

ANNEX B

Public redacted version of “ICC-01/05-01/08-3417-Conf-AnxB”

**Cour
Pénale
Internationale**



Le Bureau du Procureur

**International
Criminal
Court**

Office of the Prosecutor

Restreint CPI

Traduction d'élément de preuve

Document original

Numéro(s) d'enregistrement de l'élément de preuve CAR-OTP-0094-0493 à CAR-OTP-0094-0540

Langue(s) source(s) Anglais

Nombre de pages 48

Traduction

Numéro(s) d'enregistrement de l'élément de preuve traduit CAR-OTP-0094-0493 à CAR-OTP-0094-0540

Langue(s) cible(s) Français

Nombre de pages 56

Restreint CPI

CAR-OTP-0094-0581

Séquelles des viols, des viols à grande échelle et des autres formes de violences sexuelles sur la santé mentale

**Rapport produit par le Laboratoire Human Rights in Trauma Mental Health,
Service de psychiatrie et des sciences comportementales
de la Faculté de médecine de l'Université de Stanford**

Affaire Le Procureur de la CPI c. Jean-Pierre Bemba Gombo

Affaire n° ICC-01/05-01/08

I. Introduction

Le présent rapport est produit par le Laboratoire Human Rights in Trauma Mental Health (spécialisé dans la santé psychique qui traite des droits d l'homme en cas de traumatisme), programme interdisciplinaire basé à l'Université de Stanford et composé de membres du Service de psychiatrie et des sciences comportementales, de la Faculté de droit et du programme de psychologie clinique de l'Université de Palo Alto. Il s'agit notamment de psychiatres universitaires traitants, de professeurs de médecine, de psychothérapeutes traitants du secteur privé et de travailleurs sociaux, de juristes spécialisés dans les droits de l'homme, de professeurs de droit et d'étudiants licenciés ou préparant une licence. Les membres de ce programme disposent de connaissances considérables en traumatologie psychique au regard de diverses disciplines et sont par conséquent tout à fait qualifiés pour présenter ce rapport.

Ce document se fonde sur notre examen des éléments de preuve et du dossier de l'affaire *Le Procureur c. Jean-Pierre Bemba*, affaire n° ICC-01/05-01/08-T (dont les rapports et les témoignages d'expert du docteur André Tabo et du docteur Adeyinka M. Akinsulure-Smith), ainsi que sur un examen comparatif approfondi de documents relatifs aux effets psychosociaux des violences sexuelles et d'autres formes de traumatismes extrêmes sur certaines personnes, leur famille et leur communauté. En outre, nous avons examiné le témoignage de victimes au cours de ce procès afin de démontrer l'existence d'un lien direct entre ces documents, les témoignages des experts et les événements survenus en Centrafrique (RCA). Le présent rapport s'appuie également sur notre longue expérience du traitement et de la représentation des victimes de graves traumatismes dans des communautés dévastées par des violations à grande échelle des

droits l'homme, et sur les nombreuses années à travailler à leurs côtés. Dans ce rapport, nous nous appuyons sur nos connaissances empiriques qui établissent un lien entre le risque de traumatisme et les effets psychophysiologiques et neurobiologiques, permettant de mettre en lumière les mécanismes par lesquels les violences sexuelles et les autres formes de traumatismes extrêmes entraînent les répercussions psychosociales constatées dans le dossier. Ce report s'accompagne des curriculum vitæ correspondants (pièce à conviction A), y compris les publications et activités judiciaires pertinentes. Le laboratoire ou ses membres n'ont reçu aucune indemnité au titre de la préparation de ce rapport.

Ce dernier expose notre opinion mûrement réfléchie quant aux répercussions des violences sexuelles commises systématiquement et à grande échelle en Centrafrique au cours de la période en question (2002 et 2003) sur les individus, les familles, les communautés et les relations intergénérationnelles, ainsi que les faits et les données dont nous avons tenu compte. Sur une note plus optimiste, nous avons également évoqué les perspectives de guérison malgré la gravité des séquelles en cause.

Le viol et les autres formes de violences sexuelles figurent parmi les crimes les plus graves au regard du droit international. Tandis que de multiples traités internationaux indiquent clairement que les agressions sexuelles contre des civils peuvent constituer des crimes de guerre et des crimes contre l'humanité (voir, par exemple, Comité international de la Croix-Rouge, 1949 ; Human Rights Watch – HRW, 2007b), le recours systématique au viol continue de s'inscrire dans une tactique de terreur utilisée dans les conflits armés du monde entier (Kumar, 2011 ; HRW, 1993). Les séquelles de tels actes sur le corps humain sont bien connus et extrêmement préjudiciables, mais le but ultime de leurs auteurs est souvent de détruire toute dignité humaine et de perturber en profondeur la santé psychologique des populations concernées (Brownmiller, 1975). En outre, comme cette Cour le sait pertinemment, le viol et les violences sexuelles sont fréquemment utilisés à grande échelle pour semer la terreur, rabaisser et humilier bien au-delà des victimes elles-mêmes. Les campagnes de viols à grande échelle intensifient au maximum l'effet produit sur les communautés touchées par le recours aux viols collectifs, aux viols des enfants, aux relations sexuelles forcées entre individus non consentants, aux viols collectifs à grande échelle et au fait de forcer certains individus d'assister au viol de leur conjoint ou de proches (HRW, 2007b ; Tabo, 2010). Le viol d'un seul individu a des répercussions sur plusieurs générations.

Ainsi, les viols à grande échelle s'inscrivent dans une stratégie de terreur abominable qui vise à anéantir les familles et les communautés dont font partie les victimes et les survivants en question (Kumar, 2011). Le facteur psychologique humain et la communauté sont les cibles à atteindre et la terreur sexuelle est la méthode employée. Ainsi qu'il ressort de ce rapport, au vu d'un grand nombre de données incontestées en psychologie, les victimes/survivants de viols et d'agressions sexuelles souffrent constamment de séquelles fâcheuses et ces actes ont à long terme des effets négatifs incessants sur leur famille et leur communauté.

Il en va de même pour le viol systématique des femmes en Centrafrique. Les viols et les attaques perpétrés à grande échelle en 2002 et 2003 dans ce pays ont constitué des crimes institutionnalisés contre l'intégrité physique et psychique des populations civiles (Fédération internationale des ligues des droits de l'homme, 2003). Ces attaques, comme l'ont dénoncé les experts en biologie médicale et en psychologie humaine, ont fait des ravages épouvantables sur la santé physique et mentale des populations (Vinck, 2010). D'après ces mêmes experts, ces ravages s'inscrivent sur le long terme, se propageront aux autres générations et toucheront les communautés concernées bien au-delà des victimes elles-mêmes.

Méthodologie

Outre les nombreuses connaissances professionnelles accumulées sur le plan clinique sur l'état psychologique des survivants, ce laboratoire s'est principalement appuyé sur la riche et conséquente documentation scientifique dont il dispose en psychologie pour établir ce rapport. Il a également été grandement tenu compte d'autres données propres à la RCA citées tout au long du rapport.

Tout d'abord, nous avons effectué des recherches dans des revues médicales spécialisées en psychologie et soumises à un examen collégial, en utilisant des mots clés comme « agression sexuelle », « viol » ou « syndrome de stress post-traumatique ». Nous avons consulté des études isolées, des méta-analyses (dans lesquelles des études multiples sont combinées statistiquement pour déterminer l'effet d'un thème en particulier) et des articles de synthèse (dans lesquels de multiples études sont combinées du point de vue narratif pour tirer des conclusions sur un sujet spécifique) qui ont tous été examinés par des experts dans leur domaine respectif. Ensuite, nous avons consulté des rapports émanant d'institutions sanitaires mondiales et d'organisations de

défense des droits de l'homme pour resituer les événements survenus en Centrafrique dans un contexte mondial. Puis, les témoignages et les rapports d'expert des docteurs André Tabo et Adeyinka Akinsulure-Smith ont été inclus au rapport pour montrer par des exemples précis comment ces articles de revue examinés par des confrères et ces rapports à l'échelle mondiale s'appliquent à la situation centrafricaine. Ensuite, l'opinion d'expert du docteur Reicherter a permis de compléter les nombreuses données issues de la documentation existante en psychologie et en psychiatrie. Enfin, les témoignages de victimes au procès ont servi à établir un lien entre la riche documentation sur les thèmes en cause et les témoignages des docteurs Tabo et Akinsulure-Smith sur les événements survenus en Centrafrique. Ce lien direct fournit de solides éléments de preuve sur les répercussions des violences sexuelles sur les communautés centrafricaines. Toutes ces sources d'information sont citées tout au long du rapport pour indiquer avec exactitude d'où sont tirées ces données.

II. Viols commis à grande échelle en République centrafricaine : éléments de preuve versés au dossier

Cette Cour a entendu le témoignage de professionnels de la santé mentale experts en psychologie spécialisée dans les traumatismes, ayant acquis une expérience professionnelle au contact des victimes de la Centrafrique. En 2006, après la commission à grande échelle de viols dans ce pays, une équipe de professionnels de l'action humanitaire, dont le docteur André Tabo, a apporté des soins de première nécessité à des victimes d'agressions sexuelles, physiques et psychologiques, nombre d'entre elles ayant subi les trois formes d'agression. Dans le cadre de cette mission médicale, le docteur Tabo et son équipe ont réalisé une enquête auprès d'un groupe de femmes ayant subi des violences sexuelles. Ces femmes, âgées de 6 à 71 ans, dont l'âge moyen était de 32,4 ans, ont décrit un éventail effarant d'actes de violence sexuelle commis par les soldats du MLC. Elles ont été violées à leur domicile, lorsqu'elles prenaient la fuite et/ou lorsqu'elles se rendaient au domicile d'un parent. Certaines ont été victimes de viols collectifs, commis de manière systématique. Dans de nombreux cas, des membres de la famille et des chefs de communauté ont été violés ou contraints d'assister à des viols. Au total, sur les 512 femmes sondées, 408 (80 %) d'entre elles ont subi des agressions sexuelles ou d'autres sévices corporels (Tabo, 2011).

Le docteur Tabo faisait partie d'une équipe multidisciplinaire financée par l'Organisation mondiale de la santé dont la vocation était de participer à une initiative de plus grande envergure concernant notamment la formation aux soins liés au traitement des victimes de violences sexuelles en Afrique. Le docteur Tabo a témoigné du 12 au 14 avril 2011 pour le compte de l'Accusation et des représentants légaux des victimes dans l'affaire *Le Procureur c. Jean-Pierre Bemba Gombo* (affaire n° ICC-01/05-01/08) à propos du travail qu'il a accompli à l'hôpital de Bangui. Dans son témoignage, il a décrit les nombreuses difficultés auxquelles les membres de son équipe se sont heurtés, notamment le fait que de nombreuses femmes ont refusé de se faire soigner par crainte d'être marginalisées par leur propre communauté. Il a indiqué que la psychiatrie était perçue comme étant une pratique « proche de la folie » ; des victimes sont malgré tout venues le consulter pour guérir. Il a déclaré que le nombre de victimes recensées, qui s'élève à plusieurs centaines, était en deçà de la réalité.

Le docteur Tabo a déclaré que la violence sexuelle était utilisée en Centrafrique comme arme de guerre et visait principalement les plus vulnérables, à savoir les femmes et les enfants. Il a indiqué que l'objectif de ces actes de violence avait trois composantes : premièrement, les femmes et les enfants sont utilisés comme « butin de guerre » ; deuxièmement, ces actes de violence constituent des mesures de représailles contre ceux qui auraient prétendument soutenu l'ennemi ; troisièmement, les actes de cette nature « déstabilis[ent] [intrinsèquement] l'ennemi ». Il a ajouté que 42,2 % des viols ont été commis en présence de membres de la famille, et que cette tactique était utilisée afin de « la punir et d'humilier le membre de la famille [qui était censé la protéger] [...] à savoir, son mari ». Il a souligné que « le désir d'humiliation prim[ait] sur tout autre facteur » et précisé que si un homme tentait de s'interposer, cela donnait systématiquement lieu à des violences et que « certains maris [avaie]nt été tués pendant le viol de leur femme ou peu de temps après ».

Le docteur Tabo a affirmé que certaines femmes violées étaient rejetées par leur mari, et que certains époux avaient le sentiment d'être désignés à la vindicte du public en raison du viol. Les enfants des femmes violées faisaient l'objet de « railleries » au sein de leur propre communauté. Il a précisé que les épouses qui étaient violées étaient considérées comme « souillées », adultères, et qu'elles « ne [pouvaient] plus participer au fonctionnement normal de la société et de la cellule familiale ». Les femmes éprouvent des sentiments de « honte et [de] culpabilité », qui jouent un rôle important dans la psychologie féminine.

Les répercussions psychologiques de ces violences étaient cruciales, selon le docteur Tabo. Les femmes craignaient de nouvelles attaques, craignaient de se rendre dans des lieux publics, perdaient confiance en elles et participaient à plusieurs rites de lavement après l'agression. Les victimes perdaient facilement leur sang-froid et faisaient un usage abusif de l'alcool et de la drogue. Le docteur Tabo a expliqué que les femmes concernées présentaient des symptômes de stress post-traumatique, dépression et mélancolie.

Le docteur Tabo a également décrit les conséquences du viol sur le plan physique. Il a indiqué que de nombreuses femmes qui ont subi les tests de dépistage pour le VIH se sont avérées séropositives et que, pour certaines, la transmission du virus résultait du viol. Il a déclaré que quatre femmes étaient tombées enceintes. L'une d'elles a décidé de s'occuper de l'enfant, une autre « refusait d'avoir le moindre contact avec l'enfant en question », une autre a décidé de recourir à un avortement et la quatrième femme s'est évaporée dans la nature.

Il a précisé que le traumatisme psychologique était une expérience qui marquait à vie : le souvenir de l'événement traumatisant ne disparaît pas. Si certains détails s'estompent au fil du temps, les souvenirs ne disparaissent jamais totalement et un effet « résiduel » demeure. Il a ajouté que son constat, au bout de nombreuses années d'exercice, était le suivant : « le patient, qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme, met fin à ses jours si l'événement a été particulièrement traumatisant ; soit le patient se décourage et décide de rester cloîtré chez lui avec ses souffrances, soit la personne ... envahie par la souffrance, renonce à la vie et se réfugie dans le silence ».

Le signalement par ces victimes des séquelles des agressions sur leur santé et sur leur bien-être correspond aux séquelles habituellement endurées par des victimes de viol. Il faut surtout noter que tous les sujets présentaient des blessures physiques et psychologiques graves. Il s'agit notamment de blessures par balle, de fractures osseuses, de lésions cutanées, de lésions de l'hymen, de lésions vaginales et de mutilations du périnée. Certaines victimes ont eu des grossesses non désirées ou des maladies sexuellement transmissibles, notamment le VIH/SIDA. Les évaluations psychologiques des victimes d'agressions sexuelles ont révélé toute une panoplie de séquelles psychologiques, notamment le syndrome de stress post-traumatique, la dépression, l'anxiété ainsi que des sentiments de culpabilité et d'isolement. Les séquelles, notamment sur le

plan de la santé mentale, correspondent aux résultats de recherches réalisées en psychologie et en sciences sociales sur d'autres communautés victimes de criminalité à grande échelle.

Le droit pénal international a tendance à se concentrer sur les blessures infligées à une victime particulière par un individu. Toutefois, la science de la psychologie et les recherches réalisées dans d'autres situations de violences commises à grande échelle (par exemple, en Bosnie Herzégovine et au Rwanda – Kumar, 2001) nous apprennent que les répercussions d'actes de violence sexuelle commis systématiquement et à grande échelle sont bien plus vastes, pernicieuses et dévastatrices que ce que l'on peut observer lors de l'évaluation individuelle d'une victime (Reid-Cunningham, 2008 ; Seifert, 1994 ; Wax, 2004). Ainsi, la commission délibérée d'actes de viol – notamment à grande échelle – en présence d'époux, d'enfants et de membres de la communauté constitue un moyen spécifique de renforcer la terreur, l'humiliation et le caractère dégradant pour les victimes, leurs famille et leur communauté. Les diverses répercussions des actes en cause seront évoqués plus en détail et accompagnés de références à la littérature scientifique dans la suite du présent document.

III. Séquelles psychologiques des viols et autres violences sexuelles

Les 29 et 30 novembre 2010, le docteur Adeyinka Akinsulure-Smith, citée à comparaître par l'Accusation et les représentants légaux des victimes, a fourni son témoignage dans l'affaire *Le Procureur c. Jean-Pierre Bemba Gombo* (affaire n° ICC-01/05-01/08). Native de la Sierra Leone, le docteur Akinsulure-Smith est psychologue en chef à l'hôpital Bellevue de New York (État de New York), où elle dirige un programme conçu spécialement pour soigner des victimes d'actes de torture. Elle a indiqué qu'elle faisait partie de l'équipe chargée de soigner des personnes qui avaient assisté aux crimes perpétrés contre des membres de leur famille, dont le foyer avait été détruit par les flammes et qui avaient été contraintes à fuir leur pays. Elle a déclaré avoir travaillé avec des personnes qui présentaient des symptômes de dépression et d'anxiété et chez lesquelles un syndrome de stress post-traumatique avait été diagnostiqué.

Elle a en outre travaillé au sein d'une équipe chargée de soigner des femmes originaires de Sierra Leone ayant subi des violences sexuelles pendant le conflit qui a ravagé ce pays entre 1992 et 2001/2002. Son témoignage recoupe celui du docteur Tabo puisqu'elle y décrit des femmes présentant des symptômes de dépression et de stress post-traumatique. Les femmes en

cause ont eu des grossesses non désirées, certaines ont notamment eu recours à un avortement, et ont rencontré des difficultés à « rétablir des liens, [à] renouer avec leurs communautés ». Elle a ajouté que ces crimes « avaient réellement eu de lourdes répercussions sur leur vie ».

