

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



ANNEE 2021

N° 351

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET PRISE EN CHARGE DES ABUS SEXUELS AU CENTRE HOSPITALIER YOUSOU MBARGANE DIOP DE RUFISQUE

MÉMOIRE

POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES
EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉRIQUE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE

LE 25 NOVEMBRE 2021

Par

Madame Ndeye Astou FAYE

Ancien interne des Hôpitaux du Sénégal

Née le 03 Avril 1990 à Yeumbeul (Sénégal)

MEMBRES DU JURY

Président : M. Alassane DIOUF Professeur Titulaire

Membres : M. Abdoul Aziz DIOUF Professeur Assimilé

M. Moussa DIALLO Maître de Conférences Titulaire

Directeur de Mémoire M. Abdoul Aziz DIOUF Professeur Assimilé

REMERCIEMENTS

A notre Maître Professeur Jean Charles MOREAU

C'est avec un cœur grandement ouvert que vous nous avez accueillies dans cette maison de travail et d'apprentissage. Votre engagement et votre respect nous ont toujours marqué. Que le BON DIEU vous accorde une longue vie et bonne santé.

A notre Maître et Président du Jury Professeur Alassane DIOUF

Vous nous faites un grand honneur en présidant notre jury de Mémoire. La qualité de votre enseignement, votre pragmatisme et votre détermination nous inspirent grandement. Votre disponibilité et vos qualités humaines font de vous un maître exemplaire. Nous vous prions de trouver ici cher maître, l'expression de notre sincère gratitude et notre profond respect.

A notre Maître et Directeur de Mémoire Professeur Abdoul Aziz DIOUF

C'est un grand privilège que vous nous avez accordé en acceptant de diriger ce travail. Malgré vos multiples occupations, vous avez toujours trouvé le temps pour nous guider et nous encourager dans le travail. Votre humilité, vos qualités humaines et votre rigueur dans le travail nous ont profondément impressionnés. Soyez assurée, cher maître, de notre grande admiration.

A notre Maître et Juge Dr Moussa DIALLO

Cher Maître, les mots nous manquent pour exprimer le sentiment qui nous anime après ces moments passés auprès de vous. Passionnée du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle de simplicité. Veillez recevoir ici, Cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre admiration.

LISTE DES ABREVIATIONS

ADN	Acide Désoxyribonucléique
AgHbs	Antigène du Virus Hépatite B
ARN	Acide Ribonucléique
ARV	Anti Rétro Viral
CHYMD	Centre Hospitalier Youssou Mbargane Diop
CM	Certificat Médical
DIU	Dispositif Intra Utérin
ECBU	Etude Cyto Bactériologique des urines
IM	Injection Intramusculaire
IST	Infection Sexuellement Transmissible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PV	Prélèvement vaginal
SIDA	Syndrome d'Immuno-d'efficience Acquise
SPZ	Spermatozoïdes
SRV	Sérologie Rétro Virale
TPHA	Treponema Pallidum Hemaglutination Assay
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
VIH/HIV	Virus de l'immunodéficience acquise /Human immunodeficiency virus

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Test de Dickinson et Dargent	7
Figure 2: Types d'hymen	9
Figure 3: Carte géographique de la région de Dakar avec l'emplacement de Rufisque	18
Figure 4: Répartition des victimes selon l'âge	22
Figure 5: Répartition des victimes selon l'adresse	23
Figure 6: Répartition des victimes selon le niveau d'instruction	24
Figure 7: Répartition des victimes selon la gestité et la parité	25
Figure 8: Répartition des victimes selon l'heure de l'agression	26
Figure 9: Répartition des victimes selon les lieux de l'agression	27
Figure 10: Répartition des victimes selon le nombre d'agresseur	28
Figure 11: Répartition des victimes selon les types de violences subis	28
Figure 12: Répartition des victimes selon les types d'agressions sexuelles	31
Figure 13: Répartition des victimes selon les classes d'âge de l'agresseur	32
Figure 14: Répartition des victimes selon le délai de l'examen clinique	34
Figure 15: Répartition des victimes selon la personne ayant motivé la consultation	34
Figure 16: Déchirure périnéale associée à une défloration récente	36
Figure 17: Répartition des patientes selon l'état de l'hymen à l'examen clinique	37
Figure 18: Répartition des victimes d'agressions sexuelles selon la prise en charge	40
Figure 19: Répartition des victimes d'agressions sexuelles selon les aspects juridiques	41

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des victimes selon la puberté.....	24
Tableau II : Répartition des victimes selon les antécédents médicaux	25
Tableau III : Répartition des patientes selon les types de violences physiques	29
Tableau IV : Répartition des patientes selon les types de violences verbales ...	30
Tableau V : Répartition des victimes selon l'état lors de l'agression.....	30
Tableau VI: Répartition des victimes selon le lien avec l'agresseur.....	33
Tableau VII: Répartition des agressions sexuelles selon les années.....	33
Tableau VIII: Répartition des victimes d'agressions sexuelles selon les traumatismes génitaux.....	36
Tableau IX: Répartition des victimes d'agressions sexuelles selon l'issue de la grossesse.....	38
Tableau X: Répartition des victimes d'agressions sexuelles selon les résultats des examens complémentaires	39
Tableau XI: Répartition des patientes selon les résultats du PV	40

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : RAPPELS

I.EPIDEMIOLOGIE	3
II.EXAMEN CLINIQUE D'UNE VICTIME	4
1. Interrogatoire.....	4
2. Examen physique	5
2.1. Les principes de l'examen physique.....	5
2.2. Examen physique proprement dit	6
2.2.1. Examen général.....	6
2.2.2. L'examen génital	6
2.2.3. Examen de l'anus	10
III.EXAMENS COMPLEMENTAIRES	10
1. Bactériologie	10
2. Sérologie	11
3. Recherche de toxique	11
4. Examens pour identification de l'agresseur	11
IV.PRISE EN CHARGE DE LA VICTIME	13
1. La périnéorraphie	13
2. La prévention des IST	13
2.1. Antibioprophylaxie	13
2.2. La prophylaxie antirétrovirale	14
2.3. La prophylaxie de l'hépatite B	14
2.4. La prophylaxie antitétanique	14
3.La prévention de la grossesse	15
3.1. La méthode hormonale ou pilule du lendemain	15
3.2. Dispositif intra-utérin ou stérilet	15
4.Suivi psychologique	16
V.REDACTION DU CERTIFICAT MEDICAL (CM)	17

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I. CADRE DE L'ETUDE	18
1.Infrastructures et équipements	19
2.Ressources humaines	19
3.Activités	19
II. METHODOLOGIE.....	20
1.Type et période d'étude	20
2.Critères d'inclusion	20
3.Critères de non inclusion	20
4.Collecte et analyse des données	20
5.Les paramètres étudiés	20
III. RESULTATS.....	22
1. Fréquence	22
2.Caractéristiques sociodémographiques.....	22
2.1.Age	22
2.2.Adresse.....	23
2.3.Niveau d'instruction	23
3.Antécédents.....	24
3.1.Puberté	24
3.2.Gestité et parité	24
3.3.Antécédents médicaux et chirurgicaux	25
4.Déroulement de l'agression sexuelle	26
4.1.Heure de l'agression	26
4.2.Lieu de l'agression.....	27
4.3.Nombres d'agresseurs.....	27
4.4.Types de violences subis	28
4.5.Etat de la victime lors de l'agression	30
5.Types de violences sexuelles	31
5.1.Utilisation de préservatif	31
5.2.Prise de douche et toilettes intime avant examen	31
6.Information sur l'agresseur.....	32
6.1.Age de l'agresseur	32

6.2.Lien avec l'agresseur	32
7.Examen clinique	33
7.1.Année de l'examen	33
7.2.Délai de consultation.....	34
7.3.Personne ayant motivée la consultation	34
7.4.Consentement avant examen	35
7.5.Signes généraux	35
7.6.Etat psychologique	35
7.7.Signes de lutte	35
7.8.Traumatisme fermé ou ouvert	35
7.9.Caractères sexuels secondaires	35
7.10.Traumatismes génitaux	35
7.11.Test de la sonde	37
7.12.Etat de l'hymen	37
7.13.Existence d'une grossesse	37
8.Examens complémentaires	38
9.Prise en charge	40
10. Aspects juridiques.....	41
IV. DISCUSSION	42
1.Force et limites de l'étude	42
2.Fréquence	42
3.Paramètres sociodémographiques, caractéristiques de l'agresseur et circonstances de l'abus.	43
4.Examen clinique	45
5.Examens paracliniques.....	47
6.Prise en charge	48

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les abus sexuels ou agressions sexuelles constituent une entité des violences faites aux femmes au même titre que les violences physiques, les mutilations génitales féminines et les mariages forcés.

Selon le Code pénal du Sénégal, il s'agit de toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise sur la personne d'autrui. [5].

Ils posent à l'heure actuelle un problème majeur de santé publique présent dans le monde entier, au sein de chaque société, pays et région et représentent une véritable urgence médicolégale. Les abus sexuels constituent des accidents avec exposition au sang et à des germes tels que le VIH, le virus de l'hépatite B ou C. L'ampleur du problème n'est exactement pas connue, mais il semblerait d'après des données disponibles que près d'une femme sur quatre, soit exposée à un moment ou à un autre de sa vie, à la violence sexuelle [10].

Cependant, il est très difficile d'avoir des chiffres exacts en rapport avec le nombre de cas à l'échelle mondiale, du fait qu'il est considéré comme un sujet tabou dans nos régions.

Toutes fois les mentalités évoluent, l'information porte ses fruits et les victimes d'agressions sexuelles, plus fréquemment qu'au paravent, osent rompre le silence.

C'est un acte criminel puni par les lois en vigueur dans presque tous les pays du monde et qui porte gravement atteinte à l'intégrité de la personne. Ses répercussions sur le bien-être physique, émotionnel, mental et social de la victime sont considérables. De ce fait sa dénonciation est nécessaire à l'action de la justice.

Selon les dispositions du code pénal au Sénégal, le viol est considéré comme un crime et est défini comme tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise [5].

Il s'agit d'un phénomène d'actualité dans notre contexte, très fréquente dans notre structure, ce qui a motivé la réalisation de cette étude au Centre Hospitalier Youssou Mbargane Diop de Rufisque (CHYMD) avec comme objectifs de :

- décrire le profil épidémiologique des personnes victimes d'abus sexuels
- décrire les circonstances du diagnostic des cas d'abus sexuels
- évaluer la prise en charge des victimes d'abus sexuels
- formuler des recommandations pour améliorer cette prise en charge.

PREMIERE PARTIE : RAPPELS

I.EPIDEMIOLOGIE

Il est difficile d'avoir les données réelles sur la fréquence des agressions sexuelles, car les intéressés n'en parlent pas beaucoup.

La perception du phénomène varie d'un groupe social à un autre, d'un pays à un autre sous l'influence des époques et des groupes culturelles [13].

Ainsi, dans le monde, en moyenne une femme sur cinq serait victime de viol ou de tentative de viol au cours de son existence, d'après une publication de l'UNFPA (united nation fund for population activity) [26].

La littérature africaine commence à sortir de son anonymat par rapport à ce sujet, et ainsi au Mali, l'étude de Japhet et équipe réalisée sur 4 ans, avait montré un taux de 2% des cas d'abus sexuel [22].

En Côte D'Ivoire, Toe R avait enregistré dans sa série une prévalence de 1,96% [25].

Au Sénégal, en 2005 Faye et al avaient trouvé 0,4% de cas d'abus sexuel à la clinique gynécologique et obstétricale de l'hôpital Aristote Le Dantec [7].

Ces agressions sexuelles sont plus observées chez les mineurs. Selon une revue de la littérature chez les moins de 18 ans dans les pays à hauts revenus, 15 à 30% des filles subiraient des violences sexuelles de tous types pendant l'enfance [9]. D'après l'enquête genevoise de Halperin et al, étude randomisée sur 1116 élèves de 15–16 ans par questionnaires anonymes, 33,8 % des filles disent avoir subi au moins une agression sexuelle, avec pénétration pour 6 % des filles [11]. Une étude réalisée à Kër Xaleyi avait montré une fréquence de 1,36% (59 cas) d'abus sexuels chez les mineurs durant la période de février 2000 à décembre 2008 [21].

Une étude multicentrique de Cissé et équipe réalisée dans 4 maternités de références à Dakar sur 4 ans, rapporte 272 cas d'abus sexuel dont 252 cas sur mineurs (92,64% de mineurs) [4].

II.EXAMEN CLINIQUE D'UNE VICTIME

1. Interrogatoire [18,20].

Il revêt un aspect important et sera interprété en fonction du contexte et des éventuelles lésions constatées. Les questions doivent être posées gentiment en s'adaptant au rythme de la victime. Eviter toute distraction ou interruption durant le récit des faits [18].

L'interrogatoire devra :

- préciser l'identité de la victime : S'enquérir de l'état psychologique de la victime : logorrhée, confusion, stupeur.
- rechercher des signes de stress post traumatique : reviviscence des faits, évitements, troubles somatiques multiples, douleurs ubiquitaires, troubles sexuels, de l'alimentation, du sommeil, équivalents anxiо-dépressifs,
- reconstituer l'histoire de l'agression :
 - date, heure, lieu,
 - demander les précisions sur les agissements sexuels : attouchements vulvaire ou anal, pénétration pénienne – vaginale – anale – buccale, pénétration avec un objet au niveau vaginal – anal, douleur, saignement (vaginal, anal, autre), éjaculation (où ? préservatif ?),
 - circonstances (menaces, coups, alcool, médicaments, stupéfiants, agresseur connu ou non, nombre d'agresseurs, sévices subis), temps écoulé depuis l'agression, attitudes après l'événement (douche, bain, changement de vêtements, déclaration à la police).
- après les faits, y a-t-il eu des besoins mictionnels impérieux, des besoins de défécation impérieux, des pertes malodorantes, des douleurs et leur siège, y a-t-il eu une dysurie ?
- depuis les faits, la victime a-t-elle bu, vomi, uriné, déféqué pris une douche ou a changé de vêtements ? Cela pourrait compromettre le rassemblement des preuves médicolégales.
- Sur le plan gynécologique, faire préciser :

- les antécédents (pathologies diverses, grossesses, pertes, douleurs lors des rapports, interventions chirurgicales...),
 - ménarches – dernières règles,
 - se renseigner sur l'existence d'une activité sexuelle antérieure ou d'une virginité antérieure, d'une contraception, la date des dernières règles, la date du dernier rapport sexuel librement consenti. [18]
- Sur le plan général, s'enquérir des antécédents médico – chirurgicaux, du traitement en cours. Si notion de pénétration anale, demander si au préalable ces relations ont déjà existé, s'il y a des troubles de la défécation. [18]

2. Examen physique

2.1. Les principes de l'examen physique [18].

Les résultats de l'examen doivent être écrits dans le dossier avec des dessins si possible ou photographie.

Les résultats de l'examen dépendent du temps qui s'est écoulé depuis l'agression [18].

- L'examen réalisé avant 24h revêt un caractère urgent et doit permettre de déceler des lésions récentes, subtiles ou graves et de faire des prélèvements pour la recherche de spermatozoïdes.
- s'il est réalisé entre 24 à 72h, ce n'est plus urgent mais il devra se faire le plus tôt possible afin que l'on puisse, au besoin, prévenir une grossesse.
- s'il s'est écoulé plus de 72h et que la victime ne présente pas de symptômes, l'examen pourra se faire sur rendez-vous, au moment qui conviendra le mieux à la famille, au médecin et aux autorités concernées. Les prélèvements médicaux à la recherche de spermatozoïdes ne sont pas utiles. Mais on peut encore retrouver des ecchymoses ou déchirures récentes, des symptômes particuliers : saignements, pertes vaginales ou vulvaires, incontinence anale, constipation, brûlure urinaire.

En somme, les principes de l'examen sont de recueillir le maximum de preuve de l'agression, de rassurer la victime et d'assurer un traitement [18].

2.2. Examen physique proprement dit

2.2.1. Examen général [18].

- Etat des vêtements (salissures, déchirures...)
- Boucles d'oreille absentes ou abimées.
- Examen corporel recherchera :
 - des lésions en rapport avec des coups ou de défense, à type de plaies, griffures, ecchymoses, cheveux arrachés. La bouche doit être examinée attentivement (face interne des lèvres, palais) à la recherche de pétéchies du palais, des ecchymoses ou une déchirure du frein lingual.
 - des traces d'injections, des actes (tentative de suicide)
 - une douleur par le palper systématique et parfois une induration (cuir chevelu, bras, derrière les oreilles...),
- Il faudra évaluer le développement staturo-pondéral et pubertaire de l'enfant.

2.2.2. L'examen génital

❖ Examen de la vulve [18].

