**5\_les violences sexuelles affectant le corps des enfants**

Les podcasts de l’UA.

La session dédiée aux violences sexuelles affectant le corps des enfants réunit plusieurs chercheurs et praticiens du corps médical et de santé, apportant un focus particulier sur l'expérience de la République démocratique du Congo et de l'hôpital de Panzi. Cette session est présidée par Clotilde Rougé-Maillard, Professeure de médecine légale et responsable de la Permanence d'accès aux soins de santé au CHU d'Angers. Le docteur Kenny Raha Maroyi, médecin à l'hôpital de Panzi, évoque les sévérités des lésions traumatiques post-agressions sexuelles chez les filles mineures dans le contexte du conflit en République démocratique du Congo.

La docteure et chercheure Priscilla Kavira Ise-somo, également rattachée à l'hôpital de Panzi, poursuit la discussion en évoquant les viols avec extrême violence et les problématiques liées à l'extraction des corps étrangers. La troisième intervenante, Reine Bahaya, également médecin à l'hôpital de Panzi, donne en complément un retour d'expérience des enfants de Panzi. Cette session se conclut par l'intervention de Tara Reman, physiothérapeute et doctorante en sciences de la motricité à l'Université libre de Bruxelles, portant sur l'étude de l'impact des violences sexuelles en République démocratique du Congo sur la fonction sexuelle des survivantes.

Merci d'assister à cette session. Je suis vraiment très honorée qu'on m'ait proposé d'assister à cette session. Je suis Professeure de médecine légale et droit de la santé, donc en effet, je suis dans la pratique des agressions sexuelles, pas en conflit de guerre. Heureusement, on est protégé de ça chez nous mais les violences sexuelles sur enfants, on connaît dans d'autres contextes familiaux. Et puis je suis responsable d'un service de santé qui est la PASS (permanence d'accès aux soins de santé) qui permet d'accéder à la santé pour toutes les personnes qui n'ont pas de droits ouverts ou des droits complets. Donc c'est vrai que parmi ces populations qui n'ont pas de droits ouverts, il y a tous les primo-arrivants. Et c'est vrai qu'à ce titre-là, je côtoie aussi une population de mineurs isolés et de jeunes femmes qui ont fui les conflits, notamment les violences sexuelles. Alors dans cette session, c'est une session plutôt médicale dans ce Congrès fortement plutôt juridique ; plutôt médicale, et on va pouvoir accueillir - donc je vais les citer et je les remercie beaucoup pour m'avoir permis de voir un peu leurs présentations auparavant et de mieux modérer cette session – donc Kenny Raha Maroyi, qui est donc gynécologue, qui va nous parler, malheureusement, des lésions somatiques - on a beaucoup parlé bien sûr, des lésions psychologiques, mais les lésions somatiques aussi - qu'entraînent ces agressions ; Prisca Kavira Ise-Somo, qui est donc chirurgien et qui va donc nous citer notamment des exemples assez troublant d'atteinte des corps des enfants ; Madame Bahaya nous reparlera un petit peu du retour d'expérience des enfants de Panzi ; et puis ensuite, Tara Reman qui est kinésithérapeute spécialisée dans les rééducations périnéales et qui connaît donc bien ces mutilations qu'on impose à ces victimes de violences, et également doctorante en sciences de la motricité à l'Université Libre de Bruxelles, et dans ce cadre-là, elle fait actuellement un travail de recherche et elle vous présentera un petit peu les résultats de ses travaux.

Donc Dr. Raha Maroyi, si vous voulez bien introduire cette session. Je propose tous les intervenants, comme on avait dit à peu près 20 minutes de présentation. Voilà, après on peut échanger avec la salle. Alors vous faites comme vous voulez, je vais vous installer votre présentation. Vous pouvez vous mettre debout, si vous voulez, si vous vous sentez mieux, et je peux même passer vous diapo aussi.

Merci beaucoup pour la parole. Je m'appelle Kenny Raha Maroyi, je suis, comme on l'a dit, je suis gynécologue et aussi actuellement doctorant à l'Université de Liège où je fais mes recherches sur la thématique des conséquences de viol chez les mineurs qui sont devenus des femmes et des filles aujourd'hui. Mais le travail que je vais vous présenter, c'est juste une partie de ce que je fais pour que ça nous permette de comprendre un tout petit peu. Donc je vais parler de l'association entre l'âge des mineurs et les lésions génitales post-agression sexuelle dans le contexte de conflits des guerres. C'est le cas de la RDC. Alors pour cette présentation, il n'y a pas de conflit d'intérêt. En guise d'introduction, je vais dire que chez les victimes mineures, les lésions qu'on trouve, les lésions génitales, les lésions ano-génitales post-abus sexuels sont très complexes et on va le comprendre avec cette présentation. Et très difficiles à traiter. Je vais dire même très difficiles à diagnostiquer, très difficiles à traiter, parce qu'il y a des formes très variables. Ça peut être des formes génitales isolées, génitales associées aux lésions anales, ou urinaires, ou même des lésions pelviennes profondes. Et ici, je vais pointer le contexte de guerre entraîne une vulnérabilité qui fait ces lésions deviennent encore plus graves que ce qu'on peut voir en temps normal. Et malgré tout cela, donc l'équipe médicale, parce qu'on est au premier plan de la prise en charge et nous sommes confrontés à ces difficultés et malheureusement ou heureusement, nous sommes dans l'obligation de, comme personnels soignants, de donner ou de tracer la ligne pour le reste, la suite. Donc il faut donner une bonne orientation, un bon diagnostic, il faut faire un bon plan de traitement et ça va dépendre même des autres piliers juridiques et psychologiques, voilà. Et actuellement, la problématique, c'est que les études montrent que la présence ou l'absence de ces lésions dépendent de l'âge et il suspecte la puberté comme un facteur de variation. À la puberté, on trouve qu'il y a des lésions qui disparaissent ou qui sont moins complexes. Cependant, malgré ce constat, on remarque qu'il y a une limite d'âge précise. On ne sait pas c'est à quel âge, on dit seulement c’est la puberté, on suspecte la puberté, mais on ne dit pas que l'âge ces lésions sont présentes ou absentes.

Et aussi, une autre faiblesse, c'est qu'on remarque que la littérature ne nous donne pas assez d'informations sur la concurrence ou l'interconnexion de ces lésions. Ainsi, nous, nous avons pensé avec cette étude, déterminer cette association entre l'âge et les lésions qu'on observe chez les enfants, les mineurs et dans notre contexte de conflit. Cette étude a été réalisée à l'hôpital de Panzi. Comme vous pouvez le voir, l'hôpital est situé à l'Est, au Kivu, à l'Est de la République démocratique du Congo. Et c'est juste l'hôpital qui est là qui a été créé depuis 1999 et c'est un centre spécialisé dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles. Et comme je l'ai dit à l'Est de la République démocratique du Congo. Alors, cette étude, c'est une étude documentaire, rétrospective, qui a eu à exploiter 5692 dossiers de victimes mineures entre 2003 à 2020 et qui ont été traitées à l'hôpital de Panzi. Et des victimes, ici, les variables qui nous ont intéressées étaient l'âge et les lésions. Je m'arrête par là pour juste présenter, je pensais que le Pr. Mukwege pouvait en parler, mais je peux profiter pour en parler. C'est par rapport à cette classification qu'il a développée par rapport aux lésions des enfants de moins de cinq ans qu'on appelle la « classification de Mukwege ». Cette classification décrit 5 types de lésions. Je vais aller directement, vite fait.

Alors les lésions du premier type, ce sont juste des écorchures, des lésions superficielles qu'on peut observer chez les filles de moins de 5 ans. Et le deuxième type, ce sont des lésions musculaires qui peuvent être unilatérales ou bilatérales. Mais ici, il n'y a pas de notion d'incontinence, que ce soit urinaire ou fécal. Mais le type trois, il y a atteinte du sphincter, comme ici, vous le voyez, une lésion additionnelle avec, absolument, la présence de l'incontinence fécale. Et le type quatre, ce qui fait la particularité de cette classification, c'est qu'il y a des lésions urinaires qu'on rencontre. Donc en plus des lésions digestives, on a des lésions urinaires. Et là, absolument, en plus de l'incontinence fécale, il y a la continence urinaire qui va s'ajouter. Et le dernier type, c'est le type très profond, avec des lésions profondes où il y a effraction du cul-de-sac de Douglas. Alors qu'est-ce que nous avons observé avec notre échantillon, notre population ? C'est que les lésions hyménéales représentaient jusqu'à 44 % de l'échantillon ; les lésions périnéales : 27 % ; les lésions vaginales : 49% ; anales : 10 % ; rectales : 0.1 % ; et les lésions, l’ effraction du cul-de-sac représentait 0,003 %.

Et nous savons pu utiliser le logiciel R, avec les surcouches JAMOVI et JASP pour faire les analyses que nous allons vous présenter. Alors, la moyenne d'âge des victimes que nous avons eues, parce que ce sont des mineurs de moins de 18 ans, était de 13,3 . 3,97, avec une médiane qui était à 15. Alors nous avons, par étapes, analysé nos données pour arriver aux conclusions ou à répondre à l'objectif de cette étude. Et premièrement, nous avons fait, par rapport à l'âge, une description des lésions selon la présence ou l'absence. Et qu'est-ce que nous avons remarqué ? C'est que la présence de toutes les lésions que j'ai citées, que ce soient des lésions hyménéales, périnéales, rectales, anales, du Douglas, étaient associées à l'âge inférieur. Et ici, pour ces lésions, c'était à l'âge de 7,8, pendant que les lésions vaginales c'était à 8,8 ans. Et en deuxième lieu, nous avons fait une régression pour comprendre quelles étaient les lésions qui étaient les plus associées à ces groupes, à l'âge des victimes. Et nous avons constaté, comme vous pouvez le remarquer, qu’il y avait une association entre l'âge plus jeune et la présence de certaines lésions, notamment les lésions hyménéales, les lésions périnéales, les lésions anales et les lésions rectales. À l'opposé, la présence des lésions vaginales était associée à un âge plus avancé. Comme troisième étape, nous avons fait une comparaison entre l'âge comme variable ordinale pour comprendre effectivement quel est l'âge précis qui détermine cette variation de la présence-absence ? Et là, nous sommes tombés sur les résultats ci-après. On a trouvé que l'âge entre 9 et 11 ans était une fourchette. Cette période-là était une fourchette qui déterminait cette variation. Mais là, on n'était pas très content parce que là, on n’a rien répondu, on n'a pas donné de réponses à notre question. Et on a trouvé après que la somme - maintenant, c'est là que ça devient intéressant - la somme des lésions donnait un *cut-off* à 10 ans mais pour des lésions vaginales, c'était à 15 ans qu'on a trouvé que ces lésions décroissaient, devenaient de plus en plus rares. Alors ce schéma nous illustre un tout petit peu ce que je viens d'expliquer. C'est que la somme de toutes les lésions que je venais d'expliquer là, c'est que cette somme-là, les lésions sont très élevées quand la victime est moins âgée et les lésions vont fluctuer jusqu’à 9 ans pour commencer à décroître jusqu'à 11 ans, ce qui est normal parce que la littérature le dit déjà, et on suppose que cette période-là, c'est la période effectivement de la transformation physiologique qu'on appelle la puberté. Et qu'est-ce qu'on a trouvé ? C'est que, en plus, notre *cut-off* était à 10 ans. Effectivement. Bingo, on a trouvé quelque chose. Voilà. Alors on n'est pas, on ne s'est pas arrêté par là parce que c'est vrai, on a trouvé qu'il y avait déjà 10 ans qui fait une frontière entre deux groupes de gens. Le premier groupe, c'est que c'est les groupes de moins de 10 ans, et le groupe des plus de 10 ans. Alors nous avons fait une analyse de réseau pour comprendre plus, qu'est-ce qui se passe dans chaque groupe. Alors nous avons fait cette raison et cette analyse pour comprendre l'interrelation et les lésions dans chaque groupe. Alors, qu'est-ce que nous avons trouvé ? On a trouvé que les lésions anales - peut-être, j'explique plus avec les schémas qui vont arriver - les lésions anales étaient plus centrales que les autres lésions, chez les moins de 10 ans et les lésions vaginales étaient plus centrales. Alors, j'ai représenté cela par ces schémas. Comme vous pouvez le voir, pour les plus de 10 ans, au moins la moitié de la population de plus de 10 ans avaient des lésions vaginales et il y avait aussi plus de lésions hyménéales et de lésions périnéales et ainsi que les lésions vaginales. Mais au centre, on a trouvé ici qu’il a des lésions vaginales qui étaient plus associées aux lésions anales. Il y avait une forte association et les lésions périnéales. Alors, mais ce qui est plus intéressant, ce sont les enfants de moins de 5 ans où, vraiment, le réseau est plus clair. Et ici vous allez trouver que, comme je venais de le dire, les lésions hyménéales sont plus représentées, les lésions vaginales, les lésions périnéales, mais les lésions anales sont moins représentées, mais c'est sont plus centrales.

