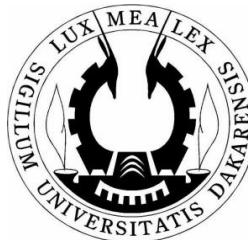


UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

\*\*\*\*\*

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



ANNÉE : 2021

N° 252

**LES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET  
JURIDIQUES DES VICTIMES D'ABUS SEXUELS DANS LE  
SERVICE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DU  
CENTRE HOSPITALIER NATIONAL DE PIKINE DU 1<sup>er</sup>  
JANVIER 2018 AU 31 DECEMBRE 2020  
A PROPOS DE 128 CAS**

**MÉMOIRE**

**POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ETUDES SPECIALISÉES (D.E.S)  
EN GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE**

Présenté et soutenu  
Le 30 Novembre 2021

Par

**Dr. Fatoumata FAYE**

Née le 13 Avril 1988

---

**MEMBRES DU JURY**

**Président (e) du Jury :** M. Djibril DIALLO

Professeur titulaire

**Membres du jury :** M. Mouhamadou Mansour NIANG

Professeur assimilé

M. Mohamed Tété DIADHIOU

Maître de conférence

assimilé

**Directeur :** M. Abdou Aziz DIOUF

Professeur assimilé

**Co-directeur :**

M. Khalifa Ababacar GUEYE

Ancien-interne

## REMERCIMENTS ET DEDICACES

Nous tenons à remercier tout d'abord ALLAH le Tout puissant et le miséricordieux qui m'a guidé dans ce chemin et qui m'a permis d'accomplir ce travail.

### A MON PERE ET MA MERE

Sans vous je ne serais pas là en ce jour. Vous avez tout sacrifié pour l'éducation et la réussite de vos enfants et vous continuez de nous accompagner et de nous pousser vers l'avant avec vos prières. Puisse ALLAH vous protéger du mal, vous procure une longue vie, santé, et bonheur afin que nous puissions vous rendre le minimum de ce que vous avez fait pour vos enfants .Je vous aime....

### *A MON MARI*

Merci pour ta patience

Aucun mot ne saurait t'exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance pour tous les sacrifices, l'amour, le soutien, la tendresse et la patience dont tu m'as toujours entouré. Trouve dans ce travail l'expression de mes sentiments de reconnaissance les plus sincères. Que ALLAH le tout puissant nous accorde un avenir meilleur.

*A MON Fils Papa Insa Tall* : Maman t'aime fort et te demande pardon pour les absences

*A MES SCEURS ET FRERES* merci pour vos prières et votre soutien

*A MES TANTES* : merci pour tout

*A MA BELLE-FAMILLE* merci pour votre soutien et votre tolérance.je vous suis reconnaissante

*A MES AMIS ET COLLEGUES (Ayan, Natty, Djita, SOUKEYE, Amina, Fatou Mbaye)*

En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens solides qui nous unissent. Un grand merci pour votre soutien, vos encouragements votre

aide. Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur, tant dans votre vie professionnelle que privée. Que ce lien soit éternel.

*A tout le personnel du service de Gynécologie Obstétrique de toutes les structures hospitalières de Dakar.*

*Aux autorités judiciaires de la police et de gendarmerie : merci pour votre collaboration*

*Veuillez trouver à travers ce modeste travail l'expression de mon affection la plus sincère.*

### **A NOS MAITRES ET JUGES**

**A notre Maitre, président du jury**

**Le Professeur Titulaire Djibril Diallo**

Vous nous avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant la présidence de notre jury de mémoire. Nous avons eu l'occasion de vous côtoyer et avons eu à retenir plusieurs leçons de vous tant sur le plan médical qu'humain. Votre rigueur scientifique, vos qualités de formateur et votre goût du travail bien fait ne sont plus à démontrer. Nous vous prions, cher Maitre d'accepter dans ce travail le témoignage de notre considération, de notre profonde reconnaissance et de notre sincère respect.

### **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Professeur Mouhamadou Mansour Niang**

Nous voudrions vous remercier d'avoir consenti à siéger dans notre jury de mémoire. Vous nous avez marqué durant notre formation par la qualité de vos enseignements votre simplicité et votre disponibilité.

Ainsi, nous saissons cette occasion pour vous témoigner cher Maitre, notre profonde et sincère reconnaissance.

### **Dr Mohamed Tété Diadhiou**

Nous vous remercions d'avoir bien voulu siéger dans ce jury de mémoire. Nous avons eu de la chance de bénéficier de votre enseignement clair et méthodique durant notre formation. Votre modestie, vos qualités humaines et intellectuelles ont nourri en nous une grande estime. En témoignage de notre reconnaissance infinie, veuillez recevoir très cher maître l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

### **A notre directeur de mémoire**

#### **Pr Abdou Aziz Diouf**

Nous vous exprimons toute notre gratitude pour la confiance que vous avez accordée en notre modeste personne en nous proposant ce travail.

Vos qualités intellectuelles et votre simplicité font de vous un Maître exemplaire. Soyez assuré cher Maître de notre profonde admiration et de notre sincère reconnaissance.

### **A notre co-directeur de mémoire**

#### **Dr Khalifa Ababacar Gueye**

Depuis le premier jour que nous avons mis pied dans le service de Gynécologie de l'Hôpital de Pikine, vous nous avez accompagné et guidé. Vous nous avez marqué par votre disponibilité malgré votre charge de travail, votre patience et surtout vos judicieux conseils qui ont contribué à alimenter notre réflexion.

Merci pour tout.

## Liste des abréviations et Acronymes

<b>ALAT</b> :	Alanine Amino-Transférase
<b>ASAT</b> :	Aspartate Amino-Transférase
<b>ALPHA</b>	GT : Alpha Glutamyl-Transférase
<b>ESPT</b> :	Etat de stress post traumatique
<b>HALD</b> :	Hopital Aristide Le Dantec
<b>ARV</b> :	Anti-rétroviraux
<b>HCG</b> :	Hormone Chorionique Gonadotrope
<b>IM</b> :	Intra musculaire
<b>INED</b> :	Institut national d'études démographiques
<b>NFS</b> :	Numération formule sanguine
<b>OMS</b> :	Organisation Mondial de la Santé
<b>ONG</b> :	Organisation non gouvernementale
<b>SRV</b> :	Sérologie rétrovirologique
<b>SAT</b> :	Sérum antitétanique
<b>TPHA</b> :	Tréponema Pallidum Hemagglutination Test
<b>VAT</b> :	Vaccin antitétanique
<b>VDRL</b> :	Veneral Disease Research Laboratory
<b>VIH</b> :	Virus de l'immunodéficience humaine