Le docteur Akinsulure-Smith a déclaré que le préjudice causé aux victimes d'agressions sexuelles en temps de guerre pouvait être « considérable » et avait des conséquences sur les plans médical, physique et psychologique. Elle a indiqué que ses patientes déclaraient souvent que « les blessures physiques cicatris[ai]ent mais [que] les trucs émotionnels ne [les] quitt[ai]ent pas ». Selon le docteur Akinsulure-Smith, ces « trucs émotionnels », auxquels ses patientes faisaient référence, se rapportaient notamment à des symptômes d'anxiété, de dépression et de stress post-traumatique. Elle a en outre qualifié le traumatisme vécu d'« horreur ». Elle a déclaré que ces femmes se sentaient responsables, avaient honte, culpabilisaient et se considéraient comme de la « marchandise abîmée ». Elle a précisé que, bien souvent, les membres de la famille ne comprenaient pas pourquoi les victimes ne s'étaient pas débattues. D'après elle, le syndrome de stress post-traumatique s'accompagne souvent de troubles de la mémoire associés au traumatisme, de troubles du sommeil et de cauchemars. Pour apaiser leurs souffrances, ces femmes pouvaient consommer certaines substances et s'automutiler. Le docteur Akinsulure-Smith a clairement précisé que le stress post-traumatique ne touchait pas nécessairement que les victimes directes de tels atrocités et déclaré que « lorsqu'une personne se trouvait contrainte d'assister à une telle agression, à caractère sexuel, d'un être cher, elle en était profondément traumatisée. » Elle a indiqué de surcroît que les parents qui avaient assisté à l'agression sexuelle de leurs enfants ou les enfants qui avaient assisté à celle de leurs parents étaient plongés dans une « profonde » détresse. À ce propos, elle a précisé que « plus la victime [était] jeune, plus l'effet [était] dévastateur et problématique », et que cela pouvait notamment entraîner un trouble du développement. Le docteur Akinsulure-Smith a ajouté que la majeure partie de son travail était de gagner la confiance de ses patients et d'établir un lien entre elle et eux pour qu'ils puissent se confier sur le traumatisme qu'ils avaient subi et ses répercussions. Elle a indiqué que parfois, les membres de la famille n'arrivaient pas à comprendre pourquoi les personnes qui avaient survécu à une agression étaient aussi irritables ou tristes et que des séances de psychoéducation étaient préconisées pour traiter cet aspect des effets à long terme des violences sexuelles. La psychoéducation fait également partie de la thérapie à laquelle elle recourt pour que les gens comprennent que ce qui leur est arrivé n'a rien à voir avec le surnaturel (« les dieux »).

L'impact destructeur des violences sexuelles sur les hommes et les femmes est largement reconnu dans des ouvrages scientifiques en psychiatrie et en psychologie, et cadre avec le témoignage du docteur Akinsulure-Smith. Les violences sexuelles sèment la terreur et déstabilisent les personnes en fragilisant leur sentiment de sécurité à l'échelle individuelle et de la communauté toute entière (Lee Koo, 2002). Ce sentiment est mis à mal lorsque la victime est retenue prisonnière et qu'elle devient totalement impuissante face à ce qu'on lui fait subir physiquement. La panique peut devenir chronique. Le sentiment de sécurité est un besoin primaire de l'être humain qui est essentiel à l'accomplissement de ses tâches quotidiennes et des activités qui lui permettent de se développer et de progresser (Maslow, 1943). Quand une personne ne se sent pas en sécurité, ses activités quotidiennes primaires comme se nourrir, dormir et prendre soin de soi, sont mises en péril et bouleversées. Lorsque ce phénomène se produit, les activités correspondant à un échelon plus élevé dans la hiérarchie des besoins — comme prendre soin des autres, obtenir un emploi ou suivre des études — sont également menacées et plus difficiles, voire impossibles, à réaliser.

Les sentiments de danger, de menace et d'impuissance ne surviennent pas seulement au moment du viol et dans les heures qui suivent, mais ils refont également surface bien plus tard, même lorsque les conditions objectives de sécurité ont été rétablies (DSM-IV ; DSM-5). Les membres de la famille et les amis se retrouvent impuissants face à cette situation et sont par conséquent incapables de redonner un sentiment de sécurité et, d'apporter un soutien au rescapé ou à la rescapée. S'agissant de viols à grande échelle, ce sentiment essentiel de sécurité est mis à mal au sein de la communauté de la victime et dans l'esprit de chacun de ses membres. C'est la structure sociale de toute une communauté qui est ainsi déstabilisée. Les viols perpétrés à grande échelle ont des répercussions sur le développement et le fonctionnement des individus et de la communauté dans son ensemble sur plusieurs générations (Reid-Cunningham, 2008 ; Seifert, 1994 ; Wax, 2004). De ce fait, l'évaluation de l'état de santé d'une victime ne saurait rendre compte de la totalité de l'étendue du préjudice subi par une communauté toute entière à la suite de violations massives des droits de l'homme. Les témoignages fournis par des victimes dans la présente affaire font état de la façon dont les soldats arrivaient dans la communauté et la pillaient sur-le-champ, volaient des biens comme des matelas et obligeaient les femmes à leur faire la cuisine. Ces agissements peuvent ébranler la communauté, priver ses membres des ressources

nécessaires pour s'en sortir et constituer une autre barrière à franchir quand ses membres essaieront de surmonter leur traumatisme.

D'après les ouvrages spécialisés en psychiatrie, les fonctions mentales des victimes d'agressions sexuelles risquent d'être extrêmement perturbées. Parmi la multitude de conséquences que de tels agissements peuvent avoir sur les individus figurent des troubles psychiques comme le syndrome de stress post-traumatique, la dépression et l'anxiété (Heim, Shugart, Craighead & Nemeroff, 2010 ; DSM-III ; DSM-IV ; DSM-5 ; Sadock, Kaplan & Sadock, 2007). En dehors des diagnostics cités en matière de santé mentale, les personnes concernées peuvent éprouver des sentiments avilissants d'impuissance (Muhwezi et al., 2011), de perte de la spiritualité (Messina-Dysert, 2012), de méfiance exacerbée, de confusion permanente et de peur (Kilpatrick, Resick & Veronen, 1981). Les victimes d'un tel traumatisme se considèrent vulnérables, voient le monde comme étant dénué de sens et se dévalorisent (Janoff-Bulman & Frieze, 1983). Chacun de ces états et de ces diagnostics sera abordé plus en détail ci-dessous.

A. Syndrome de stress post-traumatique

Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) constitue l'un des diagnostics les plus répandus après un viol (Holmes & St. Lawrence, 1983). Cet état de fait a suscité l'attention du monde scientifique depuis la publication de la troisième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) en 1980 par l'*American Psychiatric Association* (Association psychiatrique américaine ou « APA »). L'étude menée à l'échelon national sur la comorbidité — étude épidémiologique menée à grande échelle sur un échantillon de 5 877 personnes aux États-Unis — a fait ressortir que pour les femmes, le viol représente le crime le plus fréquemment associé au syndrome de stress post-traumatique (étude n'incluant pas de catégorie « autre » ; Kessler et al., 1995).

Dans les cas où le viol représentait la seule expérience traumatisante que les femmes avaient connue au cours de leur vie ou lorsqu'il constituait le plus pénible des traumatismes qu'elles aient vécus, 45,9 % d'entre elles ont développé un stress post-traumatique (Kessler, et al, 1995) à un moment donné dans leur vie. Dans les ouvrages spécialisés, il s'agit du taux de prévalence au cours de la vie des victimes de viol. De manière plus générale, le taux de prévalence du

syndrome de stress post-traumatique au cours de la vie représente une statistique épidémiologique qui indique combien de personnes au sein de la communauté/société développeront un jour un tel syndrome suite à une expérience traumatisante ou non. Ces ouvrages abordent également ce qu'on appelle le taux de prévalence ponctuelle. Il s'agit d'une statistique épidémiologique qui indique combien de personnes sont atteintes d'une certaine maladie *à un moment donné ou au cours d'une période donnée*. Le DSM-5 (DSM, 5^e édition) reprend les chiffres d'Hinton et de Fernandez (2011) et indique que le taux de prévalence sur 12 mois pour le syndrome de stress post-traumatique dans les pays d'Europe, d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine se rapporte à 1% ou moins (APA, 2013). Sur l'échantillon d'une population urbaine aux États-Unis, l'agression sexuelle et le viol figuraient aux deux premières places des traumatismes vécus par les personnes chez qui un syndrome de stress post-traumatique avait été diagnostiqué (49 % des personnes atteintes de SSPT avaient été victimes d'une agression sexuelle et 23 % d'un viol) (Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991). En d'autres termes, les victimes d'agression sexuelle et de viol représentaient près des trois-quarts de l'ensemble des personnes chez qui un syndrome de stress post-traumatique avait été diagnostiqué. Les résultats obtenus dans le cadre de recherches antérieures démontrent que les taux de prévalence de ce syndrome se rapportent, dans 30 à 70 % des cas, à des victimes d'agression sexuelle (Dunmore, Clark & Ehlers, 1999; Kilpatrick, Edmunds & Seymour, 1992) en comparaison à une prévalence [sur 12 mois] de 1 %. Le DSM-5, publié en 2013, indique également que le risque de développer le syndrome de stress post-traumatique est plus grand chez les victimes d'agression sexuelle.

Le syndrome de stress post-traumatique est une maladie mentale chronique et invalidante. Le DSM-5 (APA, 2013) le définit comme un conglomérat de symptômes qui apparaissent après avoir vécu des événements traumatisants, en avoir été témoin ou y avoir été exposé. Ces symptômes peuvent être classés en quatre catégories symptomatologiques distinctes : pensées obsessionnelles en lien avec l'événement en cause, évitement des stimuli liés à l'événement, pensées négatives et/ou sautes d'humeur en rapport avec l'événement et l'hyper éveil (APA, 2013). Les pensées obsessionnelles comprennent notamment des souvenirs, des rêves, des flash-backs/la dissociation (mentale) et une détresse psychologique et physiologique au moment de la réminiscence de l'événement (APA, 2013). Les symptômes d'évitement consistent notamment à tenter d'échapper à ses propres pensées et à ses émotions concernant l'événement ou d'éviter des personnes, des lieux ou des objets qui sont, d'une certaine manière, associés à l'événement

(APA, 2013). Les sautes d'humeur et/ou troubles cognitifs comprennent l'incapacité à se souvenir des événements en lien avec le traumatisme, des pensées négatives à propos de soi-même, des autres et du monde, la culpabilisation, des sentiments négatifs comme la honte, la peur ou la culpabilité, l'anhédonie (l'incapacité à éprouver du plaisir), un sentiment de détachement par rapport aux autres et l'incapacité de ressentir des émotions positives (APA, 2013). Les symptômes d'hyper éveil peuvent comprendre l'irritabilité et/ou la colère, un comportement autodestructeur, l'hyper vigilance ou le fait d'être constamment sur le qui-vive face aux stimuli extérieurs, des réactions exagérées de sursaut, des difficultés à se concentrer et des troubles du sommeil (APA, 2013). Pour que le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique puisse être posé, il faut que la personne concernée présente un symptôme de la catégorie des troubles obsessionnels et des évitements, et deux symptômes de la catégorie des pensées négatives et/ou des sautes d'humeur et de l'hyper éveil (APA, 2013).

Les symptômes du syndrome de stress post-traumatique perdurent généralement au-delà des trois mois requis pour pouvoir poser ce diagnostic. Par exemple, Burgess et Hollstrom (1979) affirment que 63 % des sujets qu'ils ont examinés ont subi ces troubles à long terme, tandis que McCahill, Meyer et Fishman (1979) portent ce chiffre à 33 %. Même les personnes qui n'ont pas directement vécu l'agression sexuelle peuvent présenter des symptômes de stress post-traumatique du fait de leur exposition indirect à ce traumatisme au contact des êtres chers qui l'ont vécu. Ce syndrome peut également toucher les personnes qui sont témoins d'un événement traumatisant (par exemple, exposition à des violences aggravées ou à des violences sexuelles) ou qui apprennent qu'un tel événement est arrivé à un membre de leur famille ou à un ami proche (DSM-5).

Les taux de prévalence du syndrome de stress post-traumatique dans les régions du monde qui ne sont pas frappées par un conflit sont peu élevés. Cependant, ce taux de prévalence au cours de la vie augmente de manière considérable chez les personnes qui ont été exposées à une agression sexuelle ou à un viol. Les femmes confrontées à une agression sexuelle ont 5,5 fois plus de chances d'être atteintes de stress post-traumatique que les victimes d'autres types de traumatismes (Kilpatrick, Edmunds & Seymour, 1992). Il est frappant de constater que 100 % des femmes soignées dans le service psychiatrique du Centre national hospitalier universitaire de Bangui, en République centrafricaine, présentaient des symptômes de stress post-traumatique (Tabo, 2011). Lorsque l'agression sexuelle s'inscrit dans le cadre d'un conflit, le risque de stress

post-traumatique augmente (des recherches antérieures indiquent que ce taux peut doubler après une exposition à des combats ou à un conflit ; Hoge et al, 2004). Ces chiffres donnent à penser que les viols commis en Centrafrique ont causé des troubles psychiatriques bien au-delà de ce qu'on aurait pu imaginer au regard des recherches menées dans des zones pacifiées. Même si l'on peut s'attendre à des taux de prévalence supérieurs chez les victimes de viols, les taux extrêmement élevés de stress post-traumatique au sein de la population centrafricaine actuelle soulignent le caractère haineux et l'omniprésence de ces crimes. Les personnes touchées par les crimes en cause (y compris les hommes et les femmes qui ont témoigné à l'audience, les femmes qui ont été soignées au Centre hospitalier de Bangui et la communauté en général) ont été en proie à de multiples facteurs de stress, ce qui augmentait les risques qu'elles soient gravement atteintes. De nombreuses études sont parvenues à la conclusion que la hausse du nombre d'événements traumatisants s'accompagne d'une augmentation des troubles psychiatriques (Vrana & Lauterbach, 1994 ; Follette, Polusny, Bechtle & Naugle, 1996 ; McCauley et al., 1997 ; Nishith, Mechanic & Reside, 2000).

L'évaluation de la symptomatologie du syndrome de stress post-traumatique ne semble pas faire pleinement apparaître ou décrire toute l'étendue des conséquences psychologiques de l'exposition à un traumatisme (van der Kolk, Pynoos, et al., 2009; D'Andrea, Ford, Stolbach, et al., 2012; Cloitre, Stolbach, Herman, et al., 2009). En particulier, les séquelles psychiatriques liées au traumatisme peuvent être plus graves que les troubles classiques de stress post-traumatique lorsque 1) la victime est un enfant et n'a pas terminé son développement (qui dure jusqu'à l'âge de 25 ans environ), 2) la victime a vécu plus d'un événement traumatisant dans sa vie, et/ou 3) le traumatisme est vécu au sein d'un contexte où le système de santé ou de soutien ne permet pas de garantir la sécurité et la stabilité. Un pourcentage élevé des victimes d'agressions sexuelles ou de viols en République centrafricaine remplissent vraisemblablement au moins l'un, si ce n'est l'ensemble, de ces critères. Par exemple, 19 % des victimes soignées à l'hôpital de Bangui étaient âgées de moins de 20 ans (Tabo, 2011). De plus, les agressions sexuelles en cause ont été perpétrées dans le cadre d'une opération militaire dans une région historiquement touchée par des conflits et des violences. Par conséquent, les agressions sexuelles en l'espèce n'étaient pas les seules expériences traumatisantes vécues par ces victimes au cours de leur existence. Enfin, en raison de la nature des crimes en cause et du conflit, le système de soins, de soutien et de sécurité au sein des communautés était fragilisé à l'époque des agressions,

et ces personnes étaient donc livrées à elles-mêmes pour affronter ces épreuves. Au vu de ces considérations, il est fort à parier que l'étendue et la gravité de la détresse psychologique des victimes et des communautés de Centrafrique ne sont pas restituées dans le concept de diagnostic de syndrome de stress post-traumatique.

B. Troubles de l'anxiété

Les versions précédentes du DSM répertoriaient le syndrome de stress post-traumatique comme un trouble de l'anxiété et les recherches actuelles indiquent que ces deux symptômes se recoupent largement (par exemple, Ellis, Atkeson, & Calhoun, 1981; Kilpatrick, Resick & Veronen, 1981). Les victimes de viols présentent un nombre significativement plus élevé de symptômes d'anxiété et de phobies spécifiques (Kilpatrick, Resick & Veronen, 1981). Ellis, Atkeson et Calhoun (1981) ont publié des résultats concordants. Les symptômes et les troubles de l'anxiété ont un grand nombre de conséquences et d'effets invalidants pour l'individu qui en souffre. La peur, le comportement d'évitement, la panique et un état d'alerte excessive incontrôlable sont autant de symptômes courants des troubles de l'anxiété qui peuvent entraîner des troubles fonctionnels significatifs (DSM-5). Ces symptômes touchent non seulement la personne concernée mais ont également des répercussions sur sa famille et sa communauté. Par exemple, les enfants d'une mère atteinte de trouble panique ont 6,8 fois plus de risques d'en souffrir à leur tour, et les enfants dont la mère est atteinte de troubles phobiques ont 3,1 fois plus de risques que ces troubles soient diagnostiqués chez eux au cours de leur vie (Merikangas & Pine, 2002).

C. Troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur sont courants chez les personnes qui ont survécu à un viol (Steketee & Foa, 1987). Les troubles dépressifs graves ou la symptomatologie dépressive sont associés à un passé de victime d'abus sexuel (Becker-Lausen, Sanders, & Chinsky, 1995 ; Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, Akman, & Cassiva, 1992 ; Gold, 1986 ; Kendall-Tackett, 2007 ; Morof et al., 2014 ; Trickett, Noll, & Putnam, 2011). Sur un échantillon de 5 877 individus, les résultats de l'étude nationale sur la comorbidité indiquent que 39,3 % des femmes qui ont été agressées sexuellement étant enfant ont fait une dépression (Molnar, Buka, & Kessler, 2001). Sur un échantillon de 3 001 femmes (répétition de l'étude nationale sur la

comorbidité), 22 % des femmes qui avaient été violées ont connu un grave épisode dépressif (Zinzow et al., 2012). Les rescapées d'un viol ont 5,46 fois plus de risques de connaître un épisode dépressif majeur au cours de leur vie que les victimes d'agressions non sexuelles (Zinzow et al., 2012).