Ça veut dire quoi pour nous, le praticien médical et pour le médico-légal ? Cela veut dire que, dès que chez les enfants, du fait qu'ils ne sont pas matures à suffisance, les rapports forcés à tendance à se faire dans l'orifice anal et, de là, partent les lésions et toutes les déchirures qui vont s'ensuivre. Alors, et quand on est en face de ces enfants, donc principalement il faut voir cette zone anale et puis regarder à côté, forcément, il y a des lésions vaginales qui sont associées, des lésions rectales qui sont associées. C'est comme dans l’enquête policière : on tombe sur des lésions anales alors il faut chercher absolument des autres lésions. Et on a trouvé que c'était un réseau qui était stable avec le *sparsity* que vous voyez qui est plus stable ici, de 0.8 et 0.4.

Alors, quelles sont les implications ? C'est que trouver ce *cut-off* à l'âge de 10 ans et ces interconnexions nous permet, sur le plan médical, je l'ai dit, à faire une bonne interprétation qui déjà d'emblée est très difficile pour les enfants. Interpréter les lésions de viol c'est difficile. Cela nous permet aussi de faire une bonne documentation qui réfléchit, une bonne documentation médico-légale, et aussi planifier une prise en charge qui est appropriée : ça peut être une prise en charge médicale, médico-psychologique, à court et à long terme. Et ça permet aussi à ce que comme nous sommes dans un modèle holistique, ça veut dire que le médecin il traite, il y a l'aspect psychologique et les autres aspects, ça permet de bien donner des informations pour la suite de la prise en charge. Et sur le plan légal, cela permet à programmer ou à donner des idées sur la réparation par rapport aux préjudices. Bien sûr, si le médico-légal peut arriver à calculer les invalidités déjà qui est différent, qu'on peut trouver qui sont différentes chez les enfants de moins de 10 ans et les enfants de plus de 10 ans. Et ça permet, évidemment, la prévention et la protection de l'enfant parce qu'on va trouver que dans le contexte du conflit, elles sont plus vulnérables et sujets à des complications comme ça. En conclusion, comme vous venez de le remarquer, la prévalence, les types et les modèles d'association de lésions dépendent de l'apparition de la puberté, et l'expression de ces lésions au niveau de la région pelvi-périnéale est différente autour des 10 ans et les victimes de moins de 10 ans y sont plus vulnérables, comme on l'a vu avec l'analyse des réseaux. Et en présence des lésions anales chez ces victimes, effectivement, oui, cette catégorie de victimes, il faut forcément chercher les autres lésions associées. Et l'exploration particulière devrait être faite chez ces enfants de moins de 10 ans. Ici, la classification de Mukwege, avec cette présentation, qui par opportunité avait classé les enfants de moins de 5 ans. Donc nous pouvons dire avec ces résultats que cette classification peut être transposable et être interprétable jusqu'à 10 ans.

Merci beaucoup pour votre attention.

On peut poser des questions au fur et à mesure des communications si vous voulez, ou des remarques surtout que les communications vont traiter le même thème mais pas tout à fait sous le même aspect. Je ne sais pas s'il y a des interrogations, des questions. Le temps que des questions germent, J'avais une question. Merci beaucoup pour cette présentation très intéressante. Vous voyez les enfants plutôt en phase aigüe ou très souvent plutôt en phase, à distance ?

Effectivement, ça c'est une question très importante. Dans notre échantillon ici, on a trouvé que 62 % étaient venus dans le temps, ça veut dire 72h après le forfait. Contrairement aux études, comme on a vu l’étude Sims ou Adams, qui disent que la prépondérance des lésions, c'est après 10 ans. Par contre, ils essaient un peu de montrer que c'est parce que les enfants de moins de 10 ans ou les enfants de moins - dans les études ils disent 12 ans, 13 ans - les enfants viennent un peu tardivement et les lésions superficielles sont déjà cicatrisées. Mais ici, nous vraiment à 62 % notre échantillon, la population de l'échantillon, est venu dans les délais. Donc on avait les temps, c’était une phase aiguë où on a observé et documenté les lésions.

Est-ce que ça veut dire qu’il y a plus de viols, ou d’agressions dans les moins de 10 ans ? Ou ça veut dire que les lésions sont plus graves à ce moment-là ?

Effectivement, les lésions sont plus graves. Avec notre échantillon, nous étions à moins de 10 ans, on était à 900 quelque chose, sur 5900. Mais c'est un échantillon qui n'est pas, qui n'est pas vraiment très grand. Mais quand même, ça nous a permis de tirer ces conclusions. Voilà.

Les tissus sont moins souples, sont moins dilatables. Donc évidemment, mais pour rejoindre les remarques de madame : bien sûr, nous on n’a pas, on n'a pas des violences dans ces conflits guerres et tout ça. En France, globalement c'est très rare qu'on ait des lésions anales. En fait, on voit, on voit rarement les enfants en urgence, on les voit souvent à distance. C'est souvent des violences intrafamiliales et la plupart du temps on n'a pas du tout de lésion anale. C'est vrai que chez les petits enfants, nous pareil, on a souvent des viols plutôt anaux que vaginaux, mais on a globalement très peu de lésions. Donc aux Assises, on a l'habitude de citer les études en disant que ce n'est pas parce qu'il n’y pas de lésions qu’il ne s'est rien passé et on explique un petit peu l'anatomie. Je pense que c'est peut-être pareil chez nos collègues suisses, non ? Ou tu vas peut-être faire une remarque différente. Là j'ai été étonnée quand même de la gravité des lésions et je me demandais est ce que le mécanisme est différent ?

En France, l'âge moyen des violences sexuelles, du viol par exemple, c'est 10 ans. Donc il y a autant d'enfants en dessous de 10 ans qui subissent des viols, qu'au-dessus de 10 ans. Mais la plupart, l'immense majorité des viols ce sont des viols qui ont été anticipés, organisés, avec une stratégie, particulièrement une stratégie de sédation et de sédation à base de benzodiazépines qui sont mieux relaxants. Du coup, ça permet de faire des pénétrations sans traces. Et ça, c'est des techniques qui sont dans des guides. Je ne sais pas, peut être certains ont vu l'émission d'Arte. Moi ça fait très longtemps que j'en parle de ces guides parce qu'on les connaît depuis très longtemps. Mais il y a par exemple au moins 6 ou 7 guides qui expliquent comment faire pour qu'il n'y ait pas de traces. Donc ils sont violés et sont hyper traumatisés, bien entendu, il n'y a pas. Donc les enfants, on ne les voit pas.

Oui parce que c'est vrai que j'étais étonnée que nous on constate très rarement, enfin moi dans toute ma carrière, j'ai vu une fois des déchirures anales qui laissaient des séquelles avec des atteintes du sphincter, mais la plupart du temps on n’a pas.

Oui mais ici, ici il y a y une pénétration avec extrême violence. Alors c'est ce qui explique. Voilà voilà.

Alors on va passer, je m'excuse, on va passer les micros. C'est juste parce que comme tout est enregistré. Donc, Madame ?

J'ai une question à poser au docteur : ces enfants, est ce qu'ils peuvent exprimer leur douleur ou bien ils sont dissociés ? Ils pensent qu'ils n'ont pas mal ? Est-ce que vous leur donnez des antidouleurs ? Si vous en avez.

Effectivement, parce que j'ai dit on fait une prise en charge médicale, médico-chirurgicale. Donc le paquet médical, c'est soulager la douleur, éviter - pas les grossesses - mais éviter les infections sexuellement transmissibles, selon les délais. Donc tout ça, ça se fait et là nous sommes sur des études maintenant pour comprendre cette cicatrisation physique à long terme et ça fait partie maintenant de l'objet de nos recherches pour comprendre. C'est vrai, on a réparé un corps traumatisé, mais qu'est-ce qu'elles sont devenues ? C'est vrai, on a trouvé qu'il y a d'autres qui sont devenues des femmes. Ils ont des enfants. Est-ce que leur maternité a été traumatique ou avec des complications ? Ce sont des questions à laquelle on va donner des réponses. Donc on est sur les *outcomes* à long terme maintenant. Bon pour l'enfant, la plupart de fois, dès qu'ils nous viennent, l'enfant exprime la douleur par des pleurs et on soulage cela. On sait voir la douleur et on soulage de la douleur parce que ça fait partie du paquet volet médical de prise en charge. Voilà.

Oui, je voulais juste compléter un tout petit peu ma question tout à l'heure sur les 5692 dossiers que vous avez de moins de 18 ans. Je voulais savoir, combien avaient moins de 10 ans en fait ? Vous ne savez pas ? C'était pour me rendre compte de ce que ça...

Voilà. Il y a il y a 961 qui avaient moins de 10 ans.

Notre collègue suisse peut être, qui veut revenir sur sa question ?

Ce n’était pas une question, c'était justement pour effectivement les lésions, des lésions de la sphère anorectale aussi grave, moi j'en ai vu une fois et la personne est décédée. Donc c'était des constatations post-mortem, c'était pas avec un pénis, c'était avec l'avant-bras. Donc c'est pour ça que c'est vrai que c'est assez impressionnant vos images et vos histoires aussi.

La personne, elle avait quel âge ?

18 ans, à peine.

En effet, pour les femmes plus âgées, lorsqu'on a des lésions périnéales ou anorectales, souvent c'est dû à des pénétrations par des objets contondants ou des objets tranchants. Par contre, la rupture du cul-de-sac de Douglas peut arriver, même chez des femmes adultes, par une pénétration violente non préparée.

On va peut-être passer, puis on pourra revenir. La discussion qu'il y avait juste avant que vous arriviez, Professeur, C'est que, on disait que finalement on était assez étonné par l'importance des lésions anales qui était constatée, que vous constatez chez les enfants. Parce que c'est vrai qu'en France on en constate très très peu. Enfin c'est très rare dans nos pratiques qu'on ait des lésions anales. Et on discutait sur le fait que c'est certainement des pénétrations plus violentes puisqu'en France on a souvent une stratégie d'apaisement de l'enfant, voire d'endormissement et tout ça. Donc c'était un petit peu pour vous expliquer la discussion qu'il y avait eu par rapport à justement ce décalage qu'on a, nous, en France, dans nos constatations sur les lésions anales d'enfants.

La vulve en fait, est souvent, verticalisée, plus ou moins, et va devenir horizontale avec l'âge et l’anus est le plus exposé chez les plus petites puisque leur vagin n'est pas, n'est pas développé. Donc lorsqu'il y a une pénétration, c'est surtout des lésions qu'on va constater, ce sont des lésions qui vont intéresser la fourchette et l'anus. Et lorsqu’elles grandissent, c'est pour ça que dans cette étude, on voit très bien que l'association des lésions bouge vers le rectum avec l'âge, puisque à ces moments-là, le pénis pénètre plutôt la vulve, qui est pénétrée, la fourchette vulvaire.