## Table des matières

INTRODUCTION .....	1
PREMIERE PARTIE : .....	4
REVUE DE LA LITTERATURE .....	4
1- DEFINITIONS .....	5
1-1/ Définition et différents types d'abus sexuels .....	5
1-2- La défloration : .....	6
2- Bases légales des agressions sexuelles : Selon le code Pénal du Sénégal [14] .....	6
3- Rappel Anatomique de l'Appareil Génital Féminin [15] .....	8
4- ASPECTS CLINIQUES DES ABUS SEXUELS .....	11
4.1 Circonstances de découverte .....	11
4.3 Traumatismes extra-génitaux .....	12
4.4 Troubles psychologiques .....	13
5. COMPLICATIONS DES ABUS SEXUELS .....	14
6. PRISE EN CHARGE DES VICTIMES D'ABUS SEXUEL .....	15
6.1 Accueil .....	15
6.2 Examen clinique .....	15
6.2.1 Interrogatoire .....	15
6.2.2 Examen physique .....	15
6.3. Bilan paraclinique .....	17
6.4. Conduite à tenir .....	19
6.4.1. Buts .....	19
6.4.2. Mesures hygiéniques .....	19
6.4.3. Prévention des infections .....	19
6.4.4. Prévention d'une grossesse .....	20
6.4.5. Traitement chirurgical .....	20
6.4.6. Prise en charge psychologique .....	21
6.4.7. Rédaction du certificat médical .....	21
DEUXIEME PARTIE : .....	23
NOTRE TRAVAIL .....	23
1. CADRE D'ETUDE .....	24
1.1 . Infrastructures .....	24
1.2 Personnel .....	24

<b>1.3 Activités .....</b>	25
<b>1.4 Formation théorique et pratique.....</b>	26
<b>1.5 Recherche .....</b>	26
<b>2. METHODOLOGIE .....</b>	27
<b>2.1 Type et période d'étude.....</b>	27
<b>2. 2 Critères d'inclusion .....</b>	27
<b>2.3 Critères de non inclusion .....</b>	27
<b>2.4 Paramètres étudiés et analyse des données.....</b>	27
<b>2.5 Méthode d'analyse .....</b>	27
<b>2.6 Limite de l'étude.....</b>	28
<b>3. RESULTATS .....</b>	29
<b>3.1/ Aspects épidémiologiques .....</b>	29
<b>3.1.1/ Fréquence .....</b>	29
<b>3 .1 .2/ Age.....</b>	29
<b>3.1.3/ Situation matrimoniale .....</b>	29
<b>3.1.4/Lieu de résidence .....</b>	30
<b>3.2/ Circonstance de l'agression sexuelle.....</b>	31
<b>3.3/ Le présumé agresseur .....</b>	32
<b>3.4/ Données cliniques et paracliniques .....</b>	33
<b>3.4.1/Aspects cliniques .....</b>	33
<b>3 .4.2/Aspects paracliniques .....</b>	35
<b>3.5/Aspects thérapeutiques .....</b>	35
<b>3.6/ Aspects juridiques .....</b>	36
<b>4. DISCUSSION :.....</b>	39
<b>4.1 /EPIDEMIOLOGIE.....</b>	39
<b>4.1.1/ Fréquence .....</b>	39
<b>4.1.2 / Caractéristiques sociodémographiques des victimes.....</b>	39
<b>4.2/Circonstances de l'agression sexuelle .....</b>	40
<b>4.2.1/ Moment de l'agression .....</b>	40
<b>4.2.2/Lieu de l'agression sexuelle.....</b>	41
<b>4.2.3/Type d'agression sexuelle.....</b>	41
<b>4.2.4/Présumé agresseur .....</b>	41
<b>4.3/Données cliniques .....</b>	42

4.3.1/Mode d'admission .....	42
4.3.2/Délai de consultation .....	42
4.3.3/ Types de lésions .....	43
4.3.4/Bilan paraclinique .....	43
4.4/ Aspects juridiques : .....	43
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>45</b>
<b>ET RECOMMANDATION.....</b>	<b>45</b>
<b>REFERENCES .....</b>	<b>48</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>53</b>
<b>RESUME</b>	

## LISTE DES FIGURES

**Figure 1 :** Anatomie de la vulve

**Figure 2 :** Différents types d'hymen

**Figure 3 :** Exposition de l'hymen à la sonde de Foley chez une jeune fille de 17 ans victime d'abus sexuel : signe de défloration ancienne

**Figure 4 :** Abus sexuel chez une jeune fille de 07 ans : signe de défloration récente avec saignement

**Figure 5 :** Abus sexuel répété chez une fillette de 06 ans : signe de défloration ancienne avec Hymen pratiquement inexistant

**Figure 6 :** Exposition de l'hymen à la sonde de Foley chez une fille de 05 ans victime d'abus sexuel, Hymen intact

**Figure 7 :** Répartition des victimes en fonction de la tranche d'Age

**Figure 8 :** Répartition des victimes d'abus sexuel selon l'occupation

**Figure 9 :** Répartition des victimes d'abus sexuel selon l'heure de l'agression

**Figure 10 :** Répartition des victimes d'abus sexuel selon le lieu de l'agression

**Figure 11:** Répartition des victimes d'abus sexuel selon le type d'agression sexuel

**Figure 12 :** Répartition des victimes d'abus sexuel selon le nombre d'agresseur

**Figure 13 :** Répartition des victimes d'abus sexuel selon le lien de parenté avec l'agresseur

**Figure 14:** Répartition des victimes d'abus sexuel selon la présence des caractères sexuels secondaires

**Figure 15 :** Répartition des victimes d'abus sexuel selon l'aspect juridique

**Figure 16 :** Relation entre l'âge de la victime et le type d'abus sexuel

**Figure 17 :** Relation entre l'âge de la victime et le type de lésion de l'hymen

**Figure 18 :** Relation entre l'âge de la victime et le lieu de l'agression sexuelle

## LISTE DES TABLEAUX

**Tableau I:** Répartition des victimes d'abus sexuel en fonction de la situation matrimoniale

**Tableau II:** Répartition des victimes d'abus sexuel en fonction de leur mode d'admission

**Tableau III:** Répartition des victimes d'abus sexuel selon le délai de consultation

**Tableau IV:** Répartition des victimes d'abus sexuel selon l'état de l'hymen

**Tableau V :** Répartition des victimes d'abus sexuel selon le type de traumatisme génital

## INTRODUCTION

Les abus sexuels ou agressions sexuelles peuvent être définis dans son ensemble comme étant un acte à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis envers une personne sans son consentement ; c'est aussi un acte qu'une personne impose à un autre contre son gré, notamment par la manipulation, la menace, la contrainte ou la force [1]. Le code pénal du Sénégal traite plutôt le viol (dans son article 320) qui est une entité des agressions sexuelles. L'OMS dans son rapport mondial sur la violence et la santé donne une définition de l'agression sexuel qui inclut le viol ou la tentative de viol qu'il soit hors mariage ou non ; aussi sont inclus le harcèlement sexuel, le mariage forcé, la négation du droit d'utiliser une contraception ou de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles, l'avortement forcé, ou encore la prostitution forcée sans restriction d'âge ou de sexe. Principalement deux critères sortent de cette définition de la violence sexuelle : d'une part le type de relation sexuelle qui peut être le contact, les tentatives, le toucher, la pénétration ; d'autre part le degré de coercition tels que des expressions sexuelles non désirées ou forcées. [2]

En plus des dommages psychologiques ressentis par les victimes, les agressions sexuelles exposent à un fort risque d'exposition aux maladies sexuellement transmissibles telles que : le VIH, l'hépatite B ou C, la gonococcie, la syphilis, les candidoses.

