

Agressions sexuelles à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

D. A. SOMÉ^{1,2}, S. OUATTARA^{1,2}, N. SIOHO¹, A. DEMBÉLÉ¹, E. G. DA¹,
A. J. BAZIÉ¹, M. BAMBARA^{1,3}, B. DAO^{1,2,3}

Résumé

Les agressions sexuelles constituent un problème de santé publique. C'est un phénomène tabou dont seuls les cas jugés graves accèdent aux formations sanitaires. Notre étude a pour objectifs de décrire les cas d'agressions sexuelles reçus dans un hôpital universitaire et d'analyser leur prise en charge.

C'est une étude rétrospective descriptive allant du 1^{er} mars 2007 au 29 février 2008, réalisée aux urgences gynécologiques du Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou (CHUSS). Quatorze cas de « viol », « suspicion de viol » ont été collectés. Les données ont été analysées grâce au logiciel Epi Info version 6.0.

Onze patientes avaient moins de 18 ans. Après l'agression, la moitié des patientes s'est confiée à un parent (7/14). Le délai de consultation était 8,2 jours \pm 16,94 (extrêmes 3 heures, 6 mois). Elles étaient agressées nuitamment (8 cas) par un groupe de 2, 3 personnes (3 cas) ou par un individu (11 cas). Six agresseurs ont été reconnus. Six patientes présentaient des plaies vulvovaginales. Pour la contraception d'urgence, une ordonnance leur a été remise ; pour la prophylaxie de l'infection VIH, les patientes ont été reorientées vers un autre service. Le soutien psychologique n'a été précisé dans aucun dossier. Les difficultés de soins sont précisées à travers trois cas cliniques.

La prise en charge des cas de viol devrait être pluridisciplinaire, les médicaments et examens d'urgence accessibles sur place.

Mots-clés : agressions sexuelles, urgence, agresseurs, CHUSS.

Sexual aggressions in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Abstract

Sexual aggressions are a public health problem. It is a taboo phenomenon and only patients seriously affected are led to health centres'. The objectives of this study are to describe the sexual aggressions registered in teaching hospital and to analyse their management.

We led a retrospective descriptive study from March 1st 2007 to February 29th 2008. It took place at the emergency section of the department of gynaecology, in the Teaching University Hospital Souro Sanou, of Bobo-Dioulasso. Fourteen cases of « rape » or « suspected rape » were collected. We did the analysis with software Epi Info 6.0.

¹ Département de Gynécologie, d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction, CHU-SS Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

² Institut Supérieur des Sciences de la Santé (INSSA), Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso, (UPB), Burkina Faso.

³ Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS), Université de Ouagadougou, Burkina Faso.

Eleven patients were less than 18 years old. After the rape, half of the patients (7/14) contacted first a parent. The consultations occurred within an average of 8.2 days \pm 16.94 (1 between 3 hours and 6 months). They were raped by night (8 cases) by a group of 2 or 3 persons (3 cases) or one aggressor (11 cases). Six of these 11 aggressors were recognized by their victims. Six patients got vulvar and vaginal wounds. But patients received medical prescription for emergency contraception; regarding to prophylaxis of HIV infection, victims were directed towards another department section. There was not any psychological assistance registered. We relate clinical cases showing difficulties that victims have to go to hospital. Victims of rape should be managed by multidisciplinary specialists, the drugs and emergency lab exams should be within the reach of nurses and medical doctors

Keywords: sexual aggression, emergency, aggressors, CHUSS.

Introduction

Les violences sexuelles sont des pratiques sexuelles effectuées contre la volonté d'une personne (LINET, 2004). Elles revêtent plusieurs aspects qui peuvent s'associer à des degrés divers : agressions physiques simples sans pénétrations sexuelles, violences physiques avec pénétration sexuelle, agressions verbales. Ces pratiques sont déplorées dans toutes les sociétés. Les femmes de tous âges y sont exposées. Les agresseurs, des hommes le plus souvent, peuvent être seuls ou en groupe. L'OMS estime qu'au moins 20 % des femmes dans le monde ont subi au cours de leur vie des sévices corporels ou sexuels (OMS, 1997). Aux Etats Unis, les femmes victimes d'agressions sexuelles sont estimées à 17 millions (BECHTEL *et al.*, 2008). Les fillettes et les adolescentes ne sont pas épargnées. Chez 1/3 d'entre elles, la première expérience sexuelle leur a été imposée (OMS, 2002).