L'inspection de la vulve se fera sous un bon éclairage en prenant soin de déplier la zone en plaçant deux doigts de part et d'autre de la fourchette vulvaire. Il faudra examiner successivement les grandes lèvres, les petites lèvres, la fourchette, l'hymen. Il faudra noter :

- L'état inflammatoire ou non, des signes d'irritation, de blessure,
- La présence de leucorrhées spécifiques ou non, des signes d'infection,
- La présence d'ecchymoses ou de pétéchies à la face interne des grandes lèvres.

❖ Examen de l'hymen [18,19].

La position gynécologique est habituellement la meilleure et l'écartement des lèvres peut être avantageusement poursuivi chez la petite fille par une

préhension douce des lèvres avec traction sur soi. Pour examiner les bords de l'hymen et évaluer sa tolérance (principalement chez l'adolescente) on peut utilement avoir recours à une sonde urinaire à ballonnet, habituellement mieux tolérée qu'un écouvillon et qui permet à l'hymen de se déployer totalement sur le ballonnet gonflé. La technique du ballonnet consiste à introduire une sonde urinaire et à gonfler le ballonnet avec 5cc ; le retrait de cette sonde permet de faire s'inscrire sur le ballonnet les contours de l'hymen. Si le ballonnet est expulsé sans douleurs, sans difficultés et sans ressaut, il y a l'évidence d'une béance de l'orifice vulvaire. C'est la technique de Dickinson et Dargent comme indiqué sur la figure1.



Figure 1: Test de Dickinson et Dargent

1. *Hymen* 2. *Sonde de foley*

En cas d'hymen intact, le ballonnet sera préalablement dégonflé pour récupérer la sonde.

Il faudra rechercher le calibre toléré par l'hymen si la victime est toujours vierge ou si les lésions de l'hymen sont incomplètes.

L'hymen subit des variations avec l'âge. Chez le nouveau-né et pendant environ deux mois, le méat urétral peut être caché par des replis hyménaux et on peut

observer une leucorrhée physiologique. Ultérieurement et jusqu'à environ 7 ans, l'hymen revêt souvent une des deux formes classiques principales, à savoir le type annulaire ou le type semi lunaire (Voir figure 2). Il est parfois mince et frangé, mais on rencontre aussi des formes membraneuses ou pontées. [19].

L'hymen peut être défloré totalement par la survenue d'un traumatisme, au cours d'un rapport sexuel, de manœuvres digitales ou par l'utilisation d'objets divers avec comme facteurs déterminants : le degré d'élasticité de l'hymen, le rapport entre l'agent pénétrant et l'orifice vaginal, la brutalité de la pénétration, la mise sous tension préalable, la lubrification ou non par une crème, l'âge de la victime. L'hymen peut se laisser distendre lentement et rester intact malgré une pénétration. Chez la petite fille, l'hymen peut récupérer son diamètre d'origine après quelques semaines ou quelques mois. Cette élasticité peut expliquer le manque de corrélation entre une histoire avérée de pénétration et l'absence d'anomalie à l'examen. L'hymen peut apparaître intact alors que la pénétration a été reconnue. [19].

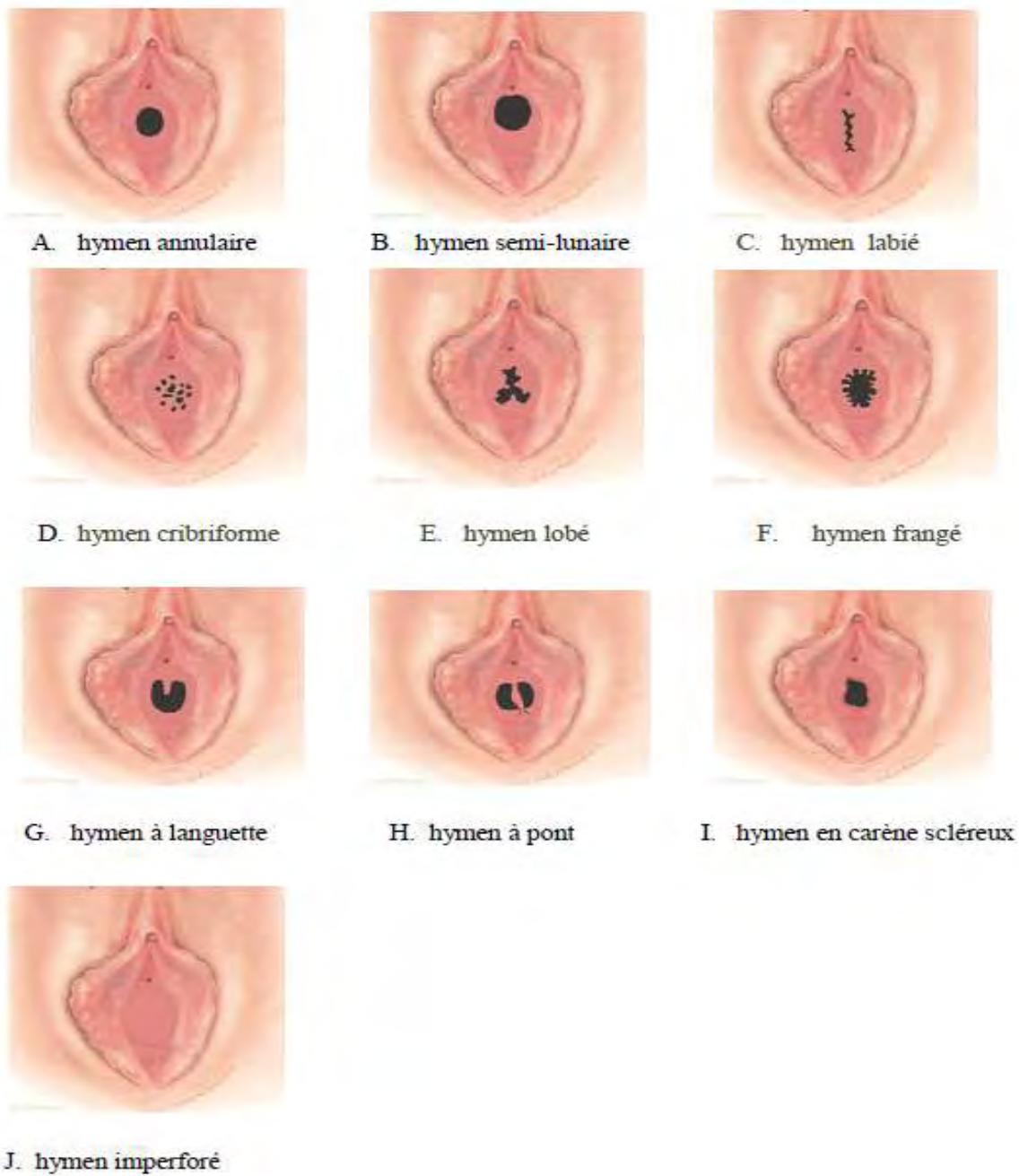


Figure 2: Types d'hymen [19].

❖ Examen du vagin

Il permet d'apprécier l'orifice vaginal, par simple inspection visuelle chez les filles impubères, doublée d'un toucher vaginal chez les filles pubères. [18].

❖ Examen du col

Il se fera au spéculum qui permet l'inspection du col et des parois vaginales et donne accès aux culs-de-sac [18].

❖ Le toucher vaginal

Il devra être pratiqué avec douceur, après lubrification du doigtier, on tentera une introduction lente de l'index dans le vagin, si celui-ci passe sans difficulté, on essaiera d'introduire le majeur. La possibilité du toucher bi digital traduit le plus souvent une défloraison. Il faut noter toutefois que dans le cas d'hymen complaisant non rompu, le toucher bi digital est possible [18].

2.2.3. Examen de l'anus [18,19].

L'examen se fera en position genou – pectorale ou en plaçant l'enfant sur le côté. Il faudra examiner les plis radiaires, le raphé médian.

Une simple inspection visuelle peut suffire sans procéder à un examen du rectum. Ainsi, pour la recherche d'une dilatation anale réflexe, le temps d'observation ne doit pas dépasser 30 secondes. On écartera doucement les fesses pour étirer l'anus et on surveillera attentivement la facilité avec laquelle il s'ouvre. On notera s'il y a la présence de crêtes rugueuses et de fissures, l'état de leur cicatrisation de même que leur orientation et leur localisation. On notera également les signes d'incontinence fécale de même que la présence péri anale de veines proéminentes et la perte de tissus graisseux sous cutanés.

Le toucher rectal avec douceur après lubrification du doigtier, appréciera la tonicité des sphincters anaux, la présence de condylomes acuminés, leur abondance.

III. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Ils ont pour objectifs de prévenir les complications chez la victime et d'identifier l'agresseur.

1. Bactériologie [8].

La recherche microbienne générale se fera par écouvillonnage. On recherchera :

- *Neisseria gonorrhœa* ou le gonocoque par la microscopie et la culture. Les sites de prélèvements sont le col utérin, le rectum, l'urètre, la gorge. Un test moléculaire peut être fait sur le frottis du col utérin. La sérologie gonococcique n'a pas d'intérêt,

- *Chlamydia trachomatis* et *mycoplasmes* par la culture sur cellules. Les sites de prélèvements sont le col utérin, l'anus, l'urètre. Un test moléculaire peut être fait sur le frottis du col utérin. La sérologie chlamydienne a une valeur qu'en cas de séroconversion à un mois.
- *Trichomonas vaginalis* par examen à frais et culture sur le frottis vaginal.

2. Sérologie [8].

Des sérologiques seront demandés en cas d'agression sexuelle

- Le virus du SIDA ou VIH par test moléculaire.
- Sérologie syphilitique: TPHA et VDRL,
- Virus hépatites B et C : Si l'agression est récente, une sérologie initiale sera faite suivie d'un contrôle à 1 mois, 3 et 6 mois. Si l'agression est ancienne (plus de 6 mois), une sérologie unique sera faite [8].
- La recherche de Papillomavirus par test moléculaire. Elle se fait par frottis sur les lésions, la biopsie et le frottis du col. La sérologie n'a pas d'importance,
- Herpès simplex virus par la culture et le test moléculaire. Les prélèvements se font sur les lésions muqueuses, cutanées ou le liquide de vésicule.

3. Recherche de toxique [18].

Pour la recherche de toxiques, elle se fait selon les déclarations, au moindre doute, et si le clinicien constate une confusion, une amnésie, une ivresse, une hallucination, une hébétude, un malaise.

Un prélèvement sanguin est fait à la recherche de l'alcool éthylique (sur tube fluoré) et pour la toxicologie plus large sur tube sec.

On prélève sur un tube sec de 10cc des urines pour dépister éventuellement des drogues

4. Examens pour identification de l'agresseur [8-18].

Pour l'identification de l'agresseur, les prélèvements en cas d'agression récente sont réalisés le plus tôt possible, sans toilette préalable, avec un spéculum non lubrifié, sur écouvillons de coton sec, type écouvillon pour bactériologie. Le

séchage est indispensable 30 à 60 minutes à l'air libre après leur réalisation puis conservation à 4°C. Le nombre de prélèvements sera pair pour permettre les contre expertises.

Quatre prélèvements par site est le nombre recommandé. Le nombre sera précisé sur le certificat médical. Tous les prélèvements seront étiquetés, numérotés, dans l'ordre de prélèvements. La recherche de spermatozoïdes se fera par prélèvement sur pipette ou sur écouvillon, également sur lame pour examen par un biologiste dans les 24 heures. Les analyses génétiques seront prélevées avec des gants, saisies et scellées par les enquêteurs.

La recherche de spermatozoïdes ou de cellules laissées par l'agresseur se fera sur :

- la tâche de sperme sur la peau, il faut récupérer les éléments tissulaires par dilution au sérum physiologique,
- la vulve, le périnée,
- le vagin, l'endocol, l'exocol, le cul de sac et la paroi vaginale. En cas d'analyse sur écouvillon vaginal prélevé dans les 6 heures suivant un rapport sexuel, les spermatozoïdes sont encore bien mobiles. On les retrouve habituellement sur les frottis vaginaux réalisés dans les 2 à 3 jours après le coït et au maximum 7 jours plus tard.
- les prélèvements buccaux et anaux selon le contexte clinique.
- les prélèvements de poils ou de cheveux de l'agresseur, si possible avec le bulbe, sont à conserver dans une enveloppe en papier Kraft à température ambiante,
- la recherche de protéine P30, glycoprotéine prostatique, est effectuée par technique immuno-enzymatique. Elle est toujours positive sur les frottis vaginaux prélevés dans les 24 heures qui suivent un rapport sexuel et au maximum 48 heures plus tard. Cette recherche est indispensable en cas de recherche de spermatozoïdes, négative car il y aurait 1 à 9% d'hommes azoospermiques.

IV.PRISE EN CHARGE DE LA VICTIME

Il s'agit d'une prise en charge des lésions traumatiques récentes, de la prévention d'une grossesse non désirée et de la transmission d'infection sexuellement transmissible (IST) et d'une prise en charge psychologique au besoin.

1. La périnéorraphie [18, 19].

Elle se fera chez des victimes ayant présenté une perte de substance périnéale liée directement ou indirectement à l'abus sexuel.

Après réalisation d'un bilan lésionnel, on met en place un tampon vaginal afin de limiter le saignement. Une anesthésie locale, péridurale ou rachianesthésie est nécessaire. Les conditions d'asepsie concernant le praticien doivent être respectées comme pour tout acte chirurgical.

La technique chirurgicale dépend du type de déchirure périnéale :

Pour les déchirures simples (1^{er} degré), la suture se fait en trois plans successifs (vaginal, musculaire et cutané).

Pour la déchirure complète (2^{ème} degré) : il faut réparer d'abord le sphincter anal par un point en U puis faire la périnéorraphie comme une déchirure simple.

Pour les déchirures complètes et compliquées (3^{ème} degré): Il faut suturer le canal anal par un fil résorbable qui sera noué au niveau de la lumière anale ensuite changer de gants, de champs et d'instruments et continuer le reste de l'intervention comme s'il s'agissait d'une déchirure complète.

Un suivi est nécessaire après les soins et un nettoyage régulier, renouvelé après toute miction, suivi d'un séchage est recommandé.

2. La prévention des IST [18, 10, 20]

Elle a pour but de rompre la chaîne de transmission des IST.

2.1. Antibioprophylaxie

Selon la prise en charge par approche syndromique, il sera question de cibler le *gonocoque* et le *chlamydia trachomatis*. Selon l'OMS, le protocole est :

L’azythromycine en monodose 2 grammes associée au céfixim 400mg en prise unique ou au ceftriazone 500mg en IM.

2.2. La prophylaxie antirétrovirale

Les indications du traitement antirétroviral (ARV) après exposition sexuelle potentiellement contaminant font l’objet de recommandation nationale.

Un bilan pré thérapeutique est fait avant une éventuelle thérapie antirétrovirale : hémogramme, ionogramme, créatininémie, transaminases, γ GT, bilirubine.

En pratique, 2 analogues nucléosiques et une antiprotéase sont administrés en association le plus tôt possible, au plus tard avant les 48h.

Le choix préférentiel : ténofovir/emtricitabine+ lopinavir/ritonavir. Si l’abuseur est connu comme infecté par le VIH, le choix des antirétroviraux se fera au cas par cas en prenant en compte sa charge virale, les traitements (actuels et antérieurs) et son génotype si virus muté. Un recours au médecin référent VIH s’impose alors d’emblée. La prophylaxie est initialement prescrite pour une durée initiale de 2 à 4 jours. Le patient doit être revu par le médecin référent VIH : décision de poursuivre ou non la prophylaxie pour une durée totale de 28 jours

2.3. La prophylaxie de l’hépatite B

Une prévention de la séroconversion de l’hépatite B peut être réalisé dans les 48h suivant l’agression, si la victime n’est pas vaccinée et le statut de l’agresseur inconnu. Elle comporte une séro-vaccination par l’immunoglobuline Anti HBs et une injection d’une dose de vaccin dans un autre site. La vaccination sera complétée après.

2.4. La prophylaxie antitétanique

L’indication de la sérovaccination antitétanique dépendra des lésions présentées et du statut vaccinal de la victime. Pour la personne non à jour, l’administration d’une dose de vaccin contenant la valence tétanique dans un bras, doit être associée à l’administration d’immunoglobuline tétanique humaine 250 UI dans

le second bras. Outre la sérovaccination, la désinfection de la blessure, le débridement sont à envisager.

3. La prévention de la grossesse [18]

La prévention d'une grossesse se fait dans les 120 heures qui suivent l'abus sexuel. Il faudra évaluer le risque de contracter une grossesse chez la victime : âge, la date des dernières règles et déterminer les circonstances de l'agression.

Il existe deux méthodes de contraceptions d'urgence : une hormonale et le dispositif intra-utérin (DIU).