Les abus sexuels restent un problème majeur de santé publique. Dans le monde une femme sur cinq serait victime de viol ou de tentative de viol au cours de son existence d'après une étude menée par Marie José Alcala en 2005 [3]. Selon le « RAINN (Rape, Abuse, Incest, National, Network) » et le « bureau of justice statistics bulletin » aux Etats-Unis en 2004-2005, 64 080 personnes ont été victimes de viol, 51 500 d'une tentative de viol soit une personne toutes les deux minutes et demi [4, 5]. En Europe, principalement en France au cours de l'année 2000, l'enquête statistique nationale réalisée par l'INED (Institut national d'Etudes Démographiques) rapportait que sur 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans 1,2% déclaraient avoir subies au cours de l'année 1999 au

moins une fois des attouchements sexuels, une tentative de viol ou un viol. Ce dernier concernerait 0,3% des femmes rapporté à la population générale ce qui représenterait 48 000 viols par an en France dans cette tranche d'âge [6].

En Afrique du Sud le « South African Institute for Race Relations » affirme qu'en 2003, 147 femmes sont violées chaque jour. Le taux de condamnation pour viol reste bas avec une moyenne de 7%. Un tiers de l'estimation du nombre de viol ont été signalés en 2003 selon le rapport annuel de la police Sud-Africaine [7].

Dans notre pays principalement à l'Hôpital Aristide-le-Dantec de Dakar en 2005, FAYE NDIEME et al avait trouvé 0,4% de cas de viol [8], et le constant majeur était que les procédures judiciaires étaient minimes voire inexistant par rapport à la fréquence des abus sexuels .Comme le reflète une étude du Pr P.L.Faye qui montrait que :01 fille sur 8 était victime d'abus sexuel ce qui représente 16% des femmes avec seulement 08% des personnes concernées qui portes plaintes aboutissant à 1 à 2 % de condamnation(9). Quelques études ont porté sur le thème au sein de l'hôpital de Pikine mais aucune d'elle ne prend en considération l'aspect juridique. C'est pourquoi nous avons décidé de mener une étude en prenant en compte les domaines aussi bien épidémiologique, clinique que judiciaire. Nous nous sommes ainsi fixés comme objectifs :

## OBJECTIFS :

- Objectif Général :

Etudier l'aspect épidémiologique, clinique et judiciaire des agressions sexuelles au Centre Hospitalier National de Pikine

- Objectifs Spécifiques :

- Déterminer la fréquence des agressions sexuelles
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des victimes
- Evaluer la prise en charge clinique des victimes
- Evaluer la prise en charge juridique des agressions sexuelles

Notre travail se déroulera autour de deux parties :

- dans une première partie, nous ferons un rappel sur les abus sexuels ;
- dans une deuxième partie, nous décrirons notre étude, rapporterons nos résultats que nous commenterons, avant de terminer par une conclusion et des recommandations.



## PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

## 1- DEFINITIONS

### 1-1/ Définition et différents types d'abus sexuels

#### ✓ La définition de l'OMS des abus sexuels (10)

L'OMS définit les abus sexuels comme << Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaires ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail. >>

#### ✓ Différents types d'abus sexuels (11)

- Les attouchements sexuels : touchers à connotation sexuelle que l'agresseur pose sur la victime ou lui demande de poser sur lui. Il peut également obliger la victime à toucher une troisième personne.
- Appels obscènes : anonymes la plupart du temps, ces appels sont constitués de propos à caractère sexuel, dans le but d'intimider la personne.
- Exhibitionnisme ; provoqué de la gêne ou de la peur en montrant des comportements sexuels et ce sans nécessairement rechercher de contacts physiques par exemple : exhiber ses organes génitaux, montrer des illustrations ou des vidéos pornographiques.
- Harcèlement sexuel : il peut s'agir de paroles grossières, d'attitudes, d'actions, voire même de comportement provoquant l'inconfort et la crainte, menaçant ainsi le bien être de la personne. Le harcèlement sexuel est une forme de discrimination, d'abus de pouvoir et violence qui implique habituellement la notion de répétition.
- Inceste : agression sexuelle commise par un individu sur une personne avec laquelle il a un lien biologique.
- Voyeurisme : le voyeur observe les gens à leur insu, il cherche à les surprendre dans leur intimité.
- Viol : relation sexuelle avec pénétration qu'elle soit vaginale, anale ou orale. La pénétration peut être faite avec le pénis, une autre partie du corps ou un objet et est effectuée contre le gré de la victime.

- Pédophilie : tout acte de pénétration sexuelle ou d'attouchement sexuel de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'un mineur de moins de treize ans, ou toute exposition ou exploitation aux fins commerciales ou touristiques de photographies, de films ou de dessins à caractère pornographique mettant en scène une ou plusieurs personnes mineures âgées de moins de treize ans.
- Outrage public à la pudeur : tout acte accompli publiquement, offensant la pudeur et le sentiment moral des particuliers qui en sont involontairement témoins et susceptible de troubler l'ordre public et de causer un préjudice social manifeste.
- Attentat à la pudeur : tout acte de caractère sexuel contraire aux mœurs exercé intentionnellement et directement sur une personne.
- La coercition sexuelle (12) : l'utilisation de toute tactique ou stratégie dans le but d'engager une autre personne dans un comportement sexuel malgré l'absence de consentement libre et éclairé, ou l'expression manifeste d'un refus.

### **1-2- La défloration :**

La défloration se définit comme la rupture de l'hymen par la pénétration du pénis dans la cavité vaginale [11].

La rupture varie selon la forme de l'hymen.

En cas d'hymen en anneau, l'hymen se déchire en haut ou en bas selon la position sexuelle adoptée. En cas d'hymen cribiforme l'hymen se déchire au centre ; s'il est semi-lunaire il peut se déchirer latéralement.

Cette déchirure s'accompagne d'une douleur variable qui dure quelques secondes et d'un saignement chez les jeunes femmes car l'hymen est richement vascularisé.

**1-3 Le Coït :** ou copulation est l'union charnelle entre l'homme et la femme. Il évoque deux concepts : la pénétration vaginale, la pénétration anale.

### **2- Bases légales des agressions sexuelles : Selon le code Pénal du Sénégal [14]**

- ❖ Paragraphe I : de l'outrage à l'ordre public

Article 318: L'outrage à l'ordre public, commis publiquement et intentionnellement sera puni de trois mois à deux ans d'emprisonnement et d'une amende de 20 000 à 200 000 francs.

❖ Paragraphe II : de l'attentat à la pudeur

Article 319: Tout attentat à la pudeur, consommé ou tenté sans violence sur la personne d'un enfant de l'un ou l'autre sexe, âgé de moins de treize ans, sera puni d'un emprisonnement de cinq à dix ans.

❖ Paragraphe III : du viol

Article 320: tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surpris est un viol.

