

ARTICLE ORIGINAL

La violence sexuelle des jeunes filles à Goma : à propos de 91 cas reçus au Docs Heal Africa

Lussy P.J. (*), Malemo K.L. (*)

(*) Université de Goma et Département de Médecine de Famille / Hôpital DOCS Heal Africa/Goma

Reçu le 15/04/2006 ; accepté le 31/05/2006

Résumé

Cette étude prospective a porté sur 91 cas de violences sexuelles chez les filles d'âge variant entre 3 et 24 ans. Toutes ont été reçues pour expertise médicale du 1er Août 2005 au 28 février 2006. L'âge moyen est de 12,52 ans. 37,36% de victimes avaient l'âge entre 14-24 ans. 79,12% de victimes étaient violées pendant la journée. 58,24% de victimes ont consulté plus de 72 heures après le viol. 59,34% de violeurs étaient bien connus par les victimes. Le violeur connu se manifeste surtout pendant la journée (48 cas versus 6 cas). Les violeurs militaires sont souvent retrouvés dans le viol nocturne.

Le violeur était unique chez 77 (84,62%) victimes. Parmi les cas de viol par plus de deux personnes, les militaires sont les plus représentés (3 cas sur 6). Dans 68,13% (62 victimes) de cas le viol s'est concrétisé par une pénétration vaginale franche. Dans tous les cas de viols multiples (deux ou plusieurs), il y avait pénétration vaginale.

Même les jeunes fillettes de 3 ans sont violées.

Il y a nécessité de sensibiliser les populations à consulter l'hôpital le plus vite possible. Ceci pourra faciliter l'accès aux prophylaxies disponibles et le diagnostic.

Mots-clés : Violence sexuelle, jeunes filles, Goma.

I. Introduction

La violence sexuelle est définie comme toute forme d'activité sexuelle sans consentement. Ailleurs dans le monde on a décrié la recrudescence de la violence et des abus sexuels faits aux femmes et aux jeunes filles. Ainsi aux Etats Unis, on rapporte un cas de violence sexuelle chaque 6 minutes (14) et le FBI montre qu'un assassinat de femme sur 5 est lié au viol (14, 15).

Elle prend de plus en plus une allure inquiétante dans la société de l'Est de la République Démocratique du Congo

(RDC) qui a longtemps conservé et respecté ses valeurs culturelles. Mais il y a une insuffisance des données dans ce domaine au Congo, à part celles fournies par les recherches menées à Kindu (6) et celles qui ont été corrélées aux conséquences des guerres que la RDC a connu (8).

Le présent article vise à contribuer et à combler cette insuffisance des données, en faisant ressortir les âges des victimes, le moment du viol, la durée entre le viol et la consultation, le nombre des violeurs, le résultat de l'examen physique des victimes.

II. Matériel et méthode

La présente étude est prospective. Au total, 91 cas de victimes de violence sexuelle ont été reçus du 1er Août 2005 au 28 février 2006 pour expertise médicale. Leur age varie de 3 ans à 24 ans avec une moyenne de 14 ans. Toutes les victimes habitent la ville de Goma. Aucune victime n'a accusé un viol par l'anus, ni par la bouche et l'examen physique de ces orifices était normal.

Toutes ont été approchées adéquatement selon le modèle proposé par Mash (7), en interrogeant séparément la victime et le parent ou la personne accompagnatrice. L'examen physique a été fait dans les mêmes conditions et par la même équipe préalablement formée en matière de violence sexuelle.

Définition de quelques variables

1. Le violeur :

- **Connu** : toute personne bien identifiée par la victime telle que le collègue de classe, le voisin de domicile...
- **Inconnu civil** : Toute personne inconnue par la victime et qui n'avait pas d'arme ni de tenue militaire
- **Inconnu militaire** : Toute personne inconnue par la victime et ayant une arme et/ou habillée en tenue militaire

2. Résultats de l'examen physique :

- Lésion de pénétration vaginale franche : présence de(s) déchirure(s) hyménale(s) avec ou sans présence de sperme dans la vagin et présence des signes suivants : congestion de la vulve, écorchures à la commissure postérieure de la vulve, congestion au niveau du canal vaginal.
- Tentative de pénétration : membrane hyménale en place et intacte, mais présence isolée de l'un des signes suivants : congestion au niveau de la vulve, écorchures à la commissure postérieure de la vulve.
- Absence de lésion : aucun des signes ci-haut cités n'est présent.

III. Résultats

1. Age des victimes

Les victimes ont été groupées par tranches d'âge pour des raisons pratiques et de commodité. Les 4 tranches d'âge constituées sont reprises dans le tableau I ci-après.