3.1. La méthode hormonale ou pilule du lendemain

Deux molécules ont eu l'autorisation de mise sur le marché :

a. Levonorgestrel (Norlevo)

Il est disponible en vente libre dans les officines. Le dosage est de 1,5 mg de lévonorgestrel, progestatif de référence de 2^e génération avec une efficacité d'autant plus grande qu'elle est prise tôt : l'idéal étant dans les 24 premières heures après le rapport sexuel et jusqu'à 3 jours. Son efficacité diminue en cas de surpoids (IMC ≥ 25)

b. Ulipristal acétate (EllaOne)

Elle est dosée à 30 mg, appartient à la classe thérapeutique des modulateurs sélectifs des récepteurs de la progestérone.

Elle est recommandée pour son efficacité accrue même longtemps après la relation sexuelle non protégée (jusqu'à 5 jours) et parce qu'il semble que son efficacité ne diminue pas chez les personnes avec une surcharge pondérale.

3.2. Dispositif intra-utérin ou stérilet

Le dispositif intra-utérin (DIU) en cuivre, inséré jusqu'à 7 jours après une relation sexuelle non protégée, est la méthode de contraception d'urgence la plus efficace.

La pose d'un stérilet nécessite un personnel qualifié et permet à la fois une contraception post-coïtale et à long terme.

4. Suivi psychologique [18]

L'aide psychosociale est un élément fondamental de l'assistance médicale aux victimes de viol. La plupart d'entre elles retrouvent un état psychologique normal au travers du soutien émotionnel et de la compréhension assurés par des personnes de confiance, des conseillers de la collectivité et des groupes de soutien.

L'état psychologique de la victime est réévalué par le médecin à chaque nouveau contact, et notamment lors de l'évaluation de la tolérance du traitement et de contrôle sérologique.

Les victimes de viol sont plus sujettes à certains symptômes :

- sentiments de culpabilité et de honte;
- émotions incontrôlables telles que la peur, la colère, l'anxiété;
- cauchemars;
- pensées suicidaires ou tentatives de suicide;
- léthargie;
- toxicomanie;
- troubles sexuels;
- plaintes somatiques sans explication médicale;
- retrait social.

La prescription des médicaments sera faite uniquement dans des cas exceptionnels, si le niveau d'anxiété est tel qu'il perturbe la vie quotidienne de la victime, qui, par exemple, ne peut plus parler avec d'autres personnes, pendant au moins 24 heures.

Dans ce cas et seulement si l'état physique de la victime est stable, prescrire un comprimé de 5 ou 10 mg de diazépam, à prendre avant de se coucher pendant une durée maximale de 3 jours. La personne sera orientée vers un spécialiste en santé mentale pour réévaluer les symptômes le jour suivant.

V. REDACTION DU CERTIFICAT MEDICAL (CM) [18].

Après un abus sexuels, qu'il soit récent ou ancien, la victime a besoin de soutien pour surmonter ce traumatisme. Elle a également besoin que l'agresseur réponde de ses actes devant la justice. Après un examen complet, le médecin remettra à la demande ou sur réquisition judiciaire un certificat constatant l'examen gynécologique et les traces physiques du traumatisme et de l'état Psychologique général après ce choc (angoisse, prostration, etc.).

Ce certificat sera très utile lors d'un procès ou d'une demande d'indemnisation, sa rédaction doit être soigneuse.

Le plan suivant est proposé :

- Nom, qualité et adresse praticien
- Identité de la victime
- Conditions dans lesquels le médecin a été amené à réaliser l'examen, date et heure
- Anamnèse, en mettant entre guillemets les déclarations de la victime
- Doléances
- Examen clinique descriptif
- Examen complémentaire réalisé
- Gestes préventifs réalisés
- Date du rendez-vous de suivi proposé
- Conclusion: éléments plus importants, précisant l'incapacité totale de travail
- Date de rédaction du CM, signature

Une doublure du CM est conservée par le médecin.

Dans le cadre d'un examen sur réquisition le CM est remis au requérant.

Hors réquisition, le CM est remis à la personne examinée ou aux parents si elle est mineure.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I. CADRE DE L'ETUDE

Notre étude a eu pour cadre le Centre Hospitalier Youssou Mbargane Diop (CHYMD) de Rufisque situé dans la banlieue dakaroise dans le Nord de Rufisque. C'est un ancien centre de santé érigé en établissement public de santé de niveau 1 en 2010. Il constitue avec l'hôpital des enfants de Diamniadio les structures de références du département de Rufisque.

Le CHYMD couvre les communes d'arrondissement de Rufisque, Mbao, Bargny, Keur Massar, Bambilor, kounoune, Keur Mbaye Fall, Zack-Mbao, Gorom, Diamniadio... (Figure 3).

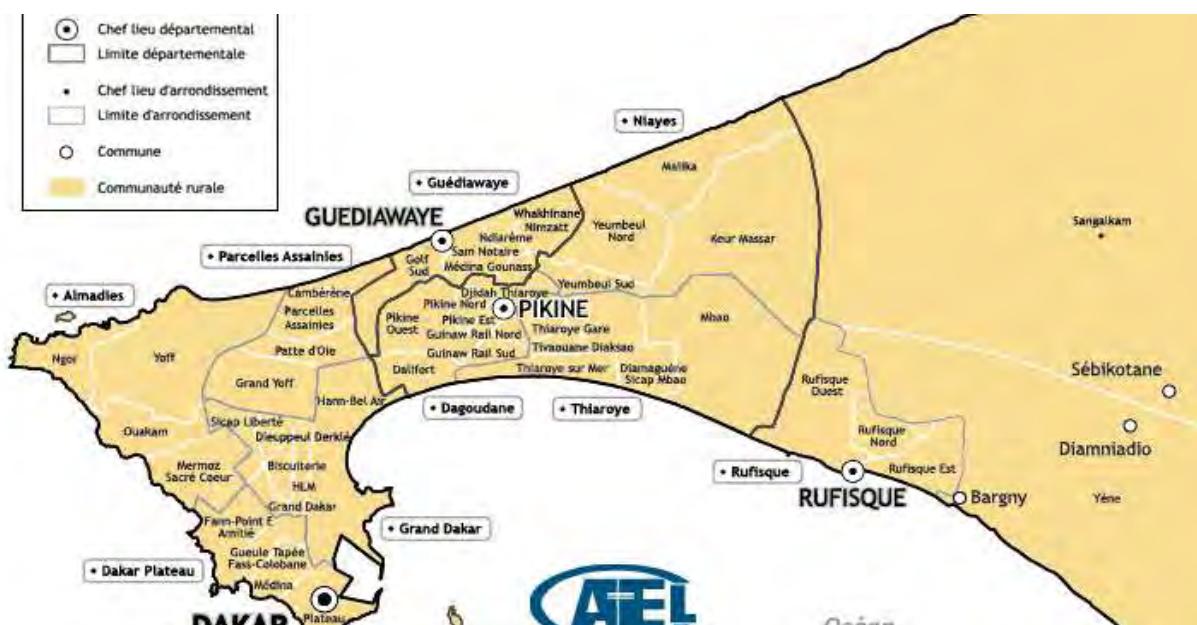


Figure 3: Carte géographique de la région de Dakar avec l'emplacement de Rufisque

1. Infrastructures et équipements

Au moment de notre étude, le service de Gynécologie-Obstétrique du CHYMD comprenait :

- une salle d'accouchement avec :
- six lits de travail,
- trois tables d'accouchement et
- une table de réanimation de nouveau-nés ;
- une unité d'hospitalisation composée de 30 lits ;
- une unité de consultations externes et d'échographie composée de 4 bureaux
- un bloc opératoire

2. Ressources humaines

Le personnel de la maternité et du bloc opératoire comprenait :

- trois (03) Gynécologues-Obstétriciens
- des Médecins et Internes des Hôpitaux inscrits au Diplôme d'Études Spécialisées (DES) en Gynécologie-Obstétrique ;
- vingt-six (26) Sages-femmes d'Etat ;
- cinq (05) Techniciens Supérieurs en Anesthésie-Réanimation ;
- vingt-trois (23) Infirmières et Aide-infirmières et
- huit (08) Instrumentistes et Brancardiers.
- Trois (03) femmes de charge

3. Activités

Des soins obstétricaux, néonataux et gynécologiques d'urgence sont assurés 24 heures sur 24 par des équipes de médecins en cours de spécialisation, de sages-femmes et infirmiers. Les gardes se font sous la supervision d'un senior spécialiste en Gynécologie-Obstétrique. Des consultations en gynécologie, de suivi pré et post-natals, de planification familiale et d'échographie sont assurées au quotidien et la chirurgie programmée est réalisée tous les jours.

La maternité, sous la tutelle de la Clinique Gynécologique et Obstétricale (CGO) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Aristide Le Dantec reçoit dans le cadre d'une formation théorique et pratique des médecins en spécialisation, des étudiants en médecine, des sages-femmes et élèves sages-femmes.

II. METHODOLOGIE

1. Type et période d'étude

Nous avons mené une étude rétrospective dont les données couvrent une période de 32 mois, du 1^{er} janvier 2019 au 31 Aout 2021.

2. Critères d'inclusion

Etaient incluses toutes les patientes victimes d'abus sexuels admises au service de Gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier Youssou Mbargane Diop (CHYMD) de Rufisque durant la période d'étude.

3. Critères de non inclusion

Nous n'avions pas inclus dans l'étude:

- les patientes non victimes d'abus sexuels
- les patientes victimes reçues en dehors de la période
- les dossiers non exploitables.

4. Collecte et analyse des données

Nous avions confectionné une fiche d'enquête pour le recueil des données. Ces dernières ont été ensuite saisies dans une base de données informatique dans EPI info7.2. L'analyse a été effectuée avec les logiciels suivant : Microsoft Excel 2010 et Epi info 7.2. Lors de l'analyse, les variables qualitatives ont été décrites par des tableaux de fréquence, des diagrammes en barres et des camemberts. Les variables quantitatives ont été décrites par leurs paramètres de position (Moyenne, médiane et mode) et de dispersion (Écart-type, extrêmes).

5. Les paramètres étudiés

- **Paramètres socio-démographiques :** âge, sexe, adresse, niveau de scolarité, heures d'agression, lieu d'agression, sexe de l'abuseur, lien de

parenté avec l'agresseur, identité de la personne ayant motivé la consultation.

- **Circonstances de l'agression :** nombre d'agresseur, consentement, caresses, notion de pénétration, utilisation de préservatif, notion d'éjaculation.
- **Circonstances de l'examen physique :** délai entre l'abus et la consultation, les réquisitions judiciaires, la toilette intime ou la prise de douche chez les patientes avant l'examen.
- **Examen physique :** Examen général, examen gynécologique (test à la sonde de Dickinson, état de l'hymen, cas de grossesse, issue de la grossesse).
- **Examen paraclinique :** ECBU, SRV, AgHbs, Sérologie syphilitique, PV, Sérologie rétrovirale de l'agresseur.
- **Prise en charge :** périnéorraphie, contraception d'urgence, prophylaxie, psychothérapie.

III. RESULTATS

1. Fréquence

Nous avons recensé 153 dossiers d'abus sexuels pendant la période de l'étude ou 9430 patientes étaient admises en urgences. La fréquence des abus sexuels était de 1,62% des urgences.

2. Caractéristiques sociodémographiques

2.1. Age

L'âge moyen des victimes était de $14,1 \pm 6,3$ ans et des extrêmes de 2 et 41 ans.

L'âge modal et l'âge médian étaient respectivement de 16 et 14 ans.

Plus de la moitié des femmes, 58,17% (n=91) étaient âgées entre 10-17 ans. Par ailleurs 81,05% des patientes étaient des mineures (n=127). (Figure 4)

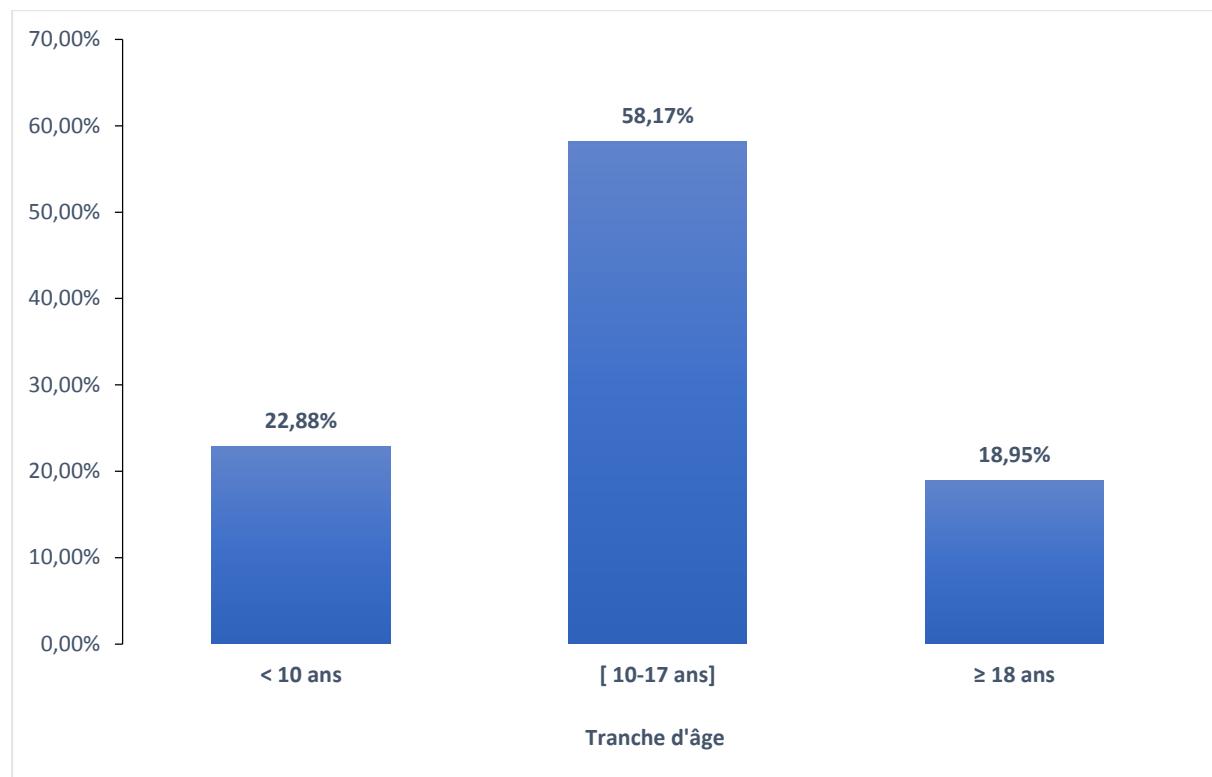


Figure 4: Répartition des victimes selon l'âge

2.2. Adresse

L'adresse était renseigné chez 152 patientes ; la moitié des femmes 51,32% (n=78) résidaient dans la ville de Rufisque ; 32,89% (n=52) en zone péri urbaine de la ville et 15,79% (n=24) dans un autre département. (Figure 5)

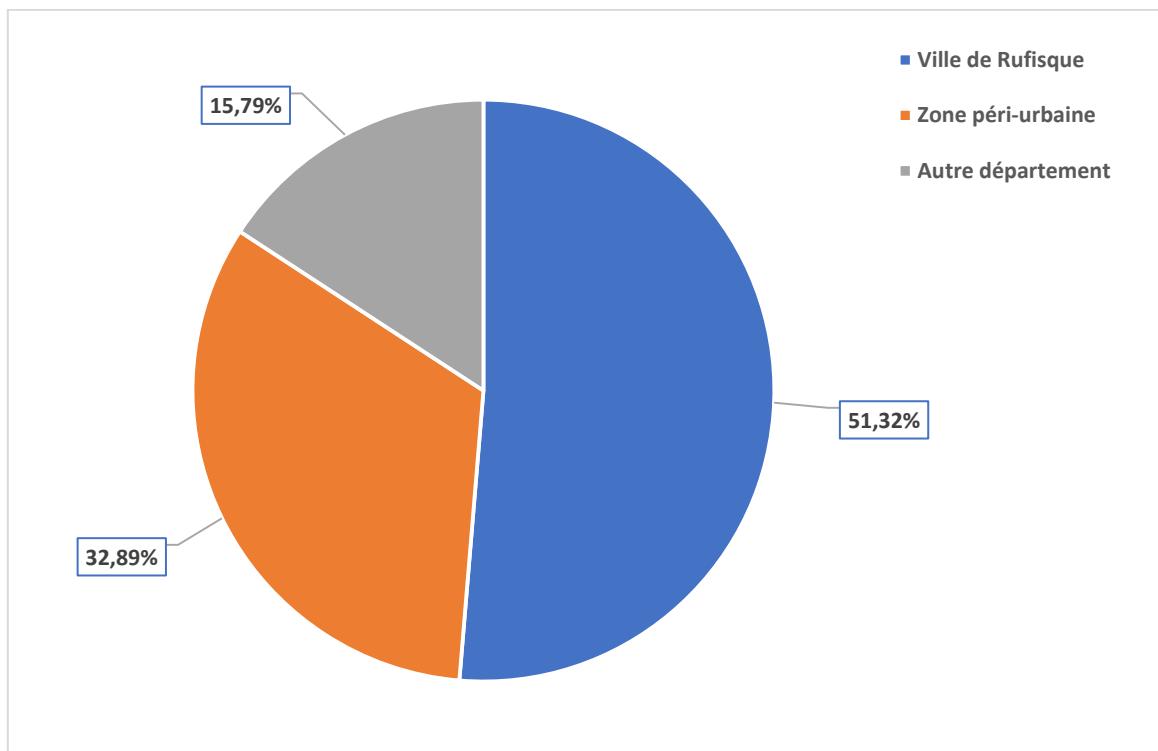


Figure 5: Répartition des victimes selon l'adresse (N=152)