Merci beaucoup. Donc, si, on va accueillir notre collègue Mme Kavira Ise-somo, donc chirurgien, qui va nous exposer notamment des cas particuliers, avec notamment un exemple, vous allez voir, d'une affaire assez dramatique.

Bonjour à tous, J'ai déjà été présentée, je suis jeune, je viens de l'hôpital de Panzi qui est à l'Est de la République démocratique du Congo. Une zone pratiquement en guerre depuis plusieurs années et où le viol entraîne des conséquences qui sont vraiment, vraiment dévastatrices, physiques ainsi que psychologiques chez les enfants.

Alors je suis venue avec un problème, c'est un problème, ma communication c'est un questionnement, parce que c'est parmi d'autres particularités rencontrées dans la prise en charge des survivantes des violences sexuelles.

Je vais vous présenter une patiente âgée de 17 ans, admise à l'hôpital de Panzi en novembre 2023 pour prise en charge holistique post-agression sexuelle. Elle est deuxième de sa famille et elle a grandi avec sa grand-mère parce que sa mère s'était remariée à un autre homme. Chez elle, on note une notion d'abus sexuels déjà à l'âge de 9 ans, et où lors de l'hospitalisation, on aurait dit à sa mère qu’elle ne pourrait plus concevoir ni enfanter. A 14 ans, elle a été kidnappée par les hommes armés. On était en mars 2020. Elle a passé trois ans dans la brousse, traitée comme objet de satisfaction sexuelle. Elle déclare avoir participé au massacre, elle a été initiée à tuer les gens. Elle déclare avoir mangé la chair humaine, et cela de manière quotidienne, trois ans durant. Un jour, elle va parvenir à s'échapper, elle a fait trois jours de marche, seule dans la forêt. Elle est arrivée en ville - c'était à Beni, chez elle ; Béni c’est à environ plus de 500 kilomètres de Bukavu, c'est dans le Nord-Kivu et Bukavu, au Sud-Kivu. À Beni, elle a été admise pour prise en charge d'un traumatisme thoracique. Vous voyez la cicatrice. Là-bas, c'était suite à une arme blanche, poignardée par son bourreau par refus de l'acte sexuel. À Beni, on aurait extrait deux corps étrangers à l'avant-bras droit dont la patiente ignore les circonstances de survenue. J'ai dit qu'elle est arrivée à Panzi en novembre 2023 pour prise en charge holistique parce que déjà à Beni il y avait un problème : elle ne mangeait pas et elle a même dit que sa maman l'aurait abandonnée à l'hôpital parce que tout ce qu'elle a mené, pour essayer de soutenir, elle refusait et sa maman l'a abandonnée un moment à l'hôpital. Lors de l'hospitalisation au service des survivantes des violences sexuelles à Panzi, elle a présenté des douleurs au bras droit. Ce qui a nécessité un avis d'un chirurgien, un autre examen physique : on avait palpé une induration linéaire qui était perçue à la face interne du bras droit mobile et qui pointait dans la région scapulaire tel que vous pouvez le voir. Nous avons fait une radiographie qui a révélé un corps étranger. Nous l'avons amené au bloc opératoire et nous avons extrait une aiguille rouillée de neuf centimètres, environ.

Au deuxième jour, post-opératoire, un autre corps étranger est passé à la face interne du bras droit. Oh, mais comment ça ? À peine après extraction d'une première aiguille, elle dit qu'il y a encore un autre corps étranger. On va refaire la radiographie qui va révéler une autre aiguille à la face interne du bras droit, que nous allons extraire encore une fois sous anesthésie locale.

Sept jours plus tard, elle va encore se plaindre de douleurs au niveau de la cuisse gauche. On va faire la radiographie. On découvre une troisième aiguille. C'est là qu'on va commencer à s'inquiéter et à se poser des questions. Mais comment ça ? Est ce qu'elle a des aiguilles éparpillées dans son corps, introduites lors de l'agression sexuelle ? Ou alors est ce qu’elle s'introduit les aiguilles elle-même ? Nous allons procéder à une radiographie du squelette qui avait objectivé que la seule aiguille au niveau de la cuisse gauche. Cette aiguille était extraite. Et moi, personnellement, je pensais que c'était fini par là.

Le post-opératoire a été marqué par un refus catégorique de s'alimenter des insomnies, des pleurs incessants. Ce qui nous a poussé à aller consulter un psychiatre pour éliminer un probable trouble du comportement face à la présence des aiguilles. Le psychiatre va décider une hospitalisation dans son service de psychiatrie pour un suivi beaucoup plus approprié, sous anxiolytiques.

Le 14ᵉ jour d'hospitalisation en psychiatrie, elle va encore présenter des douleurs au bras gauche et cuisse gauche. Nous allons faire la radiographie et il y avait encore une aiguille telle que vous pouvez le voir sur la photo. On a extrait deux aiguilles supplémentaires – on était déjà à cinq aiguilles – et après il a été décidé un suivi dans un centre beaucoup plus spécialisé dans la détraumatisation et la réinsertion sociale qu'on appelait la Cité de la joie, dont Christine Deschyver est responsable. Mais avant cela, on a procédé à un contrôle de bien de la patiente pour rechercher des aiguilles ou des objets tranchants. Mais il n’y avait rien de suspect.

À la Cité de la Joie, elle a encore présenté des douleurs à la cuisse gauche et une impotence fonctionnelle du membre inférieur droit. Elle va revenir à l'hôpital. Nous allons faire la radiographie qui va encore révéler deux aiguilles au niveau de la cuisse droite et une aiguille cassée à la cuisse gauche. On va extraire les aiguilles très difficilement ; on n’avait pas pu accéder au bout de la troisième aiguille parce que c'était sous anesthésie locale. On a dû laisser ça en place. On était à la huitième aiguille.

Une semaine plus tard, elle est revenue à l'hôpital pour des douleurs hypogastriques. À la radiographie faite, il y avait une seule aiguille dans le pelvis. Cette aiguille-là, on l'a pas extraite cette fois, après concertation avec les collègues chirurgiens. On s'est dit que bon, voilà, il faut, il faut laisser, il faut d'abord laisser parce que on va chercher à comprendre de quoi il s'agit. Mais après il va s'ensuivre un ballonnement abdominal avec un transit conservé, suivi d'un affaissement spontané de l'abdomen. Quand elle était revenue à l'hôpital pour son ballonnement abdominal, on a fait la radiographie, et on a remarqué qu'il y avait plutôt trois aiguilles et l'aiguille qui était au niveau hypogastrique avait probablement migré.

Nous l'avons revue le 15 avril 2024 à l'hôpital pour des douleurs au niveau au niveau du bras gauche et de la cuisse droite. On a fait la radiographie et on a découvert qu'il y avait de nouvelles aiguilles. Entre temps, on voulait faire le contrôle de l'abdomen sans préparation pour voir l'état dans lequel elle était. Cette fois, on a retrouvé qu'il y avait quatre aiguilles au niveau de la paroi abdominale. On a procédé à l'extraction des aiguilles qui gênait la fonction. On a enlevé des aiguilles au niveau de la paroi abdominale et on a enlevé des autres aiguilles dont une au niveau du bras gauche et l'aiguille qui était au niveau presque de l'articulation du genou et ça gênait la fonction du membre.

On l'a revue encore. Ça, c'est le nombre d’aiguilles extraites depuis son arrivée jusqu'à en avril 2024. On l'a vu le 27 mai, quand on préparait notre voyage pour Angers. Elle est revenue encore à l'hôpital avec des douleurs. C'était hypogastrique. On va refaire la radiographie, et bien voilà : on découvre qu’il y a des aiguilles au niveau du pelvis, qui gênaient et provoquaient des douleurs. Il y a une nouvelle aiguille qui était pratiquement au niveau de la glande mammaire et d'autres aiguilles au niveau des membres. Le 27, on a quatre aiguilles supplémentaires qui provoquaient des douleurs et qui gênaient la fonction.

Alors nous avons eu quelques hypothèses selon le rapport psychiatrique par rapport à la pathologie même de la patiente, parce que c'est en fait une patiente qui est suivie depuis l'année passée - on était en novembre - et les suivis en cours jusqu'à aujourd'hui, on travaille dessus en équipe chaque jour, on réfléchit ensemble chaque jour pour essayer de l'aider. Selon le rapport qu'on a eu du psychiatre, cette patiente serait probablement en train de faire un état de stress post-traumatique chronique complexe. Elle ravive tout ce qui s'est passé dans la brousse. Elle a des cauchemars. Pour elle, la viande représente la chair humaine qu'elle a consommé trois ans durant. Elle ne peut pas prendre la nourriture qui contient de la sauce, parce que la sauce pour elle représente l'éjaculat dans sa bouche. Elle évite de parler du vécu. J'ai déjà dit qu'elle avait aussi des troubles du sommeil.

On a découvert récemment qu'elle était en communication avec son bourreau qui est, en même temps, rebelle, qu'elle trouve protecteur, puissant. Elle a développé une empathie positive au point d'avoir même envie de regagner la brousse. On a pensé qu'elle serait également en train de développer la personnalité pathologique *borderline*. C'est une question. Vous allez voir que sous forme des questions, parce qu'on ne sait pas exactement ce qu'elle a. Elle a une instabilité émotionnelle : tout de suite là, elle pleure ; et tout de suite là, elle commence à sourire. J'ai compris ça avec la présentation de Muriel, qu'il y a des traumatisés là, qui cachent leurs souffrances par le sourire alors qu'ils sont vraiment choqués.

Avec ses aiguilles, nous avons pensé à cette automutilation répétitive parce qu'elle essaie de soulager ses angoisses et la peur d'être abandonnée. Elle revient toujours sur toute la maltraitance connue dans l'enfance : d'abord violée après kidnappée. Elle a essayé de se suicider à quatre reprises. Déjà. Elle boit des concentrés, soit de sel, soit du savon. Elle a essayé de se pendre. On a posé la question pour essayer de savoir quel était le message quand elle communiquait avec son bourreau. Pour elle, elle demande à son bourreau pourquoi il l’a fait souffrir autant ? On a posé des questions sur la réponse du bourreau, ça, c'est le récit, le propos de la patiente : son bourreau lui dit qu'elle ne pourra guérir que si elle décide de retourner vivre à ses côtés. De l'autre côté, elle est tellement triste en pleure. Je répète ces mots : elle dit que toute sa vie n'a été que souffrance. Aujourd'hui, elle souffre de propos et regards des gens qui disent qu'elle introduit les aiguilles dans le corps. Elle préfère mourir.

Par rapport à la prise en charge qui constitue un défi, ça a été dit dans toutes les présentations. Bertin, ce matin, il l’a dit : la prise en charge holistique, en fait, c'est un modèle qui a été conçu à Panzi, mais qui est un modèle évolutif et dynamique, en fonction des besoins des patients. Pour notre patiente, le volet médico-psycho-social, je dirais même économique, sont déjà entamées : elle est prise en charge à l'hôpital ; elle est suivie par les psychologues et les psychiatres ; elle est à la Cité de la joie où elle apprend de petits travaux : le tricotage, elle a appris aujourd'hui à lire et à écrire. Le volet juridique n'est pas encore entamé. On s'est posé la question comment on va procéder ? Est ce qu'elle peut constituer la piste de solutions pour atteindre le bourreau parce qu'elle a le numéro en tête. Elle peut appeler. Je ne sais pas. J'ai même essayé de lui demander le numéro de son bourreau, qu'elle appelle son mari même. Elle a dit bah voilà, qu’elle ne veut pas me faire du mal, parce que le simple fait de dire « allo » au téléphone, ça pourrait l'effrayer. Ça c'est les propos de la patiente.