Tableau I : Répartition des victimes par tranches d'âge.

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage
< 5 ans	10	11%
5 - 10 ans	20	22 %
11 - 14 ans	27	30 %
14 - 24 ans	34	37 %
Total	91	100%

Il ressort de ce tableau I que les tranches d'âge de 11 à 14 ans (30%) et de plus de 14 ans (37%) sont les plus touchées. Mais, les fillettes de moins de 5 ans sont aussi victimes dans 11%.

2. Moment du viol

Le moment du viol a été précisé pour chaque victime. Nous avons observé que la majorité des cas de viol se sont déroulés pendant la journée en raison de 72 cas (79%) contre 19 cas (21%) la nuit.

3. Intervalle de temps entre la consultation et le viol

Il était capital de savoir combien de temps il y avait entre le viol et la consultation. La victime pouvait consulter dans ou après les 72 heures suivant le viol comme l'illustre le tableau II.

Tableau II : Intervalle de temps entre le viol et la consultation

Moment du viol	Fréquence	Pourcentage
Moins de 72 heures	38	42
Plus de 72 heures	53	58
Total	91	100

Il ressort de ce tableau II que la plupart de victimes soit 53 cas (58%) consultent à l'hôpital plus de 72 heures après le viol.

4. Identité du violeur

L'identité du violeur était recherchée. Les différentes identités des violeurs sont présentées à la figure 1 ci-dessous.

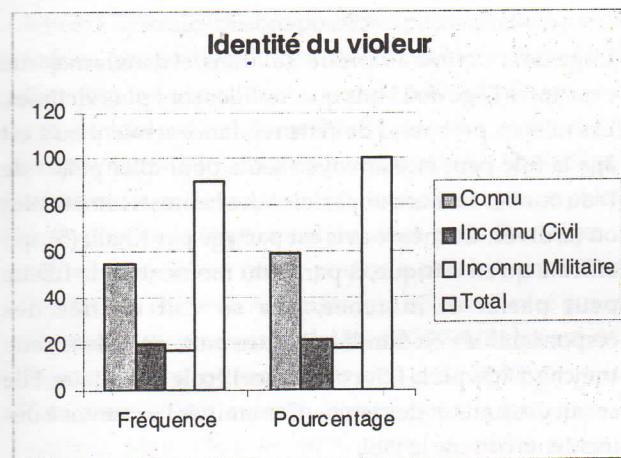


Figure 1 : Identité du violeur.

L'analyse de cette figure montre que 54 violeurs (59% des cas) étaient bien connus par les victimes, 20 (22%) violeurs étaient des civils inconnus de leurs victimes et 17 (19%) violeurs étaient reconnus comme des militaires.

5. Nombre des violeurs

Le nombre des violeurs a été précisé pour chaque victime. Le violeur pouvait être seul à deux ou plus de deux (Figure 2).

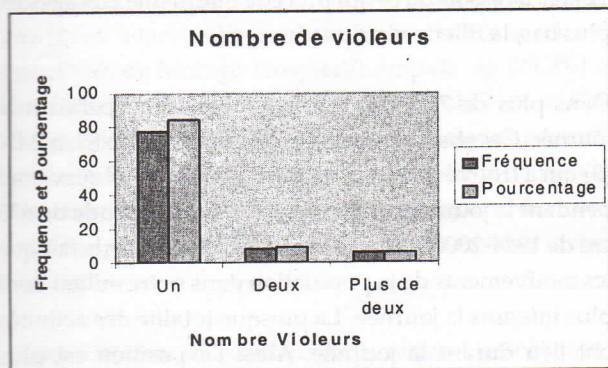


Figure 2 : Nombre de violeurs

Le violeur unique est retrouvé chez 77 victimes (85% des cas). Huit victimes (soit 9%) ont été violées par deux personnes et 6 (6%) victimes l'ont été par plus de deux personnes.

6. Association ou unicité par catégorie des violeurs

Après avoir fait une identification du violeur, il était important de savoir dans quel cas il y avait association ou unicité des violeurs. Dans le tableau III ci-dessous, sont représentées les différentes associations.

Tableau III : Nombre des violeurs et leur identité.

Identité du violeur	Nombre des cas de viol			
	Par un violeur	Par deux violeurs	Par plus de deux violeurs	Total
Violleur Connu	51	2	1	54
Inconnu Civil	13	5	2	20
Inconnu Militaire	13	1	3	17
Total	77	8	6	91

La plupart des violeurs étaient connus des victimes. Le plus souvent, le violeur connu était seul (51 cas sur 54). Parmi les cas de viol par plus de deux, les militaires représentaient la moitié des cas (3 cas sur 6).