D'après le DSM-5, les symptômes de la dépression comprennent l'humeur dépressive, les pensées suicidaires, la perte de l'appétit, la prise ou la perte de poids, le manque d'intérêt et le sentiment de désespoir. Ils peuvent également être accompagnés d'une irritabilité et de symptômes somatiques (APA, 2013). Le rapport de Bangui rend compte de ces troubles dépressifs : 36,9 % des femmes ont souffert d'une dépression survenue en réaction au traumatisme et 2,2 % de mélancolie (caractérisée par une apathie extrême). Les femmes du groupe de l'échantillon de l'hôpital de Bangui ont été très stigmatisées en raison de ce qu'elles avaient vécu en tant que victimes (97,8 % d'après le rapport en question) et par conséquent, il est probable qu'elles aient éprouvé un sentiment de honte et de culpabilité, renforçant ainsi une psychopathologie dépressive. La honte peut jouer un rôle important dans la symptomatologie de la dépression. En effet, 36,4 % des personnes de l'échantillon de l'hôpital de Bangui ont ressenti de la honte et/ou de l'embarras.

Les résultats du rapport de l'hôpital de Bangui correspondent aux séquelles maintes fois diagnostiquées à travers le monde. À l'instar des troubles de l'anxiété, la présence de troubles dépressifs et de troubles de l'humeur touchent bien plus de personnes que les seules victimes. Les recherches effectuées semblent indiquer que les enfants ayant une mère dépressive ont un taux de prévalence de dépression au cours de leur vie qui se situe entre 20 et 41 % (Goodman, 2007). Ces enfants rencontrent également plus de problèmes de développement psychique et psychomoteur, de problèmes d'autorégulation et présentent un affect négatif accru (Goodman & Gotlib, 1999).

D. Dissociation

Les symptômes dissociatifs sont également une réaction courante après un traumatisme, une agression sexuelle ou un viol. Ils ne sont pas tous répertoriés dans les critères de diagnostic du syndrome de stress post-traumatique (DSM-5 ; Freyd, 1996 ; van der Kolk, Pelcovitz, Roth, et al., 1996). Les recherches précédentes indiquent qu'environ la moitié des personnes souffrant de stress post-traumatique développent des troubles dissociatifs importants (Breire, Scott, &

Weathers, 2005) contre 4,4 % seulement des adultes chez lesquels ce diagnostic n'a pas été établi. Les troubles dissociatifs comprennent le détachement par rapport à sa condition actuelle, des flashbacks, des expériences de sortie de corps (dépersonnalisation) ou le sentiment que le monde autour de soi est surréaliste ou artificiel en quelque sorte (déréalisation). Le DSM-5 décrit également une amnésie dissociative qui rend la personne incapable de se rappeler les événements liés au traumatisme. Les réactions dissociatives au cours d'expériences traumatisantes peuvent être considérées comme des moyens de s'adapter à la situation car elles créent une distance sur les plans cognitif et émotionnel par rapport à l'horreur, à la terreur et à la douleur engendrées par le traumatisme. Cependant, ces mêmes expériences dissociatives qui permettent de protéger la personne au moment du traumatisme sont inadaptées à la situation quand elles réapparaissent par la suite dans la vie quotidienne et peuvent causer des troubles fonctionnels importants lorsqu'elles deviennent pathologiques (Freyd, 1996). Carlson, Dalenberg et McDade-Montez (2012) ont conclu que les troubles dissociatifs étaient liés à des expériences traumatisantes et à leur gravité ; les effets peuvent être durables et la présence d'un nombre élevé de symptômes dissociatifs augmente le risque d'apparition et le niveau de gravité de symptômes de stress post-traumatique.

E. Autres troubles psychiatriques comorbides

De nombreux autres troubles mentaux sont associés à un événement traumatisant et considérés comme comorbides (à savoir, qu'ils se produisent en même temps) du syndrome de stress post-traumatique. En fait, la comorbidité des troubles psychiatriques est considérée comme étant la règle plutôt que l'exception chez les personnes ayant vécu un événement traumatisant et subi des mauvais traitements. Par exemple, au moins deux troubles psychiatriques ont été diagnostiqués chez 40 % des enfants ayant vécu un traumatisme (Copeland, Keeler, Angold & Costello, 2007). Les symptômes suivants ont tous été liés au syndrome de stress post-traumatique : grave dépression, dysthymie (dépression chronique mais moins grave), trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, trouble panique, agoraphobie, sociophobie et trouble obsessionnel compulsif (Creamer, Burgess & McFarlane, 2001). L'étude nationale sur la comorbidité réalisée en 1995 a permis pour la première fois de comprendre le syndrome de stress post-traumatique et le trouble comorbide. Le syndrome de stress post-traumatique est dans 47,9 % des cas associé à une grave dépression, dans 21,4 % des cas à une dysthymie, dans 16,8 % des cas à un trouble d'anxiété généralisée, dans 31,4 % des cas à une phobie particulière

et dans 27,6 % des cas avec une sociophobie (Kessler et al., 1995). Plus récemment, dans une étude portant sur 3 199 personnes, le diagnostic de stress post-traumatique seul a été posé dans 1 % des cas, 5,8 % des personnes atteintes de SSPT présentaient également un trouble d'internalisation (par exemple, dépression, anxiété), 1,5 % présentaient aussi un trouble d'externalisation (par exemple, trouble oppositionnel avec provocation), 19,5 % présentaient également deux troubles d'internalisation (par exemple, dépression et dysthymie), 14,1 % présentaient un trouble d'externalisation et un trouble d'internalisation, 22,8 % avaient connu des épisodes de grave dépression et au moins deux autres troubles et 54,8 % souffraient également de troubles bipolaires et de deux autres troubles au moins (Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005). Ainsi, s'agissant des traumatismes graves, comme le viol, la comorbidité psychiatrique est la règle et non l'exception.

Des troubles liés à la consommation de substances sont également une forme courante de comorbidité en cas de stress post-traumatique (Kessler et al., 1995). L'alcool et les stupéfiants sont couramment consommés pour faire face à une grande détresse et à un stress post-traumatique après un viol. Kessler et consorts (1995) ont conclu que parmi les personnes atteintes de stress post-traumatique, 51,9 % consommaient de l'alcool ou en étaient dépendantes et 34,5 % consommaient des stupéfiants ou en étaient dépendantes. Le docteur Tabo (2011) a rapporté que des troubles liés à la consommation d'alcool et/ou de drogues étaient présents chez 18 % des victimes de viol au sein de la population de son pays, la République centrafricaine.

F. Détresse psychologique sans diagnostic officiel

Il existe inévitablement des personnes qui ont survécu à un viol et chez qui aucun des diagnostics susmentionnés n'a été établi. L'absence de diagnostic officiel de troubles mentaux après un viol ne signifie pas pour autant que la victime va bien. Des répercussions psychologiques graves se sont manifestées chez presque toutes les victimes de viol, que ce soit à court, à moyen ou à long terme. Les données psychiatriques qui ne relèvent pas d'un diagnostic psychiatrique officiellement établi sont toujours considérées comme biaisées et rejetées. L'amour propre et la confiance en soi sont grandement entamés par les actes de violence sexuelle. En fait, une étude longitudinale a permis de mettre en évidence une baisse de l'estime de soi dans les 18 mois qui ont suivi les événements chez les victimes de viol par rapport aux autres (Murphy et al., 1988). Il a été prouvé que les défenses psychologiques des êtres humains sont

considérablement affectées après une expérience traumatisante (Edmondson et al., 2011). Des problèmes relationnels, de la colère, des tendances suicidaires et la perte de l'identité sont autant de problèmes associés à l'agression sexuelle (Neumann, Houskamp, Pollack, & Briere, 1996) et peuvent être ou ne pas être officiellement diagnostiqués.

IV. Conséquences des viols sur le plan physique

Les conséquences à court et à long terme des viols et d'autres formes d'agressions sexuelles sur le plan physique sont particulièrement lourdes et bien connues. Alors que certains de ces effets sont visibles et peuvent être soignés par des traitements médicaux appropriés, d'autres le sont moins. Ainsi, le viol et d'autres formes d'agressions sexuelles peuvent perturber le système nerveux de manière durable et pernicieuse et entraîner des difficultés chroniques et incessantes sur le plan cognitif, émotionnel et comportemental.

A. Effets immédiats

Les séquelles physiques immédiates d'une agression sexuelle poussent généralement la victime à solliciter un traitement. Dans son témoignage, Adeyinka M. Akinsulure-Smith a cité, comme exemple de séquelles physiques immédiates du viol, de graves dysfonctionnements de la physiologie reproductive et ano-rectale, ainsi que des grossesses non désirées. Elle a ajouté que des lésions musculaires et osseuses ainsi que des céphalées, des tensions musculaires, des nausées et des problèmes gastriques pouvaient également survenir. Dans un examen de la littérature relative au traumatisme physique associé au viol, Sommers (2011) a conclu que les blessures parmi les victimes de traumatisme sexuel concernaient généralement la fourchette vulvaire, les petites lèvres, l'hymen et la fossette naviculaire. Heppenstall-Heger et al. (2003) ont examiné des lésions ano-génitales résultant d'une agression sexuelle et d'autres traumatismes chez des enfants. Ces auteurs ont relevé des saignements, des éraflures anales, des déchirements au niveau anal et péri-anal, et des déchirements de la fourchette vulvaire et de l'hymen. Bowyer et Dalton (1997), dans leur étude de femmes violées âgées de 16 à 48 ans, ont constaté des déchirements du périnée, de l'hymen, et de la paroi vaginale postérieure. Ils ont également observé des coupures, des ecchymoses et des égratignures au niveau des grandes lèvres, de la fourchette vulvaire, du vagin et de l'anus des victimes.

Les blessures (ecchymoses, coupures, éraflures) signalées par les victimes de viol ont également été relevées dans d'autres parties du corps (Bowyer et Dalton, 1997). Sur 83 femmes ayant signalé leur viol, seules 15 (18,1 %) n'ont pas fait état de graves blessures corporelles. Les autres ont signalé des blessures diverses au niveau du bras (50,6 %), de la cuisse (43,4 %), du cou (26,5 %), de la poitrine/du thorax (20,5 %), du mollet/du tibia/de la jambe (19,3 %), du visage/de la tête (18,1 %), du dos, du genou (16,9 %), de l'épaule (16,9 %), de la main (15,7 %) et/ou des fesses (8,4 %).

Conséquences à long terme du viol sur le plan physique

Les séquelles à long terme du viol sur le plan physique sont bien connues au sein du milieu médical. Le viol peut entraîner une fistule — canal anormal donnant passage entre le vagin de la femme et sa vessie et/ou son rectum (Bastick, Grimm, Kunz, 2007)— et des douleurs pelviennes chroniques (Dossa, Zunzunegui, Hatem & Fraser, 2014 ; Mukanangana, Moyo, Zvoushe & Rusinga, 2014). Cette dernière étude a également permis de démontrer que les personnes ayant survécu à des violences sexuelles en République démocratique du Congo (RDC) ont davantage tendance à se désintéresser du sexe et à ne pas désirer avoir des enfants.

Les systèmes reproductifs des femmes sont souvent grièvement détériorés de façon permanente à la suite d'un viol (Golding, 1996). Étant donné que les femmes ayant une fistule sont davantage exposées à un risque de rejet au sein de leur communauté (en raison de l'incontinence et de la stérilité qui les frappe), cela ne fait qu'accroître les difficultés d'ordre psychologique auxquelles celles qui ont survécu à des violences sexuelles doivent faire face (Roush, 2009). Pour les femmes, un viol ou une agression sexuelle s'accompagne généralement de saignements menstruels excessifs, de brûlures génitales, de rapports sexuels douloureux, de menstruations irrégulières et d'une baisse de la libido (Bastick et al., 2007). Le viol peut également rendre la femme stérile, ce qui provoque une stigmatisation car les femmes peuvent être traitées avec mépris par leur époux et par d'éventuels prétendants (Bastick et al., 2007). Si une femme ne peut concevoir d'enfants, l'intérêt qu'on peut lui porter en vue d'un mariage s'en trouve réduit (Bastick et al., 2007).

En outre, la victime d'un viol risque de contracter une maladie sexuellement transmissible, notamment le VIH/virus du SIDA. Étant donné que les agressions sexuelles sont violentes, qu'elles entraînent souvent des lésions et qu'elles laissent des muqueuses béantes, les

taux de transmission des maladies peuvent être accrus, s'agissant notamment du VIH. Au cours du génocide rwandais de 1994, on estime que 500 000 femmes ont été violées ; plus de 70 % ont contracté le VIH (Reid-Cunningham, 2008 ; Amnesty International, 2004). Étant donné que le SIDA peut se déclarer au bout de plusieurs années après la transmission du VIH, les estimations relatives au nombre de femmes décédées des suites d'actes de violence sexuelle au Rwanda augmentent au fil du temps. En RDC, les chercheurs estiment que lorsqu'une femme est violée, la probabilité qu'elle contracte le VIH est de 60 % (Brown, 2012). Les traitements médicaux et les antviraux n'étant généralement pas disponibles, la transmission du VIH équivaut souvent à une peine de mort lente dans un pays sortant d'un conflit. Une augmentation de la prévalence du cancer cervical transmis par le virus du papillome humain (VPH) lors d'une agression sexuelle a également été signalée (Hynes, 2004). Le docteur Akinsulure-Smith a réitéré ce point dans son témoignage. Elle a déclaré que le traitement de ces infections au sein d'une population disposant de ressources limitées était difficile et s'inscrivait dans un contexte de marginalisation et d'isolement social.

Les troubles psychiatriques résultant d'un viol sont liés aux graves séquelles physiques endurées. Ainsi, la prévalence de l'arthrose ou du cancer du sein parmi les femmes violées est supérieure à la normale et ces risques sont accrus parmi les victimes d'agressions sexuelles répétées (Stein & Barrett-Connor, 2000). Une corrélation a été établie entre le syndrome de stress post-traumatique et les maladies cardiaques (Boscarino, 2008), les douleurs chroniques (Moeller-Bertam, Keltner & Strigo 2012), les coronaropathies et une mortalité plus élevée (Boscarino, 2011). Il semblerait également que des troubles du système immunitaire apparaissent chez les victimes d'agressions, à l'instar des femmes victimes de violences conjugales qui résistent moins facilement au virus de l'herpès simplex (Garcia-Linares, Sanchez-Lorente, Coe & Martinez, 2004).

B. Réactions psychophysiologiques et neurobiologiques au viol

La compréhension des réactions physiologiques et neurobiologiques sous-jacentes face à un stress extrême permet de corroborer les liens entre les agressions sexuelles et les répercussions négatives sur le plan psychologique et physique décrites précédemment. Une analyse du traumatisme sur le plan de la psychophysiologie et de la neurobiologie permet de comprendre les mécanismes par lesquels les agressions sexuelles et les viols ont des

conséquences à la fois immédiates et durables pour les victimes. Ainsi, l'expérience d'un événement traumatisant, tel qu'une agression sexuelle ou un viol, déclenche une réaction au stress, à savoir une activation du système nerveux sympathique via l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS). Le système nerveux sympathique est une composante du système nerveux autonome qui régule les fonctions vitales du corps et donc tous les organes viscéraux. Dans des conditions normales, le système nerveux sympathique est activé par l'axe HHS afin de préparer l'individu à répondre à un facteur de stress ou à une difficulté en libérant des hormones adrénérquiques qui contribuent notamment à l'augmentation du rythme cardiaque, à la dilatation des vaisseaux sanguins dans les muscles squelettiques et à la dilatation des bronches dans les poumons. L'activation du système nerveux sympathique a donc pour effet de déclencher une réponse de « combat ou [de] fuite » qui assure la survie de l'individu face à une menace ou une situation difficile.

Toutefois, dans des circonstances de stress intense, chronique ou prolongé, au cœur d'une situation où il est impossible d'échapper à la menace (pendant un viol ou une agression sexuelle ou après un tel acte), l'activation de ce système n'a pas l'effet escompté (à savoir la neutralisation de la menace ou du danger). La perception d'impuissance ou de perte de contrôle entraîne une hyper-activation du système nerveux sympathique et de la réponse au stress, ce qui entraîne une activation accrue de l'axe HHS et la libération prolongée des hormones adrénérquiques (telles que l'adrénaline) qui sont connues pour leur effet toxique sur les systèmes psychologique et physiologique lorsqu'elles sont sécrétées en grande quantité (Bremner, 2006; Gunnar & Vasquez, 2001 ; 2006; McEwen, 2007; Sapolsky, 2005, 2012). Les recherches initialement effectuées sur des souris, des rats, des cochons d'Inde et des primates ont permis de démontrer les conséquences durables de l'exposition au stress sur le fonctionnement de l'axe HHS et le développement neurobiologique (voir Bale, 2015). Ces résultats mettent en évidence la réaction biologique de base des mammifères face à un stress et un traumatisme qui a désormais été démontrée chez l'homme. Des recherches indiquent une stimulation de l'activité adrénérquique chez environ les deux tiers des enfants et adultes ayant été soumis à un traumatisme (DeBellis, Keshavan & Clark, 1999; DeBellis, Lefter & Trickett, 1994). Il en résulte que la sensation de perte de contrôle et d'impuissance face à une menace ou à un facteur de stress est déterminante dans les répercussions négatives sur la santé au niveau psychologique et physique. Un stress intense se traduit par la libération de cortisol, qui facilite la régulation de la réponse

biologique au stress. Toutefois, on observe que la sécrétion de cortisol est altérée chez les individus en proie à une détresse aiguë suite à un traumatisme. Dans certains cas, les individus ayant subi un traumatisme présentent une réponse au stress caractérisée par une élévation modérée ou excessive de la sécrétion de cortisol, tandis que chez d'autres, on constate une atténuation du taux de cortisol libéré en réponse au stress (voir Teicher & Samson, 2013). En outre, des recherches ont démontré que l'exposition à un traumatisme était associée à des taux relativement bas de cortisol par rapport à la normale (Gunnar & Vasquez, 2001 ; 2006 ; Meewise, 2007 ; Trickett, 2010 ; Walsh, 2013). Ces modes de sécrétion altérée du cortisol témoignent d'un dérèglement durable et d'une difficulté à moduler la réponse au stress. La combinaison de réponses adrénergiques accrues et d'un dérèglement de la sécrétion de cortisol entraînent des réactions de combat ou de fuite aléatoires et un dysfonctionnement du système nerveux autonome. Dans des conditions normales, le système nerveux sympathique fonctionne dans une harmonie réciproque avec le système nerveux parasympathique, lequel amorce des réponses physiologiques pendant les phases de repos (par ex. la digestion). Une fluctuation rythmée et régulière de l'activation des systèmes nerveux sympathique et parasympathique contribue à préserver l'allostase—un état de fluctuation équilibré et dynamique des systèmes physiologiques. Toutefois, l'activation prolongée de l'axe HHS et du système nerveux sympathique (à l'instar de celle qui survient pendant et après un viol ou une agression sexuelle) perturbe l'équilibre allostatique, ce qui conduit à une « surcharge allostatique », c'est-à-dire un dérèglement et un dysfonctionnement des systèmes physiologiques à l'origine de l'apparition d'états physiopathologiques et de problèmes de santé physique et mentale (McEwen, 1998; McEwen & Wingfield, 2003; Sapolsky et al., 2000; Boyce & Ellis, 2005; Herbert et al., 2006).