En psychiatrie, elle est à la phase de restructuration cognitive, selon le rapport du psychiatre où elle essaye maintenant de transformer ses idées négatives en idées positives. Elle est à sa troisième séance de restructuration cognitive.

Alors, devant un cas comme celui-ci, on se pose beaucoup de questions par rapport à notre modèle de prise en charge holistique. On se demande si on a la maîtrise en fait de l'aspect culturel. Ce matin seulement, quelqu'un qui a parlé de l'approche transculturelle qui donnerait des réponses assez satisfaisantes dans la réponse de prise en charge holistique. Quel serait l'apport également des différentes croyances dans la réponse efficace de la prise en charge holistique ?

Je ne voudrais pas finir ma présentation sans pour autant remercier les organisateurs de ce congrès. Je vais remercier également le Pr. Denis Mukwege pour sa vision et sa lutte contre la violence sexuelle à qui nous réitérons notre engagement participatif dans cette lutte. Je venais toujours vers lui pour cette patiente. On a beaucoup parlé, on a beaucoup réfléchi. Je remercie tout le personnel soignant de l'hôpital de Panzi, tous les acteurs qui œuvrent dans la prise en charge des survivantes de violences sexuelles et je vous remercie.

Merci beaucoup. Alors, je ne sais pas s'il va y avoir des commentaires, des questions. C'est un peu un cas qui, voilà qu'il faut digérer. J'avais déjà vu les présentations avant. Je les digère un petit peu. C'est vrai que peut être Muriel, je ne sais pas, avec des pistes psychologues/psychiatres, c'est sûr que là on est, on est dans des choses, des comportements qu'on peut sans doute expliquer. Après comment on peut l'aider ? Ça c'est une autre question.

On en a parlé longuement hier, ensemble. Est-ce que je peux peut-être ajouter ce que vous n'avez pas dit pendant la présentation ? C'est qu’elle va systématiquement, elle dit qu'elle ne s’est pas rentrée les aiguilles et qu'elle ne sait pas d'où elles viennent. C’est un élément important. Alors, avec ce que je vous ai expliqué tout à l'heure, là on est dans effectivement des conduites dissociantes violentes envers soi, qui explosent au moment où elle est protégée de l'agresseur même si elle reste en contact téléphonique, ça n'a plus rien à voir. Donc sa mémoire traumatique explose. C'est absolument intolérable. Donc il faut se dissocier, il faut s'anesthésier pour recréer une situation de stress extrême. Et on voit que chaque conduite dissociante va en entraîner d'autres, parce que c'est sans fin en fait : ça produit une dissociation qui va durer un certain temps, mais ça retraumatise par ailleurs, ce qui fait que la mémoire traumatique est encore plus explosive. Du coup, ça explique aussi la multiplication et la gravité des introductions aussi, parce que s’introduire des aiguilles dans l'abdomen, ce n'est pas rien. Alors ça, c'est les conduites dissociantes. Ensuite, quand on a une mémoire traumatique qui s'allume l'agresseur, il est tout le temps omniprésent. Il y a toutes ces phrases qui sont omniprésentes. Il y a le fait qu’il lui ait dit que de toute façon elle ne pouvait pas vivre sans lui. Donc c'est normal, c’est ce qu'on appelle le syndrome de Stockholm qui est complètement organisé par l'agresseur par rapport à ce qu'il dit : « tu ne peux pas vivre ». Ce qu'il a dit là : « de toute façon si tu veux guérir, faut que tu reviennes », « t’es folle », les trucs habituels. Ça tout ça, tout ça est très lisible. Après, ce qui paraissait moins lisible, alors qu'elle parle assez facilement de beaucoup et d’extrême violences qu'elle a subies récemment. Là, il y a quelque chose qui beugue dans cette situation-là. Et l'hypothèse que j'ai faite avec vous hier, c'est que je pense qu’il y a eu une amnésie traumatique de violence extrême quand elle était toute petite, bébé certainement - ça ressemble à ce qu'on fait aux bébés, les aiguilles, c'est ce que je pense après - qu'elle a oublié, mais qui se réveille avec sa mémoire traumatique. Et quand elle veut échapper à sa mémoire traumatique, elle reproduit ces violences qu'elle a subies toute petite. Mais du coup, ça reproduit aussi l'ensemble de ce qui s'est passé au moment où elle a subi les violences. Donc ça reproduit une dissociation, mais massive, énorme, avec une amnésie traumatique, dissociative, complète. Donc quand elle dit, c'est ce que je vous ai dit, il faut la croire, quand elle dit qu'elle ne sait pas ce qui s'est passé, c'est qu'elle n'en a aucune mémoire. Enfin, elle ne peut pas y accéder et quand ça se reproduit, ce n’est pas elle qui agit, c'est l'agresseur qui agit de nouveau en elle, parce que je veux dire, c'est une machine à remonter le temps qui fait revivre à l'identique. Donc ça reproduit vraiment la situation totalement et que du coup, voilà, et que finalement c'est aussi quelque chose que je vois beaucoup. Dans mes patientes, quand elles ont subi des violences extrêmes dans la toute petite enfance, finalement elles sont très attachées ensuite à des agresseurs qui les dissocient, donc qui les aident à supporter les violences de l'enfance et que les violences extrêmes dont elle parle, et bien ce n’est pas grave par rapport à ce qu'elle a subi enfant.

Et elle a certainement un peu raison, enfin d'une certaine manière, en termes de trauma, parce que là, quand elle a subi ces violences, lorsqu'elle a été séquestrée, elle avait 14 ans, On ne vit pas du tout les choses de la même façon à 14 ans, avec les mêmes conséquences quand on est bébé où on a aucun moyen d'échapper à la violence. Voilà donc moi c'est l'hypothèse que je fais et l'élément aussi que je peux donner, c'est que ça se traite, enfin qu'on peut faire quelque chose. Mais il faut qu'elle puisse vraiment comprendre ce qui se passe, comprendre ce que c'est qu'une amnésie traumatique ; qu'on puisse lui renvoyer, que oui, elle a raison, c'est elle qui a raison et que tous ceux qui disent qu'elle est manipulatrice ou je ne sais pas quoi *etc*. c'est faux, c'est pas du tout de cet ordre-là ; et qu'on lui reconnaisse aussi le fait que ben oui, ça paraît nous extrêmement grave qu'elle veuille retourner à son bourreau, mais elle, c'est logique dans sa logique à elle, c'est comme j’avais une patiente qui avait subi des violences extrêmes quand son cousin, quand elle a entendu parler de son cousin qui l'avait violée et qui avait voulu la tuer, *etc*. elle s'automutilait. Et puis au bout d'un moment, ça ne marchait pas parce qu'elle n'était pas protégée par sa famille et elle se mettait sur le rebord de la fenêtre, au 5e étage, avec un walkman. Elle se balançait, mais pour elle, ce n'était rien par rapport à revivre la mémoire traumatique. C'est ça qu'il faut comprendre, c'est que nous, ce qui me paraît horrible parfois dans les conduites chiantes pour les personnes, ce n'est rien. Sauf que c'est traumatisant. Et c'est ça aussi qu'il faut leur expliquer. C'est aussi une addiction, c'est aussi retraumatisant et c'est tous ces éléments là qu'il faut développer. Et puis on en a aussi discuté, il faudrait vraiment qu'elles puissent être vraiment très bien protégées, peut-être encore plus à distance, je ne sais pas, ça faudrait voir. Et puis on en a parlé aussi, ça ne sert à rien d'exercer une contrainte : d'essayer de cacher des aiguilles, ça ne sert à rien, elle trouvera autre chose. Enfin je veux dire, ce n'est pas le problème. Mais c'est vraiment de comprendre pourquoi et surtout lui rendre sa dignité en quelque sorte. Ça aussi on note que c’est horrible, ça s'explique, c'est quelque chose qui, aussi fou que ça paraisse, est normal. Voilà.

Oui, pardon. Dr. Kavira, si vous permettez juste, si on pouvait revenir sur la dernière slide où il était fait mention de la maîtrise de l'aspect culturel. Justement, est ce que cette dimension, vous avez évoqué, au début où ils mangeaient de la chair humaine, où on parle d'aiguilles, vous vous interrogez sur l'aspect culturel ? C'est-à-dire vous élargissez ça à une réflexion sociologique, anthropologique : qu'est-ce que vous entendez par ça au juste ? Merci.

Au fait, merci beaucoup pour la question. Les autres pourront me compléter, les anthropologues qui sont dans la salle. Au fait, si on a évoqué, cet aspect culturel et la question sur différentes croyances, c'est parce que la patiente, elle-même, n'est pas convaincue que qu'elle se met les aiguilles. On n'a pas des réponses par rapport à l'automutilation et à un moment donné on pensait à un maraboutage parce qu'elle nous dit carrément que c'est son bourreau qui lui fait ça, c'est son bourreau qui lui fait ça et à un moment, et il avait besoin que quelqu'un prie pour elle. Mais entre-temps, la croyance, la culture, ce n'est pas inclus dans le modèle holistique. Merci.

Merci beaucoup. Moi c'est Justin Cikuru, je suis doctorant en psychomotricité, option psycho-trauma. Alors c’est un cas effectivement qui amène beaucoup d'éléments ensemble, parce qu'évidemment ça joue entre le transculturel, le psychologique et le médical, parce que dans la physique et le physiologique. Alors il y a certains éléments qu'il faudra préciser ici pour se rassurer d'aborder la question transculturelle parce que si elle ne tient pas compte de la présence des aiguilles, il serait mieux qu'on fasse une observation de comparaison, qu'elle soit sous observation pour qu'on trouve la période de ces exécutions-là. Et quand elle n'est pas dans l'observation, pour voir effectivement à quel niveau parler les aiguilles, parce que ça va aider dans le processus de la restructuration cognitive, parce que dans la restauration cognitive se tient compte de preuves réelles par rapport à l'imaginaire. Et au point de vue culturel, c'est un élément fondamental, surtout lorsqu'il y a croyance d'une sorte de fétichisme. C'est aussi important que la patiente - déjà elle a 17 ans, la cognitive est déjà mise en place bien qu'à 9 ans elle a été déjà victime, c’est-à-dire qu'il y a une cicatrice traumatique et qui se met déjà en place à laquelle il faudra absolument qu’on l’attaque et à ce moment-là pour qu'on y arrive, il faut absolument passer par les questions culturelles. C'est rassurant qu’il n'y a pas une liaison liée à la viande qu'elle avait mangée par rapport à la souffrance qu’elle s'est faite par le corps. Et d'où la notion de savoir est ce que c'est le pasteur ? Est-ce que c'est le féticheur ? Est-ce que c'est les tradipraticiens ? Pour ouvrir effectivement les options de soins qui seront mises en place. Ainsi, la question par rapport à la prise de conscience de ses aiguilles, parce qu’ici un effet qui est réel, le médecin note des aiguilles réelles, ce ne sont pas des aiguilles imaginaires. Donc à ce point-là, déjà du fait que c'est normal, ce sont des aiguilles réelles, ça met en cause la prise de conscience de manière imaginaire. D'où l’importance de l'observation. Cependant, au point de vue traumatique, par le fait qu'il y a une liaison du bourreau et où le bourreau serait en communication, je ne sais pas si c'est encore imaginaire ou pas, je ne sais pas si le téléphone, la personne est en contact avec le bourreau par téléphone ou ce sont des mots qui lui a été dit pendant l'agression et qui se font vivre encore actuellement.

Parce que là aussi ça va amener la question de la précision au point de vue,

 il n'y a plus conscience de la reviviscence, par rapport aux évitements qui ne sont pas encore mis en place, d'où les besoins de la secrétisation qui peut se mettre en place et la proposition de soins qui tiendra compte de ces trois dimensions et ça ne pourra être éclairé si la patiente est profondément mise dans le processus thérapeutique pour comprendre les trois dimensions. Merci.