Cette forme de violence porte atteinte à l'honneur et à l'intimité de l'individu et de la famille. Ce qui pourrait expliquer son caractère tabou dans nos sociétés. Sa fréquence est donc sous-estimée, voire méconnue dans de nombreux pays. En Afrique du sud, 2 378 victimes d'agressions sexuelles ont été reçues de 2001 à 2006 au centre de Sinawe (BEEL, 2008). Et sur le plan national, 52 733 cas de viols ont été reportés en 2003-2004 (COX, 2007). Seule une victime sur 10 porterait plainte (LINET, 2004). Les études réalisées au Burkina Faso révèlent la sous-représentation des cas d'agressions sexuelles comme motif de consultation ou de plaintes (LANKOANDÉ, 1995 ; TOURÉ, 2002 ; AKOTIONGA, 2002 ; OUÉDRAOGO épouse KYELEM, 2007). Le sujet est préoccupant et interpelle davantage tout professionnel de santé ; sa prise en charge est délicate. Les agents de santé représentent pour beaucoup de femmes, le seul lien avec les services publics pouvant leur offrir soutien et information. Au CHUSS de Bobo-Dioulasso, l'ampleur du phénomène n'est pas connue. Le but de ce travail est d'étudier les cas de viols reçus au CHUSS afin de contribuer à une meilleure organisation de leur prise en charge.

Nos objectifs sont de décrire le profil des patientes, d'analyser les circonstances des agressions, de décrire les lésions cliniques, les soins administrés et l'itinéraire thérapeutique.

Patientes et méthodes

C'est une étude rétrospective descriptive transversale allant du 1er mars 2007 au 29 février 2008. Elle a été réalisée au Centre Hospitalier Universitaire de Bobo-Dioulasso, au Département de Gynécologie, d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction (DGOMR). La population cible est constituée de toutes les femmes victimes d'agression sexuelle à Bobo-Dioulasso. La popula-

tion source a été tous les cas d'agressions sexuelles notifiés au CHUSS. Nous avons réalisé un échantillonnage aléatoire systématique des cas enregistrés aux urgences gynécologiques pendant la période de l'étude. Toute patiente ayant consulté pour pratiques sexuelles sans consentement telles que « viol », « suspicion de viol », « abus sexuel », ou « agression sexuelle » était éligible. Celle dont le dossier médical n'était pas retrouvé ou dont les informations écrites dans le dossier étaient jugées inexploitable, devait être écartée. Au total, nous avons colligé 14 patientes, toutes retenues pour l'étude. Les données ont été recueillies par analyse documentaire à partir de ces dossiers et des registres à l'aide d'un questionnaire écrit validé par un pré-test. Pour chaque cas, nous avons précisé l'âge de la patiente, sa principale occupation, le nombre des agresseurs, le moment et le type de l'agression, le délai de consultation, les résultats de l'examen clinique et le traitement préconisé. Les données ont été traitées et analysées grâce au logiciel Epi-Info version 6.0.

Résultats

Profil des patientes

Pendant la période d'étude, 64 urgences gynécologiques ont été répertoriées. L'incidence des cas d'agressions sexuelles parmi les consultations gynécologiques d'urgence au CHUSS a été 22 % à la période d'étude.

L'âge moyen était 15,7 ans \pm 8,772 (extrêmes 4 ans et 41 ans). Onze patientes étaient des mineures dont 9 n'avaient pas 16 ans. Douze patientes résidaient dans la ville de Bobo-dioulasso.

On comptait une seule femme mariée, les 13 autres vivaient chez leurs parents.

L'occupation principale était précisée pour 9 patientes. Les élèves étaient plus nombreuses (6), suivies des travailleuses du secteur informel (3) et une femme au foyer.

Les agresseurs

Au total 19 agresseurs ont été cités par les 14 présumées victimes. Ils étaient en groupe de deux personnes (1 cas) ou de trois personnes (2 cas). Lors de ces agressions collectives, aucun des membres des groupes n'avait été identifié. Onze patientes ont rapporté avoir été agressées par une seule personne. Cette dernière était identifiée dans plus de la moitié des cas (6 cas sur 11) : il s'agissait d'un ami (2), d'un voisin (2), d'un oncle (1) ou d'un client (1) de la victime.

