

SIX

Résistances et appropriations institutionnelles des
Organisations Non Gouvernementales autour de la notion de
victimnes de violences sexuelles
Le cas de Médecins Sans Frontières en République
Démocratique du Congo¹

Françoise Duroch²

UREPH, Unité de Reflexions sur les Enjeux et les
Pratiques Humanitaires, Médecins Sans Frontières,
Genève.

Résumé

Ce travail se propose d'analyser les processus d'apprentissage de l'organisation humanitaire Médecins Sans Frontières (MSF) autour de la notion de victimes de violences sexuelles. Une première partie est consacrée à un essai conceptuel et critique des concepts de victimes de viols, notamment dans le champ des sciences sociales, ainsi qu'à une introduction à l'histoire de la République Démocratique du Congo (RDC). La deuxième partie porte sur l'étude qualitative d'une des plus importantes interventions de l'organisation MSF à l'Est de la RDC en faveur des victimes de violences sexuelles. 2695 anamnèses médicales de patients reçus par l'organisation ont été étudiées afin de comprendre le phénomène des viols de masse dans cette région, des entretiens semi-directifs ont également été menés avec les volontaires et cadres de l'organisation participant à la mise en œuvre de ce type d'opération. Un dernier volet décrit les éléments qui ont conduit MSF à considérer le phénomène des violences sexuelles sur ses terrains d'interventions ainsi que les processus d'appropriation et de résistance de l'organisation vis-à-vis de ces problématiques. Les dynamiques d'apprentissage organisationnel semblent avoir été

favorisées par un ensemble d'évènements clés : conflits, pandémie du SIDA, environnement institutionnel favorable, scandales médiatiques. Les résistances se construisent autour des représentations sociales de la victime et d'enjeux éthiques et techniques. Dans ces processus, devraient apparaître des formes de médiations, des passeurs de sens qui contribueraient à rendre signifiant la pose d'actes autour de phénomènes quelquefois situés dans les sphères de l'indicible.

Mots clés : Victimes ; violences sexuelles ; viols ; République Démocratique du Congo ; RDC ; Organisation humanitaire ; Médecins Sans Frontières ; MSF ; apprentissage organisationnel.

Corps du texte

La relative lenteur observée au sein de MSF concernant la mise en place d'actions médicales appropriées pour les victimes de violences sexuelles peut être en partie analysée à travers la notion même de victime, son évolution et les dangers liés à son instrumentalisation par les différents acteurs (Rieff, 2002). Concurrences au sein même des groupes de victimes (Chaumont, 2000), manipulation de ces concepts par les pouvoirs politiques (Mesnard, 2002), revendications statutaires de nature économique, victimisation secondaire sont autant d'écueils que l'organisation redoute. Le déplacement de « l'économie morale » de la grande majorité des sociétés occidentales au bénéfice de groupes de victimes a contribué à l'élaboration d'un statut qui peut largement être interrogé en regard de son caractère contingent et des dangers qu'il peut engendrer pour les victimes elles – mêmes (Chaumont, 1997). La simplification des conflits à travers le prisme agresseur – agressé ou bourreaux – victimes constitue déjà la grille de lecture des pouvoirs médiatiques et politiques et explique la réticence de l'organisation à entrer dans une simplification déjà à l'œuvre dans la plupart des

sphères publiques (Brauman, 2006). D'autre part, les principes d'indépendance et de neutralité imposent une relative distance par rapport à l'usage de qualifications qui impliqueraient à priori une ingérence dans les domaines juridiques, loin de la pratique classique de l'exercice médical humanitaire indépendant.

Les dangers de formes de néo – impérialismes liés à l'utilisation arbitraire d'une terminologie victimaire souvent mal maîtrisée ainsi que la réticence à entrer dans des débats considérés comme étant fondamentalement des choix culturels et sociétaux (rapports hommes – femmes, interruptions de grossesse notamment) peut trouver des éléments d'explication par la crainte de l'organisation de se trouver trop intimement mêlée à des problématiques dépassant non seulement sa compétence mais également sa légitimité morale et statutaire.

