

ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES VIOLENCES SEXUELLES REÇUES AU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE (CHU) YALGADO OUEDRAOGO, BURKINA FASO.

Clinical and therapeutic aspects of sexual violence received at CHU Yalgado Ouedraogo, Burkina Faso).

Yobi Alexis Sawadogo¹, Issa Ouedraogo¹, Hyacinthe Zamane¹, Sibraogo Kiemtore¹, Dantola Paul Kain¹, Adama Ouattara¹, Charlemagne R. Marie Ouedraogo², Ali ouedraogo², Blandine Thieba².

1 : Maitre-assistant à l'unité de formation et de recherche en science de la santé Ouagadougou Burkina Faso, gynécologues obstétriciens ; **2** : Professeur titulaire en gynécologie obstétrique de l'unité de formation et de recherche en science de la santé Ouagadougou, Burkina Faso

Département de Gynécologie Obstétrique CHU Yalgado OUEDRAOGO ; 03 BP 7022 Ouaga 03 ; Avenue du Capitaine Thomas Sankara, Ouagadougou, Burkina Faso

Auteur correspondant : Dr SAWADOGO Yobi Alexis, 06 BP 10631 Ouaga 06 ; e-mail : sawalexis@yahoo.fr ; tel 00226 70251858

RESUME

Introduction : Les violences sexuelles constituent un problème de santé dont la prise en charge doit être adéquate et globale. Une stratégie préventive doit être menée afin de dissuader les potentiels agresseurs. Le but de l'étude était de décrire les cas de violences sexuelles reçus dans le Département de gynéco-obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO). **Patientes et méthode** : Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée descriptive couvrant une période allant du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2013. L'étude a concerné les présumées victimes de violences sexuelles reçues dans le département de gynécologie obstétrique du CHUYO et dont les dossiers étaient exploitables. **Résultats** : La moyenne d'âge des présumées victimes était de 16 ans avec des extrêmes allant de 03 ans à 32 ans. Le viol était le motif de consultation le plus fréquent (93,1%) et se déroulait nuitamment, généralement dans les domiciles. La lésion génitale la plus fréquente était les déchirures vulvaires (17,8%). La lésion non gynécologique la plus fréquente était les égratignures (10,9%). La prise en charge des victimes était essentiellement médico-chirurgicale. Le pronostic à court terme était favorable (100%). La prise en charge psychologique était marginale. **Conclusion** : Les violences sexuelles restent une préoccupation bien que sa fréquence soit faible. Ce fléau touche essentiellement les adolescentes. **MOTS CLES** : Violences sexuelles, lésions; prise en charge ; Ouagadougou.

ABSTRACT

Introduction: Sexual abuse is a health problem that needs to be adequately and comprehensively managed. A preventive strategy must be conducted to deter potential abusers. The purpose of the study was to describe the cases of sexual abuse received in the Department of Gynecology and Obstetrics at Yalgado Ouedraogo University Hospital. **Patients and method:** It was a retrospective and descriptive study covering a period from January 1, 2009 to December 31, 2013. The study involved victims of sexual violence received in the obstetrics and gynecology department of Yalgado OUEDRAOGO Hospital and whose files were usable. **Results:** The average age of alleged victims was 16 years, ranging from 03 years to 32 years. Rape was the most frequent reason for consultation (93.1%). It was practiced nightly, usually in the residences. The most common genital lesion was vulvar lacerations (17.8%). The most frequent of non-gynecological lesion was scratches (10.9%). The victims' support was essentially medical and surgical. The short-term prognosis was favorable (100%). Psychological support was marginal. **Keywords:** Sexual violence, lésions; médical care; Ouagadougou.

INTRODUCTION

La violence sexuelle est une violation flagrante des droits fondamentaux de l'homme. C'est une urgence médico-légale et psychologique [1]. Elle constitue une grave atteinte à l'intégrité physique, psychologique des victimes et présente de graves conséquences.