Peut-être que vous pourrez changer après, pour pas qu'on prenne trop de retard. Je voulais juste, il y avait deux mains qui s'étaient levés, peut-être, si rapidement, on a deux minutes pour qu'on puisse après laisser le temps.

Marie-Paule Beaumont, ma question va être très simple. On parle effectivement, il y a un traitement possible sur quelle durée ? Enfin, moi j'ai du mal à comprendre, enfin, sur quelle durée ça peut, ce traitement, cette thérapie psychologique/psychiatrique peut dans le temps ? La notion du temps dans tout ça ?

J’avais déjà répondu. En fait, je pense qu'elle a déjà fait un gros travail déjà d'identification, de mise en lien avec pas mal de choses. Après, c'est des verrous qui sautent. Là apparemment il y a un gros verrou qui est à faire sauter, à ce moment-là ça peut assez aller assez rapidement. Après, c'est ce que je disais ce matin : les patients deviennent leurs propres experts s'ils ont compris comment fonctionne la mémoire traumatique. Vraiment, ils ont une capacité hors norme à faire des liens, quasiment bien plus importante que nous parce qu’eux, ils ont tous les outils en main. Mais encore faut-il avoir les outils pour comprendre. Et là, ce que j'avais vraiment compris dans notre échange, c'est qu'elle, elle ne sait pas d'où viennent ses aiguilles. Alors après elle peut faire plein de d'hypothèses, on peut faire plein d'hypothèses avec elle, *etc*. Mais là ça démontre une amnésie traumatique, ou elle revit une amnésie traumatique.

Je vous propose de continuer à discuter après sur cette situation. Je suis désolé, il y avait quelqu'un, quelqu’un avait levé la main aussi. C'est bon ? Je suis désolée. Si peut-être ? Allez y, allez y !

Nous sommes juristes donc on a absolument aucune légitimité ici. Je voulais poser une question par rapport à ce que vous avez dit, parce que quelque chose qui m'intrigue, c'est le fait que : elle est victime, bien sûr, cette personne, mais elle a été aussi bourreau, elle a été enfant-soldat, elle a tué, donc elle a participé à des actes de violence, elle en a subi elle-même. Dans quelle mesure cette participation à des actes de violence peut expliquer son comportement et les conclusions que vous avez tirées ? Enfin, si vous avez une réponse, je n’en sais rien.

Merci. Je vous propose, merci beaucoup d'être venu nous parler de cette situation. Le docteur Bahaya, je vous installe.

Chers maîtres, chers collègues, Mesdames et Messieurs en vos titres et vos qualités, c'est pour moi un honneur de pouvoir participer à ces assises comme médecin à l'hôpital de Panzi, également membre du conseil scientifique de la Chaire Mukwege. Quand l'équipe organisatrice nous a demandé de parler sur l'expérience des enfants reçus à l'hôpital de Panzi, nous avons pensé vous parler des cas des mineurs avec grossesse et particulièrement de notre protocole sur la prise en charge des accouchements chez les mineurs avec grossesse.

Comme vous le savez, le viol, c'est l'un des crimes les plus odieux et dans les zones des conflits et post-conflits, la destruction du tissu social augmente la fréquence de ces crimes. Et ce crime est utilisé donc comme arme de guerre pour punir des communautés tout entières. Le viol et la violence sexuelle ne tient compte ni de l'âge ni du sexe, et là, ça affecte singulièrement les enfants, entraînant ainsi des complications physiques, psychologiques et sociales. En 2023, sur un total de 1093 victimes, 40,2% étaient des mineurs de moins de 18 ans, 58% de ces enfants étaient des élèves. Parmi ces mineurs, 39,1 % avaient une grossesse. Ces enfants vivaient dans la plupart des fois en famille. Mais 4,6% de ces enfants vivaient dans des mariages précoces et nous étaient référés soit par les associations, soit par leur famille, la police, les amis, et 2 de ces filles sont venues d'elles-mêmes à l'hôpital. La majorité des enfants venaient de la ville de Bukavu et de ses environs, et on a eu une fille qui est venue de la province de Tanganyika, un peu loin du Sud Kivu – là c’est le Sud Kivu et là c'est la province de Tanganyika. Ces enfants nous ont décrit que l'incident du viol avait eu lieu pour la plupart des fois la journée, dans 21,9% en forêt, 3,8% de ces enfants ont subi une intimidation par arme à feu, 10,5% ont connu des auteurs multiples, et il y avait notion de récidives dans 5,7%. Toutes ces enfants sont venus avec grossesse, bien sûr, parce que là, on parle de mineurs enceintes et d'autres sont venus avec des infections à répétition, à raison de 35,5%, et à celles qui sont venues avec une hémorragie post-tentative d'interruption volontaire de la grossesse. Du point de vue psychosocial : ces enfants présentaient un état de stress post-traumatique à 35,7% ; il y avait celles qui étaient déprimées à 10,7% ; les anxieuses étaient à 7,1% ; il y a celles qui ont développé aussi bien la dépression que l'anxiété, à 7,1% ; et 2 filles étaient déjà suivies en psychiatrie pour des troubles psychiatriques. Du point de vue social, ces filles avaient toutes abandonné l'école, la stigmatisation sociale et le rejet étaient rencontrées dans 81 % chez ces enfants-là. D'où l'intérêt d'avoir une prise en charge adaptée à ces enfants-là. Depuis un temps, comme on l'a dit, comme l'a dit notre maître, le Pr. Mukwege et Rutega ce matin, depuis un certain temps, Panzi a développé un nouveau protocole appelé « modèle holistique d'accouchement » chez les mineurs et les survivantes, chez les mineures survivantes des violences sexuelles. D'où est venue cette idée de créer cette nouvelle approche ? Laissez-moi vous parler d'abord de deux cas. Le premier concerne une jeune fille de 16 ans qui a été chassée par sa tante après avoir été abusée par un voisin au lac, là où elle faisait la vaisselle. Elle sera referrée à l'hôpital par sa famille, après violence, pour rejet plutôt familial après violences sexuelles et grossesse. Reçue au service SVS, elle sera prise en charge mais également on va la transférer en psychiatrie pour tentative de suicide. Après accouchement, elle a tenté de jeter cet enfant. Et on a essayé de la persuader, mais elle a fini plus tard par fuir l'hôpital et ne nous abandonner cet enfant à l'hôpital.

Le deuxième cas, c'est une jeune fille de 14 ans qui a attrapé une grossesse après abus par un homme armé quand elle cherchait du bois dans la forêt. Il était du village. Arrivée à l'hôpital, elle a refusé toute consultation médicale, surtout quand il s'agissait du touché vaginal. Et lors de l'accouchement, elle a refusé catégoriquement l'accouchement par voie basse. Et quand on a voulu savoir le pourquoi, elle nous a fait comprendre que tous ces actes lui faisaient revivre l'expérience du viol.

Et donc notre modèle est parti de toutes ses observations. Des enfants qui avaient peur de l'accouchement, les cas d'abandon des enfants. Certaines filles utilisaient même des produits traditionnels prétextant que c'est là où ils pourront accoucher facilement. Ça va faciliter le travail d'accouchement. Mais curieusement, ces produits traditionnels ne faisaient que compliquer leur état physique, entrainant parfois des accouchements prématurés. Et on a remarqué également que les taux de césarienne étaient élevés chez ces enfants, ça pouvait aussi être une des causes et l'utilisation de ces produits traditionnels. D’où on s'est dit qu'il faut élaborer un dossier particulier de suivi de ces mineurs enceintes. On a commencé par un premier dossier qu'on a appelé la « fiche rose ». C'est un dossier médical qui avait une partie sur le suivi médical, le suivi psychologique, le diagnostic social - donc l'environnement de la victime avec sa famille également les suivis à la maternité. Qu'est-ce qu'on a constaté après ça ? La fiche rose n'était qu'une fiche et qu'il fallait vraiment un suivi plus rapproché. Et là on a pensé à créer une équipe multidisciplinaire faite de gynécologues de médecins gynécologues, de médecins néonatologues, de psychiatres, de sages-femmes, des infirmières, des psychologues et des assistantes psychosociales, qu'on appelle chez nous les « mamans chéries ».

Après cette équipe, la création de cette équipe multidisciplinaire, on a pensé qu'il fallait identifier maintenant les besoins de ces victimes-là pour qu'elles se sentent plus à l'aise, accepter la grossesse et plus tard accepter l'enfant. Et parmi les besoins, les filles ont évoqué le besoin d'avoir des kits d'hygiène pendant et après l'accouchement. Les kits à la naissance, les délais pour leur enfant parce que ce sont des filles qui ont été rejetées par leur famille et qui ne pouvaient pas avoir de quoi préparer la naissance de leur enfant. Ces filles ont insisté sur un travail social à faire. Le travail social consistait donc à voir la famille, à voir la communauté, à parler à leurs membres et des familles pour qu'ils essaient de les accepter encore de nouveau. Ils ont également demandé, ils ont présenté le besoin d'avoir un *coaching*, un *coaching* par rapport à une personne qui connait un peu leur cas, qui a vécu comme elles et qui pouvait peut-être les coacher leur dire comment ça se passe, comment se passe l'accouchement, comment se passe la grossesse. Voilà que nous avons eu l'idée de créer ce qu'on appelle les « mères mentors ». Ces mères mentors ont été formées par cette équipe multidisciplinaire. Ces mères mentors étaient prises en charge aussi selon le même protocole et c'est des filles mineures qui ont accouché et dont cet accompagnement a permis une certaine résilience de développer une certaine résilience pour pouvoir partager leur expérience avec les autres et capable de porter l’information au sein de la communauté. Et donc leur rôle - le rôle de ces mères mentors - c'est de participer aux groupes de parole avec les autres et également les accompagner lors de l'accouchement, surtout pour les filles mineures qui n'ont pas de famille.

Donc l'objectif de ce de ce protocole, c'est d'abord d'offrir la continuité de soins, 1 à 1. Dans un cas, chaque cas est un cas particulier par rapport à cette approche. Favoriser l'accouchement physiologique normal, favoriser l'expérience positive de l'accouchement, c'est un modèle centré sur la personne dont la gestion et les compétences sont spécifiques à l'accouchement post-violences sexuelles. Et c'est un modèle qui utilise la démarche appelée la démarche de « pair-aidance ». Donc quand la pair-aidance est le soutien d'un pair, un pair capable de transférer aux autres les compétences de l'auto prise en charge.