Le dérèglement du fonctionnement du système nerveux autonome ainsi que la surcharge allostatique s'accompagnent d'effets indésirables immédiats et durables pour l'individu. Parallèlement au dérèglement des systèmes physiologiques susmentionnés, l'activation de la réponse au stress suite à un événement traumatisant (viol ou agression sexuelle) s'accompagne d'une altération du fonctionnement neurologique (Bale, 2015; Van der Kolk, 2006). Une fois encore, des recherches initialement conduites sur des animaux puis validées pour l'homme ont permis de démontrer une altération du fonctionnement et de la structure du cerveau (correspondant à une détérioration des capacités cognitives) parmi les individus exposés à un stress intense (Bale, 2105). Chez l'homme, une réponse neurophysiologique initiale à une

menace ou un stress conduit au « verrouillage » des systèmes nerveux centraux qui ont normalement un rôle régulateur (Damasio, Grabowski, Bechara, et al., 2000). Le cortex préfrontal du cerveau regroupe des fonctions exécutives qui contrôlent, régulent, inhibent et organisent les réponses normalement automatiques des systèmes cérébraux et corporels périphériques. Les zones du cortex préfrontal jouent un rôle crucial pour mettre en état d'alerte et contrôler les réactions émotionnelles et comportementales et sont particulièrement importantes dans le cadre des interactions sociales et relationnelles. L'activation du système nerveux sympathique au cours de la réponse au stress est associée à une baisse de l'activité dans les régions du cortex préfrontal.

Bien que ce verrouillage des subdivisions du cortex préfrontal permette à l'organisme de s'adapter en préservant des ressources face à une menace ou un danger, il donne lieu à un dérèglement et à une désorganisation des structures nerveuses périphériques. Par exemple, le système limbique regroupe des structures cérébrales plus anciennes au regard de l'évolution qui jouent un rôle dans le ressenti des émotions, des récompenses, de la motivation et de certains types de mémorisation. Les structures du système limbique sont appelées « circuit de la peur » en raison de leur rôle dans la réponse au danger. Bien que les régions du cortex préfrontal contribuent normalement à réguler le fonctionnement limbique, une baisse de l'activation du lobe frontal lors d'expériences induisant un stress et un traumatisme intense conduit à un dérèglement des réponses émotionnelles et comportementales et des modes d'apprentissage.

Ces modes d'activation ont des effets durables sur la structure et le fonctionnement du cerveau. Ainsi, une corrélation a été démontrée entre l'exposition à un traumatisme et le volume réduit de certaines zones du cortex préfrontal (Teicher & Samson, 2013). En outre, une réactivité accrue ou une hyperréactivité de l'amygdale—structure de premier plan au sein du système limbique et du circuit de la peur— a pu être démontrée en présence de stimuli émotionnels chez des individus exposés à un traumatisme (Teicher & Samson, 2013). Même au repos et dans une situation non traumatisante, les individus souffrant de symptômes de stress post-traumatique présentent une activité spontanée durable au niveau des structures limbiques (amygdale, cortex cingulaire antérieur), qui s'accompagne d'une activité réduite dans les régions du cortex préfrontal (Yen et al., 2013). Dans des conditions idéales, ces systèmes limbique (émotionnel) et préfrontal fonctionnent harmonieusement au sein d'une boucle. Or, le stress lié à un traumatisme peut avoir pour conséquence un processus de sensibilisation au cours duquel les réponses

limbiques dominant le fonctionnement nerveux, laissant l'individu dans un état d'alerte prolongé qui « détourne » les liens harmonieux entre son activité physiologique et son psychisme. La détérioration du lien entre le cortex préfrontal et le système limbique entrave la capacité de l'individu à « réinitialiser son système », c'est-à-dire à éteindre l'alarme et à restaurer son équilibre psychophysiologique.

Le dérèglement des systèmes nerveux peut avoir des effets durables, notamment une altération du volume des structures préfrontale et limbique et une modification durable des modes d'activation et de la sensibilité de certaines régions du cerveau (Bremner, 2006). Par conséquent, les altérations de la structure et du fonctionnement du cerveau liées à une expérience de stress traumatisante peuvent engendrer des troubles au niveau cognitif, émotionnel et comportemental qui prennent la forme des pathologies suivantes : syndrome de stress post-traumatique, dépression, anxiété, dissociation mentale et ainsi de suite.

En outre, la libération de neurotransmetteurs et d'hormones en réaction au stress altère le mode de formation des souvenirs (McGaugh & Hertz, 1972; Cahill & McGaugh, 1998). En effet, les souvenirs formés lors d'expériences traumatisantes sont souvent plus nets et frappants (en raison de l'impact de la sécrétion d'adrénaline sur leur formation) mais il faut noter qu'ils se forment dans le contexte d'un dérèglement et d'une dissociation du fonctionnement des systèmes nerveux et de la communication entre ces derniers. Il en ressort que, lorsque certains facteurs (images, sons, sensations) réactivent la trace mnésique laissée par l'événement traumatisant, l'individu se retrouve dans l'état mental chaotique qu'il avait vécu au moment de l'événement en cause. De nouveau, cet état se caractérise par une activation réduite du cortex préfrontal, un dérèglement de l'activité limbique, et une hyperactivation du mécanisme de réponse au stress. C'est ainsi qu'une victime peut souvent être amenée à « revivre » ou à « ressentir à nouveau » l'expérience traumatisante plusieurs fois au cours de sa vie, même lorsqu'elle vit dans un environnement relativement sûr et stable. En d'autres termes, même lorsqu'elles sont en sécurité, les victimes de viol et d'agressions sexuelles peuvent continuer de développer des réponses psychophysiologiques et neuroendocriniennes conditionnées lors d'un rappel de l'événement traumatisant. Ces épisodes consistant à « revivre un événement traumatisant » engendrent une activation cyclique et potentiellement excessive du mécanisme de réponse au stress qui s'accompagne de conséquences durables sur les plans physique, psychologique et social.

La réponse au stress déclenche la libération de signaux biologiques du stress, notamment les catécholamines, les glucocorticoïdes et les cytokines pro-inflammatoires. Des recherches révèlent que les agressions et les abus sexuels se traduisent par une élévation de l'activité de la catécholamine et une élévation des taux de cytokines pro-inflammatoires (DeBellis, 1996 ; Kendall-Tackett, et al., 2007). C'est par ce mécanisme de stimulation accrue et de sécrétion non régulée de ces protéines et hormones que l'exposition à un traumatisme et à un stress engendre des problèmes de santé tels que l'obésité, des maladies cardiovasculaires, le cancer, des insuffisances coronariennes, une maladie métabolique, etc.

V. Conséquences plus larges liées au viol sur le plan sociologique et psychologique

Les conséquences des viols et d'autres formes d'agression sexuelle ne se limitent pas à la victime immédiate, loin de là. Des conséquences psychosociales vastes et profondes peuvent affecter l'entourage de la victime, notamment ses enfants, sa famille et sa communauté. Les symptômes traumatiques observés chez les victimes d'une agression sexuelle ou d'un viol se retrouvent parfois au niveau de la société ou de la communauté. De même qu'un traumatisme peut entraîner un dérèglement, une déstabilisation et un affaiblissement de l'individu, les communautés et les systèmes sociaux pâtiennent de conséquences similaires : les structures organisationnelles s'effondrent, la sécurité et la stabilité sont menacées, et la société adopte en réaction une attitude de rejet (Bastick et al., 2007).

A. Isolement de la victime et effets à long terme

Les femmes ayant survécu à une agression sexuelle sont parfois considérées comme irrémédiablement souillées, en particulier au sein des sociétés dans lesquelles la notion de « pureté sexuelle » est corrompue par la stigmatisation du viol (Tabo, 2011). La volonté d'oublier le traumatisme étant un élément clé du syndrome de stress post-traumatique, ou SSPT (Zalich-Kaurin, 1994), les époux, les membres de la famille et la communauté tout entière peuvent chercher à éviter, abandonner, voire condamner à l'exil la victime d'agression sexuelle. Cette stigmatisation n'est pas simplement un concept théorique et abstrait. C'est une réalité aux conséquences graves. De fait, il est arrivé que des victimes de viol soient mises à mort par leur communauté en guise de punition (Bastick et al., 2007). À tout le moins, ces femmes contraintes

à un exil physique ou émotionnel peuvent se retrouver dans une situation économique précaire et devoir pourvoir à leurs propres besoins et à ceux de leurs enfants.

À titre d'exemple comparatif, de nombreux survivants d'agressions sexuelles pendant le génocide rwandais ont été rejetés par leurs communautés et ont souffert d'un isolement si intense que certains l'ont qualifié de « mort sociale » (Hynes, 2004). Des chercheurs ont constaté la même profonde détresse psychologique chez les survivants d'agressions sexuelles en RDC du fait de leur stigmatisation (Verelst, Schryver, Broekaert & Derluyn, 2014). Des circonstances similaires ont également été observées au Darfour (Wax, 2004).

B. Risque de nouveaux traumatismes et de nouvelles persécutions

Non seulement les victimes d'agressions sexuelles et de viols souffrent de détresse suite à ces traumatismes, mais elles présentent également un risque accru d'en être de nouveau victimes (Breitenbecher, 2001 ; Classen, Palesh & Aggarwal, 2005). Une étude portant sur des femmes victimes de sévices physiques et/ou sexuels a montré que ces dernières encouraient un risque 1,99 fois plus élevé que les femmes n'ayant pas souffert d'agressions de ce type de subir une nouvelle agression sexuelle, et 1,96 fois plus élevé de subir une nouvelle agression physique (Barnes, Noll, Putnam, & Trickett, 2009). L'incapacité à se concentrer, à effectuer des activités de la vie quotidienne et à prendre soin de soi, telle qu'elle est observée chez les survivants souffrant de SSPT, de dépression et d'autres formes d'anxiété extrême, est souvent exploitée à la suite d'une agression. Par exemple, la violence, la prostitution, l'enlèvement et la traite des femmes et des jeunes filles irakiennes se sont sensiblement accrus après la chute de Bagdad (Hynes, 2004). En Bosnie-Herzégovine, on estime que la traite des femmes à des fins de prostitution touche environ 10 000 femmes et jeunes filles (Robson, 2002). Après la guerre civile de 1971 au Bangladesh, le nombre de femmes rejetées par leur famille était si élevé que les autorités parrainèrent des formations professionnelles destinées à aider les femmes à ne plus exercer dans des maisons closes (Brownmiller, 1975). Des chercheurs ont constaté que les femmes et les enfants vivant dans les zones de conflit en Colombie demeuraient des cibles de l'exploitation sexuelle (Wirtz, et. al., 2014). L'exploitation sexuelle après une période de conflit est si généralisée et dommageable que Spangaro et ses collaborateurs ont récemment étudié des initiatives visant à réduire ce fléau dans les environnements souvent chaotiques au lendemain d'un conflit (Spangaro, Adogu, Ranmuthugala, Davies, Steinacker & Zwi, 2013).

C. Hausse des suicides

En plus d'entraîner un stress post-traumatique et d'autres formes de détresse psychologique, les agressions sexuelles peuvent accroître le taux de suicide chez les victimes. Ce constat est observé au sein des populations affectées après des viols à grande échelle. L'histoire nous rappelle ainsi qu'en 1937, quand les forces japonaises sont arrivées à Nankin, la capitale d'une province chinoise, elles ont soumis la population civile à des sévices sexuels d'une grande brutalité (Brackman, 1987). Quelque 20 000 cas d'agressions sexuelles ont été recensés à Nankin au cours du premier mois seulement (Friedman, 1972). À la fin de l'occupation, environ 80 000 viols avaient été commis selon les estimations (Chang, 1997). Le taux de suicide a explosé entre 1937 et 1938, notamment parce que de nombreuses Chinoises ont mis fin à leurs jours en se précipitant dans le fleuve Yangtsé (Heit, 2009 ; Chang, 1997). Une hausse sensible du nombre de suicides a également été observée au Bangladesh après la guerre de libération de 1971, qui a laissé plus de 400 000 femmes et enfants en détresse psychologique suite à des agressions sexuelles (Brownmiller, 1975). Les agressions et les sévices sexuels généralisés dont ont souffert les Iraquiennes au lendemain de l'invasion du pays en 2003 ont entraîné une hausse considérable du taux de suicide (Mission d'assistance des Nations Unies en Irak, 2008 ; Lee-Koo, 2011).

D. Grossesses non désirées

Les agressions sexuelles peuvent entraîner des grossesses non désirées. Bien souvent, les femmes qui tombent enceintes doivent choisir entre un avortement non médicalisé ou garder un enfant qui leur rappellera constamment le viol dont elles furent victimes. Pendant leur grossesse, ces femmes souffrent plus souvent de mal de dos, de constipation, de relâchement de la ceinture pelvienne, de brûlures d'estomac, de nausées et de vomissements, d'œdèmes, d'incontinence urinaire, d'infections urinaires, de crampes aux jambes et de contractions de Braxton Hicks (Lukasse, Henriksen, Vangen, & Schei, 2012). Les femmes ayant subi des sévices sexuels dans leur enfance sont parfois perturbées par les examens prénatals et ont couramment des flashbacks pendant la grossesse (Wilson, 2011). Les agressions sexuelles et les tentatives d'agression sexuelle sont également liées à des symptômes de dépression post-partum (Ryan et al., 2014). Elles peuvent également provoquer des décès. De fait, l'Organisation mondiale de la Santé

(OMS, 2007) estime que rien qu'en Afrique, 35 900 femmes sont décédées des suites d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions. En Afrique centrale, on estime que 880 avortements de ce type sur 100 000 entraînent la mort de la patiente (OMS, 2007). Les risques encourus par ces femmes sont peut-être révélateurs de la stigmatisation qui les attend si elles décident de garder l'enfant.

Les femmes qui tombent enceintes suite à un viol sont parfois confrontées au mépris de leur communauté (Thomas, 2007 ; Akinsulure-Smith, 2014). L'enfant peut être perçu comme un rappel du traumatisme vécu par la communauté tout entière, et certains avancent que les sociétés traumatisées rejeteront la femme agressée sexuellement et les enfants auxquels elle donnera vie, parce qu'ils leur rappellent en permanence le mal causé à la communauté (Reid-Cunningham, 2008). Ce phénomène était particulièrement manifeste en Bosnie-Herzégovine. Des camps de viol, dans lesquels les femmes étaient violées à répétition jusqu'à ce qu'elles tombent enceintes, y furent établis (Boose, 2002). Une fois arrivées aux derniers stades de leur grossesse, les survivantes étaient alors renvoyées en car dans leur communauté, qui apprenait qu'un enfant serbe naîtrait bientôt (Scifert, 1994). En conséquence, certaines femmes furent mises à l'écart, humiliées encore un peu plus. Certaines furent même tuées. Quand une femme décidait de ne pas garder l'enfant, l'avortement était le plus souvent précédé de pensées suicidaires (Loncar, Medved, Jovanovic, Hotujac, 2006). De même, on estime qu'au moins 25 000 femmes sont tombées enceintes suite à un viol pendant la guerre de libération du Bangladesh. Les taux d'infanticide, de suicide et d'avortement auto-infligé avaient augmenté si fortement au Bangladesh qu'International Planned Parenthood et l'Organisation centrale du Bangladesh pour la réinsertion des femmes ouvrirent des établissements de santé en vue d'endiguer le nombre de suicides et de complications médicales résultant de ce type d'avortement.

E. Incidence des agressions sexuelles sur les enfants

L'incidence délétère des viols sur les enfants, sur le plan psychologique et en termes de développement, ne saurait être surestimée. Felitti et ses collaborateurs (1998) ont suivi des personnes ayant vécu des événements douloureux (différents types de mauvais traitements, confrontation à la violence ou à la maladie mentale) dans leur enfance. Ils ont conclu que le fait de vivre des expériences problématiques pendant l'enfance augmentait à l'âge adulte le nombre de partenaires sexuels, le taux de tabagisme et d'alcoolisme, la consommation de drogues, les

risques de dépression, de tentative de suicide, de maladies sexuellement transmissibles et d'obésité, et diminuait la quantité d'exercice pratiquée. Les cas de cardiopathie ischémique, de cancer, de maladie pulmonaire chronique, de fracture squelettique et d'hépatopathie sont également tous liés à ces expériences problématiques. Les enfants victimes de viols risquent également d'être des victimes à l'âge adulte. D'après certaines études, les femmes qui ont été violées dans leur enfance ont plus de risques que les autres femmes d'être victimes de mauvais traitements à l'âge adulte (Roodman & Clum, 2001). De fait, les femmes qui ont été violées étant enfant ont plus de risques d'être violées une nouvelle fois (Roodman & Clum, 2001). Les répercussions des agressions sexuelles et des traumatismes vécus par un membre de la famille peuvent entraîner des problèmes à l'âge adulte.