2.3. Niveau d'instruction

L'instruction était renseignée chez 151 patientes. Un peu plus de la moitié des femmes 54,30% (n=82) étaient scolarisées et le plus souvent de niveau primaire 27,81% (n=42). Toutefois, 43,05% (n=65) des femmes étaient non scolarisées et 2,65% (n=4) avaient reçu une instruction coranique. (Figure 6)

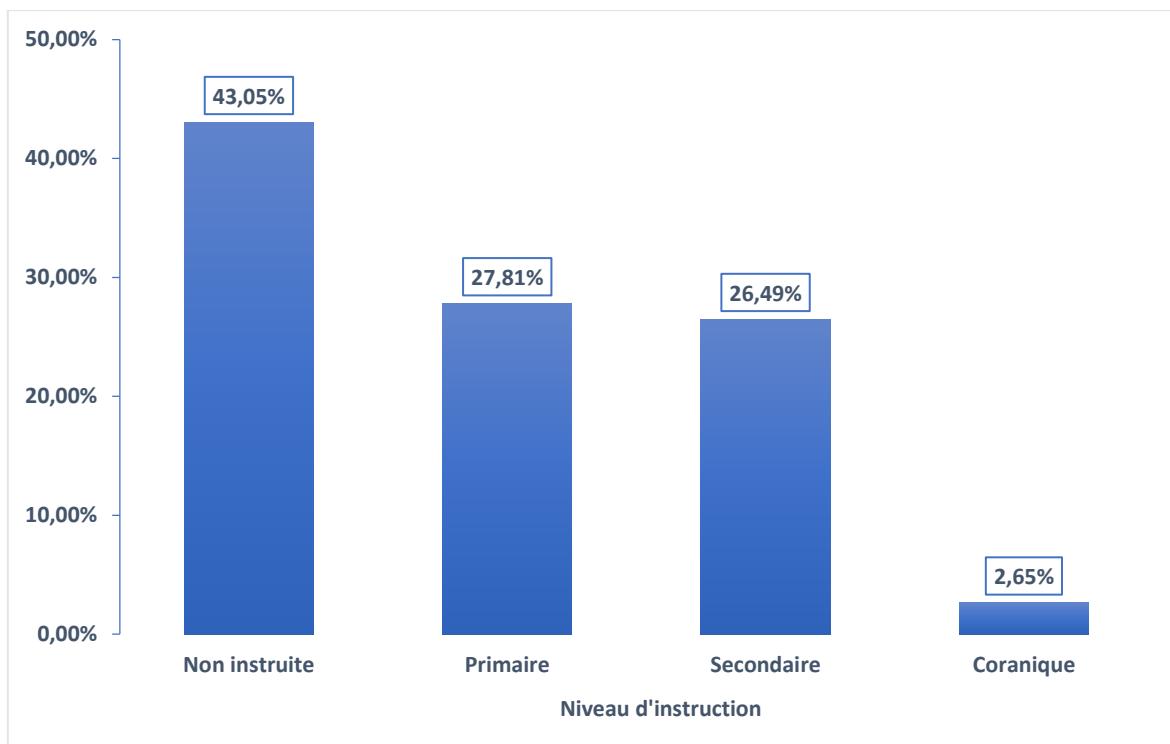


Figure 6: Répartition des victimes selon le niveau d'instruction (N=151)

3. Antécédents

3.1. Puberté

Six sur dix patientes 64,05% (n=98) de notre série étaient pubères. (Tableau I)

Tableau I : Répartition des victimes selon la puberté

Puberté	Effectif	Pourcentage
Oui	98	64,05
Non	55	35,95
Total	153	100,00

3.2. Gestité et parité

La gestité et la parité étaient renseignées chez 104 femmes. Presque la totalité des femmes 93,27% (n=97) était des nulligestes. (Figure 7)

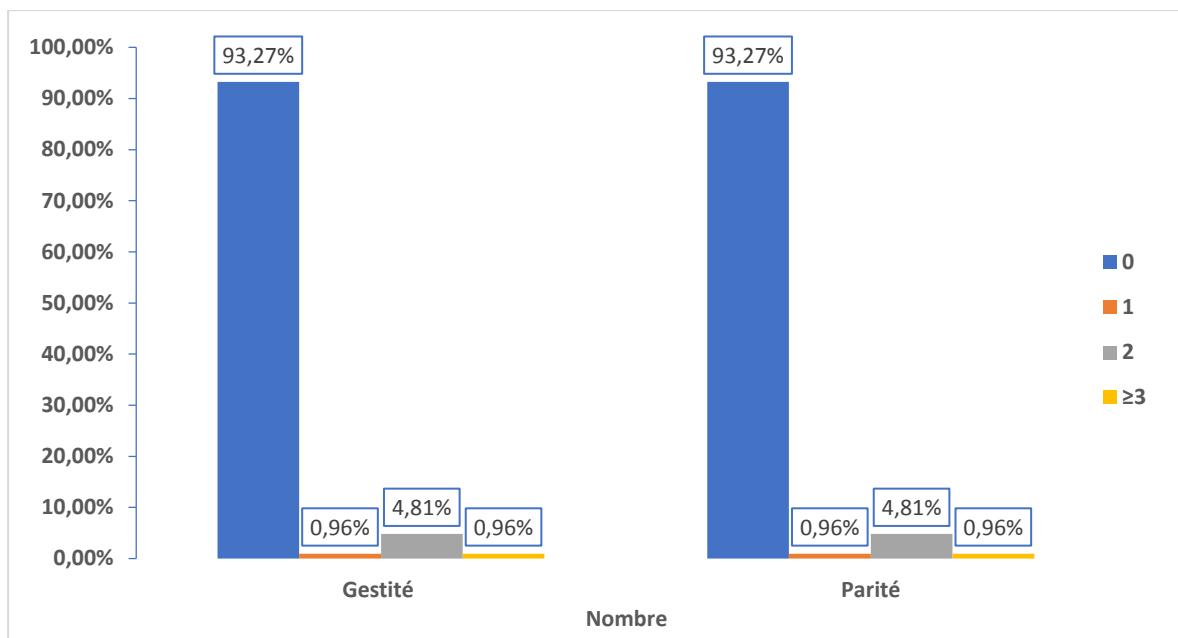


Figure 7: Répartition des victimes selon la gestité et la parité (N=104)

3.3. Antécédents médicaux et chirurgicaux

Au total, 6 femmes (3,27%) avaient des antécédents médicaux. Le déficit mental représentait 33,33% (n=2). (Tableau II). Seule une patiente avait antécédent de césarienne (0,65%)

Tableau II : Répartition des victimes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Déficit mental	2	33,33
Asthme	1	16,67
Epileptique	1	16,67
Patiante sourde muette	1	16,67
Viol répétitif par son père	1	16,67
Total	6	100,00

4. Déroulement de l'agression sexuelle

4.1. Heure de l'agression

L'heure de l'agression était renseignée chez 112 patientes et elle se déroulait le plus souvent vers 20 heures 15,18% (n=17), 12 heures (n=11) et 17 heures (n=11). (Figure 8)

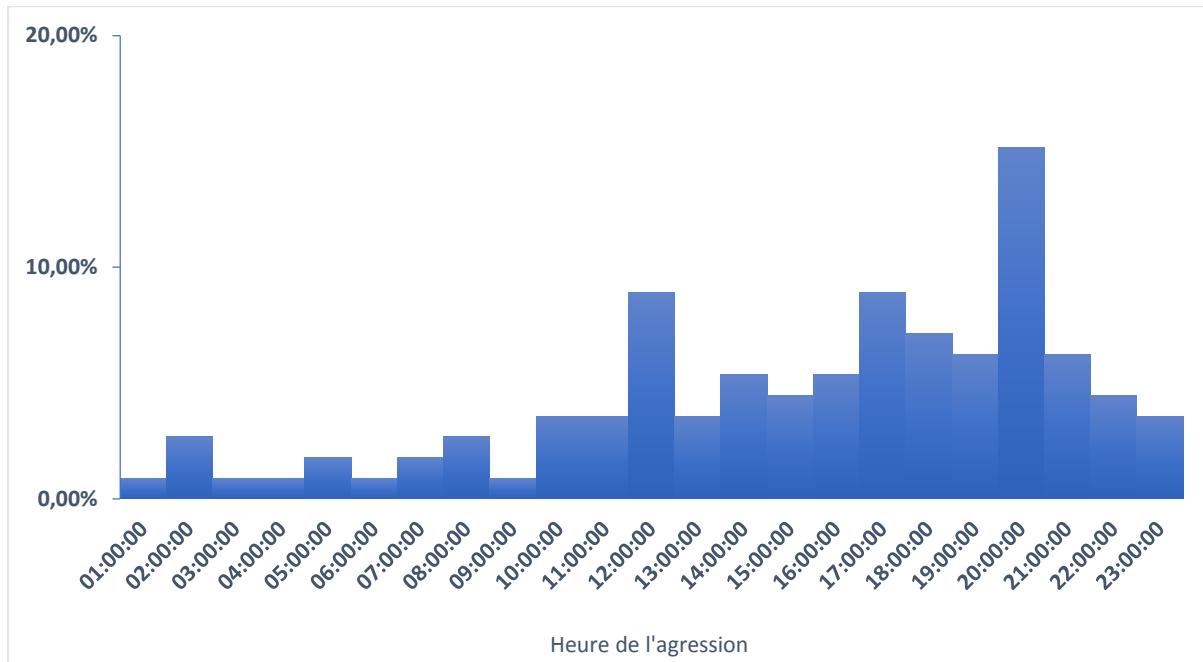


Figure 8: Répartition des victimes selon l'heure de l'agression (N=112)

4.2. Lieu de l'agression

Les lieux de l'agression étaient renseignés chez 150 femmes. Quatre sur dix agressions 42% (n=63) se déroulaient au domicile de l'abuseur. La figure 9 illustre la répartition suivant les lieux des agressions.

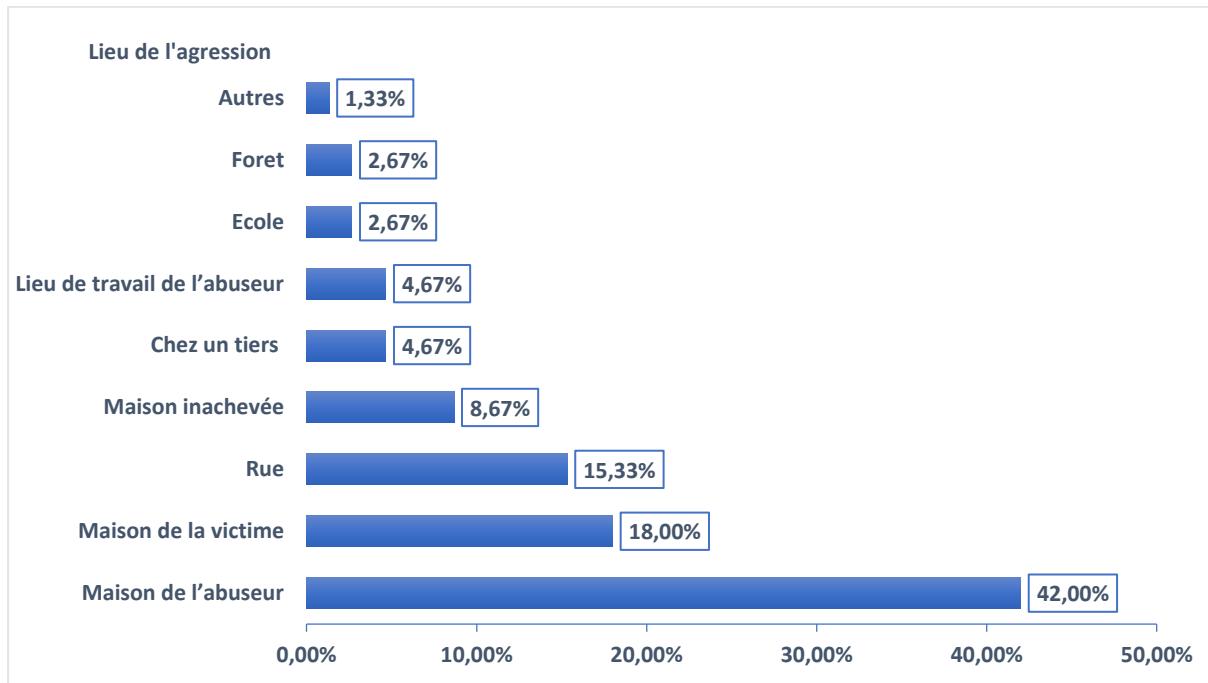


Figure 9: Répartition des victimes selon les lieux de l'agression (N=150)

4.3. Nombres d'agresseurs

Le nombre d'agresseurs était renseigné chez 147 patientes dont la moyenne était de $1 \pm 0,5$ et des extrêmes d'un et 4 agresseurs. Presque la totalité des agressions 91,84% (n=135) était effectuée par un seul agresseur. (Figure 10)

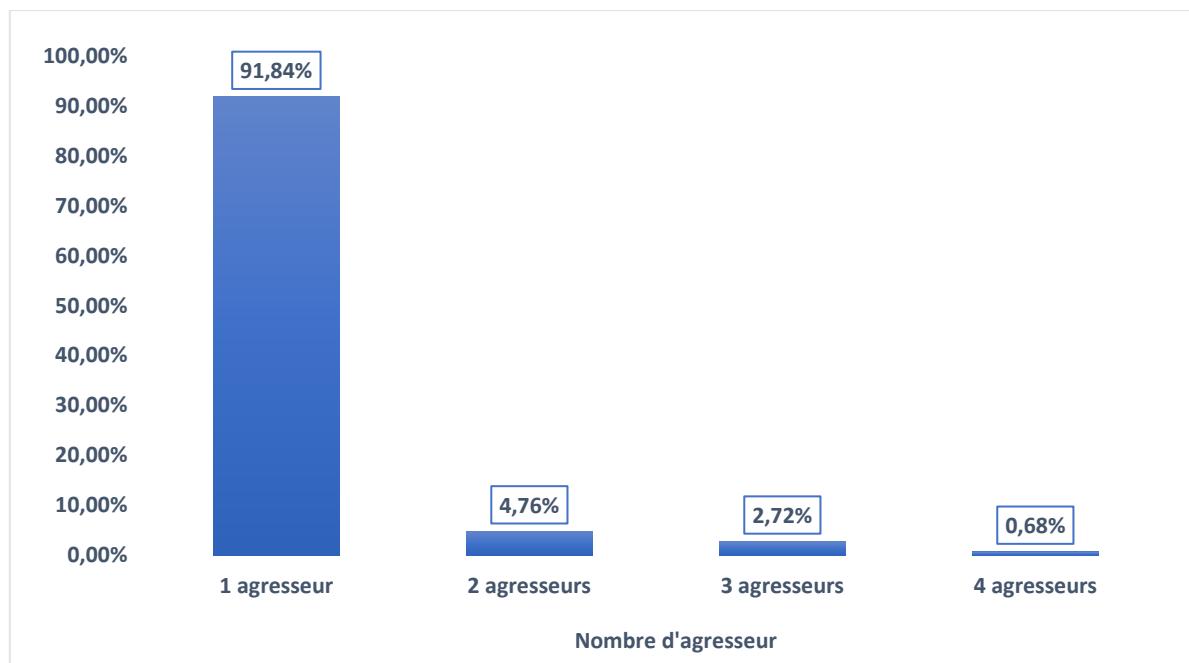


Figure 10: Répartition des victimes selon le nombre d'agresseur (N=147)

4.4. Types de violences subis

Au total, 55 victimes (34,9 %) avaient subi des violences sexuelles associées à d'autres types de violences telles que verbales 17,65%(n=27), physiques 14,38% (n=22), physiques et verbales 3,92%(n=6). (Figure 11).