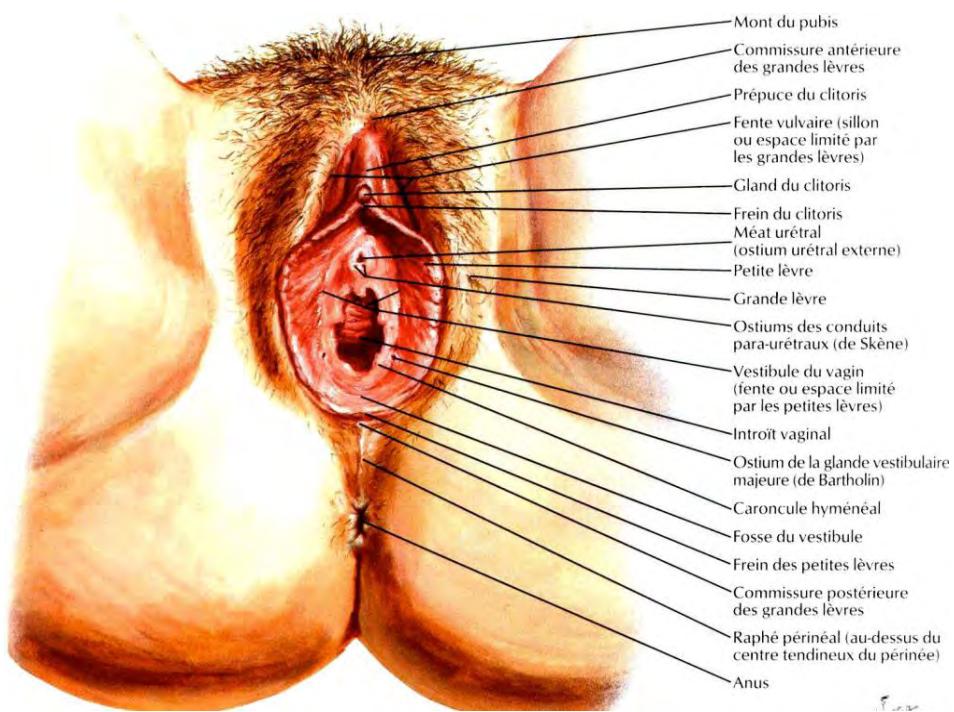
Le viol est puni de la réclusion criminelle de dix à vingt ans. Et facultativement de un à cinq ans depuis janvier 2020.

❖ Paragraphe IV : de la pédophilie

Article 320 bis: Tout geste, attouchement, caresse, manipulation pornographique, utilisation d'images ou de sons par un procédé technique quelconque, à des fins sexuelles sur un enfant de moins de seize ans de l'un ou de l'autre sexe constitue un acte pédophile et est puni d'un emprisonnement de cinq à dix ans.

Si le délit a été commis par un ascendant ou une personne ayant autorité sur le mineur, le maximum de la peine sera toujours prononcé.

### 3- Rappel Anatomique de l'Appareil Génital Féminin [15]



**Figure1** : anatomie de la vulve (Source : Atlas d'anatomie de Pierre Kamina)

**Vulve** : La vulve représente l'ensemble des organes génitaux externes de femme, c'est-à-dire : le Mont du pubis, les formations labiales, le vestibule, les organes érectiles et les glandes vulvaires (Fig.1).

\*Le Mont du pubis : c'est une saillie médiane, arrondie, couverte de poils, situé à la partie antérieure de la vulve. Elle se continue en haut avec la paroi abdominale, en bas et en arrière avec les grandes lèvres (16).

\*Les formations labiales :

✓ **Les grandes lèvres**

Ce sont deux replis cutanés allongés transversalement du mont du pubis à la région préanale.

✓ **Les petites lèvres**

Ce sont deux replis cutanés, d'apparence muqueuse, situés en dedans des grandes lèvres. Aplaties transversalement, les petites lèvres sont rosées, unies, humides et dépourvues de poils.

✓ L'espace inter labial ou canal vulvaire

C'est l'espace limité par la face interne des petites et grandes lèvres. Virtuel à l'état normal, cet espace devient, lorsqu'on écarte les formations labiales un véritable canal de 6 à 7 cm de long et de 2 à 3 cm de large. Le fond du canal vulvaire constitue le vestibule.

✓ Les organes érectiles

L'appareil érectile comprend classiquement le clitoris et les bulbes vestibulaires, mais il faudrait y adjoindre l'appareil semi-érectile des lèvres.

\*Le clitoris

C'est l'homologue, en moins volumineux, des corps caverneux de l'homme. Le clitoris s'attache en arrière sur la partie moyenne de la face interne des branches ischio-publiennes.

\*Les bulbes vestibulaires

Ils sont similaires d'un corps spongieux masculin qui aurait été dédoublé par l'interposition du vagin.

✓ Les glandes vulvaires

NOMBREUSES elles sont de dimensions et de fonctions différentes: les glandes vestibulaires mineures, les glandes urétrales et les glandes vestibulaires majeures (de Bartholin)

✓ L'hymen

Chez la vierge, le vagin est séparé de la vulve par une membrane : l'hymen. Celle-ci est un repli muqueux incomplet, se place horizontalement quand le sujet est debout.

L'hymen, septum transversal, est une formation anatomique spécifiquement humaine. On n'en signale en effet que des traces, sous forme de bourrelet rudimentaire chez certains animaux. Sa résistance est très variable et il est inexacte de croire qu'elle augmente avec l'âge. Sa forme est très variable ; toutes ces variétés peuvent être groupées, selon Testut, en trois types anatomiques :

- l'hymen semi-lunaire ou falciforme a la forme d'un croissant à concavité antérieure, dont le bord convexe adhère à la paroi postérieure du vagin et aux bords latéraux. Les cornes se perdent sensiblement en avant,

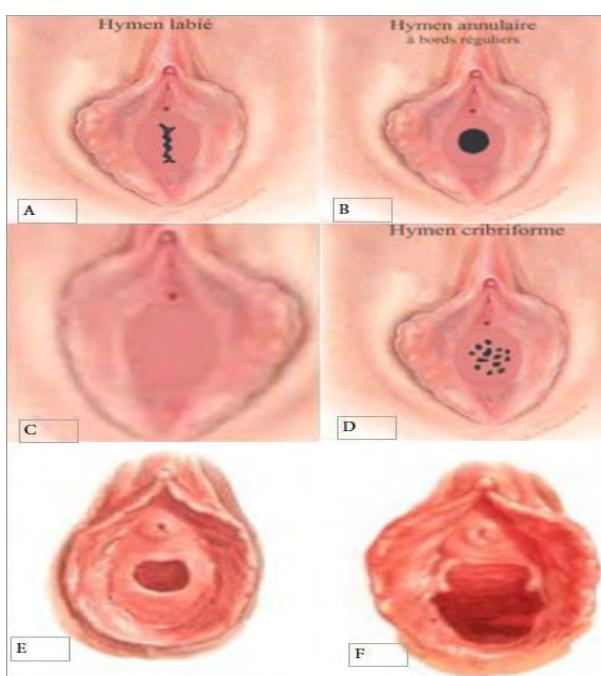
- l'hymen annulaire revêt la forme d'une membrane percée d'un trou. Lorsque la membrane présente de multiples orifices ponctiformes, il s'agit d'un hymen cribiforme,

- l'hymen labié présente une fente antéropostérieure séparant deux lèvres latérales. L'hymen est dit frange lorsque les lèvres sont dentelées.