7. Résultats de l'examen physique

Les différents résultats de l'examen physique sont représentés dans le tableau IV ci-dessous.

Tableau IV : Résultats de l'examen physique.

Résultats	Fréquence	%
Lésions de pénétration vaginale franche	62	68
Tentative de pénétration	22	24
Pas de lésion observée	7	8
Total	91	100

Dans 68% (62 cas) des cas, le viol s'est concrétisé par une pénétration vaginale franche. Rarement, il n'y avait aucune lésion observée.

8. Nombre de violeurs et examen physique

La relation entre le résultat de l'examen physique et le nombre de violeurs était importante à examiner (Tableau V).

Tableau V : Rapport entre examen physique et nombre de violeurs.

Nombre de violeurs	Résultats de l'examen physique			
	Lésion de pénétration vaginale franche	Tentative de pénétration	Pas de lésion vue	Total
Un	48	21	8	77
Deux	8	0	0	8
Plus de deux	6	0	0	6
Total	62	21	8	91

L'analyse du tableau V montre que les violeurs uniques sont les plus retrouvés dans les trois résultats possibles, respectivement 48, 21 et 8 cas. Dans tous les cas des violeurs multiples (deux ou plusieurs), il y avait pénétration vaginale.

9. Moment du viol et Identité du violeur.

Il était aussi important d'établir le rapport entre l'identité du violeur et le moment du viol (Tableau VI).

Tableau VI : Rapport entre identité du violeur et moment du viol.

Moment du viol	Identité du violeur			
	Connu	Civil inconnu	Militaire inconnu	Total
Viol pendant la journée	48	15	9	72
Viol pendant la nuit	6	5	8	19
Total	54	20	17	91

Le tableau VI montre que le violeur connu se manifeste surtout pendant la journée (48 cas versus 6 cas). Les violeurs militaires sont retrouvés autant dans le viol nocturne que diurne.

IV. Discussion.

L'âge de la victime a varié de 3 à 20 ans, et dans la majorité c'est après l'âge de 11 ans que les filles sont plus victimes. Les raisons probables de cette tendance seraient qu'à cet âge la fille peut être envoyée seule pour aller puiser de l'eau ou aller au marché, parfois à des heures très matinales ou tardives. Ce même avis est partagé par Khalil (5), qui affirme qu'en Afrique, à partir du moment où la fillette peut parler et marcher, elle se voit confiée des responsabilités en famille. D'autre part, c'est dans cette tranche d'âge que la fille commence l'école secondaire. Elle se fait des amis et des amies. Ces amitiés l'exposent à des incidents comme le viol.

La fréquence du viol dans notre échantillon avant 10 ans est de 33% des cas. Ce constat se rapproche de celui de Nduati RW et Muita JW (10) qui ont trouvé que 28,6% des victimes des violences sexuelles admises à Kenyatta National Hospital/Nairobi sont âgées de moins de 10 ans. Nos observations sont aussi proches de celles réalisées à Douala au Cameroun (9), de 1998-2000, sur un total de 76 enfants victimes de viol sexuel où l'âge moyen était de 11,6 ans (intervalle 3-15 ans). En Ouganda, la moyenne observée a été de 9,5 ans (intervalle 1-35 ans) avec 72% de victimes ayant moins de 12 ans (11). Wescott DL (17), en Afrique du Sud, a trouvé que l'âge des victimes varie de 2-12 ans. Il ressort de ce qui précède que même aux âges les plus bas, la fillette n'est pas épargnée.

Dans plus de 75% des cas, le viol survient pendant la journée. Ces observations s'écartent de celles de Islam MN (3) qui a trouvé que dans 45,8% des cas, le viol survenait pendant la journée au Bangladesh, sur une étude de 675 cas de 1994-2000. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les mouvements de la population dans notre milieu sont plus intenses la journée. La presque totalité des activités ont lieu durant la journée. Ainsi l'exposition est plus grande aux heures d'activité.