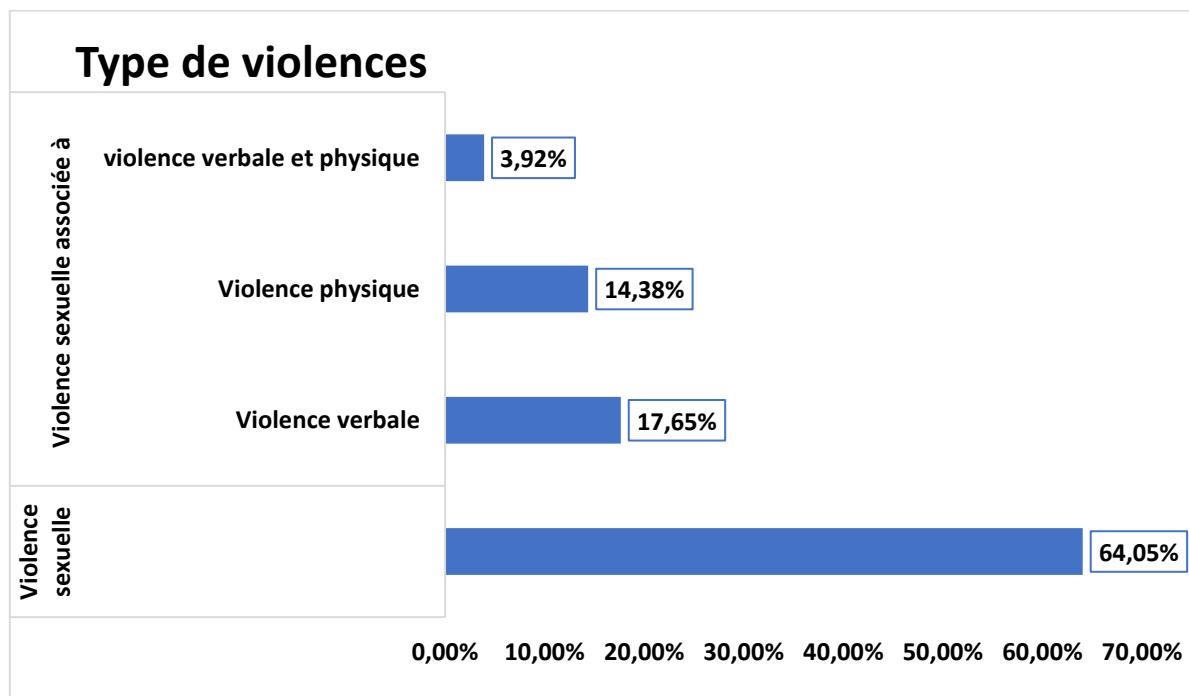


Figure 11: Répartition des victimes selon les types de violences subis

- **Type de violence physique**

Vingt-huit patientes (18,54%) avaient subi des violences physiques. Le ligotage 25%(n=7), le baillonnage de la bouche de la victime 17,86%(n=5) et l'utilisation de la force 17,86%(n=5) étaient les principaux types de violences. (Tableau III)

Tableau III : Répartition des patientes selon les types de violences physiques (N=28)

Types de violences physiques	Effectif	Pourcentage
Ligotage de la victime	7	25,00
Baillonage de la bouche de la victime	5	17,86
Utilisation de la force	5	17,86
Bagarre	4	14,29
Coup de poing	2	7,14
Assommer	1	3,57
Brûlures jambes	1	3,57
Etranglement	1	3,57
Gifle	1	3,57
Séquestration	1	3,57
Total	28	100,00

- **Type de violences verbales**

Trente-trois patientes (21,57%) avaient subi des violences verbales.

Les menaces de mort 72,73% (n=24) étaient les principaux types le plus souvent effectués par une arme blanche 42,42%(n=14). (Tableau IV)

Tableau IV : Répartition des patientes selon les types de violences verbales
(N=33)

<i>Types de violences verbales</i>		<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Menace de mort</i>	Avec arme blanche	14	42,42
	Sans arme blanche	9	27,27
<i>Menace verbale</i>	Uniquement	6	18,18
	Argent	1	3,03
<i>Chantage</i>	Vidéos	2	6,06
		1	3,03
<i>Total</i>		33	100,00

4.5. Etat de la victime lors de l'agression

Le tableau V montre que presque la quasi-totalité des victimes 92,16%(n=14) étaient conscientes et 86,93% (n=133) non consentantes.

Tableau V : Répartition des victimes selon l'état lors de l'agression

<i>Etat psychologique</i>		<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Consciente</i>	Oui	141	92,16
	Non	12	7,84
	Total	153	100,00
<i>Consentement</i>	Oui	20	13,07
	Non	133	86,93
	Total	153	100,00
<i>Prise de substances toxiques</i>	Oui	6	3,92
	Non	147	96,08
	Total	153	100,00

5. Types de violences sexuelles

Le contact génito-génital 76,47% (n=117) était la principale violence sexuelle avec 60,13% (n=92) de pénétration. (Figure 12)

La voie de pénétration était renseignée chez 74 patientes ; 95,94 % (n=71) étaient génitales, 2,70 % (n=2) orales et 1,35 % (n=1) anales.

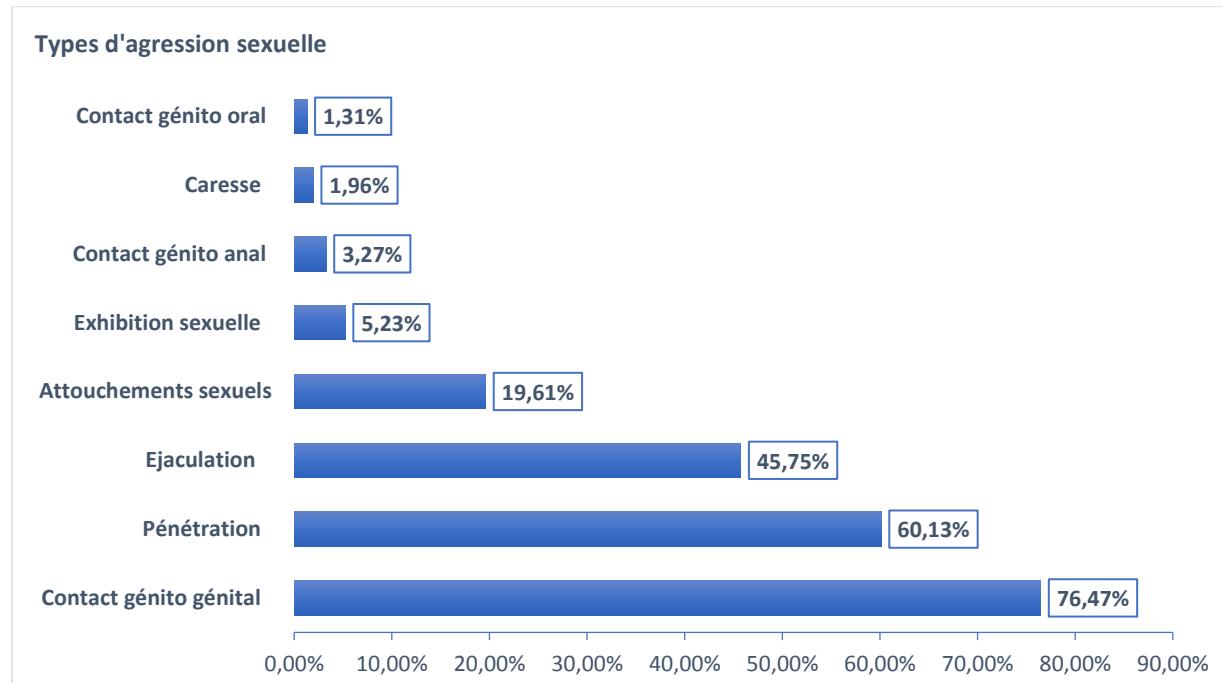


Figure 12: Répartition des victimes selon les types d'agressions sexuelles
(N=153)

5.1. Utilisation de préservatif

L'utilisation de préservatif était notée dans 9,40% des cas (n=11) des cas de contact génito-génital. La majorité des cas de contact génito-génital 90,60% (n=106) n'était pas protégée.

5.2. Prise de douche et toilettes intime avant examen

Près de la moitié des femmes 48,37%(n=74) avait pris une douche. Un peu plus du quart des femmes 28,76%(n=44) avaient effectué leur toilette intime avant examen.

6. Information sur l'agresseur

6.1. Age de l'agresseur

L'âge de l'agresseur était renseigné chez 21 patientes dont la moyenne d'âge était de 31 ± 15 ans et des extrêmes de 12 et 70 ans. Le mode et la médiane étaient de 25 ans.

Les agresseurs appartenaient essentiellement à la tranche d'âge de 20-29 ans avec 47,62% (n=10). (Figure 13)

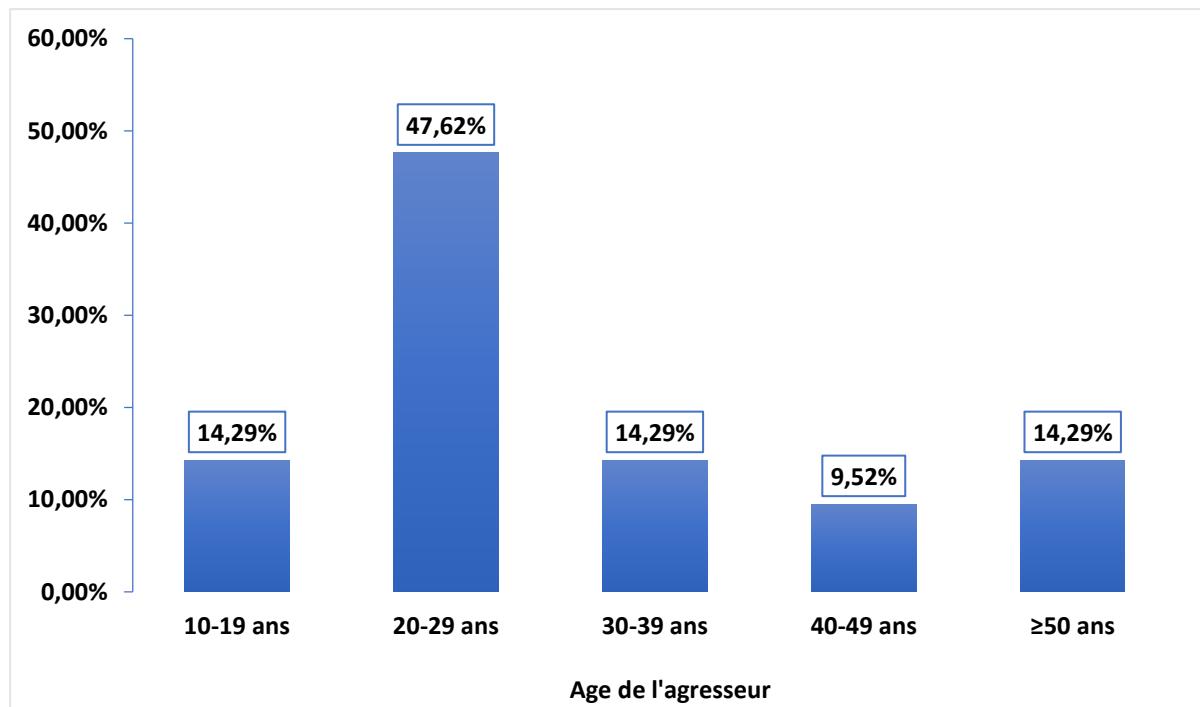


Figure 13: Répartition des victimes selon les classes d'âge de l'agresseur
(N=21)

6.2. Lien avec l'agresseur

Le lien avec l'agresseur était renseigné chez 151 patientes. Le plus souvent, les victimes d'agression sexuelle connaissaient l'agresseur (58,94%). Ils étaient inconnus dans 41,06% (n=62) des cas. Par ailleurs, on notait que dans 20,53% des cas (n=31), l'agresseur était le copain de la victime. (Tableau VI)

Tableau VI: Répartition des victimes selon le lien avec l'agresseur (N=24)

Lien avec l'agresseur	Effectif	Pourcentage
Inconnu	62	41,06
Copain	31	20,53
Voisin	29	19,21
Parent	8	5,30
Cousin	5	3,31
Maître d'école	5	3,31
Ami de la famille	5	3,31
Employeur	2	1,32
Ex copain	2	1,32
Autres	2	1,32
Total	151	100,00

7. Examen clinique

7.1. Année de l'examen

L'année 2020 enregistrait le plus de victimes d'agression sexuelle 41,8% (n=64).

Tableau VII: Répartition des agressions sexuelles selon les années

Année de l'agression	Effectif	Pourcentage
2019	56	36,60
2020	64	41,8
2021	33	21,57
Total	153	100,00

7.2. Délai de consultation

Le délai de consultation avait été renseigné chez 148 patientes. Plus de la moitié 57,43% (n=85) avait été consultée au-delà des 48 heures après l'agression ; 32,43%(n=48) avant les 24 heures et 10,14% (n=15) entre 24-48 heures. (Figure 14)

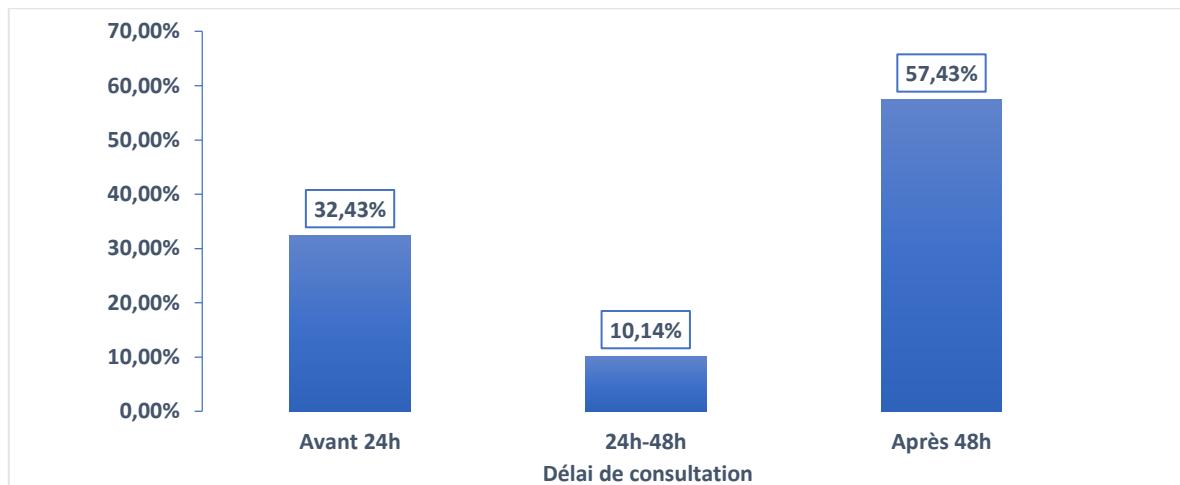


Figure 14: Répartition des victimes selon le délai de l'examen clinique (N=148)

7.3. Personne ayant motivée la consultation

La personne ayant motivée la consultation était renseignée chez 129 patientes. Sept sur 10 consultations 73,64% (n=95) avaient été motivées par la mère de la victime. (Figure 15)

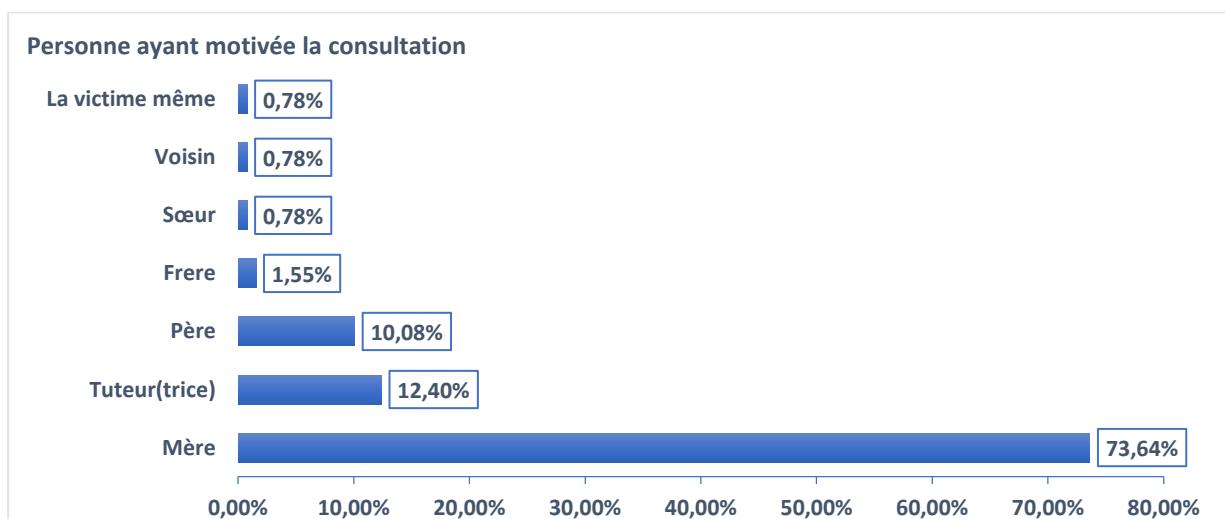


Figure 15: Répartition des victimes selon la personne ayant motivé la consultation (N=129)

7.4. Consentement avant examen

La totalité des victimes était consentante à l'examen clinique.