De plus, le viol d'un enfant peut avoir des effets profondément néfastes sur la mère. Manion et ses collaborateurs (1996) ont décrit les conséquences d'agressions de ce type contre les enfants et, sans surprise, leur étude conclut que les mères dont les enfants n'ont jamais été victimes de mauvais traitements se sentent mieux psychologiquement et sont davantage satisfaites de leur maternité et du fonctionnement de leur famille que celles dont un enfant a été violé. Le bien-être psychologique des pères est affecté de la même manière. L'agression sexuelle d'un enfant peut donc servir à terroriser les parents.

F. Destruction des relations

Fondamentalement, au-delà des besoins d'un abri, de nourriture et d'eau, l'être humain est également une créature sociale dont le bien-être général dépend de son attachement à l'autre (voir John Bowlby, 1969). Nous nous définissons au travers des autres et au travers des positions que nous occupons au sein de la société. Notre identité se fonde sur nos échanges et les valeurs culturelles qui nous sont chères. Les sévices sexuels peuvent détruire cette identité et la capacité à entretenir des relations normales.

Les changements psychologiques qui s'opèrent après un viol sont parfois si profonds que les victimes de violences sexuelles peuvent avoir d'énormes difficultés à exercer un métier, à avoir des relations sociales et à assumer leur rôle de parent. Ces mêmes difficultés se manifestent tant au niveau communautaire qu'au niveau individuel (Field, 2011). Un taux accru de pathologies mentales chez les individus entraîne des dysfonctionnements au sein de la communauté (Reicherter & Aylward, 2011). Les populations traumatisées ont tendance à

afficher des taux de violence familiale supérieurs à ceux observés avant le conflit. Par exemple, 75 % des femmes khmer ont subi des violences conjugales dans les années qui ont suivi le conflit, un taux nettement supérieur aux pourcentages d'avant-guerre (Rehn & Johnson Sirleaf, 2002).

G. Effets des traumatismes sur l'éducation des enfants

L'aptitude à élever efficacement ses enfants est également gravement affectée par les cas de stress post-traumatique et de dépression. Les parents souffrant de dépression et de SSPT ne sont pas en mesure de réconforter leurs enfants, ont davantage tendance à leur demander d'endosser le rôle d'un adulte, parviennent moins à établir des liens étroits avec eux et sont plus enclins à les maltraiter et à les négliger (Field, 2011). Les études indiquent clairement que la capacité des enfants à guérir d'un traumatisme est étroitement liée à la santé mentale de leur mère (Smith, Perrin, Yule, Rabe-Hesketh, 2001). Une autre étude portant sur les survivants du conflit en Bosnie-Herzégovine montre que les taux d'enfants souffrant de SSPT étaient élevés et liés au type et à la gravité du traumatisme vécu (Smith, Perrin, Yule, Hacam & Stuvland, 2002). Ces manifestations de traumatismes à l'échelle sociétale (par exemple l'incidence sur l'éducation des enfants) se produisent à répétition au sein des populations traumatisées, et au vu du nombre conséquent d'observations de ce phénomène, tout indique que les victimes d'agressions sexuelles souffrant de SSPT et de dépression présenteront les mêmes schémas de dysfonctionnement au niveau sociétal (Van Schaack, Reicherter, Chhang, & Talbott, 2011).

Au lendemain des conflits en Colombie, une logique de violences intergénérationnelles s'est dessinée : les femmes ont fait état de violences conjugales répétées sur plusieurs générations. Les femmes qui subissent de telles violences restent malgré tout souvent en couple dans les régions sortant d'un conflit, car les disparités économiques leur offrent peu d'options en dehors de la prostitution ou du mariage (Wirtz et al., 2014).

H. Transmission intergénérationnelle d'un traumatisme

Depuis longtemps, les cliniciens et les médecins constatent un niveau accru de détresse et de psychopathologies chez les enfants de victimes de traumatismes, y compris s'ils n'ont pas été directement exposés au stress traumatique. Ces observations ont poussé les scientifiques à étudier les mécanismes de transmission intergénérationnelle de la détresse traumatique d'un

individu traumatisé (ou exposé à un traumatisme) à ses enfants. Les recherches ont confirmé que l'exposition au traumatisme parental correspond à un risque accru de SSPT, de troubles de l'humeur et d'anxiété chez l'enfant (Yehuda, Halligan, & Bierer, 2001 ; Yehuda et al., 2015). De plus, les altérations neurobiologiques et psychophysiologiques associées au SSPT et à la détresse traumatique mentionnés ci-avant ont également été observées chez les enfants de victimes de traumatismes (Yehuda et al., 2015). Si l'impact d'un traumatisme sur les relations et l'éducation (voir ci-avant) peut contribuer à la hausse du taux de stress post-traumatique et aux altérations neurobiologiques observées chez les enfants de victimes de traumatismes, les recherches ont démontré que l'exposition au traumatisme parental affecte l'expression du code génétique de cet individu (l'épigénétique ; Yehuda et al., 2015). Par le passé, des recherches ont démontré que les influences environnementales telles que l'exposition au stress peuvent « reprogrammer » l'empreinte génétique liée au développement des systèmes neuronal et biologique chez les rats et les souris ; ces modifications de l'empreinte génétique sont ensuite transmises à leur descendance (Bale et al., 2010 ; Bale, 2015). Récemment, ces conclusions ont pu être vérifiées chez les humains, puisque qu'il s'avère que l'exposition au traumatisme parental altère le mode de régulation des gènes responsables de la réponse au stress psychophysiologique (la production de glucocorticoïdes), tant chez l'individu exposé au traumatisme que chez ses enfants. Ces conclusions révèlent comment l'exposition à un traumatisme tel qu'une agression sexuelle ou un viol peut altérer le code biologique de la victime et de ses enfants, et apportent une explication biologique à la transmission intergénérationnelle du traumatisme et du stress traumatique. Il est ainsi fort probable que les actes de viols et d'agressions sexuelles perpétrés en RCA entraîneront des altérations de la réponse biologique au stress (qui influe indirectement sur la psychopathologie et le fonctionnement de l'individu) à la fois chez les victimes actuelles et pour les générations à venir, soulignant ainsi l'effet tentaculaire et durable des crimes en cause.

I. Destruction de la communauté

Le stress post-traumatique se manifeste bien souvent par la volonté d'éviter les lieux dans lesquels le traumatisme est survenu ou tout ce qui peut rappeler le traumatisme (DSM-5). Les auteurs de viols à grande échelle peuvent induire chez la victime, sa famille et sa communauté des troubles psychologiques chroniques si profonds que les intéressés sont ensuite incapables de revenir dans leur ancienne demeure sans ressentir une profonde souffrance morale. Les

survivants peuvent alors fuir la région dans laquelle ils ont été agressés, entraînant ainsi la désintégration de la communauté (Bastick et al., 2007). De ce fait, les victimes se voient privées, psychologiquement et physiquement, du territoire sur lequel elles vivaient (résolution 1820 du Conseil de Sécurité des Nations Unies). Elles peuvent également être dépossédées de leurs valeurs, puisqu'une campagne de terreur les empêche de rassembler leurs biens les plus essentiels avant de partir. De fait, la plupart des crimes signalés à Bangui se sont produits dans la maison de la victime (Tabo 2011). C'est une atteinte directe au sentiment de sécurité et de confort de la personne.

Ce phénomène se retrouve en Bosnie-Herzégovine, où les viols à grande échelle ont entraîné des exodes de masse suite à la désintégration de l'ex-Yougoslavie (Reid-Cunningham, 2008). Selon les estimations, jusqu'à 50 000 femmes ont été systématiquement violées pendant la guerre (Boose, 2002). Des femmes musulmanes ont été brutalement agressées en public, au point de terrifier l'ensemble de la communauté des Musulmans de Bosnie. Ces agissements ont immédiatement traumatisé un grand nombre de personnes, qui furent ensuite réticentes à l'idée de revenir, même après la fin du conflit, dans ces lieux où elles se sentaient auparavant chez elles (Zalibic-Kaurin, 1994). Une étude a montré qu'au sein de la population de Bosnie, bien que trois années se soient alors écoulées, 45 % des survivants souffrant de SSPT et/ou de dépression continuaient de présenter ces symptômes, et 16 % des personnes qui ne présentaient auparavant aucun symptôme avaient développé ces troubles (Mollica et al., 2001).

VI. Témoignages des victimes dans l'affaire *Le Procureur c. Jean-Pierre Bemba Gombo*

De nombreuses victimes ont fourni des témoignages au cours de la procédure engagée devant la Cour. Ces témoignages incluaient des déclarations concernant les traumatismes à la fois physiques et psychologiques découlant des viols et autres crimes commis par les soldats de Bemba. Ces déclarations faisaient référence aux victimes elles-mêmes ou aux événements auxquels les témoins ont assisté. Il est important de noter que les traumatismes physiques et psychologiques soulignés dans les ouvrages scientifiques et dans le présent rapport sont conformes aux témoignages fournis à l'audience. Beaucoup de témoins ont indiqué que des membres de la communauté étaient « tombés malades » après avoir été agressés et/ou témoins de l'agression des membres de leur famille (témoins 73, 80 et 119), mais il n'a pas été déterminé si

la cause des symptômes était d'ordre physique ou psychologique. Vous trouverez ci-dessous des passages des dépositions des témoins qui montrent à quel point la teneur du présent rapport correspond aux traumatismes dont souffrent ces victimes.

A. Traumatismes physiques

Suite aux viols, certains témoins qui ont déposé devant la Cour ont été victimes de blessures physiques et de maladies. Les témoins 22 et 69 ont déclaré que des victimes avaient appris qu'elles étaient séropositives ou malades du SIDA après avoir été violées par les soldats de Bemba. Le témoin 22 a déclaré avoir été victime d'une fausse couche. Le témoin 81 a déclaré que « jusqu'à présent, [elle n'avait] pas réussi à tomber enceinte » et le témoin 80, faisant référence à l'une de ses filles, a précisé qu'« elle a[vait] du mal à concevoir un enfant. »

Plusieurs témoins ont rapporté avoir eu des saignements et ressenti des douleurs dans la région vaginale. Le témoin 68 a indiqué : « J'ai eu des problèmes au ventre. J'ai eu beaucoup de douleurs. Je suis allée à l'hôpital. J'ai été auscultée. On m'a fait des échographies. Ma rate a enflé et j'ai eu très mal au ventre après ces événements. »

Le témoin 82 a indiqué : « J'avais plusieurs lésions au vagin. J'avais des lésions graves au vagin. » Lorsqu'elle a décrit l'aide qu'elle avait apportée aux filles mineures après qu'elles avaient été violées, le témoin 119 a déclaré que « du sang coulait de leur vagin. » Le témoin 81 a indiqué qu'elle avait eu « une infection ». Ces troubles physiques ne se limitaient toutefois pas à la zone pelvienne. Le témoin 79 a indiqué : « Depuis ces événements, je ne suis pas en bonne santé. J'ai souffert de différents types de maladies. J'ai même souffert d'hypertension artérielle. J'ai même eu des problèmes gastriques, de l'hypertension et cela s'est produit après ces événements, depuis lors je ne suis plus en bonne santé. »

Les hommes ont également été pris pour cible. Le témoin 112 a déclaré : « Oui, depuis que j'ai été roué de coups, mon dos me fait souffrir. J'ai mal au dos. Quand je m'assois, je n'ai qu'une envie, me lever, j'ai mal. Depuis ma chute, j'ai mal au dos, ». Le témoin 69 a déclaré après avoir été battu et violé par les soldats de Bemba : « Les larmes coulaient de mes yeux sans interruption... J'ai encore terriblement mal aux yeux et lorsque je commence à parler, c'est

comme si mes yeux voulaient sortir de leur orbite. » En outre, suite au viol, son « anus a été déchiré. »

B. Symptômes du traumatisme psychologique

Comme exposé précédemment, le DSM-5 décrit clairement des symptômes précis de traumatismes, comme la dépression, l'hypervigilance et les changements cognitifs. Les témoignages des victimes sont conformes à ces concepts caractéristiques d'une réaction à un événement traumatique. Le témoin 22 a exprimé le désir de mettre fin à ses jours. Elle a également décrit les symptômes de l'anhédonie (incapacité à éprouver du plaisir) et des comportements cognitifs négatifs, qui relèvent tous du syndrome de stress post-traumatique, en déclarant : « je ne voulais avoir aucun rapport sexuel à cette époque. » Un médecin a indiqué qu'« elle présentait les symptômes d'un syndrome sévère de stress post-traumatique [...] [incluant] la tristesse [et un] sentiment général de pessimisme et d'inhibition. »

Le témoin 29 a également décrit une humeur négative : « ils ont vraiment commis des atrocités, qui ont eu un impact important sur un grand nombre de familles. Ils ont bien dit que les Banyamulenge étaient en train de violer les hommes, les femmes, et qu'ils leur disaient aussi de se déshabiller devant leurs enfants ou leurs conjoints, et c'était très triste. Tout le monde dans le secteur était très triste. » Elle a ensuite ajouté : « ces victimes sont déjà mortes. Certaines sont encore vivantes et vivent dans une profonde tristesse. »

Le témoin 119 a eu une réaction émotionnelle du même ordre : « Je suis triste, je suis en colère, »

Lorsque j'ai appris que les Banyamulenge avaient mené ces violentes attaques contre la population, j'étais très, très triste. Très, très triste. » Elle a ensuite ajouté : « Les Banyamulenge ont tué le fils de cette femme et cette femme n'a pas pu voir le corps de son fils, ce qui veut dire que cette femme-là a longtemps pleuré et elle en est morte. »

Certaines victimes ont souffert d'hypervigilance, de crainte et de troubles du sommeil, des symptômes majeurs du syndrome de stress post-traumatique. Le témoin 110 a déclaré : « eh bien, si vous entendez des coups de feu ici et là, vous vous demandez, vous vous demandez si vous allez bien dormir, si vous allez vous réveiller le lendemain. Voilà le genre de craintes que vous avez. » Le témoin 112, un homme, a déclaré : « À cette époque, il n'était pas possible d'aller à l'hôpital. Tout le monde avait peur, et personne n'allait y travailler. » Le témoin 119, qui a été violée, à l'instar de sa mère et de sa fille de 11 ans, a déclaré : « Je fais des cauchemars la nuit. Je souffre de toutes sortes de maladies. Je suis inquiète, je vis dans l'inquiétude. Je suis perturbée. Je ne sais pas. Aujourd'hui, je sais que je ne vais pas bien dans ma tête. J'ai des problèmes psychologiques. » Le témoin 68 a déclaré : « Mon moral est au plus bas et mon état d'esprit aussi. J'ai tendance à souffrir de dépression, et lorsque je vois un soldat, ou un homme armé, j'ai peur. Même dans les transports publics, j'ai toujours très, très peur, encore aujourd'hui. » Puis elle a ajouté : « Au début, je faisais des cauchemars. Je revivais les événements dans mon sommeil et je dormais mal. »

C. Honte et isolement

L'une des principales thèses qui se dégage en l'espèce est que les soldats de Bemba ont attaqué, pillé et, notamment, violé des membres des communautés en Centrafrique afin de semer la peur, la terreur et de déstabiliser ces communautés. En utilisant les normes culturelles communautaires contre ces mêmes communautés, les hommes sous les ordres de Bemba ont pu isoler et intimider les plus vulnérables de la communauté, à savoir les femmes et les enfants. Après avoir été violées, les femmes ne pouvaient plus prétendre au mariage et fonder une famille. La honte ressentie a débouché sur l'isolement de ces victimes et des membres de leur famille.