Selon l'OMS, la violence sexuelle couvre les actes allant du harcèlement verbal à la pénétration forcée, ainsi que des formes de contrainte très variées allant de la pression et de l'intimidation sociale jusqu'à la force physique [1]. Les violences sexuelles chez la femme constituent un problème mondial et restent une préoccupation majeure et permanente dans les pays africains du fait de

la fréquence des conflits armés et l'absence de statut juridique particulier à la femme [2]. Elles toucheraient entre 20 à 30 % des personnes au cours de leur vie [1,3, 4]. Sa prévalence serait de 59 % en Ethiopie [1]. Ce phénomène afflige profondément les victimes, leur famille et la communauté. Au plan de l'individu, les violences sexuelles ont de profondes répercussions sur le bien-être physique, émotionnel, mental et social de la victime.

Le présent travail avait pour objectif d'étudier la violence sexuelle dans le Département de gynécologie et obstétrique du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo, notamment ses aspects épidémiologiques, cliniques et

thérapeutiques dans le but de contribuer à sa lutte.

PATIENTES ET METHODES

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive à collecte rétrospective couvrant une période de cinq ans allant du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2013.

La population d'étude était constituée de toutes les patientes référées ou admises pour violences sexuelles au Département de gynécologie et obstétrique du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo durant la période d'étude. La définition appliquée pour considérer les cas de violence sexuelle était celle de l'OMS à savoir « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail » [1]

Tous les dossiers retrouvés des patientes référées ou admises pour des agressions sexuelles durant la période d'étude ont été inclus.

La collecte de données s'est faite à partir des registres d'admissions et des dossiers médicaux des patientes ayant consulté, ou admises en urgence pour agression sexuelle. Les variables étudiées étaient celles relatives aux caractéristiques sociodémographiques des patientes, aux aspects cliniques de la violence sexuelle ainsi que celles de la prise en charge.

La collecte des données a été faite sur des fiches anonymes et la confidentialité des données recueillies a été lors du traitement.

Il n'y a aucun conflit d'intérêt dans la réalisation de ce travail. Aucune structure n'a ni financé ni commandité ce travail.

RESULTATS

Fréquence des violences sexuelles : Au cours de la période de l'étude, 73 cas de consultations pour violences sexuelles ont été enregistrés sur un total de 34250 consultations d'urgence soit une fréquence de 0,2 %.

Caractéristiques socio démographiques des présumées victimes : L'âge des patientes de violences sexuelles variait de 03 à 32 ans avec une moyenne de 16 ans. Les patientes provenaient du milieu urbain dans 93,1%, du milieu périurbain dans 4,2% et du milieu rural dans 2,7% des cas. Plus du 1/3 des victimes étaient des enfants de moins de 14 ans. La répartition des patientes selon les caractéristiques des victimes est résumée dans le tableau I.

Tableau III: Répartition des patientes selon les caractéristiques des victimes (n=73)

Age	Effectif	Pourcentage
Moins de 9 ans	14	19,2
9-14 ans	23	31,5
15-20 ans	19	26
Over 20 ans	17	23,3
Total	73	100
Statut socioprofessionnel	Effectif	Pourcentage
Scolaire	31	48
Salariée	4	5,5
Aide ménagère	16	21,9
Sans emploi	4	5,5
Secteur informel	14	19,1
Total	73	100

Mode d'admission : Les patientes s'étaient présentées en consultation avec une réquisition de la police ou de la gendarmerie dans 71,2% des cas. Elles étaient venues seules dans 50,7% et dans les autres cas elles étaient accompagnées par les proches. Les motifs de consultation étaient la tentative de viol dans 6,9 % des cas et viol dans 93,1 %. Les autres types d'agressions sexuelles n'ont pas été reçus en consultation dans nos structures. Le délai de consultation était de moins de 24 heures dans 53,4 % des cas (39 cas), supérieur à 72 heures dans 27,3 % des cas. Il était compris entre 24 et 72 heures dans 14 cas (19,1%).