Plus de la moitié de victimes (58,24%) ont consulté l'hôpital après 72 heures et seulement 38 victimes (41,76%) ont été vues dans les 72 heures suivant le viol. Au Bangladesh, Islam MN (3) a trouvé que seulement 23,7% de victimes avaient atteint l'hôpital dans les 72 heures après le viol, même si 69,9% de ces victimes étaient des lettrées. Parmi les raisons possibles pouvant expliquer ces faibles proportions dans notre milieu, nous citons l'ignorance de l'avantage d'arriver à l'hôpital à temps en cas de viol sexuel pour bénéficier des soins et des prophylaxies (VIH, chlamydia, gonorrhée...) possibles, la problématique de l'accessibilité financière et géographique aux soins et la stigmatisation dont peut être objet la victime du viol, ce qui la pousse à préférer garder cela secret. Une étude en Arkansas aux USA a montré que sur 80 femmes victimes de viol, 16 (soit 20%) s'étant présenté au service des urgences dans moins de 24 heures après l'abus ont eu un examen positif pour la présence du sperme. Mais, chez les 60% ayant consulté après 24 heures, le test était négatif (4, 16). En Australie, 100% des 153 victimes reportées au Newcastle, entre 1997- 1999 avaient consulté dans les 72 heures du viol (12). Nous voyons qu'avec une sensibilisation intensive les victimes peuvent consulter à temps.

Dans plus de la moitié des cas (59,34%), le violeur était connu par la victime. Les inconnus civils et les inconnus militaires ont été retrouvés respectivement dans 21,98% et 18,68%. Ces mêmes proportions ont été retrouvées par Buambo- Bamanga SF et al.(1) Au CHU de Brazzaville. Leur étude concernait 102 cas de violence sexuelle parmi lesquels 59 (57,9% des cas) connaissaient leurs assaillants. En Uganda, Ononge S. et al. (11) ont rapporté que parmi 58 victimes interviewées et examinées dans le service des urgences de Mulago Hospital/Kampala, 46 (79,3%) ont reconnu leur violeur. Cependant, à Nairobi, Nduati RW et Muita JW(10) ont rapporté que les violeurs connus et inconnus étaient impliqués dans les mêmes proportions. Il est donc fort probable que dans la majorité des cas, le violeur planifie son acte ou il exploite certains facteurs favorisants.

Dans 85% des cas, le violeur était unique. L'association de deux violeurs a été retrouvée dans 9% des cas et celle de plus de deux dans 6% des cas.

Les lésions de pénétration vaginale ont été retrouvées dans 68,13% des cas. La tentative de pénétration a été évoquée dans 23,08% et aucune lésion n'a été vue dans 8,79% des cas. Il est donc aisément de dire que dans la majorité des cas, il y a eu pénétration vaginale. Les auteurs qui ont analysé les conséquences de violence sexuelle dans le monde ont révélé une grande proportion des évidences de la pénétration vaginale. C'est le cas de Palmer CM. et al.(12), Schei B et al. (13) et Buambo-Bumanga SF et al. (1) qui ont trouvé respectivement 86% des cas avec évidence de pénétration vaginale au Royal Newcastle Hospital en Australie, 78% à l'Hôpital Universitaire de Trondheim et 80,4% au CHU Brazzaville au Congo. En Uganda, une étude(11) montra que les lésions anales et génitales étaient présentes dans respectivement 19.0% et 75.4% des cas, et les troubles émotionnels ou psychologiques présents chez 22.4% de patientes. Cependant, l'examen physique peut être normal et ne rien révéler après un viol sexuel. Cette observation a été confirmée par Hilden M et al. (2) qui ont examiné 249 victimes de violence sexuelle à l'Hôpital Universitaire de Copenhague. Aussi, sur 675 victimes examinées au Bangladesh, les lésions génitales ont été minoritaires(3): déchirure de l'hymen et déchirures récentes de la fourchette postérieure dans respectivement 38,9% et 9,6% de cas. En Afrique du Sud, 7 sur 18 cas d'abus sexuel avaient un examen physique normal (17). En Australie, chez les femmes examinées, seulement 22% présentaient des lésions génitales. Les auteurs avaient conclu que la présence de lésions génitales ne doit pas être exigée pour valider une allégation de viol, en particulier en l'absence de lésions non génitales (12). En effet, l'absence de signes évidents de viol n'est pas synonyme d'une évidence d'absence de viol.

Chez 62 victimes, il y avait des lésions de pénétration vaginale reparties comme suit : 48 cas pour le violeur unique, 8 cas pour deux violeurs et 6 cas pour plus de deux violeurs. Aucune tentative de pénétration ou absence de lésion n'a été observée en cas de violeurs multiples (deux ou plusieurs). Donc les lésions sont plus graves en cas de viol collectif. Les violeurs multiples maîtrisent vraisemblablement leurs victimes et arrivent au bout de leur besogne.

Soixante-douze cas de viol ont été perpétrés pendant la journée dans les proportions suivantes : 48 par des

personnes connues, 15 par des inconnus civils et 9 par des militaires. Les militaires sont les plus retrouvés en cas de viol nocturne en raison de 8 cas sur 19. Il est fort probable que les violeurs uniques connaissent bien leurs victimes et prennent leur temps pour planifier leur acte pendant les opportunités diurnes. Par contre, les violeurs militaires sont plus actifs la nuit. Ils sont plus visibles la nuit dans l'exercice de leur métier tel que la patrouille nocturne, gardes des résidences.