Bien qu'ils aient été contraints d'avoir des relations sexuelles avec les soldats de Bemba, plusieurs témoins ont décrit un sentiment de honte à cause de ce qui leur était arrivé. Le témoin 69, un homme, a déclaré : « Peut-être que dans leur pays, on ne fait pas de différence entre un homme et une femme, mais, en Centrafrique, c'est un tabou. C'est une notion inconnue. Ce sont les Banyamulenge de Monsieur Bemba qui ont apporté cette pratique dans notre pays et aujourd'hui, aujourd'hui, les gens se moquent de ceux qui ont été victimes de viols. Monsieur Bemba nous a humiliés. Nous ne valons plus rien en République centrafricaine. » Il a ajouté :

« Madame le Procureur, les hommes de Bemba nous ont complètement humiliés, nous ont ridiculisés. Nous n'avons plus droit au respect ou nous n'avons plus de dignité en République centrafricaine. Lorsque je me suis senti dépassé, j'ai moi aussi pris la fuite. Je tournais tel un lion en cage. Je partais, revenais, repartais et revenais afin de voir ce qui arrivait dans ma localité. Je n'arrivais pas à trouver une stabilité. Nous avons perdu notre dignité. Nous avons subi l'humiliation et des actes dégradants. Je me pose des questions. Qu'allons-nous faire ? Mon épouse et moi-même avons subi des actes atroces. Nous ne valons plus rien. Nous nous demandons ce que nous allons pouvoir faire pour recouvrer notre dignité. »

Le fait de rester vierge jusqu'au mariage et la monogamie sont deux valeurs culturelles importantes pour les communautés en question. Ces valeurs ont été exploitées par les hommes de Bemba qui ont eu recours au viol qui a suscité la honte. Le témoin 79 a décrit une scène à laquelle elle a assisté, au cours de laquelle des filles mineures étaient violées : « Elle criait. Elles criaient toutes les deux. Elles disaient : "Maman, je suis morte. Je suis morte. Ils m'ont tuée. Je suis morte." Les filles faisaient peut-être référence à la destruction de leur place dans la société. Elle a alors ajouté : « Dans la plupart des cas, les gens sont honteux. Ils ont honte de parler de ces événements, notamment les hommes. Ils n'avaient pas très envie de parler de ce qui leur était arrivé. Il y avait plusieurs cas similaires. Par exemple, il y avait une femme qui vivait dans mon quartier ; elle est décédée. Après ces événements, eh bien, je n'ai pas assisté à son viol. Les Banyamulenge l'ont violée, beaucoup d'entre eux l'ont fait, et après leur départ, elle n'a plus été capable de sortir dans le voisinage. Les gens se moquaient d'elle. Ils l'appelaient "la femme des Banyamulenge, l'épouse des Banyamulenge". Elle est tombée malade et elle est partie pour mourir ailleurs. Il y a eu beaucoup de cas comme celui-là. » Le témoin 80 a décrit la façon dont elle-même a ressenti cette honte : « Mais si vous passez dans la rue et que tout le monde vous stigmatise, par exemple, dans mon cas, lorsque je passe, les gens disent "Regarde la grosse dame là-bas qui s'est faite violée par les Banyamulenge et même ses filles se sont faites violées par les Banyamulenge". J'entends tout cela lorsque je marche dans la rue. » Le témoin 81 a déclaré : « Après ces événements, nous avons été ostracisés. Les jeunes garçons nous insultaient, nous montraient du doigt, et j'ai dû me réfugier à Sibut. » Le témoin 42 décrit la situation qu'il a vécu avec sa fille : « J'ai continué à souffrir de ce qui nous était arrivé. Ils ont violé ma fille quand ils l'ont emmenée. Quand ils l'ont relâchée, je n'ai pas eu le courage d'aller voir ma fille. C'est sa mère qui y est allée. Elle était couverte de sang et elle a dit : "Regarde ce que les Banyamulenge

ont fait à cet enfant." Je lui ai demandé : "Qu'est-ce qu'ils lui ont fait ?" Et elle a dit : "Eh bien, ils lui ont fait une chose terrible." J'étais là et je pleurais. Chaque fois que j'y pense ou que j'en parle, j'en ai les larmes aux yeux. Comme vous le savez, ma fille avait dix ans. Elle ne pouvait plus aller à l'école, car elle était stigmatisée à l'école. Les autres élèves se moquaient d'elle ils disaient, la femme des Banyamulenge, et ce genre de chose – alors elle a arrêté l'école à cause de cela. Je n'ai rien pu faire. Je l'ai laissée faire. Alors, je suis très déçu. Je suis en colère. Si elle avait poursuivi ses études, peut-être serait-elle devenue une figure locale. Elle serait peut-être devenue quelqu'un d'important aujourd'hui. »

Le fait de rester vierge jusqu'au mariage est une valeur culturelle importante et perdre sa virginité, même suite à un viol, débouche sur une perte d'estime de soi. Le témoin 42 a décrit ce qu'elle a ressenti après ce qui est arrivé à sa fille : « Pour moi, j'estime qu'il s'agissait d'une démarche inutile. Même si je l'avais emmenée chez le médecin, aurait-elle récupérer sa virginité ? Je ne le pense pas. Alors, c'était mieux d'en rester là. C'est pour cette raison que j'estimais qu'il était inutile de l'emmener à l'hôpital. » Plus tard, elle a ajouté : « Même si j'avais de l'argent, compte tenu de ce qu'ils avaient fait, j'étais très en colère. Je ne pouvais pas, je n'arrivais pas à l'accepter. J'étais très en colère. En quoi le fait d'emmener ma fille à l'hôpital aurait changé sa vie ? L'hôpital aurait-il aidé ma fille à recouvrer sa virginité ? Je ne crois pas. Pourquoi l'emmener à l'hôpital ? Quelle en aurait été l'utilité ? » Le témoin 82 a de son côté précisé : « Étant donné que j'ai été agressée, je ne peux plus fréquenter les autres filles. Tout le monde se moque de moi. Même si j'ai un bébé, même si je portais un bébé, [m]on premier compagnon m'a abandonnée avec le bébé à cause de tout cela. »

Être abandonnée par son conjoint après avoir été violée n'est pas inhabituel. Outre la peur de la maladie, il existait également un sentiment de honte associé à ces événements.

[REDACTED]

[REDACTED] et cette idée m'a hanté. » Le témoin 80 a décrit une situation similaire : « Comme elles ont été agressées et violées par les Banyamulenge, les gens ont peur d'elles car ils ne veulent pas attraper des maladies. » Le témoin 81 a abordé la question de l'abandon suite à la honte ressentie par son conjoint : « Après ce qui m'est arrivé, il a pris tous

mes enfants. Il a dit qu'il voulait partir et ne jamais revenir, et voilà la situation à l'heure actuelle. Il voulait s'éloigner de cinq kilomètres. » Plus tard, elle a poursuivi : « Après son départ, il n'est jamais revenu. »

Le but était de susciter la honte et la peur. Malheureusement, cela a en partie fonctionné. Le témoin 119 a indiqué : « [...] j'aimerais dire que lorsque les Banyamulenge sont arrivés, cela a été terrible pour la population locale. Des filles et des fils de mon pays sont morts, des hommes forts, des hommes nécessaires au développement du pays. Des orphelins ont été livrés à eux-mêmes. Il y a eu des divorces parce que les Banyamulenge ont violé des femmes et, compte tenu de la situation, les époux ont préféré divorcer. Certaines familles ont été détruites. Ce que nous avons subi dans notre quartier, je pense que le représentant des victimes – eh bien, je crois qu'un certain nombre de personnes ne sont pas assez courageuses pour dire qu'elles ont été violées par les Banyamulenge. » Le témoin 112 a déclaré : « la situation était telle que, pour chaque femme, chaque homme, c'était le chacun pour soi et c'est ainsi que les habitants ont quitté notre quartier. »

VII. Études comparatives

Un certain nombre d'études portant sur des situations de viols commis à l'échelle constatée en République centrafricaine ont été réalisées ; toutes révélaient la constellation de séquelles susmentionnées chez les individus, les familles et les communautés. Par exemple, en République démocratique du Congo, des violences à caractère sexiste et sexuel sont perpétrées depuis plus de dix ans dans le contexte des conflits en cours. Les chercheurs ont étudié la prévalence du syndrome de stress post-traumatique et de la dépression et ont relevé qu'en 2010, la prévalence de la dépression était de 41 % et celle du syndrome de stress post-traumatique s'élevait à 50 % (Johnson et al., 2010). Il a été rapporté que 91,5% des rescapés souffraient d'un ou de plusieurs problèmes physiques ou psychologiques en lien avec le viol (International Alert, 2005).

Liebling et Slegh (2011) se sont entretenus avec 76 victimes d'agressions sexuelles en République démocratique du Congo qui se sont retrouvées enceintes après coup et ont constaté que 80 % d'entre elles avaient été violées avant d'avoir atteint leurs 18 ans. La majorité d'entre elles ont été rejetées par leur famille une fois que la grossesse a été découverte et elles ont

presque toutes été rejetées par leur communauté. Certaines ont même reçu des menaces de mort. Les enfants de ces rescapées nés par la suite ont presque tous fait l'objet de mépris et de railleries et nombre d'entre eux ont par conséquent souffert de dépression (Liebling, Slegh & Ruratotoye, 2012). De plus, les mères de ces enfants ont rapporté qu'elles se sentaient désarmées pour réconforter leur enfant étant donné qu'elles pouvaient elles-mêmes souffrir d'une forme particulièrement aiguë de stress post-traumatique que l'on rencontre chez les femmes qui sont tombées enceintes après avoir été violées (Bartels et al., 2010).

VIII. Perspectives de guérison

Il convient de relever que même s'il est très rare que les hommes et les femmes victimes de violences sexuelles ne souffrent d'aucun trouble par la suite, ces personnes peuvent tout à fait continuer à mener une vie qui a un sens après leur agression sexuelle en suivant un traitement psychiatrique adapté (Tedeschi & Calhoun, 1995 ; Tedeschi & Calhoun, 2004). Le concept de croissance post-traumatique se rapporte aux changements positifs qui surviennent dans la vie d'une personne après qu'elle a vécu des événements stressants particulièrement éprouvants ou traumatisants (Tedeschi & Calhoun, 2004). On retrouve ce concept dans la philosophie antique avec l'idée du pouvoir éventuel de transformation de la souffrance (Tedeschi & Calhoun, 1995) et les enquêtes empiriques actuelles mettent elles-aussi ce phénomène en évidence. Les travaux d'études ont révélé que lorsqu'une personne décide de suivre un cheminement de croissance personnelle et de changement positif après avoir vécu un traumatisme et enduré des souffrances, sa santé psychologique et physique s'en trouve améliorée (voir Tedeschi & Calhoun, 2004). La croissance post-traumatique survient après des événements traumatisants lorsque les changements d'attitude suivants sont présents ou favorisés : 1) le sentiment d'avoir une nouvelle chance et de nouvelles possibilités après avoir enduré des souffrances, 2) des changements dans ses rapports avec les autres et un sens plus aigu de ses liens avec ceux qui souffrent, 3) une conscience accrue de ses propres forces basée sur sa capacité à survivre, 4) une meilleure appréciation de la vie en général, et 5) un changement ou une consolidation des croyances spirituelles. Ce phénomène se produit souvent au moment où la personne vit une expérience douloureuse et souffre. Par conséquent, même si les victimes d'agressions sexuelles en République centrafricaine éprouvent une grande détresse (notamment une douleur mentale et

physique ainsi qu'un bouleversement sur le plan sociétal), il est toujours possible, pour les personnes et les communautés touchées par les crimes en cause, de favoriser leur guérison, leur rétablissement et leur développement. Il est possible de favoriser une attitude positive axée sur la croissance et le rétablissement suite à un affront et à un traumatisme au travers d'activités de sensibilisation, de traitements médicaux et psychologiques, de mesures de réparations, d'aides sur le plan financier et de l'application de la justice.

IX. Réparations

A. Formes de compensation

Les réparations attribuées dans le cadre de crimes internationaux d'une grande gravité peuvent être adaptées aux besoins particuliers des victimes (y compris en fonction de la nature du traumatisme), au vu de ce qui est économiquement possible sur place et compte tenu de la culture et des conditions dans le pays. Les publications médicales, juridiques et universitaires recommandent invariablement l'examen d'au moins cinq formes de compensation au moment de concevoir et d'appliquer tout programme en ce sens :

1. Restitution : rétablissement des conditions qui prévalaient avant les violations des droits de l'homme en cause, de façon aussi réaliste que possible ;
2. Compensation : à titre individuel ou collectif, notamment les frais médicaux occasionnés et le coût du préjudice psychologique ;
3. Réinsertion : apport d'une aide physique et psychologique et d'un soutien pour favoriser la guérison, y compris des formes d'assistance subsidiaire comme une formation à l'emploi et un microcrédit ;
4. Satisfaction et garanties de non répétition : déclarations publiques et sensibilisation des populations à propos des atrocités commises et des préjudices subis, et mesures prises pour empêcher que de tels crimes ne se reproduisent ;
5. Reconnaissance publique des violations à titre symbolique : création de monuments commémoratifs et/ou condamnation publique des atrocités, autres formes de commémoration et reconnaissance des souffrances endurées par un tribunal pénal international (Redress Trust, 2003).

Par exemple, toutes ces formes de réparation ont été examinées en théorie en réponse aux agressions sexuelles perpétrées à grande échelle en Croatie, ainsi qu'il est mentionné dans le document de politique générale du PNUD à propos des réparations destinées aux victimes civiles des violences sexuelles commises en temps de guerre (UNDP, 2013), et prévoient notamment une assistance médicale et un soutien psychologique, une aide juridique et une compensation pécuniaire à vie versée par l'État. Divers ministères ont été chargés de mettre en œuvre ce programme, notamment le Ministère de la santé et le Ministère des anciens combattants.

B. Compensations accordées par les Chambres extraordinaires des tribunaux cambodgiens à titre de comparaison

Les Chambres extraordinaires des tribunaux cambodgiens (ECCC) ont mis en œuvre une stratégie en matière de réparations qui s'articule autour de 13 points pour les victimes du régime des Khmers rouges. Ce plan, qui a été appliqué après la condamnation de Khieu Samphan et de Nuon Chea (affaire n° 002/001 ; ECCC, 2014), tenait compte de la coopération du Gouvernement royal du Cambodge et d'autres organisations nationales et internationales. Le Gouvernement de ce pays a accepté de retenir une date officielle pour marquer une journée nationale de commémoration et de construire plusieurs sites de commémoration. La Fédération internationale des ligues des droits de l'homme, le groupement des victimes du génocide perpétré par les Khmers rouges et le mémorial dédié à ces victimes ont uni leurs efforts pour créer un lieu à la Grande Pagode de Vincennes, à Paris (France), où les gens peuvent se réunir en hommage aux victimes (ECCC, 2014b).

Les efforts déployés en vue de permettre la guérison psychologique des personnes touchées font partie des réparations accordées par les Chambres extraordinaires. L'ONG Transcultural Psychosocial Organization (Organisation psychosociale transculturelle) fournira des moyens structurés aux personnes pour qu'elles puissent raconter ce qu'elles ont vécu sous le régime des Khmers rouges. Elle facilitera également les traitements psychiatriques par des professionnels au sein de groupes dans lesquels seront partagées des techniques d'adaptation destinées à aider les personnes à accepter le lourd tribut de l'histoire de leur pays (ECCC, 2014b).

La sensibilisation autour des événements en cause sera facilitée et les informations seront mises à jour dans l'ouvrage intitulé *Teacher's Guidebook : The Teaching of A History of*

Democratic Kampuchea (1975-1979) et dans une seconde édition de l'ouvrage narratif du Comité d'action cambodgien pour les droits de l'homme. Des musées et des présentations interactives s'inscrivent également dans ce programme de réparations destinées à aider un pays à clore un chapitre de son histoire marquée par la terreur. Les parties civiles au procès recevront une copie des documents du tribunal et ceux-ci seront mis à la disposition du public (ECCC, 2014b).

C. Réparations et indemnisations dans le contexte de la RCA

Malgré les obstacles en RCA liés à la désinformation, à la stigmatisation et au manque de ressources, il est possible d'intervenir de façon efficace et spécifique aux fins de fournir les cinq formes d'indemnisation prévues. Il est ainsi tout à fait envisageable d'apporter des réparations et des indemnisations au moyen de partenariats avec des programmes à travers le Fonds au profit des victimes et d'autres organisations non gouvernementales actives en RCA, et en soutenant ces initiatives. Conformément aux cinq formes d'indemnisation mentionnées ci-avant, le Fonds au profit des victimes apporte une assistance en matière de réhabilitation physique, de réhabilitation psychologique et d'aide matérielle (Fonds au profit des victimes, 2014).

La réhabilitation physique concerne directement les besoins médicaux des victimes d'agressions sexuelles et inclut notamment la chirurgie esthétique, prothétique ou orthopédique (selon les cas) ; le traitement des blessures et des infections ; le traitement de maladies sexuellement transmissibles et des conséquences y afférentes ; et les interventions médicales visant à gérer les conséquences physiques à long terme des viols, telles que les maladies cardiaques, les douleurs chroniques et l'affaiblissement du système immunitaire. Parallèlement à ces traitements médicaux directs, la réhabilitation physique comprend également l'identification minutieuse des personnes nécessitant des soins et l'établissement de stratégies visant à lever les obstacles à l'accès aux soins médicaux. La prise en charge des conséquences physiques et médicales des crimes en cause constitue la première étape essentielle d'une série de mesures menant à la restitution, la compensation et la réinsertion.

La réhabilitation psychologique comprend l'éducation, les services sociaux et les interventions thérapeutiques visant à traiter les conséquences psychologiques et les troubles psychiatriques liés à la confrontation aux agressions sexuelles et à la terreur. Les traitements psychologiques et les interventions psycho-sociales constituent des mesures de réhabilitation

efficaces face aux troubles de la santé mentale couramment observés chez les victimes de viols (Regehr, Alaggia, Dennis, Pitts & Saini 2013 ; Resick et al., 2002 ; Foa, Rothbaum, Riggs & Murdock, 1991 ; Frank, Anderson, Stewart, Dancu, Hughes & West, 1988 ; Nishith, Resick & Griffin, 2002 ; Resick & Shnicke 1992; Rothbaum, Astin & Marsteller, 2005 ; Clark, Rizvi & Resick, 2008). Plusieurs interventions fondées sur des recherches permettent de traiter efficacement les victimes d'agressions sexuelles. C'est notamment le cas de thérapies cognitives du comportement telles que des thérapies de traitement cognitif et des traitements par exposition prolongée (Regehr, Alaggia, Dennis, Pitts & Saini, 2013 ; Foa, Rothbaum, Riggs & Murdock, 1991 ; Resick & Shnicke, 1992). Le traitement de troubles de la santé mentale et les interventions psychologiques peuvent cependant revêtir une multitude de formes et doivent être adaptés aux besoins et aux valeurs culturels et contextuels. À l'instar des initiatives de réhabilitation physique, la réhabilitation psychologique requiert une identification minutieuse des personnes ayant besoin d'une aide psychologique et la volonté de limiter les obstacles tels que la stigmatisation des troubles de la santé mentale. Dans le cadre des réparations pour des crimes de viols à grande échelle, il importera de mettre en place et de déployer une prise en charge des troubles de la santé mentale adaptée à la culture, visant essentiellement à 1) favoriser la guérison et l'épanouissement psychologiques ; et 2) rétablir et améliorer le fonctionnement quotidien et la qualité de vie.

Si les interventions psychothérapeutiques peuvent comporter des avantages majeurs, leur mise en œuvre se heurte à de nombreux obstacles. Même si ceux-ci sont levés, la psychothérapie ne traite pas l'ensemble des aspects et des conséquences de la criminalité de masse ou des souffrances morales des individus et des communautés. Même en Occident, bien souvent ces thérapies ne permettent de modifier ou de contrôler les symptômes traumatiques que partiellement. En Croatie par exemple, il semblerait que les participants à ces programmes étaient encore plus stigmatisés au sein de leurs communautés (PNUD, 2013). Il n'est pas aisé en RCA de trouver des ressources publiques, notamment des institutions et un financement approprié. Les fonds publics et la formation spécialisée nécessaires à la prise en charge des femmes victimes de viols à grande échelle sont difficilement accessibles en RCA (Fischman, 2014). En fait, selon une source qui travaille avec des victimes de viols dans un État voisin, la fourniture de services psycho-sociaux inadéquats peut être dommageable et aggraver le stress post-traumatique et les dépressions majeures en raison de « traitements » dispensés par du

personnel non qualifié et insuffisamment formé (une à deux semaines de formation par des cliniciens en visite) (Steinberg, 2014). Les interventions psychothérapeutiques doivent donc être soigneusement mises en œuvre par des professionnels expérimentés.