Caractéristiques de l'agressions sexuelle : L'agresseur était solitaire dans 75,3 % des cas. Deux agresseurs avaient été identifiés dans 10,9 % des cas et plus de 2 dans 13,8 % des cas. Dans la majorité des cas l'agresseur était un inconnu de la victime (confère figure 1)

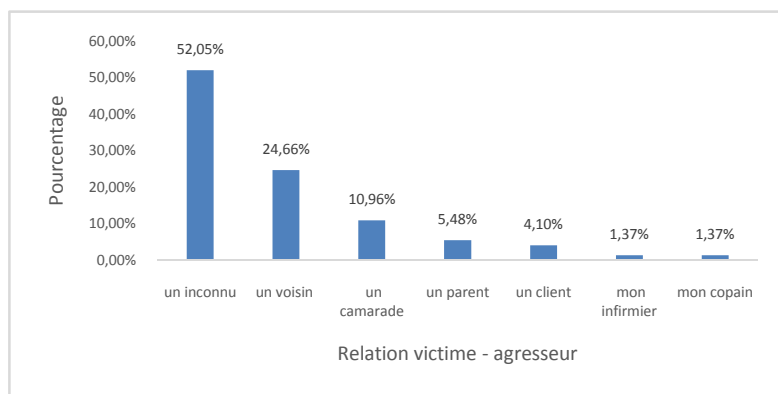


Figure 2: Répartition des patientes selon la relation entre l'agresseur et la patiente (n=73).

La voie de pénétration était vaginale dans 85,8 % des cas, anale 1 cas, la voie orale 3 cas, la combinaison vagin - anus 2 cas, vagin - bouche - anus 1 cas, vagin - bouche 3 cas.

Dans 82,5% des cas, les patientes déclaraient que leur agresseur n'avait pas porté de préservatif. Dans 59,4 % des cas l'agression s'est faite nuitamment entre 18 heures et 6 heures du matin. L'agression a eu lieu dans les domiciles (70,6 %), les espaces vides (22,1%), les lieux de travail (4,4%) et dans les hôtels /motels /auberges (2,9%). Aucune arme n'a été utilisée dans 76,4 % des cas. Une arme blanche aurait été utilisée dans 12,5% des cas et une arme à feu dans 11,1%.

Examen clinique : Les plaintes notées étaient la douleur vulvaire dans 34,2 % (25 cas), les leucorrhées dans 28,8%, l'hémorragie génitale dans 14,1% (11 cas), la perte de connaissance initiale dans 8 cas et l'anxiété dans 6 cas. L'hymen portait des lésions anciennes dans 57,7%, des lésions récentes dans 13,7 % et était intact dans 28,8%. Il a été noté un cas de déchirure anale et 2 cas de fissures anales. Les lésions des organes génitaux externes décrites sont résumées dans le tableau II.

Tableau II : Répartition des patientes selon l'état des organes génitaux externes au moment de l'examen gynécologique (n=73).

Organes génitaux externes	Effectif	Pourcentage
Eraillure-déchirure	13	17,8
Erosion	2	2,7
Erythème	2	2,7
Intact	53	72,6
Lacération	2	2,7
Tuméfié	1	1,4
Total	73	100

L'examen au speculum notait une abrasion du vagin dans un cas, 2 cas de déchirure vaginale, un cas de lésion cervicale et 2 cas d'ecchymose du col. Des lésions physiques non génitales ont été observées. Il a été noté des égratignures au dos (8 cas), une plaie cutanée dans 5 cas, une contusion de l'épaule dans un cas. L'état psychologique était visiblement perturbé dans 22,2% des cas.

Bilan paraclinique : Le test immunologique urinaire de grossesse a été réalisé chez 32 patientes à l'admission. Il avait été noté 4 résultats positifs. Le prélèvement vaginal notait la présence de spermatozoïdes dans 6 cas sur 26 et de germes dans 61,1 % (15/26) dont le Chlamydia Trachomatis, le gonocoque et le candida albicans.

Les sérologies VIH, syphilitique et de l'hépatite B étaient positives respectivement dans 1 cas sur 39 ; 1 cas sur 25 et 5 cas sur 24.

