



Déterminants des obstacles à la prise en charge des femmes victimes de viol à Abidjan

Opadou Koudou, Hermann Crizoa, Magnatié De Serifou

Résumé

Français / English

La prise en charge des victimes de viol est un processus incontournable pour permettre à la victime de se remettre du traumatisme. Cependant, en raison des obstacles, certaines victimes ne bénéficient pas toujours d'aide et d'assistance effective et globale. Cette assistance reste souvent axée soit sur le volet psychologique, soit économique, soit le volet juridico-judiciaire. Le présent article envisage de comprendre les obstacles à la prise en charge holistique, combinant tous les aspects de la prise en charge des victimes de viol. Le Centre de Protection et d'Assistance aux Victimes de Violences sexuelles (PAVVIOS), est à ce jour le seul service public en Côte d'Ivoire, offrant un mécanisme d'aide global aux victimes de violences sexuelles à travers le circuit d'aide qui y est élaboré. Ainsi, 40 pensionnaires du centre, le personnel soignant et administratif du centre et des personnes impliquées dans le circuit de la prise en charge, ont participé à l'enquête. Des questionnaires, des guides d'entretien et d'observation, ont constitué les instruments de recueil des données. Les résultats indiquent que la prise en charge holistique connaît des difficultés dues à une insuffisance des structures qualifiées et équipées pour une prise en charge du viol, un déficit de ressources humaines qualifiées et les stéréotypes socioculturels sur la prise en charge.

The care of rape survivors is an unavoidable process to allow the victim to recover from the trauma. However, because of the obstacles, some victims do not always receive effective and comprehensive assistance and help. This assistance often remains focused on the psychological, economic or legal-judicial aspects. This article looks at understanding the barriers to holistic care, combining all aspects of the care of rape victims. The Centre for the Protection and Assistance of Victims of Sexual Violence (PAVVIOS), is currently the only public service in Côte

d'Ivoire, offering a global support mechanism for victims of sexual violence through the aid circuit which it has developed. Thus, 40 residents of the centre, the centre's medical and administrative staff and those involved in the care system took part in the survey. Questionnaires, maintenance and observation guides were the instruments for data collection. The results indicate that holistic care is experiencing difficulties due to insufficient qualified and equipped structures for the management of rape, a shortage of qualified human resources and sociocultural stereotypes about care.

Entrées d'index

Mots clés : viol, prise en charge des femmes, victimes, violence

Key words : rape, support for women, victims, violence

Texte intégral

INTRODUCTION

Les violences sexuelles se présentent sous diverses formes, qu'il s'agisse des attouchements, du viol, etc. L'une des formes qui semble être la plus humiliante est le viol (FIDH-RDC, 2013). La définition du viol, bien que différente d'une institution à une autre, s'accorde sur le fait qu'il se réalise en viciant le consentement de la victime (Code pénal français, 1994 ; OMS, 2002 ; Lagadec, 2008 ; Code pénal belge, 2014). Notons qu'à ce propos, le Code pénal ivoirien ne donne aucune définition du viol. Ces définitions bien souvent juridiques, s'occupent moins des réalités sociales et psychologiques du viol (Le Goaziou, 2011), alors qu'il est plus qu'un acte de déviation sexuelle ; il englobe des symbolisations expliquant sa fonctionnalité dans nos sociétés, sa récurrence et les difficultés à mener une lutte et une prise en charge adéquate des victimes.

Le viol des femmes est au cœur de nombreux travaux scientifiques depuis des décennies. Il émane de la littérature consultée que le viol n'est pas un phénomène contemporain ; sa conceptualisation juridique et sociale a connu selon les sociétés quelques évolutions. Dietmar (1988) et Spiewok (1994) montrent à travers une recension d'œuvres, la considération juridique et littéraire du viol dans le monde médiéval français et allemand. La qualification du viol à cette époque était fonction du statut des personnes concernées. La conceptualisation et surtout la définition juridique du viol seront une réalité dans les années 1980, grâce aux travaux de nombreuses chercheuses et activistes féministes (Piet, 2010).

Les caractéristiques des auteurs de viol sont aussi diverses que les situations de risque de viol. Ainsi, les conflits armés sont des moments imminents de risque de viol pour les femmes. Le centre d'enregistrement des crimes de guerre et des génocides de Zenica, en Bosnie-Herzégovine avait recensé près 40 000 cas de viol de guerre (AVEGA, 2002). Selon OCHA/IRIN (2005), plus de 100 000 femmes ont été violées dans la région de Berlin immédiatement après la Deuxième Guerre mondiale ; quand des centaines de femmes Bengalais ont été violées par