L'aide matérielle consiste à améliorer la situation économique des personnes et des communautés touchées par les crimes, et peut inclure l'octroi de microcrédits aux victimes. Cette aide peut prendre la forme d'une campagne de sensibilisation, d'un projet de développement économique, d'une reconstruction des infrastructures ou de l'élargissement des opportunités professionnelles. Bien qu'elles sortent généralement du cadre du rapport actuel, les projets d'aide matérielle contribuent à restaurer les notions de sécurité, de stabilité et de normalité au sein des communautés, et indirectement à structurer et réguler le fonctionnement et les activités quotidiennes des personnes et des familles dont les vies ont été détruites par les crimes en cause. L'aide matérielle peut permettre de revaloriser les victimes au sein de la famille et de la communauté. L'apport d'une telle aide est ainsi un moyen psychologique de ranimer l'espoir, de renforcer l'optimisme et de favoriser l'indépendance, la guérison et l'épanouissement.

Les opportunités de microcrédit constituent une forme particulière de réparation matérielle et peuvent permettre de revaloriser les victimes au sein de leur famille et de leur communauté. Dans les sociétés touchées par des viols à grande échelle et d'autres violations des droits de l'homme, une aide économique au travers de microcrédits offre aux femmes une opportunité d'échapper à la pauvreté et à un environnement de violences conjugales, comme c'est souvent le cas après des atrocités de masse (en particulier des viols), ou encore à la prostitution pour survivre (Steinberg, 2014). Ces microcrédits risquent néanmoins d'être détournés par les autorités (y compris les églises ou les agences gouvernementales) chargées de leur contrôle administratif ou d'être destinées à d'autres financements publics, comme le transport par exemple (Steinberg, 2014). S'ils sont dotés de mesures de protection appropriées contre ce type de contingences, ces programmes répondent aux impératifs en matière de restitution et de réhabilitation. Ils peuvent également constituer la solution la plus économique de mise en œuvre des mesures de réparation proposées dans certaines sociétés ne possédant pas d'infrastructures adaptées à la prise en charge de programmes psychosociaux de grande ampleur.

Les programmes de réhabilitation physique, de réhabilitation psychologique et d'aide matérielle requièrent tous des initiatives et des campagnes de sensibilisation. En particulier, les actions de sensibilisation à l'impact des agressions sexuelles peuvent contribuer à réduire la

stigmatisation et à mieux faire comprendre les conséquences physiques et psychologiques des crimes et les besoins matériels des victimes, de leur famille et de leur communauté. Les campagnes de sensibilisation et d'information peuvent atténuer les éventuels reproches dont la victime est accablée. Elles peuvent également servir à apporter ou renforcer la garantie que ces agissements ne se répèteront pas et constituer symboliquement une reconnaissance publique des crimes en cause. La responsabilité d'un accusé dans la perpétration des crimes (et à l'égard des conséquences y afférentes) peut être publiquement et officiellement reconnue, de sorte que les victimes, leur famille et leur communauté ne culpabilisent plus. Les campagnes de sensibilisation peuvent encourager une réflexion sur la manière dont les viols et les agressions sexuelles sont perçues culturellement, et faire évoluer les mentalités sur la croyance que les victimes de viol ont été « souillées ». Ces initiatives et l'évolution des mentalités permettent d'éviter de nouvelles souffrances aux victimes, comme ce fut le cas des 22 femmes à l'hôpital de Bangui, qui ont affirmé que leur divorce résultait directement de leur viol. De plus, les efforts visant à mieux faire comprendre la finalité des crimes en cause (terroriser, apeurer et déstabiliser les populations) peuvent contribuer à justifier l'octroi de mesures de réparation et de réhabilitation au niveau communautaire, de sorte que les criminels n'obtiennent pas le résultat escompté.

Les initiatives susvisées ont été mises en œuvre en Ouganda et en République démocratique du Congo (Fonds au profit des victimes, 2014) en réponse aux crimes de guerre et aux atrocités perpétrés dans ces pays. Ces initiatives peuvent servir de modèle aux mesures à mettre en place en RCA et, à tout le moins, la réussite de programmes mis en œuvre par le Fonds au profit des victimes en Ouganda et en RDC est porteuse d'espoir et peut guider les projets de réparation, d'indemnisation et de développement susceptibles d'être menés au profit des victimes d'agressions sexuelles et d'actes de terreur en RCA.

X. Conclusion

Ainsi qu'il ressort du présent rapport, si elles ne sont pas traitées et prises en charge comme il se doit, les séquelles de viols et d'actes de terreur à l'instar de ceux commis à grande échelle en Centrafrique en 2002 et 2003 auront un effet dévastateur, envahissant et durable sur les individus et les communautés touchés pendant plusieurs générations. Cela étant, il est clair que la mise en œuvre de traitements adaptés et l'octroi de réparations et de compensations

peuvent permettre d'atténuer les répercussions négatives de ces crimes, de soigner les individus et les communautés touchés et de favoriser de nouvelles possibilités de développement.

Stanford (Californie)
Avril 2016

Références

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3e éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd., texte rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). Washington, DC: Author.
- Abrahams, N., Jewkes, R., & Mathews, S. (2013). Depressive symptoms after a sexual assault among women: Understanding victim-perpetrator relationships and the role of social perceptions. *African Journal of Psychiatry*, 16(4), 288-293.
- Akinsulure-Smith, A. M. (2010). *Rapport d'expert*. Cour pénale internationale. Affaire n° ICC-01/05-01/08.
- Akinsulure-Smith, A. M. (2010b). *Rapport d'expert*. Cour pénale internationale. Affaire n° ICC-01/05-01/08.
- Akinsulure-Smith, A. M. (2014). Displaced african female survivors of conflict-related sexual violence: Challenges for mental health providers. *Violence Against Women*, 20(6), 677-694.
- Amnesty International (2004). *Rwanda: « Vouées à la mort », les victimes de viol atteintes par le VIH/SIDA*. Consulté sur <http://www.amnesty.org/fr/documents/afr47/007/2004/fr>
- Anderson, I.M., & Haddad, P. M. (2012). Bipolar disorder. *BMJ*, 345, 8508.
- Aydelott, D. (1993). Mass rape during war: prosecuting bosnian rapists under international law. *Emory International Law Review*, 7, 585-631.
- Bale, T. E. (2015). Epigenetic and transgenerational reprogramming of brain development. *Nature Reviews Neuroscience*, 16, 332-344.
- Bale, T.E., Baram, T.Z., Brown, A.S., Goldstein, J.M., Insel, T.R., McCarthy, M.M., Nemeroff, C.B.,... Nestler, E.J. (2010). Early life programming and neurodevelopmental disorders. *Biological Psychiatry*, 68, 314-319.
- Barnes, J. E., Noll, J. G., Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (2009). Sexual and physical revictimization among victims of severe childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 33(7), 412-420.
- Bartels, S., Scott, J., Mukwege, D., Lipton, R., VanRooyen, M., & Leaning, J. (2010). Patterns of sexual violence in Eastern Democratic Republic of Congo: Reports from survivors presenting to Panzi Hospital in 2006. *Conflict and Health*, 4(9), 1-10.
- Bastick, M., Grimm, K., & Kunz, R. (2007). *Sexual violence in armed conflict: global overview and implications for the security sector* (Centre de Genève pour le contrôle démocratique des forces armées). Consulté sur <http://www.dcaf.ch/Publications/Sexual-Violence-in-Armed-Conflict>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Penguin.
- Becker-Lausen, E., Sanders, B., & Chinsky, J. M. (1995). Mediation of abusive childhood experiences: Depression, dissociation, and negative life outcomes. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(4), 560-573.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16(1), 101-118. doi:10.1016/0145-2134(92)90011-F
- Boose, L. E. (2002) Crossing the River Drina: Bosnian rape camps, Turkish impalement, and Serb cultural memory. *Signs*, 28(1), 71-99.
- Boscarino, J. A. (2011). Post-traumatic stress disorder and cardiovascular disease link: Time to identify specific pathways and interventions. *The American journal of Cardiology*, 108(7), 1052-1053.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Volume 1 attachment*. London: The Tavistock Institute of Human Relations.
- Bowyer, L., & Dalton, M. E. (1997). Female victims of rape and their genital injuries. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 104(5), 617-620.

- Boyce, W.T., Ellis, B.J. (2005). Biological sensitivity to context: I. An evolutionary-developmental theory of the origins and functions of stress reactivity. *Development and Psychopathology* 17, 271—301.
- Brackman, A. (1987) *The Other Nuremberg: The untold story of the Tokyo war crimes trials*. New York, NY: William Morrow and Company.
- Breitenbecher, K. (2001). Sexual revictimization among women. A review of the literature focusing on empirical investigations. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 415-432.
- Bremner, J. D. (2006). Traumatic stress: Effects on the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8, 445-461.
- Breslau, N., Davis, G., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48(3), 216–222.
- Brown, C. (2012). Rape as a weapon of war in the Democratic Republic of the Congo. *Torture*, 22(1), 24-37.
- Brownmiller, S. (1975). *Against our will: Men, women and rape*. New York, NY: Ballantine Publishing Group.
- Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1979). Adaptive strategies and recovery from rape. *The American Journal of Psychiatry*, 136(10), 1278-82.
- Cahill, L., & McGaugh, J.L. (1998). Mechanisms of emotional arousal and lasting declarative memory. *Trends in Neurosciences*, 21, 294-299.
- Calhoun, K. S., Atkeson, B. M., & Resick, P. A. (1982). A longitudinal examination of fear reactions in victims of rape. *Journal of Counseling Psychology*, 29(6), 655-661.
- Carlson, E. B., Dalenberg, C., & McDade-Montez, E. (2012). Dissociation in posttraumatic stress disorder part I: Definitions and review of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*, 4(5), 479-489.
- Chambres extraordinaires au sein des tribunaux cambodgiens (2014). Aperçu des demandes en réparation de la partie civile dans l'affaire 002/001. Consulté sur <http://www.eccc.gov.kh/sites/default/files/articles/Annex%20Case%20002-01%20ReparationProjects.pdf>
- Chambres extraordinaires au sein des tribunaux cambodgiens (2014b). Affaire 002/001. Consulté sur <http://www.eccc.gov.kh/fr/case/topic/1296>
- Chang, I. (1997) *The rape of Nanking: The forgotten holocaust of World War II*. New York, NY: Basic Books.
- Clarke, S. B., Rizvi, S. L., & Resick, P. A. (2008). Borderline personality characteristics and treatment outcome in cognitive-behavioral treatments for PTSD in female rape victims. *Behavior Therapy*, 39(1), 72-78.
- Classen, C. C., Paley, O. G. & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 6, 103-129.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., et al. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptoms complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 399-408.
- Cohen, J. A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New York: Guilford Press.
- Convention de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre, 12 août 1949, 75 UNTS 287.
- Conus P, Cotton S, Schimmelmann BG, Berk M, Daglas R, McGorry PD, Lambert M. Pretreatment and outcome correlates of past sexual and physical trauma in 118 bipolar I disorder patients with a first episode of psychotic mania. *Bipolar Disorder* 2010; 12: 244–252.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577-584. doi:10.1001/archpsyc.64.5.577

- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian national survey of mental health and well-being. *Psychological Medicine*, 31(7), 1237-1247.
- Crime Victims Research and Treatment Center. (1992). *Rape in America: A report to the nation*. Arlington, VA: National Victim Center & Medical University of South Carolina. Consulté sur <http://www.victimsofcrime.org/docs/Reports%20and%20Studies/rape-in-america.pdf?sfvrsn=0>
- Cohen, L. J., & Roth, S. (1987). The psychological aftermath of rape: Long-term effects and individual differences in recovery. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 5(4), 525-534.
- Convention pour la prévention et la répression du crime de génocide. 9 déc 1948. 78 U.N.T.S. 277, n° 1021.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577-584.
- Le Corps des femmes comme champ de bataille bodies as a battleground: violences sexuelles contre les femmes et les filles durant la guerre en République du Congo*. (2005) Réseau des femmes pour un développement associatif. Consulté sur <https://repositories.lib.utexas.edu/bitstream/handle/2152/4947/4051.pdf?sequence=1>.
- Damasio, A. R., Grabowski, T. J., & Bechara, A., et al., (2000). Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions. *Nature Neuroscience*, 3, 1049-1056.
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82, 187-200.
- DeBellis, M. D., Keshavan, M. S., & Clark, D. B., et al. (1999). Developmental traumatology Part II: Brain development. *Biological Psychiatry*, 45, 1271-1284.
- DeBellis, M., Lefter, L., Trickett, P., et al., (1994). Urinary catecholamine excretion in sexually-abused girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 320-327.
- Dossa, N., Zunzunegui, M., Hatem, M., & Fraser, W. (2014). Fistula and other adverse reproductive health outcomes among women victims of conflict-related sexual violence: A population-based cross-sectional study. *Birth*, 41(1), 5-13.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 37(9), 809-829.
- Edmondson, D., Chaudoir, S. R., Mills, M. A., Park, C. L., Holub, J., & Bartkowiak, J. M. (2011). From shattered assumptions to weakened worldviews: Trauma symptoms signal anxiety buffer disruption. *Journal Of Loss And Trauma*, 16(4), 358-385. doi:10.1080/15325024.2011.572030
- Ellis, E. M., Atkeson, B. M., & Calhoun, K. S. (1981). An assessment of long-term reaction to rape. *Journal Of Abnormal Psychology*, 90(3), 263-266. doi:10.1037/0021-843X.90.3.263
- Entretien avec le docteur Yael Fischman, titulaire d'un doctorat, Palo Alto (Californie) le 11/12/14
- Entretien avec le professeur Richard Steinberg, JD, titulaire d'un doctorat, Université de Stanford (Californie) le 11/12/14. L'avertissement du professeur Steinberg quant à l'utilisation d'argent traite du problème des détournements de fonds. Il a trouvé un moyen de contourner ce problème en choisissant un administrateur local qu'il connaissait ; ce peut-être fait à l'échelle d'une région —voir note (6) ci-dessous.
- Entretien avec Secur Marilyn Lacey, directrice exécutive, Mercy Beyond Borders, Palo Alto (Californie) le 11/13/14. L'organisation MBB intervient à Haïti et dans le Soudan du Sud ; dans cette dernière région ont été constatés des détournements de fonds de la part de responsables (des hommes) de l'Église catholique. Secur Marilyn propose la gestion de projets de micro-financement en Afrique par des hommes de divers ordres, pour le compte de femmes victimes de viols.
- Etain B, Henry C, Bellivier F, Mathieu F, Leboyer M. Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2008; 10: 867-876.

- Etain, B., Mathieu, F., Henry, C., Raust, A., Roy, I., Germain, A., ... Bellivier, F. (2010). Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. *Journal of Traumatic Stress, 23*, 376-383.
- Extensive discussion of microfinance pros and cons is available in Bernstein and Scibel, "Reparations, Microfinance and Gender: A Plan, With Strategies and Implementation", 44 Cornell International Law Journal, vol.44 (2011).
- Felitti, M. D., Vincent, J., Anda, M. D., Robert, F., Nordenberg, M. D., Williamson, M. S., ... James, S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258.
- Les femmes et la paix et la sécurité*. Résolution 1820 du Conseil de sécurité de l'ONU.
- Field N. (2011). Intergenerational transmission of trauma stemming from the Khmer Rouge regime: An attachment perspective. In B. Van Schaack, D. Reicherter, Chhang, Y., & A. Talbott (Eds.), *Cambodia's hidden scars: trauma, psychology in the wake of the Khmer Rouge*. Centre de documentation du Cambodge.
- Foa, E. B., Rothbaum, B., Riggs, D., & Murdock, T. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(5), 715-723.
- Follette, V.M., Polusny, M., Bechtle, A.E., & Naugle, A.E. (1996). Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spousal abuse. *Journal of Traumatic Stress, 9*(1), 25-35.
- Fonds au profit des victimes (2014). *Résumé du plan stratégique 2014-2017*. Consulté sur http://www.trustfundforvictims.org/sites/default/files/media_library/documents/pdf/TFV%20Brochure%20ASP%202014%20FINAL.pdf
- Frank, E., Anderson, B., Stewart, B. D., Dancu, C., Hughes, C., & West, D. (1988). Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behavior Therapy, 19*(3), 403-420.
- Freyd, J. J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Friedman, L. (1972). *The law of war, A documentary history* (Vol 2). New York, NY: Random House.
- Garcia-Linares, M., Sanchez-Lorente, S., Coe, C., & Martinez, M. (2004). Intimate male partner violence impairs immune control over Herpes Simplex Type 1 in physically and psychologically abused women. *Psychosomatic Medicine, 66*(6), 965-972.
- Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 121-125.
- Golding, J. M. (1996). Sexual assault history and women's reproductive and sexual health. *Psychology of Women Quarterly, 20*(1), 101-121.
- Goodman, S. (2007). Depression in mothers. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*(1), 107-135.
- Goodman, S. II., & Gotlib, I. II. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review, 106*(3), 458.
- Gunnar, M.R., Vazquez, D.M., 2001. Low cortisol and a flattening of expected daytime rhythm: potential indices of risk in human development. *Development and Psychopathology* 13, 515-538.
- Gunnar, M.R., Vazquez, D.M., 2006. Stress neurobiology and developmental psychopathology. In: Cicchetti, D., Cohen, D.J. (Eds.), *Developmental Psychopathology* (2e éd., Vol. 2) *Developmental Neuroscience*. Wiley, Hoboken, pp. 533-577.
- Gureje, O., Lasebikan, V. O., Kola, L., & Makanjuola, V. A. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian survey of mental health and well-being. *The British Journal of Psychiatry, 188*(5), 465-471.
- Hagan, J. (2003). *Justice in the Balkans: Prosecuting war crimes in the Hague Tribunal*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