Prise en charge et pronostic : L'antibiotique était prescrit dans 31,5 % des cas (23 patientes), un antiseptique local dans 14 cas,

un antalgique associé à un anti-inflammatoire dans 11 cas, un hémostatique dans 3 cas, un antifongique local dans 5 cas. Un tamponnement et une suture vaginale ont été réalisés dans 2 cas chacun. Une contraception d'urgence a été prescrite dans 35,6% des cas.

Afin de bénéficier d'une évaluation d'exposition aux liquides biologiques en vue d'une éventuelle prophylaxie antirétrovirale, 48% des patientes ont été référées en médecine interne. Toutes les patientes qui avaient des répercussions psychologiques évidentes (22,2% des patientes) ont bénéficié d'une assistance psychologique.

Le suivi médical et psychologique a été effectif dans 9,7% des cas. Ces patientes ont réalisé leur bilan biologique et sérologique de contrôle. Dans 35,6% des cas les patientes ont récupéré main à main leur certificat médical.

DISCUSSION

Les violences sexuelles représentaient 0,2% des admissions au département de gynécologie-obstétrique du CHU-YO. Cette fréquence est presque similaire à celles de Faye-Dieme et coll. au Sénégal, de Nguessan et al en Côte d'Ivoire qui trouvaient respectivement 0,4%, 0,68% [2, 5]. Traoré au Mali relevait une fréquence plus élevée de 3,12 % [6]. Cette faible fréquence s'explique par le fait que beaucoup de victimes se ne présentent pas dans les services de santé. Selon l'OMS, les raisons sont entre autres, les systèmes de soutien inadaptés, la honte, la crainte ou le risque de représailles, la crainte ou le risque d'être blâmées ou accusées. Selon la même source, les meilleures données de prévalence sur la violence sexuelle proviennent d'enquêtes en population [1]. Les rapports de police et les études émanant du milieu clinique et d'organisations non gouvernementales constituent des sources de données sur la violence sexuelle, mais comme seule une faible proportion de cas sont signalés dans ces milieux, la prévalence est sous-estimée [1].

L'âge des victimes variait de 3 ans à 32 ans avec une moyenne de 16 ans qui est identique à celle de Traoré au Mali [6]. Dans la série de MBacké Leye [7], l'âge moyen était de 12,3 ans \pm 3 ans. Les patientes avec un âge compris entre 10 et 21 ans représentaient 57,5%. Il est inférieur au résultat de Buambo-Bamanga [8] qui est de 66,7%. Selon Jaspard et coll. [9] partout, ce sont les femmes les plus jeunes qui subissent le plus de violences, quelle qu'en soit la nature. La tranche d'âge des moins de 9 ans représentait 19,2%. Ce résultat est inférieur à celui de Buambo-Bamanga [8]. La curiosité sexuelle des garçons de leur âge et le manque d'éducation sexuelle pourrait expliquer cet état de fait. Dans la moitié des cas les présumées victimes étaient venues d'elles-mêmes au

département de gynéco-obstétrique du CHU-YO. Ce résultat est sensiblement le même que celui de Traoré A qui trouvait 54,8% des patientes accompagnées par un parent et 44,3% des patientes venues d'elles-mêmes [6]. Les présumées victimes étaient munies d'une réquisition dans 71,2% des cas. Traoré au Mali avait noté 94% [6]. Selon Jaspard et coll., après une agression physique dans l'espace public, les principaux recours consistent à aller au commissariat, à la gendarmerie ou à saisir directement le procureur de la République, mais pour les agressions sexuelles, ces recours sont environ dix fois plus rares [9]. Les victimes ayant consulté en moins de 24 heures étaient de 55,7% des cas. Ce taux est supérieur à celui de Buambo-Bamanga [8] (24,4%) mais inférieur à celui de N'Guessan [2] (80,6%). Le recours précoce à la consultation favorise une meilleure prise en charge et contribue de situer les responsabilités plus efficacement. Pour les plus jeunes la non révélation de l'agression aux parents allonge le délai de consultation.