Le statut social de la femme ainsi que le caractère sexuel de ces agressions ont sans nul doute constitué des obstacles supplémentaires quant à l'appropriation des problématiques de violences sexuelles par l'organisation. La femme et ses attributs dominés par la passivité, victime indirecte des conflits (Audoin-Rouzeau, 2005) et rarement perçue comme un protagoniste direct au sein de ceux-ci, et ont également brouillé la lisibilité de crimes dont le caractère stigmatisant bride déjà leur dénonciation par les victimes. Les agendas des différents mouvements féministes qui se sont depuis longtemps emparés des phénomènes de violences sexuelles aux fins de revendications sociales et politiques (Collette-Carrière, 1980) font l'objet de méfiances de la part d'une organisation qui se considère fondamentalement apolitique, les mêmes défiances ayant été observées vis-à-vis de la prostitution ou plus généralement des pratiques prostitutionnelles, MSF considérant ne pas devoir se prononcer de manière militante sur des questions se situant largement hors de ses champs légitimes d'activités.

L'histoire de la médecine marquée par le caractère lacunaire de l'expertise médico légale et au délaissement des conséquences médicales des viols, en premier lieu considérés comme une atteinte à l'honneur et un dommage sexuel par un corps professionnel essentiellement masculin (Vigarello, 1998), relève bien les contingences morales autour de ces questions. En effet, la médicalisation de la sexualité par la médecine, effectuée au travers du prisme dégénérescence – perversion annonce d'emblée un paradigme de soins prodigués dans le but de juguler les comportements déviants ou simplement alternatifs et annonce une certaine allégeance aux pouvoirs en place (Foucault, 1976). La création de la gynécologie – obstétrique est également analysée par certains auteurs comme une tentative d'encadrement de la sexualité féminine alors que de manière générale, la souffrance individuelle des femmes suite à une agression sexuelle est minimisée en regard de l'atteinte à l'honneur que ce type de violence peut engendrer au sein de la communauté masculine. Il apparaît qu'une organisation comme MSF, éminemment médicale, est constituée d'une culture qui n'a pas facilité la prise en considération d'actes longtemps négligés ou simplement minimisés par son corps professionnel d'appartenance.

La violence est en elle-même un concept sibyllin, hétérogène et contingent des époques où elle s'exerce (Vigarello, 1998). Phénomène labile, les statistiques qui l'entourent renseignent souvent plus sur les mesures prises par les pouvoirs publics pour la circonscrire que sur son objectivation en tant que fait social (Wieviorka, 2001). Le caractère souvent occulte des agressions sexuelles ne facilite ni sa dénonciation ni même sa qualification, alors qu'elles s'exercent fréquemment dans des sphères domestiques et privées.

En périodes de conflits, les stéréotypes sociaux de genre sont exacerbés, et le viol a toujours été considéré comme un évènement inévitable, banalisant ainsi non seulement son usage par l'ensemble des belligérants mais également

sa considération par la communauté internationale comme problématique majeure. Alors que ses fonctions pratiques et rituelles ont été analysées par de nombreux auteurs en période de paix civile, le viol en temps de guerre n'a pas fait l'objet d'études abondantes si ce n'est par des auteurs militants, notamment américains (Brownmiller, 1975). L'annexion des territoires s'est souvent doublée de l'appropriation du corps des femmes considérées comme *champs de bataille*, et se situe bien souvent au centre de dynamiques de violences généralisées. Le recours au viol est souvent l'occasion d'une démonstration de force envers l'ennemi masculin, la femme restant un tiers dans les conflits et est rarement considérée comme un sujet actif des guerres (Heritier 2002). L'utilisation du viol à des fins de propagande ainsi que dans l'élaboration de constructions identitaires à été démontrée dans de nombreux cas : Kosovo, Palestine et Bangladesh notamment. Ainsi, le manque de littérature sérieuse sur la question du viol dans les conflits armés, son acceptation tacite au sein des guerres ainsi que son instrumentalisation par les pouvoirs en place sont autant de facteurs de confusion pour les Organisations Non Gouvernementales (ONGs) travaillant dans ces contextes.

D'autre part, des composantes culturelles peuvent se surajouter aux obstacles précédemment citées, complexifiant encore la problématique. Le cas de la République Démocratique du Congo (RDC) est ainsi emblématique de la considération du viol en temps de guerre, en tant que ce phénomène s'exerce dans un pays anciennement colonisé et sur des femmes africaines. La grande majorité des patients soignés dans le mouvement MSF sont originaires de la RDC où ces exactions sont dénoncées par de nombreuses organisations internationales depuis une dizaine d'années. La multitude des enjeux, la dimension régionale et internationale des différentes guerres ne sont que trop rarement perçues par une communauté internationale et une opinion publique qui cèdent facilement à une analyse tribale des différentes guerres congolaises, renouant ainsi avec une certaine

lecture coloniale des conflits africains. Au sein de ces dynamiques, l'usage du viol n'apparaît que comme la résultante de tensions traditionnelles, voire exotiques.