les soldats pakistanais pendant la guerre de Sécession du Bangladesh, en 1971. L'ONU évalue à plus de 60 000 femmes violées en Sierra Leone entre 1991-2002, 40 000 au Libéria de 1989 à 2003, 60 000 dans l'ex-Yougoslavie de 1992 à 1995 et 200 000 femmes au moins en République démocratique du Congo depuis 1998. Au Rwanda, en 1994, près de 100 000 à 2500 000 femmes ont été violées durant les trois mois du génocide (ONU, 2014). En Côte d'Ivoire, en 2002, selon une étude d'UNFPA-MFFES (2008), 21% des femmes et filles ivoiriennes ont été victimes de viol. Ces différents rapports montrent que le viol occupe certainement une place importante dans les conflits. Ce lien presque inévitable entre conflit et violences sexuelles montre la fréquence et l'utilité sociale du viol en tant qu'arme de guerre, de propagande, de destruction. Le viol exprime donc le désir de conquête, de prise de pouvoir, de domination. Il serait ainsi la récompense de l'effort militaire et la marque de domination, d'une puissance collective ou individuelle et en même temps, un privilège accordé aux hommes dans leurs sexualités. Par ailleurs, avec les nouveaux enjeux sécuritaires que connaît le monde tels que l'extrémisme violent et le terrorisme, le recours à la violence sexuelle, notamment le viol, sont indissociables des objectifs stratégiques, de l'idéologie et du financement des groupes extrémistes et terroristes (ONU, 2014). En 2014, plus de 2 000 femmes et filles auraient été enlevées par des groupes terroristes et 276 adolescentes enlevées en avril 2014 par Boko Haram (Amnesty Nigéria, 2015). Aussi, considéré dans un rapport de genre, serait-il utile chez l'homme pour montrer son pouvoir (Guenivet, 2001 ; Welzer-Lang, 2005 [1991]). Des études menées en milieu hospitalier mettent également en exergue la prévalence du viol dans le quotidien des femmes. Une étude de Lazini (2005), menée sur 100 patientes en consultation, montre que 54% des patientes affirment avoir été victimes de violences dont 21% de violences sexuelles. D'autres entretiens avec 557 patientes montrent que 63% des patientes affirment avoir subi des violences, dont 17,8% de violences sexuelles (Lazimi, 2007). L'enquête systématique dans une étude, menée par Gazaigne (2008), sur 100 femmes fréquentant les urgences hospitalières, montre que parmi les femmes interrogées, 74 % ont indiqué avoir été victimes de violences dont 19% de violences sexuelles. Une autre étude menée auprès de 90 femmes enceintes, montre que parmi les femmes interrogées, 66% estiment avoir été victimes de violences dont 12% de violences sexuelles Delespine (2007). Faye Dieme *et al* (2008), dans une étude réalisée sur la prise en charge des victimes d'abus sexuel en milieu obstétrique à Dakar au Sénégal, montrent que 67,3% des abus sexuels les plus fréquents en milieu obstétrical étaient dus à des contacts génito-génital (viol).

Ces différentes données dévoilent qu'il existe une réalité sociale du viol sous-estimée. La victime nécessite donc une prise en charge précoce et efficiente (Salmona, 2010 ; Cornilleau, 2012 ; Palisse, 2013). Cependant, selon OCHA-CI (2014), en Côte d'Ivoire, au cours de l'année 2013, 61% des victimes de viol n'ont pas reçu des soins de santé dans les délais recommandés et l'accès aux services reste un défi majeur pour les victimes de viol. En outre, seulement 19% des viols ont été jugés et punis. Muhiwa (2007), s'intéressant aux victimes de viol au Congo, montre que cette prise en charge se situe essentiellement sur le plan psychosocial. L'on constate avec ces travaux, que la prise en charge reste encore symptomatique, c'est-à-dire qu'elle se limite à

guérir les symptômes et par conséquent, est insuffisante pour restaurer totalement la victime. Dans ces conditions, certaines victimes ont recours à l'aide informelle et développent des stratégies de survie et d'auto-traitement très coûteuses en souffrances, douleurs et risques sur la santé (Salmona, 2010).

Après la crise militaro-politique de 2002 et face au nombre croissant de victimes de viol, la Côte d'Ivoire a ouvert en 2008 dans la commune d'Attécoubé, le premier centre pilote de service public d'aide et d'assistance aux victimes de viol (PAVVIOS). Ce centre a mis en place un circuit spécifique de prise en charge globale des victimes. À l'aune des difficultés que connaît la prise en charge en matière de viol, quels sont les obstacles à celle proposée par le centre PAVVIOS ?

Cette étude se propose d'analyser la prise en charge des victimes de viol, telle qu'elle est pratiquée dans le centre PAVVIOS. Il s'agit en termes d'objectif, d'analyser les déterminants aux obstacles de la prise en charge des femmes victimes de viol suivies par le centre PAVVIOS.

L'hypothèse qui sous-tend cette étude est que les obstacles à la prise en charge holistique des victimes de viol sont liés à des dysfonctionnements d'ordre institutionnel et à des pesanteurs psychosociales sur le processus de prise en charge.

Cette étude s'inscrit dans le cadre théorique de la régulation sociale (Le Blanc, Caplan, 1993), abordée sous l'angle de la victimation. Une telle approche pourrait permettre d'expliquer l'échec de la prise en charge d'une part, par la faiblesse des mécanismes de régulation du viol et de protection de la victime. D'autre part, par les obstacles sociaux à la dénonciation (première étape de la prise en charge). Ces obstacles visent ainsi le maintien du lien social, puisque très souvent, victimes et auteurs de viol sont socialement liés.

MÉTHODOLOGIE

Site et participants à l'étude

L'étude se déroule dans la commune d'Attécoubé à Abidjan. Cette commune est majoritairement jeune ;80,97% de la population ont moins de 35 ans, dont 40,56% de jeunes filles et 59,44% de jeunes garçons (source : Mairie d'Attécoubé). Attécoubé est la seule commune parmi les 13 que compte Abidjan à abriter un centre de service public d'assistance aux victimes de viol. Le centre PAVVIOS propose quatre formes de prise en charge : les prises en charge médicales, psychosociales, juridiques et économiques. De 2008 à 2014, le centre a suivi 124 cas de violences sexuelles. 60 certificats médicaux ont été délivrés gratuitement aux pensionnaires. Parmi ces cas de viol, 24 ont donné lieu à une condamnation des auteurs.