Le viol a été le type de violences sexuelles le plus représenté avec un taux de 93,1 %. C'est le même constat fait par d'autres auteurs [2, 6-8]. Les autres types d'agressions tels le harcèlement sexuel, les attouchements, l'exhibitionnisme n'exigent pas une consultation médicale.

Le plus grand nombre d'agressions sexuelles se produisaient la nuit (59,4 %). Au Mali ce taux était de 72,28% [6]. Cela pose le problème de l'obscurité et de l'insécurité dans les quartiers de nos villes. Au Sénégal par contre le jour était le moment de prédilection des viols [5, 7]. Dans 70,6% des cas, les agressions sexuelles se passaient dans les domiciles le plus souvent par les voisins.

La voie vaginale était la plus utilisée par les agresseurs (85,7%). C'est le même constat fait par la plupart des auteurs [2,5-8]. Cela paraît normal du fait que le vagin est la voie sexuelle habituelle. L'utilisation des autres voies constituent des déviances si l'on se réfère aux valeurs culturelles de nos pays. D'ailleurs l'utilisation de ces voies expose à plus de risque de transmission de maladies comme le VIH.

Le viol aurait été pratiqué dans 75,3% des cas par un agresseur solitaire comme dans beaucoup de séries [2, 5, 6]. Une de nos patientes aurait été violée par un groupe d'agresseurs de 10 personnes. Dans les viols collectifs, il est connu que le risque d'infections et de traumatismes graves s'accroît en fonction du nombre d'agresseurs. Les agresseurs étaient des inconnus de la victime dans la majorité des cas (52,05%) contrairement à des études menées en Europe et dans certains pays africains qui retrouvaient que les agresseurs sont rarement des inconnus [5-

10]. La proximité de l'agresseur, avec sa victime rend celle-ci vulnérable. L'agresseur dans ce cas profite de la naïveté de sa victime puis cherche l'instant et le lieu propices pour commettre son acte.

Le signe fonctionnel prédominant était la douleur vulvaire avec une proportion de 34,2%. Le réseau national des centres d'écoute sur les violences contre les femmes « BALSAM » en Algérie avait noté que la douleur est le signe le plus fréquent dans les violences sexuelles avec un taux de 30% [11]. Cette douleur, notamment chez les enfants de moins de 9 ans peut constituer, une circonstance de découverte de l'agression sexuelle. En effet les boiteries, les pleurs pourront alerter les parents pour une investigation. L'examen gynécologique avait révélé que 60,9% des victimes présentaient des lésions anciennes de l'hymen et auraient perdu leur virginité. Chez ces victimes, aucune lésion nouvelle n'était associée. Traoré au Mali [6] avaient noté l'absence de lésion dans 76,4% des cas. Dans ce cas la recherche de spermatozoïdes s'avère important. Dans 14,5% des cas, les victimes avaient une déchirure hyménale nouvelle. Ce taux est similaire à celui de Traoré au Mali qui était de 13,48% [6]. Il a été noté des déchirures des commissures vulvaires dans 17,8% des cas ainsi que des parois vaginales dans 4,1% des cas. Cela pourrait témoigner de la brutalité avec laquelle l'acte sexuel a été commis. Ces déchirures provoquent des hémorragies. Les lésions corporelles non génitales étaient peu retrouvées. Ces résultats expliqueraient le fait que les victimes pour une raison ou une autre, n'ont peut-être pas opposé une grande résistance à l'agresseur.

Dans notre étude 22,2% des patientes avaient un état psychique perturbé à l'admission. Selon Mbassa-Menick et coll, sur 17 victimes d'abus sexuels, toutes, ont présenté des symptômes psychiques et somatiques [12]. N'Guessan notait 77 % de perturbation psychologique [2]. Dans notre contexte l'évaluation psychologique appropriée n'est pas appliquée, pouvant expliquer ce faible taux dans cette étude.