- Heim, C., Shugart, M., Craighead, W. E., & Nemeroff, C. B. (2010). Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental Psychobiology*, 52(7), 671-690.
- Heit, S. (2003). Waging sexual warfare: Case studies of rape warfare used by the Japanese Imperial Army during World War II. *Women's Studies International Forum*, 32(5), 363-370.
- Heppenstall-Heger, A., McConnell, G., Ticson, L., Guerra, L., Lister, J., & Zaragoza, T. (2003). Healing patterns in anogenital injuries: a longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. *Pediatrics*, 112(4), 829-837.
- Herbert, J., Goodyer, I.M., Grossman, A.B., Hastings, M.H., de Kloet, E.R., Lightman, S.L., et al., 2006. Do corticosteroids damage the brain? *Journal of Neuroendocrinology* 18, 393—411.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1568-1578.
- Hinton, D. E., & Lewis-Fernández, R. (2011). The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 783-801.
- Hoge, C.W., Castro, C.A., Messer, S.C., McGurk, D., Cotting, D.I., & Koffman, R.L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 351, 13-22.
- Holmes, M. R., & St. Lawrence, J. S. (1983). Treatment of rape-induced trauma: Proposed behavioral conceptualization and review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 3(4), 417-433. doi:10.1016/0272-7358(83)90022-3
- Human Rights Watch (2003). *Rape in Kashmir: A crime of war*. Consulté sur <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/INDIA935.PDF>.
- Human Rights Watch. (2007). *State of anarchy: Rebellion and abuses against civilians*. Retrieved from http://www.hrw.org/sites/default/files/rcports/car0907webwcover_0.pdf.
- Hynes, H.P. (2004). On the battlefield of women's bodies: An overview of the harm of war to women. *Women's Studies International Forum*, 27, 431-445.
- Fédération internationale des ligues des droits de l'homme. (2003). *Crimes de guerre en République centrafricaine : Quand les éléphants se battent, c'est l'herbe qui souffre*. Consulté sur https://www.fidh.org/spip.php?page=spipdf&spipdf=spipdf_article&id_article=1091&nom_fichier=article_1091
- Janoff-Bulman, R., & Frieze, I. H. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39(2), 1-17.
- Johnson, K., Scott, J., Rughita, B., Kisielewski, M., Asher, J., Ong, R., & Lawry, L. (2010). Association of sexual violence and human rights violations with physical and mental health in territories of the Eastern Democratic Republic of the Congo. *Journal of the American Medical Association*, 304(5), 553-562.
- Kendall-Tackett, K. A. (2007). Inflammation, cardiovascular disease, and metabolic syndrome as sequelae of violence against women: the role of depression, hostility, and sleep disturbance. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(2), 117-126.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kilpatrick, D. G., Resick, P. A., & Veronen, L. J. (1981). Effects of a rape experience: A longitudinal study. *Journal of Social Issues*, 37(4), 105-122.
- Kilpatrick, D.G., Edmunds, C., Seymour, A. (1992). *Rape in America: A report to the nation*. Charleston, SC: National Victim Center & the Crime Victims Research and Treatment Center, Medical University of South Carolina
- Kramer, T. L., & Green, B. L. (1991). Posttraumatic stress disorder as an early response to sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(2), 160-173.

- Kumar, K. (2001). *Women and women's organizations in post-conflict societies: The role of international assistance*. Washington, D.C.: Center for Development Information and Evaluation United States, Agency for International Development. Consulté sur <http://siteresources.worldbank.org/EXTGLDEVLEARN/Resources/KrishnaKumar.pdf>.
- Lee-Koo, K. (2002). Confronting a disciplinary blindness: Women, war and rape in the international politics of security. *Australian Journal of Political Science*, 37(3), 525-536.
- Lee-Koo, K. (2011). Gender-based violence against civilian women in post-invasion Iraq: (Re) Politicizing George W. Bush's silent legacy. *Violence Against Women*, 17(12), 1619-1634.
- Leverich, G. S., McElroy, S. L., Suppes, T., Keck, P. E., Denicoff, K. D., Nolen, W. A., ... Post, R. M. (2002). Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biological Psychiatry*, 51, 288-297.
- Liebling, H., & Slegh, H. (2011). 'I Became a Woman with a Bad Reputation in My Society' gendered responses to women and girl's bearing a child from rape in Eastern Congo. *African Journal of Traumatic Stress*, 2(2), 60-70.
- Liebling, H., Slegh, H., & Ruratotoye, B. (2012). Women and girls bearing children through rape in Goma, Eastern Congo: Stigma, health and justice responses. *Itupale Online Journal of African Studies*, 4, 18-44.
- Loncar, M., Medved, V., Jovanovic, N., & Hotujac, L. (2006). Psychological consequences of rape on women in 1991-1995 war in Croatia and Bosnia and Herzegovina. *Croatian Medical Journal*, 47(1), 67-75.
- Lukasse, M., Henriksen, L., Vangen, S., & Schei, B. (2012). Sexual violence and pregnancy-related physical symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 83.
- Manion, I. G., McIntyre, J., Firestone, P., Ligezinska, M., Ensom, R., & Wells, G. (1996). Secondary traumatization in parents following the disclosure of extrafamilial child sexual abuse: Initial effects. *Child Abuse & Neglect*, 20(11), 1095-1109.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- McEwen, B.S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 837-904.
- McCahill, T. W., Meyer, L. C., & Fischman, A. M. (1979). *The aftermath of rape*. Lexington, MA: Lexington Books.
- McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A.F. DeChant, H.K., ... Bass, E.B. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: Unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association*, 277(17), 1362-1368.
- McEwen, B.S., 1998. Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine* 338, 171—179.
- McEwen, B.S., & Wingfield, J.C. (2003). The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Hormones and Behavior*, 43, 2-15.
- McGaugh, J.L., Herz, M.J., 1972. Memory consolidation. Albion, San Francisco.
- McEwice, M.L., Reitsma, J.B., de Vries, G.J., Gersons, B.P., & Olff, M. (2007). Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 191, 387-392.
- Merikangas, K. R. & Pinc, (2002). Genetic and other vulnerability factors for anxiety and stress disorders. In Davis, K. L., Charney, D., Coyle, T. J., & Nemeroff, C. (Eds.), *Neuropsychopharmacology: the fifth generation of progress* (pp 867-82). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Messina-Dysert, G. (2013). Rape and Spiritual Death. *Feminist Theology*, 20(2), 120-132.
- Mills, E. J., Singh, S., Nelson, B. D., & Nachega, J. B. (2006). The impact of conflict on HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *International journal of STD & AIDS*, 17(11), 713-717.
- Mission d'assistance des Nations Unies pour l'Iraq (2008). *Human Rights Report, 1^{er} juillet–31 décembre*. Consulté sur http://www.ohchr.org/Documents/Countries/IQ/UNAMI_Human_Rights_Report_July_December_2008_EN.pdf.

- Mocller-Bertram, T., Keltner, J., & Strigo, I. A. (2012). Pain and posttraumatic stress disorder—Review of clinical and experimental evidence. *Neuropharmacology*, 62(2), 586-597.
- Mollica, R., Sarajlic, N., Chernoff, M., Lavelle, J., Vukovic, I., & Massagli, M. (2001). Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *Journal of the American Medical Association*, 286(5), 546-554.
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal Of Public Health*, 91(5), 753-760.
- Morof, D. F., Sami, S., Mangeni, M., Blanton, C., Cardozo, B. L., & Tomeczyk, B. (2014). A cross-sectional survey on gender-based violence and mental health among female urban refugees and asylum seekers in Kampala, Uganda. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 127(2), 138-143.
- Muhwezi, W. W., Kinyanda, E., Mungherera, M., Onyango, P., Ngabirano, E., Muron, J., ... & Kajungu, R. (2011). Vulnerability to high risk sexual behaviour (HRSB) following exposure to war trauma as seen in post-conflict communities in Eastern Uganda: a qualitative study. *Conflict and Health*, 5(22), 1-15.
- Mukanangana, F., Moyo, S., Zvoushe, A., & Rusinga, O. (2014). Gender based violence and its effects on women's reproductive health: The case of Hatcliffe, Harare, Zimbabwe. *Reproductive Health*, 18(1), 110-122.
- Murphy, S. M., Amick-McMullan, A. E., Kilpatrick, D. G., Haskett, M. E., Veronen, L. J., Best, C. L., & Saunders, B. E. (1988). Rape victims' self-esteem: a longitudinal analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 3(4), 355-370.
- Neria, Y., Bromet, E. J., Sievers, S., Lavelle, J., & Fochtmann, L. J. (2002). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: findings from a first-admission cohort. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 246-251.
- Neumann, D. A., Houskamp, B. M., Pollock, V. E., & Briere, J. (1996). The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: A meta-analytic review. *Child Maltreatment*, 1(1), 6-16. doi:10.1177/1077559596001001002
- Nishith, P., Mechanic, M., & Reside, P. (2000). Prior interpersonal trauma: The contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 20-25.
- Nishith, P., Resick, P. A., & Griffin, M. G. (2002). Pattern of change in prolonged exposure and cognitive-processing therapy for female rape victims with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 880.
- Pitman, R. (1989). Post-traumatic stress disorder, hormones, and memory. *Biological Psychiatry*, 26, 221-223.
- Regehr, C., Alaggia, R., Dennis, J., Pitts, A., & Saini, M. (2013). Interventions to reduce distress in adult victims of rape and sexual violence: a systematic review. *Social Work Practices*, 9(3), 257-265.
- Rehn, E., Johnson Sirleaf, E. (2002). Women, war and peace: The independent experts' assessment on the impact of armed conflict on women and women's role in peace-building. *Siège d'ONU femmes*. Consulté sur <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2002/1/women-war-peace-the-independent-experts-assessment-on-the-impact-of-armed-conflict-on-women-and-women-s-role-in-peace-building-progress-of-the-world-s-women-2002-vol->
- Reicherter, D., & Aylward, A., (2011). Impact of War and Genocide on Psychiatry and Social Psychology. In B. Van Schaack, D. Reicherter, Y. Chhang, & Talbott, A (Eds.), *Cambodia's Hidden Scars: Trauma, Psychology in the Wake of the Khmer Rouge*. Centre de documentation du Cambodge.
- Reid-Cunningham, A.R. (2008). Rape as a weapon of genocide. *Genocide Studies and Prevention Vol* 3(3), 279-296.
- Reparation for Torture—A Survey of Law and Practice in Thirty Selected Countries, The Redress Trust, London, England, Avril 2003

- Resick, P., & Schnicke, M. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 748–756.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 867.
- Reynolds, M. W., Peipert, J. F., & Collins, B. (2000). Epidemiologic issues of sexually transmitted diseases in sexual assault victims. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 55(1), 51.
- Robson, T. (21 août 2002). Bosnia: The United Nations, human trafficking and prostitution. *World Socialist Web Site*. Consulté sur <http://www.wsws.org/cn/articles/2002/08/bosn-a21.html>.
- Roodman, A. A., & Clum, G. A. (2001). Revictimization rates and method variance: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 21(2), 183-204. doi:10.1016/S0272-7358(99)00045-8
- Rothbaum, B. O., Astin, M. C., & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 607-616.
- Roush, K. (2009). Social implications of obstetric fistula: an integrative review. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 54(2), 21-33.
- Ryan, G. L., Mengeling, M. A., Booth, B. M., Torner, J. C., Syrop, C. H., & Sadler, A. G. (2014). Voluntary and involuntary childlessness in female veterans: associations with sexual assault. *Fertility & Sterility*, 102(2), 539-547. doi:10.1016/j.fertnstert.2014.04.042
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sapolsky R M. (2005). The influence of social hierarchy on primate health. *Science*, 308(5722), 648-652.
- Sapolsky, R. M. (2012). Importance of a sense of control and the physiological benefits of leadership. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(44), 17730–17731.
- Sapolsky, R.M., Romero, L.M., Munck, A.U., (2000). How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions. *Endocrine Reviews* 21, 55—89.
- Save the Children International. (2002). *Note for implementing the operational partners by UNHCR and Save the Children UK on sexual violence and exploitation: The experience of refugee children in Guinea, Liberia and Sierra Leone*. Consulté sur <http://resourcecentre.savethechildren.sc/library/note-implementing-and-operational-partners-unhcr-and-save-children-uk-sexual-violence>.
- Seifert, R. (1994). War and rape: a preliminary analysis. In A. Stiglmayer (Ed.), *Mass rape: the war against women in Bosnia-Herzegovina*. Lincoln, NB: University of Nebraska Press.
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W., & Rabe-Hesketh, S. (2001). War exposure and maternal reactions in the psychological adjustment of children from Bosnia-Herzegovina. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(3), 395-404.
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W., Hacam, B. & Stuvland, R. (2002). War exposure among children from Bosnia-Herzegovina: Psychological adjustment in a community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 147-156.
- Sommers, M. S. (2007). Defining patterns of genital injury from sexual assault: a review. *Trauma, Violence & Abuse*, 8(3), 270-280.
- Spangaro, J., Adogu, C., Ranmuthugala, G., Davics, G., Steinaecker, L., & Zwi, A. (2013). What evidence exists for initiatives to reduce risk and incidence of sexual violence in armed conflict and other humanitarian crises? A systematic review. *PLOS One*, 8(5), e62600.
- Steketee, G., & Foa, E. B. (1987). Rape victims: Post-traumatic stress responses and their treatment: A review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 1(1), 69-86.
- Stein, M. B. & Barrett-Connor, E. (2000). Sexual assault and physical health: Findings from a population-based study of older adults. *Psychosomatic Medicine*, 62(6), 838-843.

- Thomas, K. (2007). Sexual violence: Weapon of war. *Forced Migration Review*, 27, 15-16.
- Tabo, A. (2011). *Rapport d'expert*. Cour pénale internationale. Affaire n° ICC-01/05-01/08.
- Tabo, A. (2011b). *Témoignage d'expert*. Cour pénale internationale. Affaire n° ICC-01/05-01/08.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Teicher, M.H., & Samson, J.A. (2013). Child maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 170, 1114-1133.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*, 23(02), 453-476.
- Trickett, P.K., Noll, J.G., Susman, E.J., Sherk, C.E., Putnam, F.W. (2010). Attenuation of cortisol across development for victims of sexual abuse. *Developmental Psychopathology*, 22(1), 165-175.
- UNDP Policy Paper on Reparations for Croatian Victims of War Related Sexual Violence, décembre 2013
- van der Kolk, B. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Science*, 1071, 277-293.
- van der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F.S., MacFarlane, A., & Herman, J.I. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153, (7), pp. 83-93.
- van der Kolk, B., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., et al. (2009). *Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-5*. Consulté sur http://www.traumacenter.org/announcements/DTD_papers_Oct_09.pdf.
- Van Schaack, B., Reichter, D., Chhang, Y., & Talbot, A. (2011). *Cambodia's hidden scars: trauma, psychology in the wake of the Khmer Rouge*. Centre de documentation du Cambodge.
- Verelst, A., Schryver, M., Broekaert, E., & Derluyn, I. (2014). Mental health of victims of sexual violence in Eastern Congo: Associations with daily stressors, stigma, and labeling. *BMC Women's Health*, 14, 106.
- Vrana, S., & Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 7(2), 289-302.
- Walsh, K., Nugent, N.R., Kotte, A., Amstadter, A.B., Wang, S., Guille, C.,... Resnick, H.S. (2013). Cortisol at the emergency room rape visit as a predictor of PTSD and depression over time. *Psychoneuroendocrinology*, 38(11), 2520-2528.
- Wax, E. (6 juin 2004). "We Want to Make a Light Baby" Arab militiamen in Sudan said to use rape as weapon of ethnic cleansing. *Washington Post Foreign Service*. Consulté sur <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/articles/A16001-2004Jun29.html>.
- Wilson, D. R. (2011). Preparing Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse for Pregnancy, Labor, and Delivery. *International Journal Of Childbirth Education*, 26(2), 7-8.
- Wingood, G. M., & DiClemente, R. J. (1998). Rape among African American women: sexual, psychological, and social correlates predisposing survivors to risk of STD/HIV. *Journal of Women's Health*, 7(1), 77-84.
- Wirtz, A., Pham, K., Glass, N., Loochkarth, S., Kidane, T., Cuspoca, D.,...Vu, A. (2014). Gender-based violence in conflict and displacement: Qualitative findings from displaced women in Colombia. *Conflict and Health*, 8(10), 1-14.
- Yan, X., Brown, A.D., Lazar, M., Cressman, V.L., Henn-Haase, C., Neylan, T.C., ... Marmar, C.R. (2013). Spontaneous brain activity in combat related PTSD. *Neuroscience Letters*, 547, 1-5.

- Ychuda, R., Daskalakis, N.P., Bierer, L.M., Badier, H.N., Klengel, T., Holsboer, F., & Binder, E.B. (12 août 2015). Holocaust exposure induced intergenerational effects on FKBP5 methylation. *Biological Psychiatry*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.08.005>.
- Ychuda, R., Halligan, S. L., & Bierer, L.M. (2001). Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD, depressive and anxiety disorders in offspring. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 261-270.
- Yugoslavia: Bosnia Crisis – Sex Assaults ‘A War Crime’. (19 décembre 1992) *Reuters*, (Lexus Nexis INTL File).
- Zalich-Kaurin, A. (1994) “The Muslim Women”, in *Mass Rape: The War against Women in Bosnia-Herzegovina*, éd. Alexandra Stiglmayer, Lincoln, NB, University of Nebraska Press, p. 170.
- Zinzow, H. M., Resnick, H. S., McCauley, J. L., Amstadter, A. B., Ruggiero, K. J., & Kilpatrick, D. G. (2012). Prevalence and risk of psychiatric disorders as a function of variant rape histories: Results from a national survey of women. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 893-902. doi:10.1007/s00127-011-0397-1.