Du côté de Médecins Sans Frontières, si les volontaires de retour du terrain s'attardent volontiers sur la dimension culturelle de l'usage du viol en RDC ou sur son usage comme arme de guerre, la passivité des femmes congolaises face à ce type d'agression est également facilement évoquée, de même que la guerre comme état d'exception où l'impunité est de mise.

Les tensions sociales exacerbées voire fabriquées par la période de colonisation (Kaputo, 1974), ainsi que les différends traditionnels et contemporains entre les différentes communautés ne sont pas mentionnés comme éléments d'explication de ces violences. Les dimensions économiques du conflit sont également absentes dans la grande majorité des corpus d'entretien, les brutalités associées à ces viols ainsi que leurs conséquences médicales ne sont jamais soulignées; paradoxe pour une organisation humanitaire médicale.

Les représentations de ces types de violences restent profondément attachées chez les volontaires à la notion de sexualité voire de désir; désir impérieux de militaires ivres, choix surprenant de victimes qui semble s'effectuer hors de critères esthétiques classiques. De manière générale, les agressions sexuelles semblent être devenues selon les interviewés un étalon de la relation sociale au Congo: certains entretiens estiment même qu'il s'agit là d'une modalité traditionnelle des rapports hommes – femmes. On peut par ailleurs retrouver dans les entretiens des éléments du discours colonial et de la considération historique des phénomènes de viol. Passivité des femmes face à un désir masculin irrépressible, relativité des normes sociales et sexuelles dans des contrées considérées comme constitutivement brutales, problématique perçue comme un dommage collatéral inévitable des situations de conflits, préjudice à la personne minimisée par rapport aux

retombées d'un tel acte sur la famille, et notamment les enfants.

Du côté des victimes, la souffrance individuelle si elle s'évoque avec pondération, souligne dans la grande majorité des anamnèses le contexte de ces attaques et l'ensemble des autres violences liées à celles-ci : atteinte aux biens, rajoutant à la précarité pré-existante, crainte du rejet social, brutalités et menaces associées, perte de face quand la violence s'effectue en public, déplacements forcés et violences généralisées envers les populations, symptômes évoquant des signes infectieux et d'atteintes psychologiques. Il convient de noter que ces éléments ne sont pas ou peu rapportés par les volontaires, la décision d'analyser ces anamnèses succédant celle de les produire.

L'histoire de l'organisation MSF sur les questions de violences sexuelles est marquée par une relative lenteur concernant la considération de ces phénomènes dans les politiques opérationnelles. La problématique est une première fois soulevée lors d'agressions sexuelles de volontaires en Afghanistan et dans les camps de réfugiés somalis du Kenya dans les années 1990. Ces événements semblent avoir revêtu un rôle certain dans le processus de conscientisation de l'organisation des phénomènes de viol en tant qu'ils ont touchés MSF de manière intime, l'obligeant à adresser des actes jusqu'alors largement occultés (Duroch, 2008).

Lors de la première opération de MSF au Congo – Brazzaville en 1999, la décision de mettre en place une activité spécifique pour les victimes de violences sexuelles relève de plusieurs contingences : une ébauche de programme est déjà en place et fait l'objet d'une passation à l'organisation. En effet, International Rescue Committee (IRC) reçoit déjà des victimes de viols. D'autre part, les viols sont associés à de grandes brutalités et les blessures physiques corrélées sont nombreuses, les femmes se présentent spontanément à l'hôpital, elles nécessitent

quelquefois des soins chirurgicaux (Le Pape, Salignon, 2001).

Les protocoles de traitement prophylactique du Sida sont déjà connus et permettent d'offrir une moléculisation certaine des conséquences du viol suivant en cela l'évolution au sein de l'association des programmes en faveur des patients vivants avec le VIH.