Il serait donc important que l'état psychosomatique et affectif soit bien évalué dès le départ après une violence sexuelle et bénéficier d'une surveillance adéquate. L'impact de la violence psychique pourrait s'avérer plus destructeur que l'agression sexuelle physique elle-même. Les violences sexuelles ont le triste privilège de partager avec les tortures le palmarès des violences les plus graves, les plus destructrices et les moins dénoncées. Elles ont les conséquences psychiques et physiques les plus durables et les plus importantes [3, 4].

Outre la prise en charge médicamenteuse, une assistance psychologique est indispensable en cas d'agression sexuelle. Dans notre série, seulement 22,2% des patientes ont bénéficié de cette assistance à l'admission. Ce taux est très bas par rapport à d'autres études [2, 12]. Comme dit plus haut, il pourrait s'agir d'une sous-estimation du retentissement psychologique du fait d'une insuffisance dans l'évaluation ou d'une prise en charge non holistique des victimes contrairement à une approche d'intégration des soins.

CONCLUSION

Les violences sexuelles restent une préoccupation dans le département de gynécologie obstétrique bien que sa fréquence soit faible. Ce fléau touche essentiellement les adolescentes. Une stratégie de protection préventive sur le plan individuel, familial et même national à l'endroit des enfants, doit être menée rigoureusement. La prise en charge des cas devrait être améliorée en prenant plus en compte le volet psychologique dans le cadre d'une approche holistique.

REFERENCES

1. OMS Violences sexuelles, 2012. Disponible sur internet <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/fr/index.html> Consulté le 15/12/2017
2. N'Guessan K, Bokossa M, Boni S, Kone N, Bohoussou K. Les violences sexuelles chez la femme : Une réalité africaine. *Méd Afr noire* 2004, 51(5) : 306-10
3. Salmona M. Le livre noir des violences sexuelles. Collection Hors collection Dunod, 2013, 360 pages
4. Salmona M. Violence sexuelle in *Mémoire traumatique et victimologie*, 2010. Disponible sur internet <http://www.memoiretraumatique.org/memoire-traumatique-et-violences/violences-sexuelles.html>. Consulté le 15/12/2017
5. Faye Dieme M.E ; Traoré A.L, Gueye S.M.K, Diouf A, Moreau J.-C. Profil épidémiologique et prise en charge des victimes d'abus sexuels à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar. *J. Gynecol. Obst Biol Reprod.* 2008 ; 37(4), 358- 64,
6. Traore Y, Mounkoro N, Tégoué I, Djire M Y, Diallo A, Bagayogo Met al. Aspects cliniques et médico-légaux des agressions sexuelles au CHU Gabriel TOURE. *Mali Médical.* 2010 ; 25(3) : 27-30.
7. Mbacké Leye, M., Faye, A., Wone, I., Diedhiou, D., Diongue, M., Niang, K .. & Dia, A. Étude des déterminants de viols chez les mineurs dans la région de Kolda au Sénégal. *Santé Publique*, 2014 ; 26,(1), 131-8. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-1-page-131.htm..>
8. Buambo-Bamanga SF, Oyere-Moke P, Gnekoumou AL, Nkihouabonga G, Ekoundzola JR. Violences sexuelles à Brazzaville. *Cahier d'études et de recherche francophones/santé.* 2005 ; 15(1) : 31-6
9. Jaspard M., Chetcuti N. Violences envers les femmes : deux pas en avant trois pas en arrière. Collection Bibliothèque du féminisme, Edition l'Harmattan, 2006.
10. Gigandet M L., Seitenfus A., Terzidis ML., Vaconcelos. Violence sexuelle contre les femmes que faire ? La violence est inacceptable, Genève 2010. Disponible sur internet <https://www.ge.ch/egalite/doc/publications/violence/violences-sexuelles.pdf> consulté le 15/12/2017.
11. Balsam Les violences contre les femmes en Algérie, réseau national des centres d'écoutes, septembre 2010. <http://www.genreenaction.net/IMG/pdf/balsam2010.pdf> consulté le 15/12/2017
12. Mbassa-Menick D, Ngoh F. Réconciliation et/ou médiation comme voies de recours en cas d'abus sexuel sur mineures au Cameroun. *Médecine tropicale* 1999 ; 59 (2) : 161-4