Les populations concernées par cette enquête sont, en premier lieu, les victimes de viol suivies par le centre PAVVIOS et résidentes ou non à Attécoubé. En second lieu, les acteurs impliqués dans les structures de la prise en charge et les responsables de la commune d'Attécoubé. Enfin, la population d'Attécoubé a été interrogée pour avoir une idée de leur niveau de connaissance

sur le phénomène du viol. Au total, l'échantillon est composé de 212 personnes, dont 40 pensionnaires du centre PAVVIOS.

Profils des pensionnaires du centre PAVVIOS

L'analyse des données sur les victimes suivies par le centre montre que la plupart ont un âge qui varie entre 3-11 ans, soit 37,5%. Les adolescentes représentent 42,5%. Le jeune âge est ainsi, un facteur de risque des violences sexuelles notamment le viol, car à cet âge, les victimes sont facilement influençables et les auteurs usent de stratégies pour les attirer.

Les caractéristiques professionnelles des victimes révèlent que les écoliers et étudiants représentent 52,5%. Ensuite, les artisanes qui sont en majorité des coiffeuses et couturières et les sans-emploi occupant respectivement 12,5% ; l'on constate un faible taux des ménagères (femmes au foyer sans emploi) ; cela pourrait s'expliquer par le fait que peu de femmes en couple osent dénoncer les rapports sexuels imposés par le conjoint et qu'une réalité du viol conjugal reste encore sociologiquement méconnue par les victimes elles-mêmes.

Le niveau d'études des enquêtées est majoritairement composé du niveau primaire et de non-scolarisés (42,5%). Le niveau secondaire suit avec 7,5% et 5% pour le niveau supérieur. Les pensionnaires du centre sont pour la plupart célibataires (90%). Les victimes mariées ou en concubinage représentent 2,5%. Les informations révèlent aussi que les victimes viennent d'horizons divers. Les Ivoiriennes représentent 62,5% ; ensuite, les ressortissantes des pays de la CEDEAO (Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest) représentent 27,5% et les ressortissantes hors CEDEAO 2,5%. Ces données montrent que la réalité du viol touche toutes les communautés d'Attécoubé. Ces données révèlent également une situation de viol dans un contexte migratoire et la difficulté d'accès à ces victimes.

1.2. Instruments de recueil des données

Les données de cette étude ont été recueillies à l'aide d'une grille d'observation utilisée pendant un stage d'immersion de 2 mois au sein du centre PAVVIOS. Cette grille d'observation a permis d'évaluer l'effectivité et l'efficacité du mécanisme de prise en charge du centre PAVVIOS (circuit PAVVIOS). Elle a été aussi utile pour observer les attitudes et comportements des pensionnaires du centre. En effet, les principaux points d'observation pour le centre étaient la présence effective des agents, le fonctionnement des différents services et le mode d'accueil des victimes. Pour les pensionnaires, les points d'observation étaient axés sur leur régularité aux séances d'écoute active, leur volonté à poursuivre le processus de prise en charge.

Le deuxième instrument est le questionnaire que nous avons élaboré et soumis aux personnes enquêtées. Ce questionnaire a ainsi été adapté selon la cible. Celui adressé aux populations portait sur leur connaissance générale des notions de viol, de genre ainsi que la connaissance de l'existence de structure de prise en charge de viol. Pour celui adressé aux victimes de viol, il visait à connaître les circonstances du viol, les personnes impliquées, le lien entre elles et les auteurs, la réaction de la victime, de la famille, de l'auteur, des autorités ainsi que leur propre connaissance sur le viol. Enfin, l'entretien semi-directif a été utilisé et adressé principalement

aux acteurs impliqués dans le processus de prise en charge afin de comprendre le fonctionnement du mécanisme et les difficultés rencontrées par ces acteurs.

Analyse des données

Elle a été réalisée avec l'usage de l'analyse qualitative et l'analyse quantitative.

L'analyse qualitative a permis de recueillir les opinions et les idées des enquêtes sur la prise en charge (PEC), ainsi que leur perception du viol. La méthode de référence a été la phénoménologie, car il s'agit de décrire le vécu des participants vis-à-vis du viol.

L'analyse quantitative, a permis de dépouiller les fichiers d'enregistrement des victimes suivies par le centre depuis son existence. L'analyse de ces fichiers nous a permis également d'établir une statistique descriptive des actions du centre.

RÉSULTATS

À partir des données recueillies au sein du centre PAVVIOS, et celles obtenues à l'aide des outils de recueil de données, nous avons pu cerner les obstacles à la prise en charge des victimes de viol. Mais avant d'aborder ces résultats, nous présenterons le profil des auteurs de viol tel que décrit par les victimes et le registre d'information du centre sur les auteurs de chacun des cas de viol.

Profil des auteurs de viol

Au cours de l'étude, nous n'avons pas eu accès aux auteurs ; cependant, les victimes ont établi un profil des auteurs du viol ainsi que les liens les unissant. Les informations révèlent que la majorité des cas de viol est commise par des jeunes dont l'âge approximatif varie entre 26-40 ans (43,3%) ; 26,7% des auteurs ont un âge compris entre 18 et 25 ans ; 20% ont entre 41-60 ans.