Selon les mots d'un ancien Directeur Général de MSF *« les médecins de l'organisation ont commencé à s'intéresser au VIH dès lors que des thérapeutiques existaient et que la pathologie n'était plus considérée comme une maladie de nurses³ »* L'environnement institutionnel est alors déjà largement sensibilisé aux phénomènes de violences sexuelles, et ce depuis les conflits rwandais et bosniaque. Il convient de noter que c'est finalement la pénalisation des violences sexuelles en Droit International, soit leur entrée dans les sphères publiques, qui a facilité l'émergence de leur prise en compte par les Organisations Non Gouvernementales. Cependant, les résistances internes sont nombreuses, notamment la réticence à considérer les femmes comme catégorie spécifique de patients, alors que l'organisation le fait déjà pour d'autres types de populations, notamment les enfants. Dans la « concurrence des victimes » inhérente aux situations d'urgence, les femmes apparaissent comme non prioritaires dans l'accès à certains types de soins. Il s'agit, selon les termes d'un des cadres de l'organisation, d'une thématique qui est d'entrée frappée d'illégitimité en regard non seulement du type de population qui est touchée, mais également des modalités particulières de ce type de violence à caractère sexuel. Si dans ces résistances au changement on peut voir des formes d'idéologies qui ne s'expriment pas directement, le premier enjeu réside dans le fait de leur évocation afin de procéder aux mesures nécessaires à leur considération. Dans la critique de cette première opération du mouvement MSF, un membre de la section française souligne que cette discrimination envers une catégorie de patients ne s'est pas effectuée consciemment, et qu'une analyse approfondie de l'arrière plan de ces dynamiques nécessiterait un travail d'analyse

approfondi afin de comprendre comment l'organisation a relégué une partie de ses potentiels bénéficiaires au banc de ses priorités. Néanmoins, la même section présente en RDC (Nord Kivu) quelques années plus tard, observera la même lenteur dans la mise en place de soins appropriés pour les victimes de violences sexuelles, alors que le phénomène est connu, et ce malgré l'expérience préalable au Congo Brazzaville. Ainsi, les enseignements tirés de ce premier contexte n'ont pas permis la capitalisation d'un savoir-faire dont on pouvait à priori considérer qu'il était déjà institutionnellement acquis. L'exploitation de la mémoire institutionnelle – l'expérience du Congo Brazzaville a donné lieu entre autres à des publications accessibles par tous – ne s'est pas effectuée en autorisant la reproductibilité de ce type d'opération à d'autres contextes.

Des éléments formels et informels peuvent d'ores et déjà être mentionnés comme facteurs explicatifs de ce processus. L'étude des phénomènes violents n'a pas fait l'objet d'attentions particulières au sein des ONGs, car considérés comme inhérents à l'action humanitaire. La culture de MSF est en premier lieu médicale et les soins spécifiques aux femmes sont une spécialité de la médecine qui a longtemps eu des difficultés à s'émanciper de l'idéologie sociale dominante, spécialement dans les domaines de l'expertise médico légale des conséquences du viol. Le paradigme de l'action, légitimant l'action humanitaire, et ses implications concrètes en tant que les actes posés doivent pouvoir être à court terme directement mesurables voire quantifiables selon les canons de la médecine urgentiste et de santé publique, apparaissent difficilement conciliables avec des phénomènes souvent occultes aux conséquences difficilement appréciables. Cependant, il convient de souligner que si le viol est *le seul crime dont on ne meurt pas*. L'objectivation de ses retombées médicales – VIH - Hépatite B et risques vitaux associés – ainsi que la nécessité de dégager au plus vite un accès aux soins dans une fenêtre de trois jours pour garantir une certaine efficacité au traitement, auraient dû

autoriser la considération des actes de viols comme faisant partie intégrante de l'action médicale d'urgence.