Son bord adhérent est séparé des petites lèvres par un sillon circulaire, le sillon vulvo-hyménal ou nympho-hyménal.

Sa face supérieure ou vaginale est irrégulière ; sa face inférieure ou vulvaire est lisse. Au premier coït complet l'hymen se déchire le plus souvent, et les lambeaux cicatrisés sont nommés caroncules hyménaux ; parfois il se dilate seulement, sans écoulement de sang (c'est « l'hymen complaisant » des légistes).

Comme l'illustre la figure ci-dessous.



A=hymen labié ; B=hymen annulaire; C= hymen imperforé ; D=hymen cribiforme ; E= hymen semi-lunaire ; F=hymen pénétré

**Figure 2:** Différents types d'hymen (17)

## 4- ASPECTS CLINIQUES DES ABUS SEXUELS

### 4.1 Circonstances de découverte

La victime peut se présenter en consultation sur demande des parents, sur réquisition judiciaire ou alors par référence d'une autre structure de santé.

### 4.2 Traumatismes génitaux

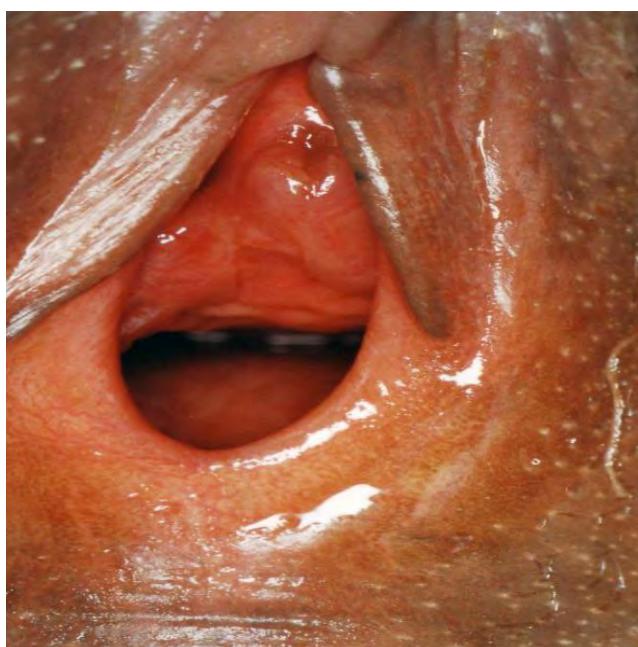
Les victimes d'abus sexuel présentent souvent des lésions génitales. Ces lésions sont beaucoup plus fréquentes chez les mineures surtout quand elles sont victimes de pénétration vaginale. Le plus souvent on note des déchirures de l'hymen qui peuvent être anciennes (Figure 3) ou récentes (Figure 4). Les déchirures de défloration siègent principalement sur le cadran postérieur de l'hymen entre 3h et 9h [18]. Chez certaines victimes d'abus sexuel répétés l'hymen peut être absent (figure 5). Des lésions vulvaires sont aussi notées. Elles sont variées et peuvent être à type d'hématome, d'érosion ou de déchirures siégeant le plus souvent à la fourchette vulvaire postérieure [18]. Certaines victimes peuvent présenter parfois une déchirure du cul-de-sac de Douglas qui nécessitent alors une intervention chirurgicale.



**Figure 3:** Exposition de l'hymen à la sonde de Foley chez une jeune fille de 17 ans victime d'abus sexuel : signe de défloration ancienne [17]



**Figure 4:** Abus sexuel chez une jeune fille de 07 ans : signe de défloration récente avec saignement [17]



**Figure 5:** Abus sexuel répété chez une fillette de 6 ans : signe de défloration ancienne avec hymen pratiquement inexistant [17]

#### 4.3 Traumatismes extra-génitaux

Les traumatismes corporels extra-génitaux peuvent être au premier plan de la plainte rapportée. Certaines victimes d'abus sexuel commis avec contrainte et violence peuvent se présenter dès les suites immédiates de l'agression sexuelle. Elles portent le plus

souvent sur elle des indices, des traces permettant de suspecter fortement la survenue de violence sexuelle.

D'abord concernant l'état vestimentaire, elles peuvent se présenter avec des habits déchirés, souillés de sang, de sperme ou bien même de sable si elles ont été trainées à terre. Sur le plan corporel, certaines lésions à type de strangulation, d'hématome, de morsure, d'arrachement des cheveux peuvent aussi être objectivés. Un traumatisme crânien, des fractures périphériques ou des lésions profondes viscérales peuvent être constatés nécessitant l'admission dans un service médico-chirurgical pour des soins urgents dans les suites immédiates d'une agression sexuelle [18]. Dans l'étude de Sugar et al en 2003 [19], menée sur des victimes d'abus sexuel, 2,2% des patientes présentaient des fractures, 1,3% des lésions intracrâniennes ou viscérales, et au total 5% nécessitaient une hospitalisation en service médico-chirurgical. Dans une autre étude américaine portant sur 819 victimes d'abus sexuel, 52% présentaient des lésions physiques dont 20%, des lésions anales [18].

#### 4.4 Troubles psychologiques

Les troubles psychologiques constituent une symptomatologie fréquente après une agression sexuelle [18]. Parfois, la jeune victime ne révèle pas l'abus, mais émet des signaux de souffrance qui sont différents selon l'âge [20]. Chez les jeunes enfants par exemple nous pouvons citer :

- les troubles du comportement marqués par un changement récent et massif du comportement (taciturne, très excité, triste, isolé, agressif, disparition des conduites ludiques, pleurs...), une attitude craintive ou peureuse surtout vis-à-vis des hommes, une tendance à se barricader la nuit dans sa chambre, un refus d'aller se coucher, de se déshabiller la nuit, de rentrer à la maison entre autres [20];

- les manifestations psychosomatiques comme l'enurésie secondaire, l'encoprésie (incontinence des matières fécales), la constipation, l'anorexie, le gêne à la déglutition, les vomissements, les douleurs abdominales [20] etc.

Chez les adolescentes, à ces signes se surajoutent :

- des manifestations psychiatriques notamment une dépression avec parfois tentative de suicide, un mutisme, un repli sur soi ; une labilité de l'humeur [20];
- des conduites antisociales comme la fugue, la toxicomanie, la prostitution, l'agressivité ;
- des manifestations psychosomatiques à type de trouble alimentaire, de boulimie, d'anorexie ; d'évanouissement, de malaise, de rituel de lavage obsessionnel ou au contraire peur de la toilette des organes génitaux [20].