S'agissant de la situation socioprofessionnelle des auteurs, les élèves et étudiants représentent la majorité des auteurs de viol (46,7%). Ensuite viennent les sans-emploi qui représentent 23,3% et les commerçants 13,3%. 10% des auteurs exercent d'autres emplois et les employés de maison et les fonctionnaires représentent respectivement 3,3%.

Quant aux liens entre victimes et auteurs de viol, il apparaît que 23,3% des auteurs de viol sont des amis de la famille/voisins de la victime. Les membres de la communauté résidente représentent 10%. 26,7% des auteurs sont en colocation avec la victime. Rappelons que la commune d'Attécoubé compte 56,95% de logements en concessions communes appelés « *cours communes* ». Ainsi, la promiscuité serait un facteur de risque du viol. 26,7% des auteurs sont inconnus des victimes ; 6,7% sont un membre de la famille et 3,3% sont des partenaires ou ex-compagnons.

En procédant au cumul des cas où la victime connaît d'une manière ou d'une autre l'auteur et le cumul des cas où l'auteur n'a aucun lien avec la victime, nous constatons que dans 70% des cas, la victime a un lien avec l'auteur du viol contre 30% où il n'existe pas de lien. Cela révèle que la plupart des viols sont commis par une personne étant en interconnaissance relationnelle ou affective avec la victime.

Méthodes de prise en charge

Le centre PAVVIOS a élaboré un mécanisme de prise en charge en forme circulaire où la victime est au centre de divers services. Lorsqu'une victime est accueillie au centre pour une prise en charge, elle transite nécessairement par ce circuit. Il s'ouvre dès la réception d'une victime, peu importe le mode de référencement. Ce circuit fait référence à une assistance globale, intégrée et fait appel à différentes unités spécialisées extérieures au centre, que sont les médecins, la police/gendarmerie, la justice et les travailleurs sociaux. Cette prise en charge est à la fois médicale, sécuritaire, juridico-judiciaire et psychosociale. Elle constitue en soi une procédure qui repose sur trois axes principaux : le signalement ou l'orientation, la prise de contact avec la victime et l'accompagnement.

L'accès au centre PAVVIOS peut se faire volontairement par la victime ou par référencement par l'un des acteurs du circuit PAVVIOS. La victime intégrant le circuit bénéficie gratuitement des différentes étapes de la prise en charge. Au plan médical, le centre l'accompagne chez un médecin partenaire au centre qui délivrera gratuitement le certificat médical et une ordonnance dont les médicaments seront livrés par une pharmacie partenaire également du centre. Ensuite, si la victime le souhaite, le centre l'assiste dans la phase juridico-judiciaire jusqu'au procès. À ce stade, le commissariat ou la brigade de gendarmerie qui traitera le cas est un partenaire du centre, de sorte qu'il considère le cas référencé par le centre comme une priorité. Ensuite, au niveau judiciaire, le centre PAVVIOS effectue un référencement à un juge partenaire au centre qui se charge d'office du cas dont il est saisi.

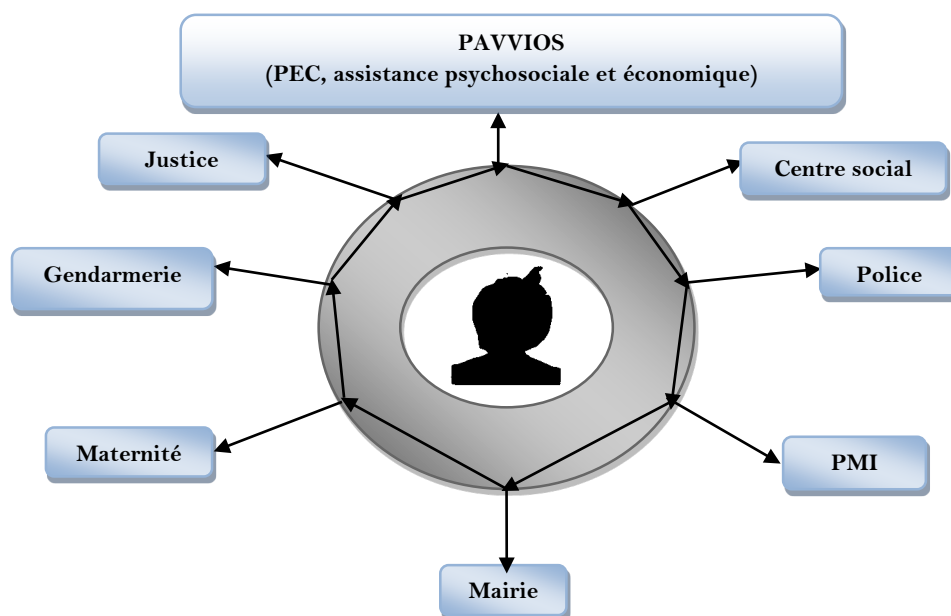
Il convient toutefois de signaler que lorsqu'une procédure est enclenchée, il importe pour le centre, d'amener la victime ou les parents à prendre leur responsabilité quant à la formulation de la plainte au poste de police/gendarmerie ainsi que la demande et l'établissement du certificat médical. Cette mesure permet à la victime d'être l'actrice principale dans la mise en œuvre de la procédure de prise en charge. L'un des principes-clés de la prise en charge est que la victime reste la seule à décider de passer ou non d'une étape à une autre. Il existe cependant une exception à la règle. Face à une victime mineure, le centre pourra se substituer aux parents pour enclencher et poursuivre le processus jusqu'au procès.