D'autre part, si ce type d'opération présente de réelles difficultés techniques, notamment sur les questions d'identification des patients dans des contextes où le risque de stigmatisation est important, cette activité n'a pas l'exclusivité de la complexité opérationnelle et éthique, d'autres types d'opérations présentant des difficultés du même ordre ont de tout temps été menées sans que leur pertinence n'ait été remise en cause. L'organisation semble donc marquée par une sorte de culture de routine spécialement quand elle s'adresse à une partie spécifique de sa population féminine bénéficiaire. Le président admet même que « *Dans Médecins Sans Frontières, ce qui nous rassure, c'est de faire ce que nous faisons d'habitude. En ce qui concerne la prise en charge des femmes, d'habitude, nous ne faisons rien de spécial. C'est bien le problème⁴* ». En cela, la problématique des résistances institutionnelles à la question des violences sexuelles est à associer au caractère lacunaire, toujours d'actualité, des soins en gynécologie-obstétrique offerts par l'organisation. Cependant, l'appropriation de certaines thématiques par MSF semble intrinsèquement liée aux figures singulières des bénéficiaires voire collaborateurs à laquelle elles sont parfois liées : personnes vivants avec le VIH, femmes violées, intégration du personnel national dans les politiques de ressources humaines de l'organisation, gestion de la douleur. En cela, le phénomène des violences sexuelles et sa lente appropriation par l'organisation pose la question de la considération de l'altérité dans les politiques opérationnelles de MSF. La figure du bénéficiaire apparaît se constituer autour d'un personnage masculin ou enfantin – bien que les soins pédiatriques soient eux aussi laborieux à se développer – voire asexué et anonyme dont la souffrance individuelle est minimisée au profit d'une prise en charge groupale – dans la lignée d'une conception de soins de santé publique, minimisant la singularité du patient et effectuant une sériation des victimes en fonction

de représentations pré - établies dont il s'avère complexe de démêler les modalités de leurs constitutions. Ainsi, l'organisation semble avoir traversé trois phases essentielles d'apprentissage : une phase en simple boucle (Argyris, Shon, 2002), où elle a été confrontée aux phénomènes de viols au sein de ses équipes initiant un début de considération de ces problématiques et permettant l'identification de cette forme particulière de violence au sein des contextes d'intervention. L'organisation a « fait face » selon la formule de Senge, (1991) confrontée de fait à des événements qu'elle a dû devoir adresser. Une phase en double boucle, où MSF interroge ses pratiques lors de l'intervention au Congo Brazzaville et notamment les motifs qui ont conduit l'organisation à délaisser dans un premier temps une partie de ses bénéficiaires potentiels (Le Pape, Salignon, 2001). Particulièrement sensible aux atteintes à l'image de l'organisation, la parution en 2002 d'un rapport produit par le Haut Commissariat aux Réfugiés et Save The Children, conduit également MSF à mettre en place des activités spécifiques de prise en charge médicales des victimes de viols.

Le scandale médiatique qui s'en est suivi met en cause le personnel de certaines ONGs dans des phénomènes d'abus sexuels en Afrique de l'Ouest⁵. Dans cette région au début des années 2000, notamment en Guinée, la problématique des violences sexuelles était présente dans de nombreux camps de réfugiés originaires du Libéria ou de Sierra Léone. A l'ouverture de certains de ces sites, les équipes médicales nationales et internationales effectuaient près de 3000 consultations par mois. Des rumeurs faisaient alors état d'un mal inconnu, un « Diable⁶ » qui s'avèrera être à posteriori des viols collectifs commis par les forces armées dans les camps. Ce n'est qu'après des mois et la brutale apparition de cette problématique dans la presse, qu'un programme de prise en charge médicale des conséquences du viol sera mis en place dans les pays de la Mano river⁷.

Le scandale de la Mano River, en ce qu'il a permis une mise en cause de l'organisation comme pouvant être un

des moteurs de ce type de violence a renforcé cette phase : l'image de MSF constitue le socle de l'ensemble des sections et a permis d'élargir ce questionnement à tout le mouvement. En cela, la décision du Conseil International entérine ce processus : en mettant le sujet des soins de santé aux femmes à l'ordre du jour des débats associatifs en 2004, l'organisation reconnaît le caractère lacunaire de ce type d'activités depuis plus de trente ans.

Le désarroi, exprimé par beaucoup de volontaires dans l'Est du Congo concernant la prise en charge médicale des victimes de viols est ainsi caractéristique de ce que peut représenter la confrontation à une forme d'altérité nouvelle, représentée par la figure atypique d'un patient qui énonce selon des codes sociaux singuliers la violence dont elle a fait l'objet ; il s'agit dès lors de construire du sens autour d'un exercice délaissé, la démarche clinique, irréductible aux grandes recommandations et autres documents de travail de l'organisation. Dans ce processus, devraient apparaître des formes de médiations, des passeurs de sens, pédagogues de l'altérité qui contribueraient à rendre signifiant la pose d'actes autour de phénomènes quelquefois situés dans les sphères de l'indicible. Violence banale ou extrême, individuelle ou sociale, elles sont souvent perçues comme des formes plus ou moins aiguës de déni d'humanité par une population dont l'exercice professionnel doit postuler nécessairement l'inverse.