Ces symptômes sont très importants à prendre en compte car certaines victimes se montrent beaucoup plus réticentes pour parler de violences sexuelles subies.

Devant ces symptômes, le praticien doit encore davantage penser à l'hypothèse d'effractions répétées de leur intimité. Chez les adolescentes, il existe souvent un sentiment de culpabilité, de honte à l'origine de leur silence [18].

## 5. COMPLICATIONS DES ABUS SEXUELS

Les violences sexuelles exercées contre les enfants ont de profondes répercussions à court et long terme sur leur santé physique, leur développement psychologique et leur bien-être psychosocial [21]. On peut distinguer :

- les complications infectieuses telles que les infections sexuellement transmissibles (HIV 1 et 2, la syphilis, l'hépatite B et C, infection à chlamydia) qui doivent être recherchées en cas de risque de transmission ;
- les traumatismes génitaux notamment les déchirures vulvo-vaginales ou périnéales entraînant parfois des hémorragies avec état de collapsus cardiovasculaire ; rétention aiguë d'urine,
- les grossesses non désirées peuvent souvent être à l'origine d'avortement clandestin. Une étude américaine [22] révélait que le taux de grossesses parmi les patientes victimes d'agressions sexuelles variait entre 1% et 5% et la moitié de ces grossesses se terminaient par un avortement.
- le retentissement psychologique n'est pas à négliger car l'abus sexuel peut entraîner des ravages psychologiques plus ou moins importants.

L'ensemble de ces conséquences est considérablement aggravé quand la réalité des faits n'a pas été prise en considération et que l'auteur n'a pas été sanctionné [20].

## 6. PRISE EN CHARGE DES VICTIMES D'ABUS SEXUEL

### 6.1 Accueil

L'accueil se doit d'être chaleureux et empathique de préférence dans un endroit où on pourra disposer de toutes les compétences requises (pédiatre, gynécologue, psychologue, infectiologue ...) [23]. Il sera nécessaire de rassurer la victime, de la réconforter pour espérer tirer le maximum d'information sur les faits.

### 6.2 Examen clinique

#### 6.2.1 Interrogatoire

L'interrogatoire est une étape très importante de la prise en charge d'une victime d'abus sexuel. L'objectif ne sera pas de prouver l'existence d'un abus sexuel, mais de recueillir suffisamment d'information permettant d'appuyer ou d'infirmer la suspicion [24]. De préférence, il ne faudrait pas questionner la victime en présence d'un agresseur potentiel [25]. Il s'agira de :

- recueillir des informations concernant les circonstances de l'agression (date, lieu, heure, nombre d'assaillants, liens, type de contact sexuel) ;
- recueillir les signes fonctionnels (douleur, saignement) ;
- préciser si une toilette a été effectuée, si les vêtements ont été changés ;
- recueillir les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques (ménarches, durée du cycle menstruel, durée des règles, date des dernières règles, notion de contraception, notion d'infection, date du dernier frottis cervico-vaginal) et obstétricaux (gestité, parité, voies d'accouchement).
- la relation ou le lien de parenté avec le présumé agresseur

#### 6.2.2 Examen physique

La victime d'agression sexuelle doit être examinée dans sa globalité de façon complète. La présence d'un parent est souhaitable s'il s'agit d'une mineure.

❖ Examen général

On apprécie l'état général, la coloration des muqueuses, l'état de conscience et le comportement de la victime etc. Il faut aussi examiner les vêtements que portait la victime lors des faits pour la recherche de signes suspects (sang, sperme, déchirure....), la prise des constantes.

❖ Examen gynécologique

Il comporte l'examen des seins, de l'abdomen, l'examen vulvo-périnéal et pelvien.

La recherche des signes d'imprégnation hormonale (trophicité et pigmentation des seins et organes génitaux externes) sera systématique pour évaluer le développement et la maturité des CSS. Il faudra noter des séquelles obstétricales à type de déchirure, d'épisiotomie ou de fistule mais également préciser la présence ou non de lésions vulvaires notamment les déchirures, les érosions, les inflammations etc.

L'examen de l'hymen est un temps essentiel car selon Graesslin, cette membrane constitue la frontière médico-légale du viol [23]. Cet examen a pour but de rechercher des lésions en faveur d'une pénétration sexuelle. Les déchirures traumatiques complètes situées sur le cadran postérieur de l'hymen sont les plus souvent rencontrées en cas de pénétration vaginale pénienne [18]. L'examen compte trois temps : la description du type d'hymen, de son bord libre, et de son orifice.

Pour cela on peut utiliser la technique de Dickinson et Dargent (Figure 6) décrite par Traoré [17] : installer la patiente en position gynécologique, écarter les grandes et petites lèvres avec la main libre, introduire une sonde de Foley dont le ballonnet est gonflé soit avec une solution de sérum salé isotonique ou avec de l'air. Ensuite exercer une traction douce sur la sonde selon les quatre points cardinaux, ainsi l'hymen sera exposé pour un examen plus complet et détaillé afin de retrouver d'éventuelles déchirures tout en précisant le siège.



**Figure 6:** Exposition de l'hymen à la sonde de Foley chez une fille de 5 ans victime d'abus sexuel. Hymen intact [17]

❖ Examen des autres appareils

L'examen des autres appareils permet de rechercher d'autres signes suspects. Le praticien doit alors vérifier l'existence des traces de contusion (ecchymoses, hématomes), d'abrasion, de lacération (coups d'ongles par exemple), des traces de contention et des lésions traumatiques sur l'ensemble du corps qui pourraient être évocatrices de strangulation (par exemple, les lésions ecchymotiques digitiformes ou en coup d'ongles en regard des régions cervicales) ou de morsure. Il convient de les rechercher de façon systématique compte tenu du fait que la preuve de la contrainte est aussi importante que la preuve de l'atteinte sexuelle [18].

### 6.3. Bilan paraclinique

Tous les prélèvements seront réalisés avec des gants et doivent être identifiés, numérotés, étiquetés, répertoriés et saisi par le praticien qui les réalise. Le prélèvement est scellé s'il a un but médico-légal ou non scellé s'il a un but purement médical. Les prélèvements seront réalisés dans l'objectif de prévenir les complications et d'identifier l'agresseur [18]. Pour la prévention des complications, il faudrait :

- des prélèvements locaux à la recherche de chlamydia, de gonocoque, ou de mycoplasme
- un bilan sérologique : TPHA VDRL, hépatite B et C, HIV 1 et 2 ; lorsque la sérologie rétrovirale initiale est négative, il convient de faire des contrôles au maximum à trois

reprises sur des intervalles de 1 mois, 3 mois et 6 mois afin de s'assurer de l'absence d'infection à VIH. Le dosage à 1 mois de l'Ag HBs est inutile, si le bilan initial retrouvait la présence d'anticorps anti-HBs.