Les agressions

Types d'agressions

Un même agresseur, de façon isolée (9 cas) ou répétée (2 cas), pouvait obtenir des relations sexuelles non consentantes avec sa victime : une adolescente a déclaré avoir été séquestrée et contrainte aux relations sexuelles répétées pendant plusieurs jours ; une autre aurait été abusée par son oncle à 2 reprises. Les rapports sexuels subis par 11 patientes ont été complets et sans préservatifs. Parmi ces 11 victimes, 6 ont été forcées d'avoir 2 à 3 coïts pendant la même scène soit avec des individus différents (4 cas) soit avec le même individu (2 cas).

Les stratégies

Les stratégies les plus rapportées étaient les menaces verbales ou à armes blanches (3 cas), les violences physiques (3 cas) et les flatteries à base de petits cadeaux (2 cas).

Les circonstances

La moitié des agressions sexuelles a eu lieu entre les mois de juillet et septembre. L'heure de l'agression sexuelle était connue pour 9 patientes. Les agressions sexuelles ont lieu souvent la nuit, entre 18 heures et 23 heures (6 patientes) ou entre 0 heure et 5 heures (2 cas). Aucun cas n'a été rapporté entre 6 heures et 11 heures. Le lieu des faits était précisé dans 9 dossiers. Les abus sexuels avaient lieu dans des maisons d'habitation autres que celles des victimes (5 cas), dans la nature (2 cas) ou dans un hôtel (2 cas).

Difficultés de recours aux soins

Le délai de consultation et itinéraire de soins

Le délai moyen de consultation a été 8,2 jours, avec des extrêmes de 3 heures et 6 mois (figure 1). Neuf patientes ont consulté directement au CHUSS, amenées par leurs parents (6) ou venues d'elles-mêmes (3). Quatres ont d'abord consulté au premier niveau de soins (CSPS) avant d'être référées au CHUSS. Une patiente a été examinée au CSPS puis au CMA, deuxième niveau de soin, avant d'être référée au CHUSS. L'accès à une structure de soins a été tardif pour les victimes adolescentes ou sous tutelle. Les raisons sont expliquées dans les cas cliniques ci-dessous :

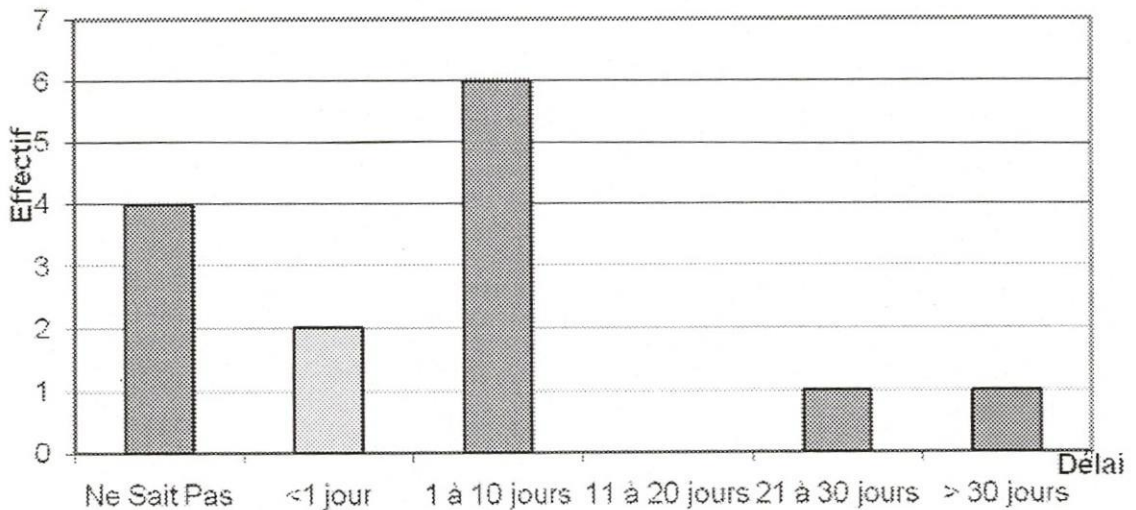


Figure 1. Répartition des patientes selon le délai de consultation.

Cas cliniques

Cas clinique 1

M.V., 13 ans, déclare avoir été abusée par un voisin de concession à deux reprises le premier jour. Elle aurait ensuite été attachée et séquestrée au lieu de travail dudit violeur. Le jour suivant, ce dernier aurait abusé sexuellement d'elle de nouveau. Elle a réussi à s'échapper, puis a raconté les faits à ses parents qui l'ont amenée en consultation d'urgence au CHUSS 8 jours après le dernier rapport sexuel non consentant.