7.5. Signes généraux

Un (1) cas de fièvre a été noté.

7.6. Etat psychologique

Au total, 4 patientes (2,61%) avaient un état psychologique anormal dont deux (2) malades mentale, un cas de dépression et un cas de mutisme.

7.7. Signes de lutte

Au total, 3 patientes (2,61%) avaient des signes de lutte :

- un cas d'hémorragie sous conjonctivale de l'œil gauche avec traces de morsure et d'égratignure,
- un cas d'œdème et rougeur des joues avec des plaies récentes sur la joue gauche et le genou droit et,
- une patiente présentant des empruntes du fil sur la peau et des cicatrices cutanées,

7.8. Traumatisme fermé ou ouvert

Une patiente présentait des lésions de brûlures récentes des genoux et des jambes.

7.9. Caractères sexuels secondaires

Plus de la moitié des victimes d'agression sexuelle 66,01% (n=101) présentaient des caractères sexuels secondaires.

7.10. Traumatismes génitaux

Presque le quart des patientes 24,18%(n=37) avaient des traumatismes génitaux.

Les déchirures vulvo-vaginales étaient majoritaires 70,27 % (n=26) comme le montre le tableau suivant.

Tableau VIII: Répartition des victimes d'agressions sexuelles selon les traumatismes génitaux

Traumatismes génitaux	Effectif	Pourcentage
Présence de traumatisme génital		
Oui		
Oui	37	24,18
Non	116	73,82
Type de traumatisme génital		
Déchirure vulvo-vaginale	26	70,27
Erythème vulvaire	10	27,02
Lésion anale	1	2,70

Sur la photo suivante, il s'agit d'une déchirure périnéale survenue après un viol chez une petite fille de 9 ans.

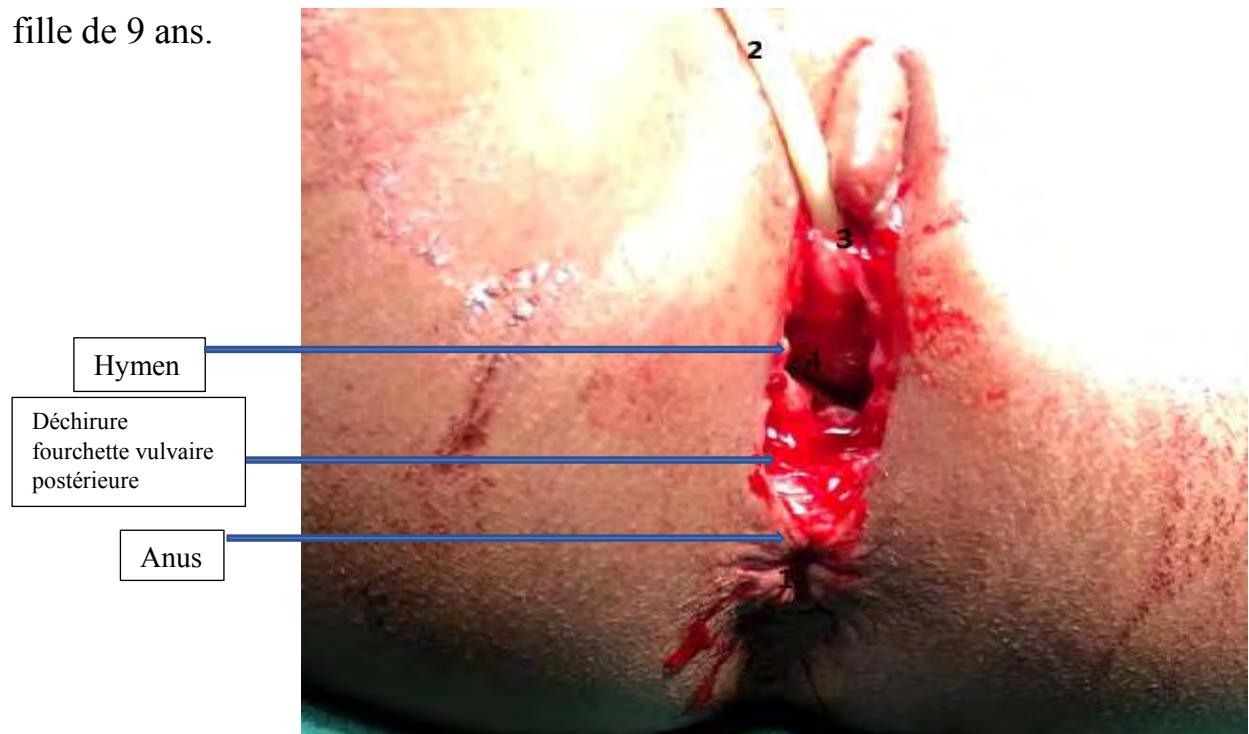


Figure 16: Déchirure périnéale associée à une défloration récente

7.11. Test de la sonde

Presque la totalité des patientes 92,16% (n=141) avaient bénéficié d'un test de la sonde.

7.12. Etat de l'hymen

L'état de l'hymen était renseigné chez 150 patientes. Presque cinq sur dix patientes 49,33% (n=74) avaient des déchirures anciennes de l'hymen ; 39,33% (n=59) avaient un hymen intact et 11,33% (n=17) des déchirures récentes de l'hymen. (Figure 17)

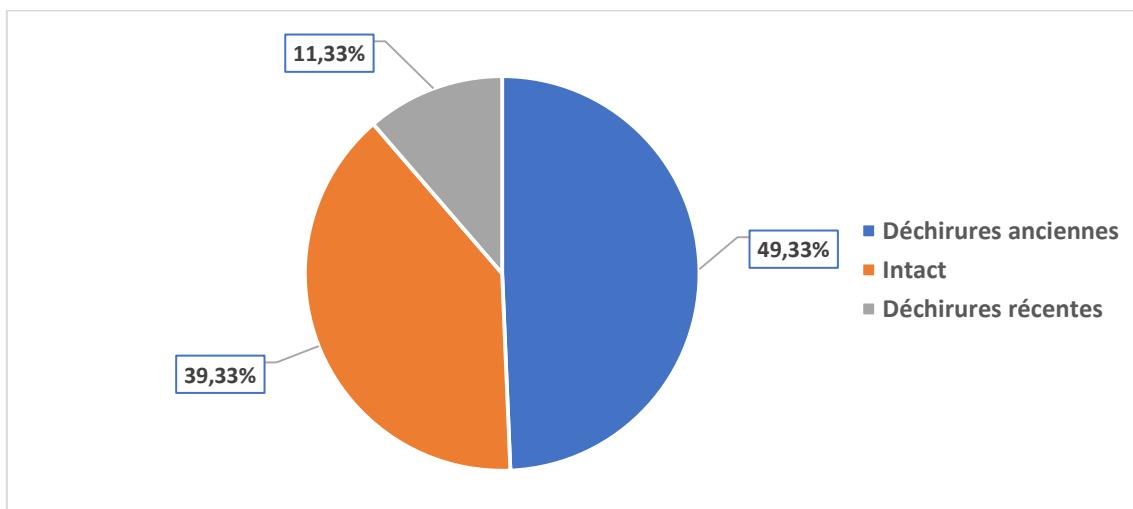


Figure 17: Répartition des patientes selon l'état de l'hymen à l'examen clinique
(N=150)

7.13. Existence d'une grossesse

La présence de grossesse était notée chez 17 patientes (11,11%). Le terme moyen de la grossesse était $18,62 \pm 7,06$ SA et des extrêmes de 7 et 30 SA. La médiane et le mode étaient respectivement de 14 et 21 SA.

Pour l'issue de la grossesse, presque la moitié 47,06 % (n=8) avait accouché par voie basse ; 29,41% (n=5) par césarienne et 23,53 % avaient toujours une grossesse en cours. (Tableau IX)

Tableau IX: Répartition des victimes d'agressions sexuelles selon l'issue de la grossesse

Issue de la grossesse	Effectif	Pourcentage
AVB	8	47,06
CBT	5	29,41
Grossesse en cours	4	23,53
Total	17	100,00

8. Examens complémentaires

Concernant les résultats des examens complémentaires :

- Aucun cas de positivité de la sérologie syphilitique et de l'AgHbs n'a été enregistré.
- Un cas de sérologie HIV positive a été enregistré (0,65%)
- 36 cas de PV positif ont été enregistrés (25,49%)
- 3 cas d'ECBU positif ont été enregistrés (1,96%). E COLI était retrouvé dans les 2 cas.
- 4 cas de sérologie chlamydienne positive ont été enregistrés (2,63%)
- 17 cas avec présence de spermatozoïdes (11,11%) ont été retrouvés.

Le tableau X montre la répartition des résultats des examens complémentaires

Tableau X: Répartition des victimes d'agressions sexuelles selon les résultats des examens complémentaires (N=153)

<i>Examens complémentaires</i>	<i>Résultats</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Syphilis</i>	Positif	0	0,00
	Négatif	114	74,51
	Résultat non notifié	21	13,73
	Non réalisé	18	11,76
<i>AgHbs</i>	Positif	0	0,00
	Négatif	117	76,47
	Résultat non notifié	18	11,76
	Non réalisé	18	11,76
<i>HIV</i>	Positif	1	0,65
	Négatif	114	74,51
	Résultat non notifié	20	13,07
	Non réalisé	18	11,76
<i>PV</i>	Positif	39	25,49
	Négatif	63	41,18
	Résultat non notifié	23	15,03
	Non réalisé	28	18,30
<i>ECBU</i>	Positif	3	1,96
	Négatif	8	5,23
	Résultat non notifié	1	0,65
	Non réalisé	141	92,16
<i>Sérologie Chlamydia</i>	Positif	4	2,63
	Négatif	50	32,89
	Résultat non notifié	12	7,89
	Non réalisé	86	56,58
<i>Recherche de sperme</i>	Positif	17	11,11
	Négatif	19	12,42
	Résultat non notifié	2	1,13
	Non réalisé	115	75,16

Les IST étaient au nombre de 15 observées chez 9,80% de l'ensemble des victimes. Cependant la principale infection retrouvée était la candidose représentant 51,28% (n=20) des infections comme le montre le tableau XI.

Tableau XI: Répartition des patientes selon les résultats du PV (N=39)

Germe retrouvé sur le PV	Effectif	Pourcentage
Candida albicans	20	51,28
Gardenella	7	17,95
Chlamydiae Trachomatis	4	10,25
E COLI	3	7,69
Mycoplasmes	2	5,13
Trichomonas	2	5,13
Candidose+ Ureaplasma	1	2,56
Total	39	100,00

9. Prise en charge

La prescription d'antibiotiques 26,80% (n=41), la prophylaxie HIV 23,53% (n=36) et la contraception d'urgence 22,22% (n=34) étaient les principales prises en charge effectuées. (Figure 18).

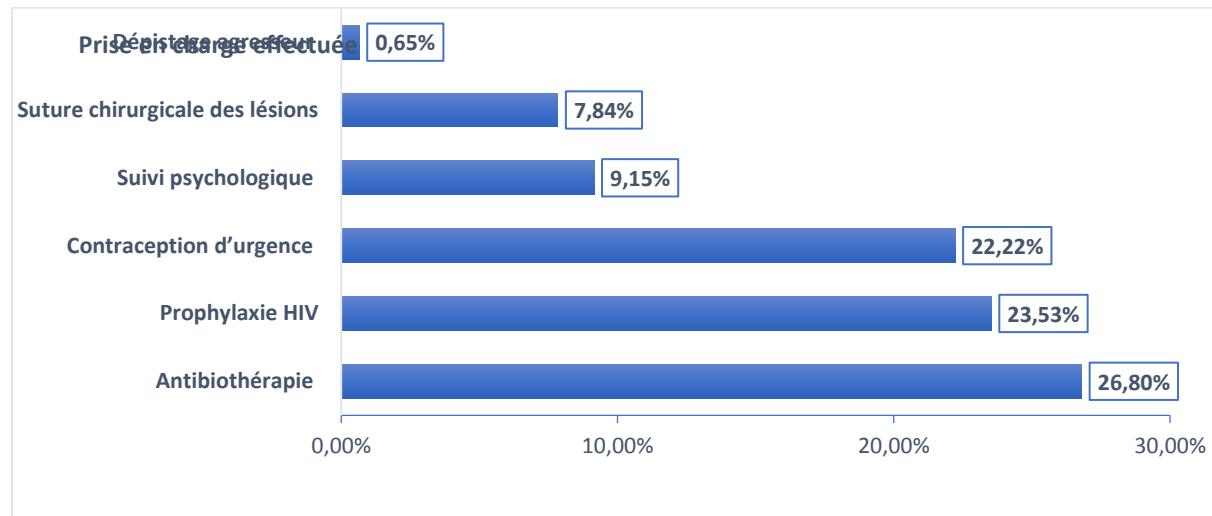


Figure 18: Répartition des victimes d'agressions sexuelles selon la prise en charge

L'azithromicine 36,59% (n=15) étaient le principal antibiotique prescrit suivi du cefixim (29,27%), puis le métronidazole (21,27%) et la doxycycline (12,20%).

10. Aspects juridiques

Presque la totalité des victimes, neuf femmes sur dix (94,77%) avaient bénéficié d'une consultation faite sur réquisition de la police ou de la gendarmerie et de rédaction du certificat médical était réalisée. (Figure 19)

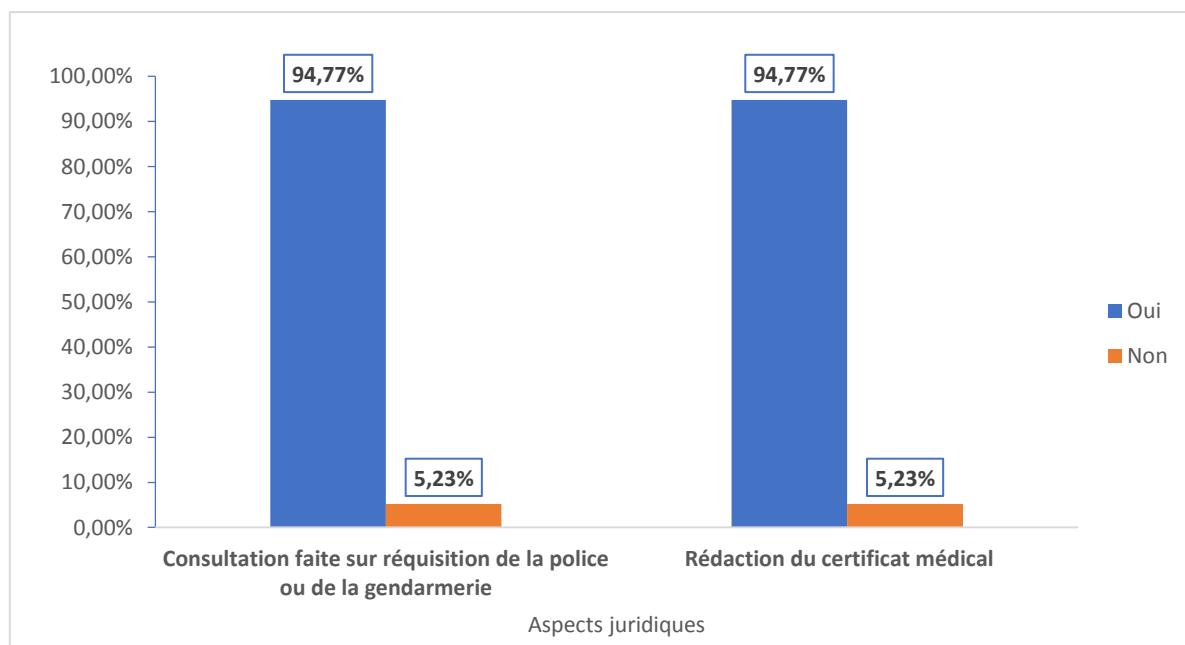


Figure 19: Répartition des victimes d'agressions sexuelles selon les aspects juridiques (N=153)

IV. DISCUSSION

1. Force et limites de l'étude

Les résultats de cette étude proviennent de l'évaluation des agressions sexuelles sur une durée de 32 mois dans une maternité de référence de Dakar. La durée de l'étude témoigne de l'homogénéité du type de patiente donnant ainsi de la puissance aux résultats.