- un dosage de la beta HCG ;
- une recherche de toxiques en cas de signe d'appel (amnésie, ivresse hallucination...) par des prélèvements sanguins et urinaires. La recherche standard recommandée comprend le dosage de l'éthanol, du cannabis, des benzodiazépines, des hypnotiques, des amphétamines et de ses dérivés, de l'atropine, de la scopolamine et des autres stupéfiants [18].
- un bilan sanguin pré-thérapeutique avant une éventuelle thérapie antirétrovirale est réalisé [26, 27, 28] : numération formule sanguine, ionogramme sanguin, créatininémie, ASAT, ALAT, Alpha GT, bilirubine totale.

Pour identifier l'agresseur en cas d'abus sexuel récent, les prélèvements sont réalisés le plus tôt possible après l'acte.

- Il faudra rechercher des spermatozoïdes par un prélèvement ; Le choix des sites de prélèvement pour la recherche de sperme et pour les analyses génétiques est orientées selon les déclarations de la victime concernant le déroulement des faits. Les prélèvements peuvent se faire au niveau du vagin (parois vaginales ou culs-de-sac vaginaux), de la vulve, du périnée, de l'anus, de la bouche, de la peau etc. Mais il existe des limites des délais théoriques de réalisation des prélèvements en fonction des sites : 72 à 96 heures pour le vagin, 72 heures pour l'anus, 48 heures pour la bouche et 24 heures pour la peau [18].

- Il faudra aussi réaliser des analyses génétiques sur les traces laissées par l'agresseur (salive, sang, poils etc.). Par exemple, en cas de morsure de la victime par l'agresseur et/ou de griffure par la victime sur l'agresseur, des prélèvements sont faits : un écouvillon humidifié cherche à recueillir la salive au site de la morsure, et le raclage ou la coupe des ongles de chaque doigt de la victime pour rechercher de l'ADN de l'agresseur [18].

## 6.4. Conduite à tenir

### 6.4.1. Buts

La prise en charge a pour but d'éviter ou de diagnostiquer une grossesse, d'éviter la survenue des infections sexuellement transmissibles, d'assurer un bon suivi psychologique aux victimes et de rédiger un certificat médical en vue d'une procédure judiciaire.

### 6.4.2. Mesures hygiéniques

Après un abus sexuel récent, la victime doit tout d'abord se présenter à l'hôpital le plus tôt possible pour permettre aux praticiens de faire tous les prélèvements nécessaires avant d'appliquer certaines mesures hygiéniques. Ainsi, une toilette vaginale à base d'antiseptique, la prise d'une douche et un changement de vêtements pourront être effectués.

### 6.4.3. Prévention des infections

La prévention des infections sexuellement transmissibles doit être proposée devant tout abus avec contact génito-génital. Le choix de l'antibiothérapie dépendra du germe retrouvé. La Doxycycline 200 mg est le plus souvent proposée à raison de 1cp / j pendant 7 jours ou de l'Azithromicine 1 g en prise unique (s'il y a un risque d'une infection à chlamydiae trachomatis) ; la Ceftriaxone à la dose de 250 mg en IM est proposée en cas d'infection à Neisseria Gonorrhée.

En cas d'érosion avec effraction cutanée, l'immunité antitétanique est recherchée ; dans ce cas une séro vaccination est pratiquée si le sujet n'est plus ou pas protégé [29].

Le Tinidazole comme traitement à dose unique a été rapporté comme équivalent ou supérieur au Métronidazole pour le traitement de l'infection à Trichomonas vaginalis chez les femmes [30].

La trithérapie préventive antirétrovirale est aussi importante en cas d'agression sexuelle récente sans protection. Elle doit se faire dans les 48 heures qui suivent l'acte. L'efficacité est maximale si le traitement est débuté dans les 6 heures qui suivent le rapport sexuel à risque [20]. La trithérapie antirétrovirale proposée est à base de

lamivudine associée à la zidovudine et la névirapine. La durée du traitement est de 1 mois.

#### **6.4.4. Prévention d'une grossesse**

Elle est réalisée chez les patientes en période d'activité génitale qui n'utilisent pas un moyen de contraception et qui sont victimes d'abus sexuel avec notion de contact génito-génital non protégé datant de moins de 48 heures voire 72 heures. La contraception d'urgence à base de Levonorgestrel 1cp de 1,5 mg en dose unique peut être administrée. Il doit être utilisé le plus tôt possible, dans les 12 heures, car son efficacité diminue avec le temps, passant de 95 % pendant les 24 premières heures, à 85 % entre 24 et 48 heures, pour chuter à 58 % entre 48 et 72 heures [31]. Ce délai peut aller jusqu'à 5 jours avec l'utilisation d'une molécule disponible sur le marché depuis l'année 2009. Il s'agit de l'Ellaone® encore appelée contraception d'urgence de deuxième génération ou pilule du surlendemain. Elle est constituée d'acétate d'Ulipristal, premier modulateur sélectif des récepteurs de la progestérone (SPMR) commercialisé [32]. Elle est administrée à la posologie d'un comprimé de 30 mg d'acétate d'Ulipristal en dose unique. Le dispositif intra-utérin au cuivre est aussi une méthode efficace de contraception d'urgence et devrait être placé dans les 5 jours après une agression sexuelle, il réduit le risque de grossesse à 99% [33].

Actuellement l'échographie est devenue indispensable dans le bilan paraclinique.

#### **6.4.5. Traitement chirurgical**

La chirurgie est réservée aux traumatismes nécessitant une intervention chirurgicale. Une périnéorraphie sera réalisée en cas de déchirure périnéale; les déchirures vaginales et vulvaires nécessiteront une réparation par des points de suture. Les traumatismes extra-génitaux comme les fractures, les traumatismes crâniens et autres lésions peuvent nécessiter une hospitalisation en milieu médico-chirurgical pour une meilleure prise en charge avec les conditions optimales d'asepsie. Certaines victimes font recours à l'hyménoplastie car pour certains groupes raciaux, particulièrement au Sénégal la

virginité jusqu'au mariage doit être préservée ; car l'absence de virginité est souvent mal vue et source de préjugés.

#### **6.4.6. Prise en charge psychologique**

La prise en charge psychologique doit être systématique chez toutes les patientes. Une psychothérapie, débutée le plus tôt possible après l'agression, doit être conseillée à la victime pour qu'elle puisse affronter avec le minimum de dommages les suites psychologiques de cette agression [34]. Une hospitalisation en service de psychiatrie est parfois nécessaire chez certaines victimes ayant des idées suicidaires. Plusieurs études [35, 36, 37] ont mentionné la survenue d'un état de stress post-traumatique (ESPT) chez des victimes d'abus sexuel ou bien la préinscription d'un Anxiolytique (benzodiazépine).

#### **6.4.7. Rédaction du certificat médical**

Ce rapport est rédigé sur demande de la victime ou sur réquisition des autorités judiciaires. La rédaction du certificat médical est indispensable pour faire aboutir le dépôt de plainte de la victime et il doit être rédigé avec la prudence nécessaire pour ne pas être complice de fausses allégations [38]. Ce certificat rapporte les constatations médicales. Il ne doit y figurer aucune interprétation personnelle ni le terme de viol [39] et doit être rédigé au conditionnel. Le certificat médical est remis en mains propres à la victime sauf en cas de réquisition judiciaire où le certificat n'est remis qu'à l'autorité requérante, et il ne contient dans ce dernier cas seulement que les réponses aux questions posées par l'autorité requérante [40]. Il faut toujours garder un double du certificat dans le dossier médical. Tout certificat doit porter deux mentions sous peine de nullité : l'identité du médecin rédacteur et celle de la victime. Il doit porter entre autres la signature manuscrite du médecin et la date de sa rédaction. Il faut rédiger le certificat médical de manière lisible, précise, sans termes techniques et sans abréviations [40].