Cas clinique 2

D.M., 10 ans, aurait été violée par son oncle qui l'aurait menacée et l'obligée à se taire. D.M. respecta la consigne. Trois jours plus tard, l'oncle récidiva. Après une semaine d'hésitation, D.M. se confia à sa grand-mère. Celle-ci la menaça également et lui intima de ne plus jamais en parler. D.M. finit par se confier à sa tante qui l'amena en consultation au CHUSS 10 jours après le dernier acte sexuel incestueux.

Cas clinique 3

S.A., 15 ans, dit avoir été victime de viol commis par un voisin du quartier. Elle se serait confiée à sa tutrice 15 jours après les faits. Cette dernière n'entrepris aucune action. S.A. quittera le domicile de sa tante où elle vivait et se refugia dans un « Centre d'accueil pour filles en difficulté ». Elle sera amenée en consultation par des acteurs du centre pour suspicion de viol 6 mois après les faits.

Lésions cliniques et prise en charge à l'admission

Sur le plan clinique, 6 patientes avaient des plaies hyménales, labiales ou vaginales.

Ces lésions ont nécessité une réparation sous anesthésie générale au bloc opératoire chez l'une d'entre elles. Les traitements préventifs prescrits étaient la contraception d'urgence chez les patientes pubères reçues dans les 72 heures (6 personnes) et les antirétroviraux chez 8 patientes reçues dans 72 heures. Les examens paracliniques étaient la sérologie HIV (14), la sérologie de l'hépatite B (12), la sérologie syphilitique (8), le test immunologique urinaire de grossesse (7) et le prélèvement vaginal (5) pour recherche de spermatozoides. Cinq patientes ont rapporté les résultats des examens prescrits à l'admission. Seul un examen de prélèvement vaginal a retrouvé des rares spermatozoïdes. Tous les autres examens étaient normaux.

Quant aux traitements prophylactiques prescrits (contraception d'urgence et antirétroviraux), aucune information écrite ne pouvait confirmer qu'ils ont été administrés.

Dix patientes ont déclaré qu'elles allaient déposer une plainte à la justice. Mais seulement trois d'entre elles ont récupéré le certificat médical rédigé à cet effet. Au rendez-vous de suivi, fixé dans un délai de trois mois, aucune patiente n'était revenue.

Discussion

Notre série de 14 cas pourrait ne refléter que les cas jugés graves par les parents, mais aussi par les agents de santé qui réfèrent. Mais au Burkina Faso comme ailleurs, des auteurs rapportent des effectifs comparables (LANKOANDÉ *et al.*, 1995; TOURÉ *et al.*, 2002 ; AKOTIONGA *et al.*, 2002 ; COX *et al.*, 2007. Les violences sexuelles restent un sujet tabou en Afrique subsaharienne. L'étude de Ouédraogo en 2007 n'a recensé que 100 cas au CHUYO sur une période de 6 ans (OUÉDRAOGO épouse KYELEM, 2007). La honte, la dévalorisation ou la crainte de représailles de la part de l'agresseur sont les principaux motifs du silence (LANKOANDÉ *et al.*, 1995). Et pour des patientes souvent mineures (2/3 dans notre série), ce sont les parents qui décident de la nécessité de consulter. La proportion élevée des enfants parmi les cas d'agressions sexuelles est rapportée par plusieurs auteurs sur des échantillons plus grands (BEEL, 2008 ; HEISE *et al.*, 2004 ; OMS, 2005). Dans la série de Beel en Afrique du Sud, les victimes qui n'avaient pas 20 ans représentaient 70,9 % d'un échantillon de 2 378 individus (BEEL, 2008). Cette pro-

portion élevée des enfants dans notre étude est comparable aux résultats de Lankoandé, Touré et Ouédraogo (LANKOANDÉ *et al.*, 1995 ; TOURÉ *et al.*, 2002 ; OUÉDRAOGO épouse KYELEM, 2007). Elles sont faciles à influencer surtout quand l'agresseur est de son entourage. La simple peur d'être battues les contraint à se soumettre (JEWKES, 2001). Par contre, nous ne pensons pas que les violences sexuelles subies par les femmes adultes soient si rares à Bobo-Dioulasso, seulement 4 cas sur 14. Les principales raisons de cette sous représentation pourraient être la honte et la dévalorisation (LANKOANDÉ *et al.*, 1995) ou le risque de perdre son foyer ou son ami. Une enquête réalisée chez 1 004 femmes en Tanzanie, révèle que seulement 20 % d'entre elles ont avoué n'avoir jamais été violées. Mais seulement une femme sur dix en fait la révélation à la police (MUGANYIZI *et al.*, 2004).