Il faut cependant souligner certaines limites. Le caractère rétrospectif de l'étude comporte un biais d'enregistrement car les données étaient recueillies à partir des dossiers de patientes déjà sorties d'hôpital. Certains paramètres n'ont pas été renseignés et le retour pour les informations judiciaires n'était pas toujours possible.

2. Fréquence

Nous avons colligé 153 cas d'abus sexuels soit une fréquence de 1,62 % des urgences dans le Service de Gynéco-Obstétrique. L'incidence des agressions sexuelles est relativement faible dans notre pratique hospitalière comparée à celle rapportée par d'autres auteurs africains. Au Cameroun Mbassa rapportait 15,9% de cas de viol en milieu scolaire [16]. Japhet [22] avait retrouvé un taux de 2% d'abus sexuels sur 1810 patientes reçues en consultation dans le Service de Gynéco-Obstétrique. Toutes fois, notre taux est plus élevé que celui rapporté par Faye et al qui avaient retrouvé 0,4% d'abus sexuels à la clinique gynécologique et obstétricale de l'hôpital Aristide le Dantec [7]. Cependant à l'échelle mondiale, une femme sur cinq serait victime de viol ou de tentative de viol d'après une publication de l'UNFPA (United Nations Fund for Population Activities) [26]. La particularité du Sénégal traduit surtout l'absence de sensibilisation de la population pour une déclaration des cas et pour une consultation précoce et l'influence de la religion et des principes socioculturels qui en font un sujet tabou.

3. Paramètres sociodémographiques, caractéristiques de l'agresseur et circonstances de l'abus.

L'âge moyen des victimes était de 14,1 ans avec des extrêmes de 2 et 41 ans. Nos résultats concordent avec ceux de Faye [7], de Cissé [4] et de Traoré [24] qui avaient trouvé respectivement une moyenne d'âge de 14 ans, 11 ans et 14 ans. Il se rapproche aussi de celui retrouvé par Daligaud et Gonin [6] en France. Cependant, notre moyenne d'âge n'est pas comparable à celle retrouvée au service de pédopsychiatrie de Kër Xaleyi qui est très faible (2,29 ans) [21]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que Ker Xaleyi soit la première structure de référence des mineurs victimes d'agression sexuelle mais aussi par le fait que les troubles psychologiques secondaires seraient probablement plus observés chez les plus jeunes.

La tranche d'âge la plus représentée est comprise entre 10 et 17 ans (58,17%). L'étude montre que la prévalence des abus sexuels est plus importante en période péri-pubertaire et en période d'adolescence.

Dans notre série, 81,05% des patientes étaient des mineures (n=127). Cisse avait retrouvé un taux plus élevé de mineurs qui représentaient 92,64 % des cas d'abus sexuels à Dakar [4]. Ce taux relativement élevé d'abus sexuels chez les mineures pourrait s'expliquer par le fait que ces dernières constituent une couche vulnérable de la société. Elles sont sujettes à des chantages ou des menaces les obligeant à se soumettre aux désirs de l'agresseur qui est le plus souvent une personne proche ou responsable de l'enfant, donc ayant une autorité sur celui-ci.

La majorité des victimes (51,32%) résidaient dans la ville de Rufisque et 54,30% (n=82) étaient scolarisées avec le plus souvent un niveau primaire 57,81%(n=42). Cependant 43,05% (n=65) des victimes étaient non scolarisées. La précarité dans laquelle vivent ces adolescentes justifie souvent l'absence de scolarisation et l'exercice de petits métiers comme celui de vendeuse ou d'employée de maison qui les exposent à un abus sexuel [12].

Les agressions se faisaient plus aux heures de la descente de l'école soit 12 heures (n=11), 17 heures (n=11) et 20 heures 15,18% (n=17). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la majeure partie des victimes sont d'âge scolaire.

Les abus se déroulaient le plus souvent au domicile de l'agresseur (42%). Nos données rejoignent celles de C T Cissé qui avait retrouvé un taux de 58,9% d'abus sexuel faits hors du cadre familiale [12]. Cependant elles s'opposent aux résultats de la série de ME Faye dans laquelle l'agression s'est déroulée dans la majorité des cas (78,2 %) dans un lieu familial à la victime de même que ceux de Tjaden et Thoennes [23] aux États-Unis (80 %).

Concernant l'agresseur, son âge moyen de 31 ans se rapproche de celui retrouvé par Acierno et al. aux États-Unis qui rapporte un âge de 25 ans [1]. De nombreux auteurs s'accordent sur le fait que le profil de l'agresseur est celui d'un sujet jeune d'environ 30 ans et qui est le plus souvent proche de sa victime ou de son entourage (beau-père, oncle, cousin, voisin, professeur, répétiteur, maître coranique, vigile) [12].

La totalité des agresseurs était de sexe masculin et dans la majorité des cas, l'agresseur était unique (91,84%). Contrairement aux séries sud-africaines [2] et ougandaises [3] qui rapportent des taux respectifs de 25,39 et 75 %, les abus collectifs sont moins fréquents dans notre contexte (8,16 %). Ceci pouvant s'expliquer par le fait que la majeure partie des abus se font sur les mineures.

Dans la littérature, la plupart des cas d'abus sont faits par une personne connue par la victime. Cissé [4] et Leye [14] avaient respectivement 72,6% et 66% d'abus faits par une personne connue par la victime. Nos résultats concordent avec les données de la littérature car dans 58,94% des cas, l'agresseur était un proche de la victime.

Parmi les groupes identifiés, celui des copains représente un taux de 20,53% suivi du groupe des voisins (19,21%) et des parents et cousins (8,61%). Cette notion de liens familiers entre les victimes et leurs agresseurs fréquemment retrouvée contribue à une sous-estimation de la fréquence et à la complexité de

la prise en charge des jeunes victimes dont les parents préfèrent souvent ne pas avoir recours aux structures sanitaires et judiciaires afin de préserver le « tissu familial ». Ces liens entre les victimes et les agresseurs font la complexité de la prise en charge de ce sujet considéré comme tabou.

Le contact génito-génital (76,47 %) était le mode de contact sexuel le plus fréquent et le taux de pénétration vaginale était de 60,13% (n=92). Ce taux se rapproche de celui de Traoré [24] au Sénégal et de Mbassa [16] au Cameroun, qui avaient retrouvé respectivement 67,3% et 84,2% de pénétration vaginale. Ceci augmente le risque de transmission des IST notamment l'infection à VIH et de survenue de grossesses non désirées, d'où la nécessité de leur prévention dans la prise en charge de ces victimes.

Pour les 117 cas de contact génito-génital, seuls 11 cas d'utilisation de préservatif étaient notée. Soit 9,40% de contacts protégés contre 90,60% de contacts non protégés. Contrairement à notre étude, Mbassa avait retrouvé un taux de 1,3% de pénétrations non protégées [16]. Ce taux considérable de pénétrations non protégées, devrait faire rechercher systématiquement des spermatozoïdes mais aussi de prévenir les IST et les grossesses non désirées chez les filles ayant atteint l'âge de la puberté.

4. Examen clinique

Chez la quasi-totalité des victimes de notre série (73,64%), la consultation était motivée par la mère. Les mêmes constats ont été faits par Mbassa [16] et Traoré [24] chez qui les victimes étaient accompagnées par leurs parents avec des taux respectivement de 100% et 80%. Les parents sont souvent alertés par certaines attitudes étranges de l'enfant et décident de consulter. Cette situation entraîne parfois un retard de consultation pouvant poser un problème de diagnostic. En effet, 57,43% des victimes avaient consulté après les 48h suivant l'agression. Ce délai de consultation reste élevé si on le compare à celui enregistré en France, de l'ordre de 48 heures [6]. Nous trouvons comme explication le fait que les enfants ont tendance à cacher leurs mésaventures ou sont menacés et sont tenus

de se taire pour ne pas subir d'autres sévices. Le temps écoulé entre l'abus et la consultation peut impacter sur le bilan initial des lésions : la présence ou pas de signes de lutte, l'état des habits, la présence ou pas de lésions traumatiques. Ces lésions peuvent en effet s'estomper en cas de retard à la consultation.

Il existe un autre aspect pouvant interférer dans l'examen clinique notamment la prise de douche ou la toilette intime avant la consultation. Dans notre étude, près de la moitié des femmes 48,37% (n=74) avait pris une douche et plus du quart des femmes 28,76%(n=44) avait effectué leur toilette intime avant examen.

Sur le plan gynécologique, plus de la moitié des victimes 66,01%(n=101) présentaient des caractères sexuels secondaires. Ceci s'explique par le fait que la majorité des victimes avaient atteint l'âge de la puberté. La précocité de l'apparition des caractères sexuels secondaires des filles peut expliquer leur caractère attrant, les exposants à un abus sexuel.

Le test à la sonde a été réalisé chez 141 victimes (92,16%). Il avait permis d'objectiver 49,33% de lésions hyméniales anciennes et 11,33% de déchirures hyméniales récentes. Ce constat est comparable aux résultats de Cissé [4], qui avait rapporté 59,9% des lésions hyméniales dont les 40% étaient constituées de lésions anciennes. Par contre, en Europe, les lésions récentes sont plus fréquentes. En effet, Daligaud [6] et Marsaud [15] retrouvaient respectivement de 66% et 60% de lésions hyméniales récentes. Cette différence est due au délai de consultation plus long dans notre contexte comparé aux pays développés et la possibilité de cicatrisation des lésions hyméniales au bout de 5 à 7 jours.

A côté des lésions hyméniales, 37 victimes (24,18%) avaient présenté un traumatisme vulvo-vaginal notamment une déchirure périnéale.

La présence de grossesse était notée chez 17 patientes (11,11%). Le terme moyen de la grossesse était 18,62 SA et des extrêmes de 7 et 30 SA. Ceci est dû au long délai entre l'abus et la consultation. Ces grossesses non désirées peuvent être évitées par une contraception d'urgence si la consultation se fait tôt.

Sur ces cas de grossesse, 28,57% se sont soldées par une césarienne pour rétrécissement pelvien exposant ainsi ces victimes aux complications possibles de la cicatrice lors des grossesses et accouchements ultérieurs.

5. Examens paracliniques

Un certain nombre d'examen a été demandé systématiquement chez toutes les victimes : la sérologie syphilitique, HIV AgHbs et PV. Ceci répondant aux recommandations dans la prise en charge des victimes d'abus sexuels.

Nous avons recensé un cas de séropositivité à l'infection VIH (0,65%) chez une fille de 13 ans dont l'infection était probablement antérieure à l'agression, car le test ayant été effectué quatre jours après l'abus sexuel. Cela pose le problème des agressions sexuelles répétées chez les jeunes victimes. Faye et al avaient trouvé deux cas de séropositivité à l'infection VIH et un cas chez qui l'AgHbs était positif [7]. De nombreux cas d'infection à VIH/sida après un viol ont été rapportés, notamment en Afrique du Sud (78 %) [15]. Cela souligne l'intérêt d'instaurer dans les 72 heures suivant l'agression sexuelle une prophylaxie antirétrovirale par trithérapie pendant un mois d'autant plus que l'accès à ces ARV a été amélioré. Cependant, une limite dans notre étude a été l'absence de réévaluation du statut sérologique des patientes trois mois après l'abus sexuel.

Les examens bactériologiques au PV étaient revenus positifs dans 25,49 % des cas. Les principaux germes rencontrés étaient *Candida albicans* (51,28%), *Gardnerella vaginalis* (17,95%) et *Chlamydiae trachomatis* (10,25%). Les différents types d'IST n'ont pas la même valeur prédictive positive d'abus sexuel d'enfants. Pitche [20] dans sa méta-analyse concluait que la présence chez l'enfant de certains germes comme *Chlamydiae*, *Trichomonas*, *Gardnerella* et le *gonocoque* était très probablement liée à un abus sexuel.

La recherche de spermatozoïdes était positive chez 17 patientes (11,11%). Ceci confirmait l'éjaculation chez ces victimes et les risques associés tels que la transmission des IST. Beaucoup de structures ont des difficultés dans la recherche de spermatozoïdes en urgence ; ce n'est pas le cas au CHYMD car

nous avons la possibilité de faire cette recherche tous les jours et les résultats sont disponibles dans l'heure qui suit. Nous saluons les efforts fournis par notre laboratoire sur ce point.

6. Prise en charge

Dans notre série, 9,80% avaient une IST tandis que Dieng [17] avait noté 18% dans son étude. Nous avons enregistré une prescription d'antibiotiques chez 26,80% (n=41) victimes. Ce taux étant faible comparé à l'étude de Traoré qui retrouvait un taux de 70,6% [24]. L'azithromicine 36,59% (n=15) étaient le principal antibiotique prescrit suivi du cefixim (29,27%), puis le métronidazole (21,27%) et la doxycycline (12,20%). Ceci s'oppose à la prise en charge de Faye [7] qui avait comme molécule de choix la doxycycline.

Ce constat pose le problème du choix des antibiotiques à administrer pour l'antibioprophylaxie. À la place de la doxycycline proposée classiquement, la préférence devrait se porter plutôt sur des antibiotiques au spectre plus large comme le ceftriaxone et l'azithromycine. Cette antibioprophylaxie standard, vise à prévenir la survenue d'une infection par certains germes sexuellement transmissibles [7].

La contraception d'urgence a été effective chez 34 victimes (22,22%). Ce taux faible pourrait s'expliquer par le fait qu'une bonne partie des victimes a été vue tardivement. Ces résultats sont comparables à ceux de la série dakaroise [4] et de celle de O Dieng [17] avec des taux respectivement de 25,5% et 34%.

La prophylaxie HIV a été effectuée chez 36 victimes (23,53%) (n=36). Nos résultats sont superposables à ceux de la série de Dakar en 2009 [4] ou 20% des mineures avaient bénéficié d'une prophylaxie antirétrovirale. La sérologie des agresseurs tout comme des victimes doit se faire systématiquement afin de dépister les patients qui ont un risque élevé d'être contaminé. Cette attitude ne doit en rien retarder la prophylaxie rétrovirale.

Sur le plan psychologique, seul 9,15% des victimes étaient orientées pour un suivi psychiatrique. Faye [7] avait retrouvé pratiquement le même taux de prise

en charge psychologique (9,1 %) des cas. Notre faible taux rejoint les données de la littérature africaine avec 7,9% [12]. En revanche la prise en charge psychologique est systématique pour les auteurs sud-africains et occidentaux, car elle permet de réduire significativement les séquelles post-traumatiques de l'agression sexuelle et de garantir la récupération de la victime à long terme [13-15]. Cette disparité est due à l'inexistence dans nos pays en développement d'unités de soins et d'assistance réservées uniquement aux victimes d'abus sexuels où psychologue ou psychiatre, gynécologue, expert légiste et équipe de laboratoire collaborent de manière pluridisciplinaire.

Concernant les aspects juridiques, 94,77% des victimes avaient bénéficié d'une consultation faite sur réquisition de la police ou de la gendarmerie et de rédaction du certificat médical était réalisée. Ceci s'oppose aux données antérieures relatées par Cissé [4] où près de la moitié des cas seulement (46%) était poursuivie en justice. Nous constatons donc que ces cas d'abus sexuels font de plus en plus l'objet d'une poursuite judiciaire. Cependant, le taux de règlement à l'amiable reste encore élevé. Malgré l'évolution des mentalités, les abus sexuels restent encore pour l'écrasante majorité de la population un sujet tabou. Les victimes ainsi que leur famille hésitent souvent par honte ou pudeur à avoir recours à la justice par soucis de préserver l'honneur de la famille.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les abus sexuels représentent un véritable fléau mais leur prévalence réelle reste toujours sous-estimée dans notre pays.

La prise en charge d'une victime de violence sexuelle ne doit pas se limiter à une appréciation médico-légale. Il faut s'attacher à apporter une solution aux trois aspects importants de la prise en charge : médicale, légale et émotionnelle.

Une collaboration multidisciplinaire englobant tous ces aspects reste à améliorer dans notre établissement, même si l'idéal serait de disposer d'un cadre formel qui intègre dans une même structure l'ensemble des services dont la victime aurait besoin sans être stigmatisée.

L'influence socio-culturelle réduit considérablement le taux de prévalence des abus sexuels qui sont considérés comme un sujet tabou. C'est pourquoi les données sur ces abus sexuels et leurs conséquences font défaut. C'est ainsi que nous avions entrepris cette étude afin de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et la prise en charge des agressions sexuelles au CHYMD de Rufisque.

Il s'agissait d'une étude rétrospective allant de la période du 1^{er} janvier 2019 au 31 août 2021 au Service de Gynéco-Obstétrique du CHYMD de Rufisque.