Toutes ces actions s'inscrivent dans le temps. Ainsi, les actions à court terme sont celles entreprises dans les structures sanitaires et dans les postes de police/gendarmerie. Les actions à moyen terme se rapportent à la procédure judiciaire. Quant aux actions à long terme, elles

intéressent essentiellement les travailleurs sociaux et concernent la prise en charge psychosociale.

Pour renforcer la prise en charge de la victime, il est prévu une assistance financière visant à mettre en place une activité génératrice de revenus. Ces activités sont individuelles et spécifiques à chaque victime. Ainsi, le centre a assisté à ce jour plus de 68 victimes ou parents de victimes. Outre cette première cible, le centre octroie des fonds à d'autres femmes même si elles ne sont pas victimes. Cela a pour objectif d'une part d'impliquer les femmes de la communauté dans la lutte contre le viol et toutes les formes de violences basées sur le genre, et d'autre part de les autonomiser. Il ressort des informations recueillies, que les mères des victimes vivent pour la plupart des conjugalités violentes et une dépendance financière au conjoint. Cette assistance financière est un moyen permettant aux femmes de la communauté de constituer un comité de veille contre le viol dans chaque secteur de la commune.

Circuit de la prise en charge des survivantes du centre PAVVIOS



Obstacles à la prise en charge

Insuffisance de structures de prise en charge

Le centre PAVVIOS est le seul centre d'aide et d'assistance aux victimes de violences sexuelles à Abidjan, offrant un service public, avec un circuit de prise en charge spécifique. Il n'est donc pas en mesure de répondre et satisfaire les besoins des victimes. Les ONG et organisations internationales ont pendant longtemps été les seuls acteurs à s'investir dans l'aide aux victimes de violences sexuelles, de sorte que ce domaine est quasiment méconnu des acteurs publics.

L'insuffisance des structures est en miroir avec l'insuffisance des moyens dont dispose celle déjà existante. Le cas des structures médicales nous permet de constater qu'elles ne disposent pas pour la plupart, des soins et matériels médicaux adaptés à la prise en charge du viol. Les kits post-exposition au viol sont quasiment absents des hôpitaux. Aussi, les centres de santé publics ou privés, ne disposent pas d'un formulaire identique du certificat médical délivré en cas de viol. Ce qui constitue un obstacle dans la prise en charge de la victime par le circuit PAVVIOS.

L'autre obstacle du circuit de la prise en charge défini par le centre est l'indisponibilité de certains services et acteurs dans le circuit PAVVIOS. Cet éclatement des services ralentit le processus d'intervention. En effet, une victime reçue au centre à Attécoubé se verra livrer ses médicaments dans une pharmacie partenaire à Yopougon puisque le centre n'a pas de pharmacie intégrée. Elle ira porter plainte au commissariat, car le centre n'a pas d'agent de police détaché en son sein. Ces différentes démarches entre les services atténuent la volonté de la victime à aller au bout du processus de prise en charge.

Déficits de ressources humaines qualifiées

Le déficit de ressources humaines qualifiées est présent à tous les niveaux du circuit mis en place par le centre PAVVIOS. Les services partenaires du centre ont souvent une seule personne ayant été formée par le centre sur le viol et sa prise en charge. Lors d'un référencement, si cette personne ressource est indisponible, la victime est souvent confrontée à un mauvais accueil et traitement.

Au niveau de la PEC juridico-judiciaire, certains agents estiment qu'il n'y pas de viol entre des enfants et dans le couple. Cette incompréhension de la notion de viol entraîne des confusions entre viol, attentat à la pudeur et attouchement sexuel, ce qui conduit souvent à des jugements de valeur stigmatisants de la part de certains agents juridico-judiciaires.

Le témoignage de Mr S. Apère d'une victime de 11 ans, rapporte les expressions du policier qui les a reçus, sa fille et lui, pour le dépôt d'une plainte à la suite du viol de sa fille par 4 adolescents : **« tu es sûr qu'ils t'ont violée ? C'est un amusement des enfants... De toutes les façons les enfants ne vont pas en prison donc réglez ça avec les parents des garçons »**. C'est l'insistance du père pour rencontrer le commissaire qui lui a permis de mener la procédure, car celui-ci s'est chargé personnellement de sa plainte.

Madame Thérèse, Présidente d'association de femmes, et membre d'un comité de veille contre le viol, raconte les incidents rencontrés avec les agents de sécurité lorsqu'elles dénoncent des cas de viol.

« Nous avons fait parvenir le cas d'une fillette à qui un adulte a enfoncé le doigt dans le sexe jusqu'à écoulement sanguin. À l'entrevue avec les agents de défense, ceux-ci nous disent que ce n'est pas un viol et que c'est un attouchement sexuel. Nous avons mis du temps à leur faire comprendre le contraire ».