Pour 14 victimes, nous avons répertorié 19 agresseurs. Seulement 6 patientes ont reconnu leurs agresseurs. Cette proportion est faible par rapport aux données de la littérature qui précisent que 74 à 92 % des victimes reconnaissent leurs agresseurs (COX *et al.*, 2007 ; LANKOANDÉ *et al.*, 1995 ; MUGANYIZI *et al.*, 2004).

Dans notre série, la crainte de dévalorisation, de stigmatisation ou de représailles peut avoir été un motif de refus volontaire de dénonciation des agresseurs auprès des agents de santé.

Notre résultat s'explique aussi par la proportion élevée des victimes jeunes (10/14), la survenue nocturne de la plupart des agressions, entre 18 h et 23 h (6 cas sur 9), les menaces et violences physiques employées (6 cas sur 10) et les viols collectifs (3 cas sur 14).

Selon l'OMS, les viols collectifs sont pourtant moins fréquents, 1 cas sur 10 (OMS, 2005) ; ils ont lieu avec des patientes adultes et les agresseurs sont souvent de petits amis ou des pairs délinquants (OUIMETTE *et al.*, 1998). Nos résultats corroborent cette affirmation car lors de 2 viols collectifs, les agresseurs étaient des camarades de leur victime. Quant aux viols répétés, ils impliquent en général les gens qui sont des proches des victimes. Dans notre étude, nous avons retrouvé un oncle qui a abusé deux fois de sa nièce de 10 ans en lui proférant des menaces. Le respect de la personne adulte par les plus jeunes et la crainte des représailles entretiennent le mutisme des victimes (JEWKES, 2001).

Les viols ont le plus souvent eu lieu ailleurs qu'au domicile de la victime (9 cas sur 14), contrairement aux résultats de Cox (COX *et al.*, 2007). Dans cette étude de Cox, les victimes avaient leur propre habitation. Alors que dans notre série, 12 patientes vivaient chez leurs parents ou tuteurs et une autre dans un foyer conjugal. Selon le rapport mondial de l'OMS sur la violence et la santé (OMS, 2002), trois formes de violences sexuelles ont été révélés par notre étude. Il s'agit des viols commis par des étrangers, des violences sexuelles exercées contre les enfants et de la négation du droit d'utiliser la contraception ou de se protéger contre des infections sexuellement transmissibles.

La prise en charge des patientes s'est limitée seulement au traitement des lésions anatomiques ; les médicaments pour la contraception d'urgence et les antirétroviraux ne sont pas disponibles sur place. Le soutien psychologique, indispensable pour ces patientes, n'est pas non plus intégré dans les soins. Malgré l'insuffisance en personnel qualifié et l'urgence de la consultation, ces victimes devraient également bénéficier, dans notre contexte, d'une consultation par un psychologue.

Ces insuffisances dans les soins, pourraient expliquer certains retards à la consultation. En effet, seulement 4 personnes ont consulté dans les 24 heures et sans avoir fait leur toilette intime. Mais d'autres raisons sont possibles : l'absence de structure adéquate de prise en charge, la nécessité pour

les agents de santé de respecter le circuit traditionnel de soins ou la réticence de la famille à cause du poids socioculturel ou de la honte. Le délai moyen de consultation a été de 8,2 jours (extrêmes 3 heures et 6 mois) et 5 patientes ne sont pas arrivées directement au CHUSS. Ces comportements suggèrent que les parents ignorent les conséquences des sévices sexuels sur la personnalité et le comportement ultérieurs des victimes. Les répercussions mentales des violences sexuelles sont profondes, immédiates ou tardives (JEWKES, 2001). Elles sont toujours graves et peuvent durer longtemps (ACIERNO, 1999) entraînant un risque permanent de suicide (OMS, 2005). Pour toutes ces raisons, les soins d'urgence chez ces patientes doivent systématiquement intégrer une prise en charge psychologique. La mise en place des centres pluridisciplinaires qualifiés et accessibles pourrait inciter les victimes à consulter rapidement et en plus grand nombre.