Durant cette période nous avons enregistré 153 patientes victimes d'abus sexuels représentant 1,62% des admissions en urgence au service de gynécologie-obstétrique. La moyenne d'âge était de 14,1 ans avec des extrêmes de 2 à 41 ans. Parmi ces patients, 81,05% étaient des mineurs. Le profil épidémiologique des victimes était celui d'une adolescente âgée en moyenne 14 ans, résidant dans la ville de Rufisque (51,32%), avec un niveau de scolarisation primaire (57,81%). L'agression avait eu lieu dans le domicile de l'agresseur (42 % des cas), l'auteur présumé était de sexe masculin (100%) et connu par la victime (58,94%). Le mode d'abus sexuel était le contact génito-génital dans 76,47% des cas avec une notion d'éjaculation (45,75%) sans protection (90,60%).

A l'examen à l'admission, le test à la sonde était effectué chez 141 patientes (92,16%). Presque cinq sur dix patientes 49,33% (n=74) avaient des déchirures

anciennes de l'hymen, 39,33% (n=59) avaient un hymen intact et 11,33% (n=17) des déchirures récentes de l'hymen. Dix-sept victimes avaient contracté une grossesse à la suite de l'agression soit 11,11%.

Sur le plan biologique, 25,49% des patientes présentaient des infections génitales dont les germes les plus retrouvés étaient *Candida albicans*, *Gardnerella vaginalis* et *Chlamydaie trachomatis*.

La présence de spermatozoïdes a été notée chez 17 patientes et la sérologie rétrovirale était positive chez une seule patiente.

Concernant la prise en charge, la prescription d'antibiothérapie était réalisée chez 26,80% (n=41) des patientes, la prophylaxie HIV chez 23,53% (n=36) des patientes et la contraception d'urgence chez 22,22% (n=34) des patientes.

La réparation périnéale avait été réalisée chez 12 (7,84%) patientes qui présentaient une déchirure périnéale.

Dans notre série 9,15% des patientes ont bénéficié d'un suivi psychologique.

Au vu de ces résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

A l'endroit des Autorités Ministérielles et Municipales

- créer des structures spécialisées dans la prise en charge des abus sexuels où les victimes pourront être examinées et bénéficier gratuitement des examens paracliniques et des médicaments.
- sensibiliser la population pour rompre le silence autour de la question sur les abus sexuels.
- faire une enquête nationale afin d'estimer la prévalence réelle des agressions sexuelles au Sénégal.
- assurer une prise en charge gratuite pour les victimes d'abus sexuels.
- faciliter la traçabilité des dossiers au niveau des services judiciaires.

A l'endroit du CHYMD de Rufisque :

- améliorer la coordination multidisciplinaire dans la prise en charge des victimes d'abus sexuels (Gynécologue, pédopsychiatre, pédiatre).

- réduire la charge du personnel, pour diminuer le temps d'attente des victimes avant d'être vue par un médecin.

A l'endroit des prestataires

- améliorer la tenue des dossiers qui sont parfois difficile à exploiter.
- Mettre en place un formulaire d'examen répondant aux normes de prise en charge des victimes.
- favoriser les ateliers de formation et/ou de remise à niveau des médecins en matière de prise en charge des cas d'abus sexuel : à l'accueil, l'écoute et à l'évaluation complète des patientes.

A l'endroit de la communauté

- encourager la scolarisation des enfants afin de diminuer la précarité.
- assurer une bonne assistance psycho-sociale des victimes à la maison et dans le quartier.
- informer les enfants par une éducation sexuelle visant à éliminer les tabous, à les rendre plus consciencieux du problème que constituent les abus sexuels afin de mieux les protéger.
- augmenter le taux de dénonciation des abus sexuels grâce à la sensibilisation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Acierno R, Resnick H, Kilpatrick DG, et al.** Risk factor for rape, physical assault, and post-traumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships. *J Anxiety Disord* 1999;13:541—63.
- 2. Bugs S.** Contraception, IVG, grossesse : question de l'IVG et les nouveaux croisés de l'ordre moral. Grenoble: Édition Thot; 2000, p.242.
- 3. Cazanave-Robert A, Millot C.** Réflexion et mise en place d'un cadre d'accueil pour enfants victimes d'abus sexuels à l'hôpital St-Vincent-de-Paul. *Ann Fr Psychol* 2003;105—10.
- 4. Cisse CT, Niang MM, Sy AK, Faye EHO, Moreau J-C.** Aspects épidémiocliniques, juridiques et coût de la prise en charge des abus sexuels chez les mineurs à Dakar, Sénégal. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 nov 2015;44(9):825- 31.
- 5. Code de procédure pénale du Sénégal** : ministère de la Justice du Sénégal. consulté le 15/10/2021
- 6. Daligaud L, Gonin B.** Les violences sexuelles. *J Androl Lille* 1999;n°9:519—27.
- 7. Faye D M, Traoré AL, Guèye SM, Moreira PM, Diouf A, Moreau JC.** Sexual abuse: epidemiological, clinical, aspects and managements at gynaecological and obstetrical department of Dakar University hospital. In *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2008 ; 37: 358-64.
- 8. Garber GF.** The laboratory diagnosis of Trichomonas vaginalis. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2005; 16: 35-8.

- 9. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S.**
Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries.
The Lancet. 3 janv 2009;373(9657):68- 81.
- 10. Girardet RG, Lahoti S, Howard LA, Fajman NN, Sawyer MK, Driebe EM, et al.** Epidemiology of Sexually Transmitted Infections in Suspected Child Victims of Sexual Assault. American Academy Pediatrics 2009; 124:79-86.
- 11. Halperin DS, Bouvier P, Jaffe PD, Mounoud R-L, Pawlak CH, Laederach J, et al.** Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey. BMJ. 25 mai 1996;312(7042):1326- 9.
- 12. Jaspard M.** Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Popul Soc 2001;364:1—4.
- 13. Lejeune Julie.** Caractéristiques médico-légales de l'examen gynécologique normal comparé à celui de victimes d'agression sexuelle. DES Gynécologie-Obstétrique, octobre 2011, Université Henry Poincaré Nancy, France.224.
- 14. Mamadou M M Lèye, Adama F, Issa w, Demba D, Mayacine D, Khadim N, Ibrahima S, Papa N et Anta T D.** Etude des déterminants de viol dans la région de Kolda, Sénégal : Afrique santépublique et développement, Santé publique volume 26 / N°1 - janvier-février 2014.
- 15. Marsaud O.** Les viols, plaies des écoles Sud-Africaines. Ed. OMS, 2001 : 222-230

- 16. Mbassa M D, Ngoh F.** Réconciliation et/ou médiation comme voie de recours en cas d'abus sexuels sur les mineurs au Cameroun. Med. Trop., 1999; 59 : 161- 164.
- 17. O Dieng.** Une forme de violence faite aux femmes : les abus sexuels, quelle prise en charge à l'Hôpital Régional de Ziguinchor pour les victimes. Mémoire DES Gynécologie Médico-chirurgicale et Obstétrique, N°693, Juin 2013.
- 18. Organisation Mondial de la santé.** Gestion clinique des victimes de viol : développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays. -- Ed. rév UNHCR 2005
- 19. P Kamina, Jean P, Michel S, Jean P P, Xavier D.** EMC: Gynéco-Obstétrique, anatomieclinique de l'appareil génital féminin 2014 P 18.
- 20. Pitche P.** Abus sexuels d'enfants et infections sexuellement transmissibles en Afrique Sub-Saharienne. Med Trop 2005; 65: 570-74.
- 21. Sy O, Fall L, Guèye M.** Les abus sexuels à Kér Xaleyi : aspects sociodémographiques et contexte d'interventions. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 1 août 2011;59(5):305- 13.
- 22. Théra JP, Soumah M, Traoré T, Touré M, Traoré M, Sow ML.** Aspects épidémio-cliniques et judiciaires des agressions sexuelles au Mali. Sante Publique (Bucur). 21 mars 2014;Vol. 26(1):123- 9.
- 23.Tjaden P., Thoennes N.,** Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the national

violence against women survey Washington (DC): National Institute of Justice; 2000, Nov, report no : NCJ 183721.

- 24.** **Traoré A.L.** Profil épidémiologique et prise en charge des victimes d'abus sexuels à la C.G.O du C.H.U de Dakar. Mém. DES Gyn Obst, Dakar, 2006; 51 : 42p. Dakar. Mém. DES Gyn Obst, Dakar, 2006; 51 : 42p.
- 25.** **Toe R.** les agressions sexuelles à propos de 196 dossiers colligés dans le service de Gynéco-obstétrique du CHU de Treichville. Thèse de Médecine 594, Université Felix Houphouët Boigny août 2011.
- 26.** **UNFPA** (United Nations Fund for Population Activities). État de la population mondiale 2005. La promesse d'égalité : égalité des sexes, santé en matière de procréation et objectifs du millénaire pour le développement. <http://www.unfpa.org/swp/2005/francais/ch1/index.htm> (consulté le 2 août 2011).

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I : IDENTIFICATION VICTIME

Numéro dossier

Age (année)

Adresse (cocher): /__/ville de Rufisque
 /__/zone péri-urbaine du département de Rufisque
 /__/autre département

Niveau scolaire /__/ primaire /__/ secondaire /__/
supérieur
 /__/ école coranique /__/ non instruite

II : ANTECEDENTS

Patiene pubère /__/oui /__/non

Gestité

Parité

Antécédents médicaux : /__/oui /__/non /__/non précisé

Si oui préciser :

Antécédents chirurgicaux : /__/oui /__/non /__/non précisé

Type de chirurgie :

III : DÉROULEMENT DE L'AGGRESSION SEXUELLE

Heure de l'agression

Lieu des faits : /__/ Maison de la victime /__/ Maison de l'abuseur
/__/Rue /__/ Maison inachevée /__/Ecole /__/Chez
un tiers /__/ Autres

Nombres d'agresseurs

Violence physique /__/oui /__/non Si oui préciser

.....

Violence verbale /__/oui /__/non Si oui précise

.....

Victime consciente /__/oui /__/non

Victime consentante /__/oui /__/non

Prises de substances toxiques /__/oui /__/non

IV : TYPE D'AGRESSION

Attouchements sexuels /__/

Exhibition sexuelle /__/

Caresse /__/

Contact génito génital /__/

Contact génito anal /__/

Contact génito oral /__/

Pénétration /__/oui /__/non

Voie de pénétration /__/ génitale /__/ orale /__/ anale /__/ NR

Ejaculation /__/oui /__/non

Utilisation de préservatif /__/oui /__/non

Utilisation de corps étrangers /__/oui /__/non

Toilette intime avant examen : /__/oui /__/non

Prise de douche : /__/oui /__/non

Antécédent d'agression sexuelle chez la victime /__/oui /__/non

Si oui, Date et heure de survenu de la dernière agression

.....

V : INFORMATION SUR L'AGRESSEUR

Age

Sexe: /__/M /__/F /__/ non précisé

Profession

Lien avec la victime : /__/ Inconnu /__/ Employeur /__/ Cousin

/__/ Frère /__/ Copain /__/ Maître d'école /__/ Parent /__/ Autres

/__/ Non renseignés

VI : EXAMEN CLINIQUE

Date de l'examen

Heure de l'examen

Délai de consultation : /__/ avant 24h /__/ 24h-48h /__/
après 48h

Personne ayant motivé la consultation : /__/ père /__/ mère /__/ tuteur
/__/ NR

Consentement avant examen /__/oui /__/non

Personne qui a assisté à l'examen

Signes généraux /__/oui /__/non
Etat psychologique /__/ normal /__/dépression /__/mutisme
/__/autres
Etat des habits /__/ normal /__/déchirés /__/ souillés
/__/autres.....
Présence de signes de luttes /__/oui /__/non A préciser
.....
Présence de corps étrangers /__/oui /__/non A préciser
.....
Traumatisme ferme ou ouvert /__/oui /__/non A préciser
.....

Examen gynécologique

Caractères sexuels secondaires /__/présents /__/absents
Traumatismes génitaux /__/oui /__/non A préciser
.....
Test de la sonde /__/oui /__/ non
Etat de l'hymen : /__/ intact /__/ déchirures anciennes /__/ déchirures récentes
Existence d'une grossesse /__/oui /__/ non
Terme de la grossesse à l'admission (semaine d'aménorrhée)
.....
Issue de la grossesse.....

VI EXAMENS COMPLEMENTAIRES DEMANDES

Sérologie syphilitique /__/oui /__/non
Ag HBS /__/oui /__/non
HIV /__/oui /__/non
PV /__/oui /__/non
Sérologie Chlamydienne /__/oui /__/non
Recherche des spermatozoïdes /__/oui /__/non
ECBU: /__/oui /__/non
Contrôle des sérologies /__/oui /__/non

RESULTATS EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Sérologies syphilitique /__/ positive /__/négative /__/ non renseignée
HIV : /__/ positive /__/négative /__/ non renseignée
Ag HBS : /__/ positive /__/négative /__/ non renseignée

PV : /__/ positif /__/négatif /__/ non renseigné

Si PV positif, préciser le type de germe

retrouvé.....

ECBU : /__/ positif /__/négatif /__/ non renseigné

Si ECBU positif, préciser le type de germe

retrouvé.....

Recherche de spermatozoïdes: /__/ positive /__/négative /__/ non renseignée

VII PRISE EN CHARGE EFFECTUEE

Suture chirurgicale des lésions /__/oui /__/non

Contraception d'urgence /__/oui /__/non

Antibiothérapie /__/oui /__/non

Si oui, préciser le type d'antibiotique.....

Prophylaxie HIV /__/oui /__/non

Suivi psychologique /__/oui /__/non

Autres

Dépistage statut de l'agresseur /__/oui /__/non

VII : ASPECTS JURIDIQUES

Consultation faite sur **réquisition** de la police ou de la gendarmerie /__/oui
/__/non

Rédaction du certificat médical /__/oui /__/non

RESUME

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET PRISE EN CHARGE DES ABUS SEXUELS AU CENTRE HOSPITALIER YOUSOU MBARGANE DIOP DE RUFISQUE.

OBJECTIF : l'objectif de notre travail était d'établir le profil épidémiologique des patientes victimes d'abus sexuels, de décrire les aspects cliniques et d'évaluer la prise en charge de ces cas d'abus sexuels.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective portant sur les cas d'abus sexuels présumés reçus au service de gynécologie-obstétrique du Centre hospitalier youssou mbargane Diop de Rufisque durant la période du 1^{er} janvier 2019 au 31 Aout 2021. L'analyse a été effectuée avec les logiciels suivant : Excel 2010 et Epi info 7.2.

RESULTATS :

Durant cette période nous avons enregistré 153 patientes victimes d'abus sexuels représentant 1,62% des admissions en urgence. La moyenne d'âge était de 14,1 ans avec des extrêmes de 2 à 41 ans. Parmi ces patients, 81,05% étaient des mineurs. Le profil épidémiologique des victimes était celui d'une adolescente âgée en moyenne 14 ans, résidant dans la ville de Rufisque (51,32%), avec un niveau de scolarisation primaire (57,81%). L'agression avait eu lieu dans le domicile de l'agresseur dans 42 % des cas, l'auteur présumé était de sexe masculin (100%) et connu par la victime (58,94%). Le mode d'abus sexuel était le contact génito-génital dans 76,47% des cas avec une notion d'éjaculation (45,75%) sans protection (90,60%). A l'examen, le test à la sonde était effectué chez 141 patientes (92,16%). Presque cinq sur dix patientes 49,33% (n=74) avaient des déchirures anciennes de l'hymen, 39,33%(n=59) avaient un hymen intact et 11,33% (n=17) des déchirures récentes de l'hymen. Dix-sept victimes avaient contracté une grossesse à la suite de l'agression soit 11,11%. Sur le plan biologique, 25,49% des patientes présentaient des infections génitales dont les germes les plus retrouvés étaient *Candida albicans*, *Gardnerella vaginalis* et *Chlamydaie trachomatis*. La présence de spermatozoïdes a été notée chez 17 patientes et la sérologie rétrovirale était positive chez une seule patiente. Concernant la prise en charge, la prescription d'antibiothérapie était réalisée chez 26,80% (n=41) des patientes, la prophylaxie HIV chez 23,53% (n=36) des patientes et la contraception d'urgence chez 22,22% (n=34) des patientes. La réparation périnéale avait été réalisée chez 12 (7,84%) patientes qui présentaient une déchirure périnéale. Dans notre série 9,15% des patientes ont bénéficié d'un suivi psychologique.

CONCLUSION : Les abus sexuels sont relativement fréquents au Sénégal. Les sujets jeunes sont les plus atteintes. Il s'agit d'une urgence médico-légale du fait des risques d'infections sexuellement transmissibles, de grossesses non désirées et de retentissement psychologique. D'où la nécessité d'une prise en charge précoce et adaptée.