?

Nathalie Kumps est avocate et a fait pour nous le point sur l'évolution de la législation relative au viol, en temps de guerre comme de temps de paix, nous rappelant avant tout qu'il existe toujours un grand fossé entre lois et réalité sur le terrain.

Elle se réjouit néanmoins des grandes avancées accomplies par le droit ces 30 dernières années en matière de reconnaissance et de condamnation du viol. Le viol, dans la législation belge, n'est que depuis peu reconnu dans sa spécificité. Il a fallu attendre 1989 pour qu'il soit défini comme une atteinte directe à la femme concernée (à la victime) et pas seulement à la famille, à la pudeur ou aux 'bonnes mœurs'. La reconnaissance du viol conjugal est, de même, récente en Belgique - le viol étant autrefois défini dans le cadre de relations « illicites » uniquement.

Pour ce qui est du droit de la guerre, seuls les textes internationaux les plus récents abordent explicitement la question des violences sexuelles contre les femmes. Aujourd'hui, si le viol est pros crit dans le droit de guerre, le viol mieux défini et le viol conjugal fermement condamné, les discussions se poursuivent sur la notion de 'consentement explicite'. C'est une des questions qui rend le traitement de témoignages, et les condamnations, délicats.

Et en effet, la réalité des tribunaux est bien différente. Non seulement, une (trop) faible proportion des victimes porte plainte, mais les épreuves que celles-ci doivent traverser durant la procédure sont extrêmement éprouvantes. Quant aux condamnations, elles sont finalement rares, souvent par « manque de preuves » (physiques). Pour les victimes qui témoignent, chaque récit réitéré leur fait revivre le traumatisme, et l'on gagnerait à leur épargner cette épreuve, en réfléchissant à travailler davantage avec des enregistrements audio-visuels par exemple. Plus problématique encore, la recherche de preuves concerne principalement des preuves « visibles », « physiques » ; or, une meilleure formation psychologique du personnel mé-

dical et juridique sur la question des vécus traumatiques permettrait d'inclure d'autres formes de preuves, comme les marques dans les récits, les paroles, et les comportements traduisant la présence d'un traumatisme.

Ce problème du fossé entre théorie juridique et réalité des poursuites et des condamnations se pose de manière particulièrement forte dans des pays où la population n'est pas sensibilisée, et où les forces de l'ordre même comptent parmi les plus grands agresseurs. Ici comme ailleurs, la loi écrite est indispensable mais ne suffit pas : si au Congo, le viol est sévèrement condamné dans la loi, les persécuteurs continuent d'agir en toute impunité.

LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE, PSYCHOLOGIQUE ET JURIDIQUE DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES

Bien que les personnes non concernées soient souvent peu informées sur ce sujet, les mutilations génitales féminines (ou MGF) ne sont pourtant pas un problème anecdotique : aujourd'hui, dans le monde, on estime que 200 millions de femmes et filles sont touchées ; en Belgique, elles seraient pas moins de 13 000 femmes mutilées et 4 000 fillettes à risque. Sur les différents types de mutilations (principalement clitoridectomie, excision et infibulation), certaines ne sont même pas repérées par un personnel médical encore trop peu informé de ces pratiques. Or, les conséquences physiologiques et psychologiques, à court et à long-terme, ne sont pas des moindres. En voici quelques unes :

Lors de l'opération : douleur, hémorragies, infections qui peuvent mener au décès, lésion des organes adjacents.

Après l'opération : problèmes de cicatrisation, abcès, kystes.

À long terme : infections urinaires, douleurs lors des rapports sexuels, problèmes à l'accouchement.

Pour l'infibulation : troubles urinaires, infections chroniques, rétention du flux menstruel, problèmes lors des rapports sexuels, de la grossesse et de l'accouchement.

Les conséquences psychologiques et sociales ne sont pas moins graves : traumatisme, dépression, perte de confiance dans les proches, phobie génitale. À l'inverse, les femmes non excisées ou infibulées, dans une société où les MGF sont la norme, risquent la honte, le rejet, voire l'exclusion de la société toute entière.

Comment accompagner les femmes victimes de ces pratiques ? Le gynécologue Martin Caillet et la sage femme Fabienne Richard nous ont présenté le travail de leur centre CeMAVIE² (Centre Médical d'Aide aux Victimes de l'Excision, au CHU St-Pierre), qui, sur une demi-journée par semaine, accueille depuis 2014 plus de 700 femmes. Leur équipe est composée d'un-e sage femme, d'un-e psychologue, d'un-e sexologue, et d'un-e gynécologue, qui accompagnent les femmes présentant des mutilations, en évitant toute intervention chirurgicale non nécessaire. Sont surtout opérés des ablations de kystes et abcès, tandis que des désinfibulations sont réalisées lors de l'accouchement ou en cas d'infections. La reconstruction chirurgicale du clitoris n'est effectuée que dans de rares cas de blocage psychologique persistant.

Enfin, Charlotte Chevalier nous rappelle l'urgence du soutien juridique aux femmes demandant le statut de réfugiée en Europe : en effet, plus de 70 % des femmes qui demandent ce statut proviennent de pays où les MGF sont pratiquées. Au sein de l'association Intact, Charlotte Chevalier s'occupe de lutte juridique contre les MGF, et contre d'autres pratiques liées comme le mariage forcé, ou les crimes liés à l'honneur. Il est nécessaire d'accompagner les femmes dans leurs démarches, non seulement pour trouver les leviers dans la législation qui permettent de justifier la demande du statut de réfugiée (la spécificité de violences ou poursuites tou-

chant les femmes n'étant pas abordée dans les textes), mais aussi pour soutenir ces personnes souvent peu habituées à témoigner, qui peuvent se trouver bloquées dans leur demande par ce protocole complexe et inconnu, par les traces du traumatisme subi, et par la difficulté à 'trahir' le secret de la tradition.

CONCLUSIONS ESQUISSEES POUR UNE MEILLEURE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES SEXUÉES VÉCUES PAR LES FEMMES, AU CONGO COMME EN BELGIQUE :

D'un point de vue juridique, il serait urgent de former le personnel médical et juridique à la spécificité des violences sexuelles et de leurs effets, afin que les témoignages soient justement appréhendés et les victimes traitées humainement. Plus largement, la professeure en droit Pascale Vielle a attiré notre attention sur la responsabilité du droit dans la construction de la vision sociale de ce qu'est un viol, ou de ce qui 'fait' une victime : la question continuera de se poser de manière complexe dans l'évolution future des textes de loi et de leur application.

Concernant l'impact de l'éducation, toutes les intervenant-e-s insistent sur l'importance primordiale d'une bonne éducation pour toutes, au plus tôt, surtout pour les garçons, encore davantage dans les pays où les forces de l'ordre même commettent des violences en toute impunité.

Avant tout, c'est le modèle du *one-stop center*, tel que mis en œuvre par Denis Mukwege à l'hôpital Panzi, qui a été très inspirant. Dans tous les cas, il faut penser, dans la prise en charge de femmes victimes de viol, à reconstruire un environnement sécurisant et à leur éviter l'épuisement de la répétition du témoignage, les déplacements inutiles et la multiplication des tâches administratives. Enfin, il est primordial de penser à la réinsertion socio-économique, quel que soit le profil de la victime. ■

1 Voir article « Un modèle holistique de soins centrés sur la personne pour les victimes de violence sexuelle en République démocratique du Congo », *Chronique féministe*, n° 118, p. 26-31.

2 Voir article « Le CeMAVIE : Un centre de référence pour la prise en charge de femmes victimes de mutilations génitales » *Chronique féministe*, n° 118, p. 32-34.