En ce qui concerne le personnel judiciaire, les victimes dont les plaintes ont abouti à un procès, 15 cas suivis de condamnation sur 24 cas soit 62,5% depuis 2008, affirment qu'elles n'ont pas été satisfaites du déroulement et du verdict du procès. C'est le cas pour madame T.A., mère d'une victime de 8 ans, qui estime que la justice n'a pas été correcte car l'auteur du viol de sa fille a écopé d'une peine d'emprisonnement de 3 mois avec sursis alors que la peine minimale prévue par le Code pénal en son article 354 alinéa 1 est 5- 20 ans maximum et la prison à vie pour les cas graves. Cette incohérence dans les procès conforte certains parents de victimes à régler le problème à l'amiable, renforçant ainsi l'impunité envers l'auteur de viol.

En outre, les victimes évoquent la lenteur du processus judiciaire, le mauvais accueil, la non-compréhension du système. Le centre PAVVIOS rencontre quant à lui un déficit de personnel judiciaire partenaire au circuit PAVVIOS. En dehors de la juridiction couvrant la commune d'Attécoubé, le circuit PAVVIOS ne peut véritablement aider la victime. Quand une victime vient d'une autre commune qu'Attécoubé, l'action du Centre se limite aux étapes l'aide psychologique, médicale et financière, car la plainte est portée dans un commissariat ou une brigade de la circonscription où l'acte a été commis et l'étape judiciaire est assurée par le territoire juridique où a eu lieu l'agression.

Quant aux services socio-médicaux, il y a d'une part, un manque de médecin qualifié et partenaire au centre PAVVIOS. Le centre est partenaire à un seul médecin. Ensuite, une seule pharmacienne se trouvant dans une autre commune qu'attécoubé est partenaire et délivre gratuitement les médicaments aux victimes référencées par le centre. Cette insuffisance de partenaires-clés entraîne la saturation des services médicaux et l'indisponibilité des médicaments lorsque la pharmacie partenaire est en rupture. D'autre part, le centre dispose d'un nombre insuffisant d'assistants sociaux qui ne sont pas souvent qualifiés pour suivre spécifiquement les victimes de viol. Aussi, le centre ne dispose pas de psychothérapeute pour le suivi psychologique des victimes, qui reste donc partiel et se limite parfois à l'écoute active et l'assistance dans les étapes de la procédure.

Le déficit de ressource humaine constitue en de nombreux points une faille du circuit PAVVIOS qui doit intégrer dans son mécanisme plusieurs agents des services et institutions sollicités dans le cadre d'une prise en charge. Le centre doit donc faire un plaidoyer auprès des institutions médicales, judiciaires, sécuritaires et communautaires pour leur inclusion dans le circuit PAVVIOS.

Stéréotypes socioculturels

Le premier obstacle à la prise en charge est la perception que les personnes se font du viol. En effet, les victimes font l'objet de pressions et de stigmatisations de la part de la communauté. Aux questions « **as-tu informé une tierce personne après l'agression ?** » et « **comment réagissent les gens dans ton entourage depuis l'agression ?** », la plupart des victimes affirment ne s'être pas confié tout de suite après le viol de peur d'être rejetées. Et lorsqu'elles ont réussi à en parler, la première question qui leur était posée en retour était « **toi, tu lui as fait quoi ?** ».

La victime M.S 11 ans, violée par des camarades d'école au sein de l'établissement est un exemple, lorsqu'elle raconte sa mésaventure à sa tante quelques jours après le viol, celle-ci lui a demandé en ces termes « *ce n'est pas toi-même qui leur a dit de se coucher (expression utilisée par la victime pour qualifier l'acte de viol) sur toi ? ... dis la vérité sinon je vais te punir* ». C'est donc quelques semaines après le viol que la victime est arrivée au centre.

Par les liens familiaux, l'on contraint la victime à ne pas entamer ou poursuivre la prise en charge surtout quand le viol est intrafamilial. Généralement, c'est une personne influente de la communauté culturelle, ethnique ou culturelle qui est sollicitée pour convaincre la victime ou ses parents. Cette contrainte peut venir aussi de l'auteur ou de sa famille par un chantage. C'est le cas de **K.A. (8 ans)**, violée par le fils du propriétaire de la « *cour commune* » où elle vit avec ses parents. Le père de la victime ayant entamé des procédures judiciaires contre l'auteur s'est vu contraint d'y renoncer, car le père de l'auteur l'a menacé de l'expulser de la maison sans préavis. Démuni, le père de la victime a suspendu la procédure. Dans bien des cas, l'auteur conclut un accord à l'amiable avec la famille de la victime.

Sur le plan culturel, les victimes sont contraintes par les leaders religieux à ne pas dénoncer le viol pour la dignité de la communauté religieuse, surtout si l'auteur est de la même communauté de culte que la victime. Dans ce type de cas, une des victimes du centre a été séquestrée par les membres de la communauté pour l'empêcher de se rendre au tribunal pour son procès. Et les raisons données par certains hommes religieux étaient qu'il fallait préserver l'image de la communauté et régler cela à l'amiable dans la communauté. Ces actions de la communauté impactent à tous les niveaux les processus de la prise en charge de la victime par le centre PAVVIOS, qui peut avoir motivé la victime, et mobiliser les ressources nécessaires pour qu'elle ait réparation, sans pouvoir atteindre ces objectifs de par la pression communautaire.