Conclusion

Seuls les cas de viols jugés graves sont référés au centre hospitalier. Onze patientes sur les 14 sont des enfants et des adolescentes pour qui cette agression sexuelle a constitué malheureusement la première expérience sexuelle. La gestion de ce traumatisme psychologique et physique mérite d'être organisée au plan national en identifiant des équipes de références pluridisciplinaires compétentes dotées de kits d'urgence gratuits

Références bibliographiques

- ACIERNO R., 1999. Risk factors for rape, physical assault, and post-traumatic stress disorder in women : examination of differential multivariate relationships. *Journal of anxiety disorders*. 13/541-563.
- AKOTIONGA M., KABA T., THIÉBA B., MILLOGO F., LANKOANDÉ J., KONÉ B., DÉCEMBRE 2002. Viol dans la ville de Ouagadougou. A propos de 40 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo. SAGO, Livre des résumés, Ouagadougou, p. 121.
- BÉCHTEL K., RYAN E., GALLAGHER D., 2008 Jul. Impact of sexual assault nurse examiners on the evaluation of sexual assault in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*.24 (7):442-7.
- BEEL B. L., 2008. Trends of Rape in Mthatha area, Eastern Cape, South Africa. *South African Family Practice* Vol. 50 (1) : 69-69c
- COX S., ANDRADE G., LUNGELow D., SCHLOETELBURG W., RODE H., 2007. The child rape epidemic. *South African Medical Journal* Vol. 97 (10) : 950-955.
- HEISE L., PITANGUY J., GERMAIN A., Violence envers les femmes : le fardeau caché de la santé. Washington D.C. (Etats-Unis d'Amérique), Banque mondiale, A994 (Article de discussion n° 255)
- JEWKES R., 2001. Relationship dynamics and adolescent pregnancy in South Africa. *Social Science and Medicine*, 5/733-744.
- JEWKES R., SEN P., MORENO C.G., 2002. La violence sexuelle. In. Rapport mondial sur la violence et la santé. Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A., Lozano-Ascencio R., OMS, Genève p. 163-201.
- LANKOANDÉ J., OUANGO J.G., SONDO B. KONÉ B. SOUDRÉ R., 1995. Les agressions sexuelles : à propos de 30 observations du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo Burkina Faso. in *Annales de l'Université de Ouagadougou série B*,3 : 1-5.
- LINET T., NIZARD T., 2004. Constats de violences sexuelles: Rédaction d'un protocole d'accueil et mise en pratique. *J. Gynecol obstet Biol Reprod* : 99-108.
- MEEL B L., 2005. Incidence of HIV infection at the time of incident reporting, in victims of sexual assault, between 2000 and 2004, in Transkei, Eastern Cape, South Africa *African Health Sciences* Vol. 5 (3) : 207-212.
- MUGANYIZI P. S., KILEWO C., MOSHIRO C., DÉCEMBRE 2004. Rape against women: The magnitude, perpetrators and patters of disclosure of events in Dar es Salaam, Tanzania. *African Journal of Reproductive Health* Vol. 8 (3): 137-146.

OMS, Juillet 1997. La violence contre les femmes. Genève p. 3-6.

OMS., octobre 2002. Santé publique et violence : faits et chiffres pour l'Europe. Aide-mémoire10/02 Copenhague. p. 2-3.

OMS., 2005. Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et violence domestique à l'égard des femmes. 46 p.

OMS., 2002. Rapport mondial sur la violence et la santé. Chapitre 6: violences sexuelles. p.165-166.

OUIMETTE P. C., RIGGS D., 1998. Testing a mediational model of sexually aggressive behavior in nonincarcerated perpetrators. *Violence vict*, 13(2) : 117-130.

TOURÉ B., AKOTIONGA M., OUATTARA T., OUÉDRAOGO C. M. R., OUÉDRAOGO A., LANKOANDÉ J., KONÉ B., 2002. Viol et tentatives de viol à propos de 43 cas au Burkina Faso. *Burkina Médical*, Vol. 5, N° 1-2 : 27-31.

OUÉDRAOGO épouse KYELEM W.J. C., 2007. Les agressions sexuelles : A propos de 100 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo. *Th.Méd.N° 5,UFR/SDS, Ouagadougou*. 61 p.