Cet article lève le voile sur quelques aspects de la violence sexuelle au Nork-Kivu où il constitue la première enquête du genre. Certes le problème est plus significatif puisque certainement toutes les victimes ne viennent pas à l'hôpital.

Pour réduire l'expansion du phénomène de violence sexuelle et ses conséquences, les décideurs pourront se servir entre autre des conclusions suivantes :

- C'est après l'âge de 11 ans que la fille est plus vulnérable, bien que la fillette de moins de 5 ans ne soit pas épargnée.
- Plus de 70% des cas de violence sexuelle ont lieu pendant la journée et dans près de 60% des cas, la victime se présente à l'hôpital après 72 heures.
- Le violeur est connu par la victime dans la majorité des cas et les violeurs nocturnes sont autant des militaires en uniformes que des civils.
- Dans près de 70% des cas, la violence sexuelle s'est soldée par une pénétration vaginale.

Il y a nécessité de sensibiliser les populations sur la nécessité de consulter l'hôpital le plus vite possible. Ceci pourra faciliter l'accès aux prophylaxies disponibles et pourra faciliter le diagnostic.

Remerciements

Nous remercions le Professeur Tsongo Kibendelwa et le Dr Bitwe Mihanda pour leurs conseils et les corrections apportées à la rédaction de cet article. Nous remercions aussi le Dr Lusi Jonathan, Mme Lyn Lusi, Dr Kalume M., Dr Lutala P. et le Professeur Ahuka O.L, pour leurs encouragements.

Références bibliographiques

1. Buambo-Bumanga SF, Oyere-Moke P, Gnekoumou AL, Nkhouabonga G, Ekoundzola JR. Sexual violence in Brazzaville. *Santé*, 2005, 15(1):31-5
2. Hilden M, Schei B, Sidenius K. Genitoanal injury in adult female victims of sexual assault. *Forensic Sci Int*, 2005, 154(2-3): 200-5.
3. Islam MN. Retrospective study of alleged rape victims attended at Forensic Medicine Department of Dhaka Medical College, Bangladesh. *Leg Med (Tokyo)*, 2003, 5 suppl 1: S351-3.
4. Jones JS, Wynn BN, Kroese B, Dunnuck C, Rossman L. Comparison of sexual assaults by strangers versus known assailants in a community-based population. *Am J Emerg Med.*, 2004, 22(6):454-9.
5. Khalil DD. Abuses of the girl child in some African societies: Implications for nurses practitioners.....
6. Manga O, Choma N, Kawaya Y. La violence sexuelle dans la ville de Kindu et ses environs. *Congo Médical*, 2004, 3 (16): 1451-1454.
7. Mash B. *Handbook of Family Medicine*. Cape Town: Oxford University Press Southern Africa, 2000: 366.
8. Masika J. *La Guerre, la femme et l'impunité*, Pole Institute, 2002
9. Menick DM, Ngoh F. Seroprevalence of HIV infection in sexually abused children in Cameroon. *Med Trop.*, 2003, 63(2): 155-8.
10. Nduati RW, Muita JW. Sexual abuse of children as seen at Kenyatta Hospital. *East Afr Med J*, 1992, 69(7): 350-4.
11. Ononge S, Wandabwa J, Kiondo P, Busingye R. Clinical presentation and management of alleged sexually assaulted females at Mulago hospital, Kampala, Uganda. *Afr Health Sci*, 2005, 5(1): 50-4
12. Palmer CM, Mc Nulty AM, D'Este C, Donovan B. Genital injuries in women reporting sexual assault. *Sex Health*, 2004, 1(1):55-9.
13. Schei B, Muus KM, Moen MH. Medical and aspects of rape. Referrals to team for care of rape victims at the regional hospital in Trondheim during the period 1989-1992. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 1995; 115(1):30-3.

14. Sheila FM, Valerie JG. Sexual assault. Primary Care, 1993, 20 (2):359-374.
15. Smally AJ. Sperm and acid phosphatase examination of the rape patient: Medicolegal aspects. J Fam Pract, 1982, 15: 170-1.
16. Young KL, Jones JG, Worthington T, Simpson P, Casey PH. Forensic laboratory evidence in sexually abused children and adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med., 2006, 160(6): 585-8.
17. Westcott DL. Sexual abuse of children. A hospital-based study. S Afr Med J. 1984 Jun 2;65(22):895-7.