Par ailleurs, il a été constaté que les parents des victimes font un usage frauduleux du certificat médical qui devient un moyen de harcèlement de l'auteur du viol. En effet, certains cas suivis par le centre PAVVIOS n'achèvent pas le circuit de la prise en charge. Certains sont réguliers à l'étape de l'écoute active, une fois le certificat médical obtenu, ces victimes et leurs parents ne reviennent plus dans le centre. Ces victimes entrent alors dans une phase de harcèlement de l'auteur du viol ou des parents si celui-ci est mineur. Dans cette phase, l'auteur est contraint de verser une somme fixée par les parents de la victime ou de prendre en charge la scolarité de la victime si elle est scolarisée. Les raisons données par les parents qui font cet usage frauduleux du certificat médical est la lenteur de la justice et l'incertitude d'avoir réparation.

De ce qui précède, les stéréotypes socioculturels constituent une entrave au bon fonctionnement du circuit de prise en charge PAVVIOS. Le manque d'information des populations sur l'utilité de chacune des étapes du circuit peut constituer un frein à la prise en charge des victimes.

DISCUSSION ET CONCLUSION

L'hypothèse principale soutenant cette étude stipule que les obstacles à la prise en charge holistique des victimes de viol sont liés à des problèmes d'ordre institutionnel d'une part, et d'autre part à l'impact des pesanteurs psychosociales sur le processus de prise en charge.

Le cadre de référence théorique a essentiellement été construit sur la théorie de la régulation (Leblanc et Caplan, 1993). Cette théorie bien que d'origine explicative de la délinquance pourrait expliquer les obstacles à la prise en charge des victimes de viol. En effet, nous soutenons la thèse selon laquelle les mécanismes de régulation de la criminalité et les contraintes émanant de ces mécanismes ont un versant qui régule également l'attitude de la victime d'acte criminel. Dans le cas du viol, l'attitude d'autocensure de la victime, de déni du viol et de protection du violeur développé par la victime est liée d'une part à l'attachement de la victime au groupe social et à sa volonté de maintenir le lien social. D'autre part, cela montre un faible niveau de croyance de la victime aux institutions de protection pour elles et de sanction pour le violeur. En raison d'une organisation culturelle anomique vis-à-vis du viol. Ces mécanismes de protection et de sanction sont défailants expliquant ainsi les obstacles institutionnels à la prise en charge. Quant aux mécanismes de régulation psychologique produits par les stéréotypes sociaux envers la victime de viol, ils engendrent des obstacles à la dénonciation et la lutte contre le crime de viol et donc à la prise en charge. La présente étude a montré ainsi que les obstacles sociaux à la prise en charge ont pour objectif de maintenir le lien social entre les acteurs impliqués dans le viol.

Les résultats obtenus montrent que les victimes et les auteurs sont généralement des écoliers/étudiants. Ce qui nous permet de soutenir que le jeune âge est un facteur de risque des violences sexuelles. L'analyse du mécanisme de la prise en charge révèle que les obstacles se situent à divers niveaux. En premier lieu, il y a l'environnement social de la victime, les stéréotypes, la peur de l'exclusion sociale et le manque d'information sur l'existence de structure de prise en charge. En second lieu, un déficit de ressources humaines qualifiées et un manque d'actions inclusives entre ces acteurs, de sorte que le mécanisme de référencement n'est pas coordonné. Enfin, il y a une insuffisance de structures qualifiées et équipées pour une prise en charge des victimes de viol et la non-intégration de tous les services impliqués dans le circuit PAVVIOS ; ce qui est un obstacle à la prise en charge adéquate des victimes. En effet, les victimes déjà déstabilisées par le viol n'ont pas de volonté réelle à se soumettre à une longue procédure, de ce fait, l'intégration de tous les services impliqués dans l'aide aux victimes dans le même espace pourrait encourager et rassurer la victime d'un service rapide et discret.

La prise en charge du viol est une étape incontournable dans la réhabilitation de la victime. De ce fait, des actions concrètes, inclusives et proactives devront être mises en place. Le centre PAVVIOS demeure depuis sa création un centre pilote et pourtant l'aide aux victimes reste insuffisante. Face aux difficultés de la prise en charge des victimes de viol, des solutions

d'amélioration devront être élaborées, notamment le renforcement des capacités des agents de santé par des formations spécifiques en genre et surtout sur les violences sexuelles.

Créer au sein des hôpitaux publics des services d'accueil des victimes des violences sexuelles qui seront comme un guichet unique où toute victime de violence et particulièrement de viol aura un accès facile aux services utiles de base et sera référencée vers les structures plus spécialisées. Cela permettra une bonne collecte des informations sur les violences basées sur le genre, une inter - collaboration entre structures hospitalières et structures d'assistance sociale et juridico-judiciaire. Mettre à la disposition des médecins des questionnaires formalisés sur les VBG, permettant de questionner systématiquement toutes personnes se présentant dans un service hospitalier. Cette méthode a été utilisée dans plusieurs études sur le viol et a permis de comprendre que de nombreuses consultations médicales sont implicitement du fait de violence sexuelle ou de violences interpersonnelles sans que la victime ne soit disposée à les dénoncer (Lazimi, 2005 ; Gazaigne, 2008 ; Palisse, 2013).

Ensuite, mettre en connexion les services publics et privés, les organisations de la société civile ainsi que les écoles pour un système d'alerte précoce. Enfin, créer plusieurs centres de services publics aux victimes intégrant dans un même espace tous les acteurs nécessaires impliqués dans le mécanisme de prise en charge.

Toutes ces recommandations se situent dans un cadre normatif disposé à véritablement protéger les victimes. La première étape sera donc la définition claire du viol dans le Code pénal et la révision des modalités d'application de la sanction.