Références

- Argyris, C. Shon D.A, (2002). Apprentissage organisationnel, Théorie, méthode, pratique, , Paris : De Boek Université.
- Audoin Rouzeau, S. (2005). *La violence de guerre au Xxème siècle, regard d'anthropologie historique, Les rendez-vous du CHEAr*, Ministère de la Défense, DGA, 20 janvier 2005.

- Brauman, R. (2006). *Penser dans l'urgence, parcours critique d'un humanitaire*, Paris : Seuil.
- Brownmiller, S. (1975). *Against our will*, New York : Simon and Schuster.
- Chaumont, J.M. (2000). *Du culte des héros à la concurrence des victimes*,, *Criminologie*, vol 33, n°1 page 167.
- Chaumont, J.M. (1997). *La concurrence des victimes, Génocide, identité, reconnaissance*, Paris : Edition la Découverte.
- Collette-Carrière, R. (1980). *La victimologie et le viol, un discours complice*, *Regards sur la victime*, *Criminologie*, volume 13, numéro 1, 1980, p. 72
- Duroch, F. (2008). *Résistances et appropriations institutionnelles des Organisations Non Gouvernementales autour de la notion de victimes de violences sexuelles, Le cas de Médecins Sans Frontières en République Démocratique du Congo*, Thèse de doctorat soutenue le 17 décembre 2008, Sous la direction de Charles Gardou, Université Lyon 2, Département des Sciences de l'éducation, Lyon.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité I, La volonté de savoir*, Paris : Gallimard.
- Heritier, F. (2002) *Masculin, Féminin II, Dissoudre la hiérarchie*, Paris : Editions Odile Jacob.
- Kaputo, S. (1974). *Phénomène ethnicité et Conflits Ethno-Politiques dans les Centres Urbains du Zaïre: Le cas du centre extra-coutumier de Bunia*, Dissertation présentée en vue de l'obtention du grade de Docteur en sciences politiques et Administratives, Directeur Jacques

Vanderlinden, Bruxelles, Université Libre de Bruxelles,
page 582

Le Pape, (M). , Salignon (P). (2001). *Une guerre contre les
civils*, MSF, Karthala, octobre

Mesnard, P. (2002) *La victime écran, la représentation
humanitaire en question*, Collection Paris : La discorde,
édition textuel.

Rieff, D. (2002). *A Bed For the Night: Humanitarianism in
Crises*, Paris : Le Serpent à Plumes.

Senge, P. (1991), *La cinquième discipline*, Paris: First.

Vigarello, G. (1998). *Histoire du viol*, Paris : Edition du Seuil,
Points.

Wieviorka, M. (2001). *Violence, action humanitaire et logique
politique*, *Revue l'Humanitaire*, N°3, Automne 2001,
page 87.

¹ Avec mes remerciements à l'ensemble des équipes nationales et
internationales de Médecins Sans Frontières pour l'aide médicale et sociale

apportée aux personnes victimes de violences sexuelles, notamment à l'est de la République Démocratique du Congo.

² Françoise Duroch travaille depuis 1995 avec Médecins Sans Frontières. Titulaire d'un Doctorat en Sciences de l'Education et d'un master 2 en Histoire, Droits et Droits de l'Homme, elle est spécialiste des violences faites aux femmes. Elle est actuellement coordinatrice de recherches et consultante pour différentes organisations non gouvernementales et institutions universitaires.

³ Communication privée

⁴ Jean-Hervé Bradol, Président de MSF, in Marc le Pape, Pierre Salignon (éds), *Une guerre contre les civils*, MSF, Karthala, octobre 2001, cité dans Messages, journal interne des Médecins Sans Frontières, Dossier : *L'offre de soins aux femmes*, N°130, mai 2004, page 4.

⁵ Les conclusions de ce rapport ont été invalidées quelques mois après.

⁶ Communication privée d'un cadre de MSF présent en Guinée à cette époque.

⁷ La section belge de MSF a ouvert des centres de soins pour les victimes de viol en Guinée, Sierra Léone et Libéria entre le printemps 2002 et 2004.