Quelles sont les activités prévues pour ce protocole ? D'abord, il y a trois activités principales. Il y a pendant la grossesse, pendant l'accouchement et un post-partum, après l'accouchement. Pendant la grossesse, il faut faire la préparation de l'accouchement et cela, ce n'est pas à partir de notre équipe multidisciplinaire. La première activité, est réalisée par les assistantes psychosociales et les psychologues qui font la psychoéducation. Là, ils vont travailler sur la peur, ils vont travailler sur la honte, ils vont travailler sur la relation mère-enfant. Ces filles font des groupes de parole et dans ces groupes de parole, elles ont les temps de parler de tout ce qu'elles ont comme idées sur la grossesse et l'accouchement et selon leur culture également. Elles essaient de partager. Ensuite, après avoir terminé avec les groupes de parole, il y a aussi une étape où il faut faire en fait ce qu'on appelle le plan individuel, où le médecin consulte la patiente, les sages femmes font des consultations prénatales, et là on essaie de parler également à la patiente elle-même, en personne. On ne lui parle de l'accouchement, on lui parle de la grossesse également. Cette équipe multidisciplinaire fait des réunions mensuelles et parfois hebdomadaires, selon chaque cas. Et donc se réunir autour d'un cas, ils discutent autour de ce cas, de tout ce qu'ils ont connu comme problèmes et comment il faut prendre ses enfants en charge. Pendant cette préparation à l'accouchement, nous faisons également des visites à la maternité où les filles auront le temps de voir, d'assister, de se familiariser également avec l'environnement de la maternité. Et là, elles peuvent voir comment on est en train d'assister l'autre. Et là, ça va essayer un peu de leur donner du courage. Pendant le travail d'accouchement qui doit se faire dans un environnement calme - et là nous plaçons les filles dans un endroit dédié à elles à l'abri des autres femmes et des cris des autres femmes qui accouchent à côté pour ne pas les effrayer - et donc là, il y a un soutien continu. Donc il y a toujours, il y aura toujours une sage-femme, il y aura une assistante qui est là et un membre de la famille, ou bien pour les filles qui n'ont pas de membre de la famille comme accompagnant, il y a la mère mentor qui est là pendant l'accouchement et là ça va donner une certaine sécurité et une considération à la mineure. Et toujours après l'accouchement, dès qu'elle a son bébé, les sages-femmes, les assistantes vont agir, vont travailler sur la relation mère-enfant, lui montrer comment tenir son bébé, comment allaiter, comment parler à son enfant. Toujours à l'hôpital, nous allons faire, nous faisons les évaluations en post-partum, donc le médecin vont évaluer l'état de la santé maternelle et de la santé de l'enfant également. Et en fait l'évaluation de l'expérience de l'accouchement à travers une fiche où on va poser des questions par rapport à comment elle a pu surmonter cela, est ce qu'elle a eu peur ? Qu'est-ce qu'elle a ressenti ? Et tout. Après, si on a fini à l'hôpital, la mineure est déjà à la maison. Nous continuons avec les activités de sensibilisation et là on va parler de contraception, on va la sensibiliser par rapport à la contraception. On continue, le suivi de la santé mère-enfant également à domicile. Et c'est là où on fait également la médiation familiale, pour essayer de voir comment on doit accueillir cet enfant, avec son enfant, voir comment on va faire cette réinsertion socio-économique.

En 2023, nous avons fait accoucher un total de 135 filles. On a eu 34 % de césariennes, et là, il y a des études qui sont en cours, mais déjà avec les statistiques des années passées, il y a une baisse du taux de césarienne. Également, la prématurité également a baissé : selon une étude d'un ami qui a fait sa spécialisation en gynéco-obstétrique, qui a travaillé également chez les mineures enceintes, SVS, là il a trouvé 20 % de prématurité. Donc là on est à 10,3%, donc on trouve qu'il y a une bonne amélioration. Dans notre groupe, nous avons déjà 3 mères mentors qui ont développé une certaine résilience et qui sont capables d'accompagner les autres. Et comme je viens de le dire tantôt, il y a une étude qui est en cours pour évaluer maintenant tout le protocole.

Nous avons des défis, comme on l'a toujours dit, comme l'ont dit nos prédécesseurs et les premiers grands défis, c'est le suivi et l'intégration de ces enfants issus du viol. Le deuxième problème, c'est un problème de récidive qu'on peut avoir après réinsertion de ces enfants par manque de protection. Également, il y a un problème des visites à domicile parce qu'il y a des filles qui viennent un peu loin de la ville et donc il faut y aller pour faire cette visite, également pour cette insertion socio-économique. Comme perspective, nous pensons après l'évaluation du protocole, implanter ce modèle dans les autres *one stop center* et former le maximum de mères mentors pour pouvoir aider et assister les autres.

Je ne pourrais pas aussi terminer sans pour autant vous remercier, remercier l'équipe de Bérangère, remercier également notre Maître, Professeur. Aujourd'hui, si je suis professeure aussi, c'est grâce au Pr. Mukwege. Il m'a tenu la main, il m'a dit « vas-y, tu peux y arriver ». Il m'a soutenu à tous les niveaux. Et là, si je peux me présenter devant les gens, c'est parce qu'il m'a coachée. Merci.

Merci beaucoup pour ce retour. A nouveau, la mise en place d'un protocole qui, voilà, assez exemplaire, qui nous donne nous à réfléchir aussi, nous qui accueillons les primo arrivants avec aussi ces mineurs qui arrivent avec d'autres cultures et ce rapport à l'enfant. Je pense qu'on aurait beaucoup à apprendre aussi de ce que vous faites et de votre approche pour faire mieux que ce qu'on fait chez nous actuellement avec les primo arrivants.

J'avais une question avant de passer le micro à la salle : quel est le niveau de connaissance de ces de ces jeunes filles sur le plan de leur anatomie ? Est ce qu’on ne part de rien du tout ? Est ce qu'elles ont des connaissances ? Qu'est-ce qu'elles perçoivent ? Est-ce que vous avez tout un travail de justement de retravailler le corps, la grossesse ?

Oui, bon, par rapport à la connaissance de leur anatomie : d'abord, peut-être je ne l'ai pas dit, ces jeunes filles ont l'âge entre 13 et 17 ans, et donc c'est vrai qu'elles ont un tout petit peu de connaissances sur l'anatomie générale de la personne. Mais l'anatomie en tant que l'anatomie vaginale, féminine, souvent ils n'ont pas ça.

Et voilà maintenant le rôle des groupes de parole. Parce que là au moins on parle de tout, il n’y a pas de tabou, on parle de l'anatomie, il y a les médecins qui sont là, il y a les sages femmes qui leur parlent et les autres qui parlent de leur culture, de ce qu'elles ont comme notion selon la culture, selon les dires de l'environnement.

Et donc ils essaient de partager. Et le médecin, les sages femmes, les psychologues et les autres essaient de recadrer ces jeunes filles.

Je voulais rebondir à cette question puisque souvent les filles que nous prenons en charge, que ce soit ces groupes, ou le groupe que nous avons à la Cité de la Joie, je prends pratiquement une semaine, je leur achète même un miroir pour qu'elles connaissent leurs parties intimes, puisque souvent ils viennent avec cette idée que les malheurs viennent de leur vagin. Et c'est un nom qu'on ne prononce pas. C'est une zone qu'on ne connaît pas, extrêmement dangereuse, telle qu'elle est présentée. Et je pense que c'est très, très important pour ces filles de connaître leur corps pour pouvoir s'accepter. Et presque 50% des filles qui arrivent, lorsqu'ils arrivent par exemple à la Cité de la joie, et qu'on leur pose la question de savoir si elles sont contentes de ce qu'elles sont, 50% disent qu’elles souhaiteraient être garçons puisqu’être filles, c'est être exposées à des viols et être exposées à une maltraitance. Et donc elles lient directement leur souffrance à leur appareil génital et donc c'est une partie qu'elles ne veulent pas voir. Et on fait beaucoup de travail pour qu’elles puissent dessiner, qu'elle puisse regarder et dire qu'est-ce qu'elles ont vu. Et souvent à la fin de la formation, elles arrivent à aimer les parties génitales et ça change tout dans leur conception des relations. Merci.

Oui bah je voulais dire aussi là-dessus. Nous dans notre travail, que ce soit particulièrement sur les violences effectivement faites aux enfants, toutes les patientes victimes de violences sexuelles dans l'enfance ont une très mauvaise représentation, même alors, bien même que normalement elles ont fait un peu d'anatomie pendant leur scolarité, *etc*. elles n’ont aucune connaissance. Même des médecins qui ont subi des violences sexuelles dans l'enfance peuvent n'avoir aucune représentation. Et je voulais juste faire le lien avec ces parties dissociées du corps, traumatiques, et le fait que les zones somato-sensorielles des parties impactées par les violences, il y a une diminution de l'épaisseur corticale qui va aussi avec des sensations qui ne sont pas là, ou qui sont remplacées par des douleurs de mémoire traumatique, mais aucune sensation, aucune sensibilité, et que lorsqu'on fait - moi je fais ce travail-là avec des dessins *etc*. avec mes patientes - on sait que là il y a une récupération de l'épaisseur du cortex et que du coup il y a une représentation, il y a une intégration de cette partie du corps qui se fait. C'est pareil pour la poitrine, c'est pareil pour tout ce qui est aussi bouche, *etc*. Toutes les parties qui ont été impactées.

Bonjour, merci pour la présentation. J'avais une petite question : en considérant les gestes médicaux comme potentiellement réactivateur des sensations des actes de viol qui ont été commis en me basant sur le cas que vous nous avez présenté, je voulais savoir pourquoi favoriser l'accouchement physiologique ?

Je pense que dans la prise en charge, il faut ramener les victimes à une vie normale. Et donc si on fait un évitement, c'est-à-dire qu'on ne va pas les laisser entrer dans la voie normale, ça veut dire tout simplement qu’on est train d’échapper une partie de leur vie. Il faut plutôt les aider et leur expliquer qu'elles peuvent accoucher normalement. Par exemple, en ce qui concerne le touché ou l'examen, je crois, notre collègue Evain, elle a très bien expliqué ça, c'est que si une patiente vous dit « Je ne veux pas le touché vaginal », il ne faut surtout pas le faire. Et s’il y a un examen nécessaire, il faut prendre le temps qu'il faut prendre pour expliquer assez, qu’il y a un consentement. Et c'est ce que Bertin a montré : tout acte posé sur une victime de violences sexuelles doit, requiert, un consentement éclairé. « Eclairé » cela veut dire que vous êtes certain que ce n'est pas vous qui comprenez, c'est la patiente qui comprend. Parce que parfois, nous, médecins, on fait cette erreur quand on a compris, on pense aussi qu’un autre patient a compris. Merci.

Oui. Merci. Alors je vais me risquer à poser une question, mais je suis juriste et pas du tout médecin, donc je m'y connais pas du tout. Et je me demandais si vous aviez connu des situations de déni de grossesse, ou ce genre de choses, qui ont nécessité d'agir dans l'urgence. Et si ça vous a amené, le cas échéant, à réfléchir à un protocole, dans le même genre que celui-ci, un protocole de type holistique, mais qui permettrait d'agir beaucoup plus précipitamment que ce processus-là ? Merci.

Le déni de grossesse est ce que vous avez eu des situations de déni de grossesse ? C’est vrai que nous en France on a assez souvent ce problème-là. Voilà, la grossesse qui n'est pas visible et tout, parce qu’elle n'est pas du tout investie par la femme, et en fait, on se rend compte pour une douleur abdominale qu’elle est enceinte de huit mois et demi et d'un seul coup, on a un ventre qui se met ; on a une femme qui est toute menue qui rentre dans la salle de consultation et qui sort de la discussion avec un ventre d'une femme de huit mois et demi.

Et bien on a des cas comme ça. Mais je crois que pour les enfants, ce que j’ai observé, c'est que souvent elles sont enceintes et arrivent à l'hôpital, presqu'à terme, sans savoir qu'elle est enceinte. Et ce n'est pas un déni, c'est tout simplement puisqu’elle ne sait pas ce qui lui est arrivé. C'est plutôt chez des femmes exclues, dans leur famille ou leur communauté, à cause de l'infertilité qu'on observe ces cas où on a fait de grossesses qui qui n'en sont pas. C'est très fréquent.

Merci beaucoup. Oui, bien, une dernière question puis après on va quand même se laisser un peu de temps.

C'est juste pour reprendre la deuxième partie de votre question sur la question urgente. Parce que moi, je me suis posée la question récemment. Je suis médecin généraliste et j'ai une patiente qui a été victime de viol et qui avait une douleur évocatrice d'une torsion d'annexe, qui est une urgence gynécologique qui a besoin d’une échographie. Et donc cette patiente justifiait d’une échographie endovaginale, parce que ce n’était pas possible par voie sus-pubienne. Bon voilà, une échographie par voie vaginale, pour résumer pour ceux qui ne sont pas du domaine médical. Et en fait elle refusait l'échographie. Et en même temps je me disais, il faut que je respecte son vécu traumatique et qu'évidemment il ne faut pas brusquer le geste ; et en même temps j'avais l'impression de d'engendrer une perte de chance, ou de ne pas la traiter exactement comme j’aurais traité une patiente lambda, je ne pouvais pas éliminer du coup la torsion d’annexe. Bon voilà, pour un peu rebondir sur votre question de l'urgence, parce qu'il y a des situations où c'est un peu compliqué d’à la fois agir pour la santé de la femme, dignement, avec tous les moyens qu'on aurait mis en place pour toute femme, et en même temps respecter son vécu traumatique.