Les limites de cette étude se situent au plan méthodologique. Nous avons opté pour une approche théorique uniquement basée sur la théorie de la régulation sociale avec un penchant victimaire, alors que le phénomène étudié nécessite une approche multi-théorique. La théorie actionnisme pourrait ouvrir une piste d'analyse intéressante sur les obstacles à la prise en charge en approfondissant le comportement des parents de victimes qui font un usage frauduleux du certificat médical comme moyen de harcèlement des auteurs de viol. L'approche systémique permettra quant à elle de comprendre les obstacles à l'inclusion des acteurs dans le circuit d'aide élaboré par le centre PAVVIOS.

Bibliographie

Amnesty International (2015), *Nigeria: Abducted Women and Girls Forced to Join Boko Haram Attacks* [<https://www.amnesty.org/en/latest/news/2015/04/nigeria-abducted-women-and-girls-forced-to-join-bokoharam-attacks/>].

Avega A., Ward J. (2002). *"If not now, when?" reproductive health for refugee's consortium (RHRC)*, New York.

Code pénal belge (2014), Collection, Codes en poche.

Dietmar R. (1988), « Le motif du viol dans la littérature de la France médiévale entre norme courtoise et réalité courtoise », *Cahiers de civilisation médiévale*, 31^e année (n°123), juillet-septembre, p. 241-267. doi : 10.3406/ccmed.1988.2416 [http://www.persee.fr/doc/ccmed_0007-9731_1988_num_31_123_2416].

Faye Dieme M.E. *et al.*, (2008), « Profil épidémiologique et prise en charge des victimes d'abus sexuel à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar », *Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de reproduction*, n° 37, p. 358-364.

FIDH – RDC (2013), *Les victimes de crimes sexuels obtiennent rarement justice et jamais réparation*, Éd. Française [www.fidh.org].

Guenivet K. (2001), *Violences sexuelle, la nouvelle arme de guerre*, Paris, éd. Michalon.

Gazaigne L. (2008), *Violences faites aux femmes, poser la question est-il possible ?* Mémoire de médecine générale, Paris 6.

Lazimi G. (2007), *Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace, intéressant ?* Mémoire dans le cadre du Diplôme Universitaire « stress, traumatisme et pathologie, Paris 6 Pitié-Salpêtrière.

Lazimi G. (2005), « Violence faites aux femmes », *Revue du praticien -Médecine Générale*, p. 180.

Lagadec J. (2008), *Nouveau guide pratique d'A-Z*, Solar.

Le Blanc M. (1997), « A generic control theory of the criminal phenomenon, the structural and the dynamical statements of an integrative multilayered control theory », *Advance in Theoretical Criminology*, n° 7, p. 215-286.

Le Blanc M., Caplan A. (1993), « Theoretical formalization, a necessity: the example of Hirschi's bonding theory », *Advances in Theoretical Criminology*, n° 4, p. 239-343.

Le Goaziou V. (2011), *Le viol, sociologie d'un crime*. Paris, éd. La Documentation française

Muhiwa kavuo L. (2007), *Problématique de la prise en charge des victimes de viol en RDC, cas de l'Ituri (université)*

OCHA/IRIN. (2005), *Corps meurtris, rêves brisés*, Malta, Progress Press.co.Ltd.

ONU (2014), *La violence sexuelle : un outil de guerre*, programme d'information sur le génocide au Rwanda et les Nations Unies [www.un.org/fr/preventgenocide/rwanda].

Palisse M. (2013), *Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes*, Médecine humaine et pathologie, thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, Paris, Université Paris Descartes.

Piet E. (2010), *Le viol un problème de société, un problème de santé publique*, Bull. Acad. Natle Méd. 194, n° 8, p. 1535-1543.

Salmona M. (2010). *Propositions pour l'améliorer la prise en charge et le soin des victimes de violences sexuelles ainsi que la formation des professionnelles de la sante'*, Association mémoire traumatique et victimologie.

Spiewok W. (1994). *Le viol dans la littérature allemande au moyen âge*, la violence dans le monde médiéval p 514-524. Université de Greifswald, Presse universitaire de province (en ligne) [<http://www.openedition.org/6540>]

Welzer Lang D. (2005 [1991]), *Les hommes violents*, Paris, éd. Payot

Pour citer cet article

Référence électronique

Opadou Koudou, Hermann Crizoa, Magnatié De Serifou, "Déterminants des obstacles à la prise en charge des femmes victimes de viol à Abidjan", Sciences et actions sociales [en ligne], N°11 | année 2019, mis en ligne le date 17 juin 2019, URL : <http://www.sas-revue.org/n-conception/62-n-11/varia-n-11/160-determinants-des-obstacles-a-la-prise-en-charge-des-femmes-victimes-de-viol-a-abidjan>

Auteur

Opadou Koudou

Professeur titulaire de psychologie, Ecole Normale Supérieur, UFR Criminologie. Abidjan-Université Felix Houphouët Boigny

Hermann Crizoa

Maître-Assistant, Criminologie, UFR Criminologie. Université Felix Houphouët Boigny

Magnatié De Serifou

Doctorante, UFR Criminologie. Université Felix Houphouët Boigny
hcrizoa@gmail.com

Droits d'auteur

© Sciences et actions sociales

Toute reproduction interdite sans autorisation explicite de la rédaction/Any replication is submitted to the authorization of the editors