En tout cas, merci beaucoup. Merci. Et donc là, la dernière intervention de cette session. Donc, Mme Reman, vous allez, vous vous connaissez bien le périnée. Je pense que vous savez bien expliquer aussi à vos patientes ce qu'est le périnée. Et là vous allez nous expliquer un peu les résultats de votre étude, puisque vous avez travaillé un petit peu, étudié les séquelles que peuvent amener ces viols sur les patientes.

Euh oui, effectivement. Donc je m'appelle Tara Reman et je vais vous présenter des analyses préliminaires de ma thèse. Des analyses préliminaires du coup, qui vont porter sur la conséquence des violences sexuelles, sur la fonction sexuelle des survivantes au Kivu. Donc je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer sur le sujet traité et ce projet de recherche a été financé en partie - en grande partie - par la Société Internationale de Rééducation en Pelvi-Périnéologie - la SIREPP, ainsi que par des fonds de recherche institutionnels.

Alors juste pour vous introduire un peu le sujet, on va parler un peu de prévalence, et donc d'après les rapports de l'OMS, ce serait 30 % des femmes de plus de 15 ans qui ont, ou auront, été victimes de violences sexuelles au moins une fois dans leur vie. Et quand on regarde les données de prévalence dans les pays en voie de développement et dans les zones de conflits, on compte que c'est des données de prévalence qui sont beaucoup plus importantes, notamment en lien avec le fait qu'on utilise la violence sexuelle comme arme de guerre en conflit. Et donc, qu'est-ce que c'est que la violence sexuelle utilisée en tant qu'arme de guerre ? Elle a été catégorisée par l'ONU, dans les rapports de l'ONU, et donc ça va être tout ce qui va être viols, tortures sexuelles, grossesses forcées, mutilations génitales, stérilisations forcées, avortements forcés et esclavage sexuel dans les contextes de conflit. Donc c'est une violence sexuelle qu'on va retrouver dans énormément de conflits, mais particulièrement du coup dans l'Est de la RDC où des études montrent que c'est entre 16 et 40% de la population féminine qui seraient victime de ce type de violences sexuelles. Alors là, la violence sexuelle, elle va avoir des conséquences très importantes au niveau de la santé physique, mais particulièrement au niveau de la santé pelvienne. Il y a différentes revues systématiques qui sont sorties récemment sur le sujet, notamment, qui ont montré que les femmes victimes de violences sexuelles avaient des conséquences au niveau gynécologique et sexuel importantes, notamment des douleurs pelviennes, des dyspareunies, des tissus minorés, des saignements menstruels anormaux. Il y a également des problématiques urinaires qui sont à reporter, notamment plus de cas d'incontinence, de pollakiurie, de dysurie, de vidange incomplète de la vessie et du jet urinaire faible. Et enfin, on a également des problématiques anorectales, avec plus de douleurs abdominales chroniques et des troubles du transit importants, notamment plus de diarrhées fréquentes et de constipation. Et donc là, ça c'est juste la violence sexuelle générale.

Concernant la violence sexuelle utilisée comme arme de guerre, il y a une revue systématique qui a été effectuée par BA et collaborateurs en 2016, et qui montre que, comme c'est une violence sexuelle qui est très spécifique, très brutale, très intense. Il va y avoir aussi des conséquences spécifiques au niveau de la zone pelvienne et du plancher pelvien, notamment plus de traumatismes génitaux, anaux, plus de fistules recto-vaginales et/ou vésico-vaginales, et plus de dysfonctions sexuelles et des douleurs pelviennes. Alors, la problématique qui a été amenée par cette revue systématique, c'est qu'effectivement on a des études de prévalence mais ces études, elles n'ont pas utilisé de questionnaires validés pour évaluer justement ces dysfonctions pelviennes. Donc c'est difficile de les comparer. Et en plus de ça, c'est difficile d'évaluer la sévérité de ces dysfonctions. En plus, il y a peu, ou pas, de données qui ont été retrouvées sur les fonctions pelvi-périnéales, notamment sur le plancher pelvien, qui est un ensemble musculosquelettique qui va avoir un rôle important à jouer lorsqu'il y a des dysfonctions pelviennes. Donc c'est pour ça qu'on a décidé de mettre en place une étude de cordes rétrospective pour obtenir des données épidémiologiques concernant les dysfonctions pelviennes, mais également psychologiques chez les survivantes de violences sexuelles dans la région du Kivu, via des questionnaires validés. Alors je ne suis pas toute seule dans ce projet-là. On a une grande équipe de recherche qui est pluri-institutionnelle, pluridisciplinaire et pluriculturelle. C'est un projet de recherche qui est amené par le Pr. Jeanne Pertuis, qui est à la Haute Ecole de Santé Vaud à Lausanne, et qui est en collaboration du coup avec le Pr. Betty Miangindula, qui est à l'Université de Kinshasa. On a la chance d'avoir le Pr. Jennifer Foucart qui apporte son expertise sur le volet psychologique et on a aussi la chance d'avoir deux experts cliniciens sur le sujet, la doctoresse Jasmine Abdul Kadir, qui fait partie de l'Université de Genève, qui elle, est spécialisée dans la prise en charge des mutilations génitales féminines et, bien sûr, Pr. Denis Mukwege. Ce projet de recherche, il a permis notamment l'élaboration de deux projets doctoraux : donc le mien, qui porte sur les conséquences périnéales et psychologiques et de bien être chez les femmes victimes de violences sexuelles au Kivu ; et puis celle de Andy, qui est mon coéquipier de thèse, qui lui travaille plus sur les données de prévalence des dysfonctions pelviennes au niveau national en République démocratique du Congo. Concernant la population qu'on a recrutée : du coup, c'était des femmes qui étaient inclues, qui avaient plus de 18 ans, qui devaient vivre en RDC, qui devaient parler français ou qui pouvaient être traduites, et qui étaient survivantes de violences sexuelles. On a exclu toutes les femmes qui étaient enceintes et qui étaient en post-partum de moins de 6 mois, puisque ce sont des situations dans lesquelles elles vont naturellement développer des dysfonctions pelviennes et on a essayé, on a voulu éliminer ce biais-là. On a recruté les femmes au Nord et au Sud Kivu : donc au nord, dans la ville de Goma, dans l'hôpital de Keshero et dans le Centre médical de santé urbain de Keshero ; et puis au Sud Kivu, on a recruté les femmes, donc à l'hôpital de Panzi, notamment dans le service des survivantes, et à la Fondation Panzi, notamment à la Maison Dorcas. On a calculé une taille d'échantillon de 310 femmes réparties en deux groupes : un groupe de femmes victimes de violences sexuelles et un groupe de femmes qui n'ont pas été confrontées à ce type de violences. Alors, quand les femmes étaient consentantes à participer à l'étude, on leur faisait passer dans un premier temps un questionnaire de données socio-démographiques dans lequel on posait des questions très précises sur la violence sexuelle lorsqu'elles avaient été victimes. Et ensuite, on leur faisait passer six questionnaires de symptômes et de qualité de vie. Chaque questionnaire évaluant une fonction pelvienne. Donc, il y avait la fonction urinaire avec l’ICIQ-FLUTS, l'incontinence anale avec le SMIS, la constipation avec le KESS, la fonction sexuelle avec le FSFI – questionnaire que je vais vous présenter juste après, et on évalue également la qualité de vie avec le SF-36 et le syndrome post-traumatique avec le PCL-5.

Si elles étaient toujours d'accord pour continuer, on leur faisait passer un examen clinique, notamment un examen gynécologique, pour évaluer la fonction des muscles du plancher pelvien notamment, et le tonus et les points douloureux au niveau du plancher pelvien. Alors, pour le questionnaire qu'on a utilisé concernant la fonction sexuelle, puisque c'est ce que je vais vous présenter aujourd'hui, donc on a utilisé le *Female Sexual Function Index*, le FSFI du coup, qui est un auto-questionnaire de 19 questions, qui va évaluer 6 dimensions : le désir, le plaisir, la lubrification, l'orgasme, la satisfaction et la douleur. Il a une valeur *cutable* de 26,55, ce qui veut dire que toutes les femmes qui ont un score qui est en dessous de 26,55 sont considérées comme ayant une dysfonction sexuelle. C'est le questionnaire le plus utilisé en recherche pour évaluer la fonction sexuelle féminine. On considère même que c'est le *gold standard* à utiliser pour évaluer la fonction sexuelle féminine.

Et, par chance pour nous, il a été traduit en français et cette traduction a été validée. Il n'a pas été traduit en swahili par contre. Et cette traduction française a de bonnes valeurs psychométriques, notamment au niveau de la fiabilité test-retest et de la cohérence interne. Alors les analyses préliminaires que je vais vous présenter, elles ont été effectuées sur 79% de l'échantillon total calculé. Et quand on compare, le groupe « contrôle » avec le groupe « violences sexuelles », au niveau des caractéristiques démographiques, ce sont des groupes qui sont homogènes pour la plupart des caractéristiques démographiques. Donc ils sont comparables, en tout cas sur les données que je vais vous présenter plus tard. Par contre, il y a quelques caractéristiques démographiques qui, où les deux groupes sont différents de manière significative, notamment l'âge : donc dans le groupe « violences sexuelles », c'est des femmes qui sont plus jeunes par rapport au groupe « contrôle ». Il y a aussi plus de cultivatrices dans le groupe « violences sexuelles » que dans le groupe « contrôle », mais ça c'est inhérent finalement au sujet traité puisque vous allez voir plus tard qu'une grande partie de l'échantillon a été violenté par des milices, et les milices attaquent principalement les femmes en dehors des villes, notamment dans les champs, donc ça touche plus facilement les cultivatrices. Et on retrouve plus de femmes célibataires et divorcées dans le groupe « violences sexuelles », encore une fois inhérent au sujet traité : femmes qui sont victimes de violences sexuelles, notamment au Kivu, vont être stigmatisées, elles vont être abandonnées par leur mari, et elles vont aussi avoir plus de difficultés à avoir accès au mariage, par la suite.

Alors, les caractéristiques de la violence sexuelle qu'on a évaluées, c'est celles-ci. Il y en a encore d'autres après pour la slide d’après. Donc on a évalué un petit peu le type d'agression dont les femmes étaient victimes : 100 % de notre échantillon, dans le groupe « violences sexuelles », avaient été violentées, avait eu un viol par voie vaginale ; après une grande partie, donc presque 90 % il y avait juste eu un viol vaginal seul mais on avait eu 10 % quand même de notre échantillon qui avait subi des agressions sexuelles plus complexes, on va dire, avec des viols anorectaux ou l'insertion d'armes à feu à l'intérieur du vagin.

Concernant le nombre d'agresseurs : 50 % de l'échantillon dans le groupe « violences sexuelles », il y avait un seul agresseur ; et l'autre 50 %, il y avait eu plus d'un agresseur. Concernant la durée de l'agression : pour la plupart de notre échantillon, l'agression a été effectuée sur un acte isolé, même si on voit quand même 30 % de notre échantillon où l'agression s'est effectuée sur une plus longue période, plus d'une journée donc, avec notamment des femmes qui avaient été kidnappées et qui avaient servi d'esclaves sexuelles pour les milices. Enfin, pour le nombre d'agressions : on avait une grande partie de notre échantillon qui avait été agressée qu'une seule fois. Donc pour le type de l'agresseur : 50 % presque de notre échantillon avaient été agressé par des milices. Et concernant la période de l'agression : on avait 40 % de notre échantillon à peu près qui avait été agressé depuis la dernière grossesse. Même si on voit que 33 % de notre échantillon avait été agressé avant le premier rapport sexuel. Donc en fait, cette agression sexuelle était la première expérience sexuelle que ces femmes avaient expérimentée.

Alors concernant la prévalence et la sévérité des dysfonctions sexuelles, quand on compare le groupe « contrôle » avec le groupe « violences sexuelles », on observe du coup qu'il y a une différence significative sur quatre sous-scores, notamment l'excitation sexuelle, la lubrification, l'orgasme et la douleur, avec des scores qui sont plus petits pour le groupe « violences sexuelles » par rapport au groupe « contrôle ». Quand on regarde le niveau de prévalence entre le groupe « violences sexuelles » et le groupe « contrôle » - donc le niveau de prévalence de dysfonctions sexuelles - on se rend compte qu'il y a un taux plus important de femmes qui ont des dysfonctions sexuelles dans le groupe « violences sexuelles » que dans le groupe « contrôle ». Donc 93 % pour le groupe « violences sexuelles » et 85 % pour le groupe « contrôle » - donc 85 % pour le groupe « contrôle » c'est très important. Donc on se pose un peu la question de la qualité de la vie sexuelle des femmes qui vivent du Sud Kivu et l'impact que c'est de vivre en zone de conflit sur la vie sexuelle.

Alors ensuite, on a essayé de voir un peu : est ce que les caractéristiques de la violence sexuelle, ça impacte la sévérité de la dysfonction sexuelle ? On a essayé de voir : est-ce que le type d'agresseur, est-ce que le fait que l'agression a été effectuée par des milices, est ce que les femmes ont plus de dysfonctions sexuelles ? C'est plus sévère ? Le souci, c'est qu'on n'a pas trouvé de différence significative entre les deux groupes qu'on avait fait, - donc, le groupe « violences sexuelles effectuées par des milices » et le groupe « violences sexuelles effectuées par des civils ». Par contre, quand on regarde la distribution du jeu de données, on se rend compte que les femmes qui ont été victimes de violences sexuelles par les milices ont quand même des scores qui sont nettement plus inférieurs que le groupe de « violences sexuelles effectuées par les civils ». Alors on a aussi regardé l'impact du nombre d'agresseurs.

Est-ce que le fait d'avoir été agressé par plus d'un agresseur lors de l'acte : est-ce que ça a un impact sur la dysfonction sexuelle ? Et encore une fois, on n'a pas trouvé de différence significative sur le score total. Par contre, on a quand même trouvé des différences significatives sur l'excitation, l'orgasme, la satisfaction et la douleur.

Alors les dysfonctions sexuelles, elles arrivent rarement seules. C'est ce qu'on a pu voir dans notre échantillon. En fait, les femmes qui sont victimes de violences sexuelles, elles ont des dysfonctions sexuelles, mais elles ont aussi d'autres dysfonctions pelviennes. Donc notamment, on a pu voir que dans notre échantillon, il y avait des combinaisons qui revenaient tout le temps, qui sont le fait que les femmes qui sont victimes de violences sexuelles, souvent elles ont des dysfonctions urinaires associées et une constipation associée. Alors on s'est dit, tiens, ça peut être intéressant de voir si on fait un modèle de régression logistique et voir finalement quel est l'impact de l'agression sexuelle sur le fait de développer des dysfonctions multiples ? Et donc on a pris en compte différents facteurs dont on savait dans la littérature que c'étaient des facteurs qui développent des dysfonctions pelviennes : donc l’âge, l'indice de masse corporelle, les antécédents chirurgicaux, la présence de déchirures périnéales, d’épisiotomies, le nombre de voie basse et de césarienne, et en prenant tous ces facteurs-là dans le modèle, et bien les femmes qui vous viennent, qui sont victimes de violences sexuelles, elles sont 6 fois plus susceptibles de présenter des dysfonctions pelviennes multiples par rapport aux femmes non exposées à la violence sexuelle. Donc c'est presque une double peine finalement pour ces femmes-là. Elles ont du coup des vécus qui sont plus complexes et pour nous, physiothérapeutes, mais aussi pour tous les professionnels de santé, ça fait que le traitement est aussi beaucoup plus complexe.

Alors comment on peut interpréter un petit peu ces grandes lignes, un petit peu ? Ce sont des analyses préliminaires, donc il faut attendre encore un petit peu pour être sûr de ce qu'on avance. Mais ce qu'on peut voir un petit peu, c'est ce qu'on peut voir, c'est que la violence sexuelle, elle modifie grandement la fonction sexuelle des survivantes. Il y a des dysfonctions sexuelles du coup, qui sont beaucoup plus sévères, dans le cas des femmes qui sont victimes de violences sexuelles. Alors après, il faut voir aussi les perceptions que ces femmes ont de ces dysfonctions sexuelles : est-ce que c'est important pour elles ? Et effectivement, moi, de ce que j'ai pu voir sur terrain, quand je récoltais mes données, que les femmes elles venaient avec ces demandes de « mais alors la constipation, oui, d'accord ; l'incontinence urinaire, oui d'accord ; mais moi ce qui m'embête c'est que je n'arrive plus à avoir de rapport sexuel en fait. Et ça, ça impacte mon rôle social et mon rôle familial ». Donc c'est quelque chose, je pense qu'il serait intéressant d'investiguer un petit peu plus avec de la recherche qualitative. Alors, après les limites de cette présentation et des résultats que je vous présente, c’est que c'est encore des analyses préliminaires. Donc il faut voir pour être sûr. Enfin, il faut continuer pour être sûr de ce qu'on avance. Et puis il y a la problématique du questionnaire. Le questionnaire qu'on a utilisé, effectivement, il a été traduit, il a été validé en français, mais il n'a pas été traduit ni validé en swahili. Donc on a dû, on a dû travailler avec des interprètes. Mais cette interprétation, elle est, elle doit être culturelle également. Donc on a ce souci-là. On a aussi le souci que c'est un questionnaire qui, à partir du moment où il y a une violence sexuelle, on est directement sur des scores qui sont extrêmement bas. Et donc quand on veut évaluer l'impact réel des caractéristiques de la violence sexuelle, le fait de savoir si est ce que, si ces femmes ont été victimes de violences sexuelles lorsqu'elles étaient mineures, par rapport à si elles ont été victimes de violences sexuelles lorsqu'elles ont été majeures, eh bien, c'est difficile de réellement trouver une différence significative, en tout cas avec ce questionnaire. Alors peut être que le souci, c'est que moi, je n'ai pas trouvé d'autres questionnaires, en tout cas créés pour ce type de population. Donc peut-être qu'il faudrait en créer un, en tout cas par la suite.

Donc pour la suite du projet en juillet 2024, on va finir le recrutement de la partie quantitative et on va ensuite en faire une étude qualitative pour étudier comment la violence sexuelle modifie la perception des dysfonctions pelviennes chez ces femmes. Donc voilà, je remercie particulièrement d'abord le Dr. Raha, pour son encadrement lorsque je vais à Panzi, à chaque fois ; Pr. Denis Mukwege, aussi ; et bien sûr les traducteurs qui sans eux, je pense que cette étude n'aurait pas eu lieu. Merci beaucoup pour votre accompagnement. Voilà, merci.

Merci, merci beaucoup et félicitations. C'est vrai que c'est un beau travail scientifique, voilà, qui s'attèle à quelque chose d'assez difficile. C'est sûr que certainement une approche qualitative viendra compléter les choses. Elle permettra justement peut être de pallier les difficultés que vous rencontrez avec les questionnaires confrontés aux cultures, aux connaissances de base. Enfin, c'est toutes les difficultés quand on est sur ce genre de perception, c'est complètement en marge et ça n'a rien à voir, mais nous, on a des difficultés, moi, je fais de la réparation de dommages corporels, donc justement les victimes de viols d'apprécier en réparations de dommages les conséquences. Et on est confronté nous en plus avec des assurances, des médecins d’assurances et c'est l'éternelle question où on dit « oui docteur, d'accord, elle acte qu’il y a ça, qu’il y a ça, mais quelle était la vie sexuelle avant ? ». C'est vrai qu'on sent bien qu’on est toujours un petit peu sur la corde raide à utiliser même des questionnaires sur le vécu de la sexualité depuis un événement traumatique, sachant qu'on n'a aucune connaissance en effet du niveau de sexualité antérieur. Donc c'est toutes les difficultés aussi. Est ce qu'il y a des questions dans la salle, des remarques, des compléments ? Ça peut être également par rapport à tout ce qu'on a entendu aujourd'hui, si certains ont été brimés tout à l'heure et n'ont pas pu poser leurs questions. En tout cas, moi je remercie tous les intervenants pour la qualité des travaux présentés. Merci aussi à la salle qui a été dynamique dans ses questions et merci aussi à toute l'équipe. Ha il y a une question, très bien. Il y a une question, on va passer un micro.

C'était juste une petite question. Désolée du coup pour le décalage, je crois que vous êtes physiothérapeute, ça correspond à un kinésithérapeute ? Oui, voilà. Tout à fait. Du coup, je voulais savoir si votre travail avait un lien du coup entre votre recherche et votre travail de physiothérapeute ? Et si et comment On peut accompagner du coup des troubles du plancher pelvien chez la femme victime de violences sexuelles ? Quels sont les moyens et les thérapeutiques ? A Panzi ou en général ? Bah j'avoue du coup, parce que je travaille en France, je parlerais plutôt des thérapeutiques en France mais si vous voulez développer aussi.

Alors oui, le fait que du fait de mon *background* en physiothérapie et le fait que aussi une grande partie de l'équipe de recherche soit physiothérapeute, le but serait dans un premier temps, de faire une observation sur terrain, de faire ensuite un rapport, à Panzi notamment, de voir un petit peu quelles sont les problématiques sur lesquelles il serait intéressant de se pencher après, et notamment les perceptions des dysfonctions pelviennes par les femmes, parce que finalement, s'il n'y a pas de plainte, si les femmes ne voient pas qu'il y a un souci, peut-être qu'il serait peut être intéressant d'abord, dans un premier temps, de voir les programmes d'éducation que l'on pourrait mettre en place, en accord avec le professeur Mukwege, et par la suite, oui, si possible mettre en place de la rééducation périnéale. Alors après à voir en fonction des fonds de recherche, des fonds qui seraient alloués.

Alors pour la deuxième question, celle de comment prendre en charge les victimes de violences sexuelles ? on peut les prendre en compte, on peut les prendre en charge effectivement en rééducation périnéale et notamment dans tout ce qui va être les problématiques de tonus. En fait, on voit que chez ces femmes-là, il y a une, c'est lié en fait notamment au syndrome post-traumatique où on est en hyper vigilance, en fait, à chaque fois. Il y a cette hyper vigilance, elle est retrouvée notamment au niveau des muscles du plancher pelvien, avec une hyper tonicité périnéale qui est très importante : plus de, par exemple, d’anisme par exemple, plus de vaginisme, de dyspareunie aussi. Donc c'est quelque chose qu’effectivement on peut traiter, après toujours en collaboration avec des professionnels de santé mentale, puisque nous on est thérapeute au niveau du plancher pelvien. On traite le muscle effectivement. On accompagne. Ça donne aussi plus de confiance aux femmes, mais pour tout ce qui est problématiques psychologiques, c'est bien de travailler en collaboration avec d'autres thérapeutes. Voilà. Merci.

En tout cas, encore merci à toute l'équipe de Panzi. Merci Professeur d'être resté pendant cette session. Et je pense que, bien sûr, vous travaillez dans des conditions particulières, extrêmes, qu'on ne connaît pas, mais je pense qu'on a quand même pas mal à apprendre aussi de tout ce que vous mettez en place. Parce que je pense qu'on n’a pas toujours la même qualité de suivi de prise en charge des victimes d'agression sexuelle dans notre pays. Merci beaucoup.