Exemple de certificat médical (39) :

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné(e), Dr ..... dans le  
Service de ....., prête  
serment d'apporter mon concours à la Justice en mon honneur et conscience  
et certifie avoir examiné le ..... à .....  
M....., né(e) le .....

En présence de ..... sur réquisition de  
....., Officier de Police Judiciaire.

La victime dit :

Examen somatique :

Examen génital :

— vulve :

— Hymen :

Examen anal :

Il a été pratiqué des prélèvements

Conclusion :

Le .....

Dr.....



## DEUXIEME PARTIE : NOTRE TRAVAIL

## 1. CADRE D'ETUDE

Cette étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP) qui est un Centre de référence et de formation enregistrant en moyenne 4000 accouchements par an.

### 1.1. Infrastructures

La maternité du CHNP nous a servi de cadre d'étude. Elle est composée des cinq unités suivantes :

- une salle d'accueil des urgences gynéco-obstétricale ayant une table d'examen ;
- une salle d'accouchement comportant 06 lits de travail, deux boxes comportant chacun 3 lits d'accouchement et une unité d'accouchement humanisé. Elle est annexée à l'unité de néonatalogie et au bloc opératoire.
- un coin nouveau-né et une salle de néonatalogie

L'unité d'hospitalisation qui comporte :

- une salle de grossesses pathologiques (4 lits) ;
- deux salles d'opérées récentes (9 lits) ;
- quatre salles à deux lits de suites de couches normales et pathologiques (16 lits) ;
- deux salles de gynécologie (4 lits) ;
- deux cabines individuelles.
- le secrétariat et deux bureaux

L'unité des consultations externes est constituée de 2 salles d'examen équipées pour les consultations gynécologiques et obstétricales.

Le bloc opératoire qui est partagé avec les autres spécialités chirurgicales, dispose de quatre salles d'opération, l'une pour les urgences et les autres étant réservées à la chirurgie programmée.

Une salle de réanimation polyvalente avec deux salles de quatre lits et de deux lits.

### 1.2 Personnel

Le service de Gynécologie et d'Obstétrique est sous la direction d'un Professeur Titulaire, Chef de Service, secondé par :

- ✓ Professeur assimilé

✓ deux Assistants et deux gynécologues-obstétriciens praticiens des hopitaux

Les autres membres du personnel sont :

- des internes des hôpitaux ;
- des médecins en cours de spécialisation en Gynécologie-Obstétrique (DES) ;
- des sages-femmes d'état ;
- des infirmiers ;
- et des agents sanitaires.

### 1.3 Activités

Le service a trois vocations : les soins, l'enseignement et la recherche.

Les soins constituent une activité importante et sont essentiellement de cinq types.

Il s'agit d'abord des soins obstétricaux et gynécologiques d'urgence assurés 24 heures sur 24 par des médecins en spécialisation et/ou d'internes des hôpitaux et de sages-femmes, effectuant des gardes avec des rotations toutes les 24 heures sous la supervision d'un gynécologue.

Des soins généraux sont dispensés dans le secteur des hospitalisations : suivi et prise en charge des grossesses pathologiques, des accouchées, des patientes opérées et des cas gynécologiques.

Des activités d'échographie gynécologique et obstétricale sont assurées chaque jour par les gynécologues-obstétriciens.

Les activités de consultations externes comportent des consultations pré et post-natales et des consultations gynécologiques, notamment de planification familiale, de colposcopie, d'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol (IVA/IVL), et de sénologie.

Les activités de chirurgie programmée effectuées chaque semaine avec quatre journées opératoires, sont variées, et incluent la chirurgie cœlioscopique, vaginale mais aussi la chirurgie carcinologique gynécologique et mammaire.

Les cas sont recrutés à la consultation externe.

### **1.4 Formation théorique et pratique**

La formation théorique est orientée vers la promotion de la santé maternelle et infantile, et comporte des exposés illustrés, des présentations de malades, des critiques de dossiers, ainsi que l'étude de cas cliniques et des audits de décès maternels selon le cas. Elle cible les médecins DES en gynécologie obstétrique, les internes des hôpitaux, les sages-femmes, les médecins compétents en Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence (SONU), les étudiants en Médecine de 5ème et 7ème année, et les élèves sages-femmes. La formation pratique qui est guidée par les objectifs de stages de chaque catégorie d'apprenants s'appuie sur l'enseignement théorique et les différentes activités de soins.

### **1.5 Recherche**

Le CHNP est un excellent cadre de recherche en santé dans le domaine de la maternité à moindre risque, la planification familiale, la santé prénatale, les tumeurs gynécologiques et mammaires ainsi que d'autres spécialités médicales.

## 2. METHODOLOGIE

### 2.1 Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique menée au centre Hospitalier National de Pikine à la période du 1<sup>er</sup> Janvier 2018 au 31 décembre 2020.

### 2. 2 Critères d'inclusion

Etaient incluses dans cette étude, toutes les patientes reçues pendant notre période d'enquête au service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier National de Pikine et ayant été victime d'abus sexuel suspecté ou certain et avec ou sans réquisition.

### 2.3 Critères de non inclusion

Toutes les patientes ayant consultée pour un traumatisme génital sans notion d'abus sexuel et celles dont les dossiers étaient incomplets n'étaient pas incluses dans notre étude.

### 2.4 Paramètres étudiés et analyse des données

Pour chaque cas, les paramètres suivants étaient étudiés :

- Les caractéristiques épidémiologiques (âge, géstité, parité et lieu de résidence),
- les circonstances de l'agression (heure et lieu),
- les caractéristiques de l'agresseur (âge, lien avec la victime, nombre d'agresseur),
- le type de contact sexuel, les lésions éventuelles retrouvées au cours de l'examen physique (génitaux et extra-génitaux), le mode d'admission, le délai de la consultation, l'attitude après l'abus sexuel, le statut gynécologique et obstétrical de la victime, le retentissement et le suivi psychologique, le bilan paraclinique, les traitements administrés,
- le processus judiciaire

### 2.5 Méthode d'analyse

Les données sont collectées à l'aide :

- Cliniquement : des dossiers médicaux pour 1/3 de nos victimes
- Juridiquement : d'infos recueillis aux seins des structures juridiques d'où émanées les réquisitions

Et étaient saisies grâce au logiciel Kobo collect et une analyse a été faite à l'aide de ce logiciel.

Une étude descriptive a était faite dans un premier temps puis une étude analytique dans un second temps. Les croisements entre variables étaient faits à l'aide du tableau dynamique croisé sur Excel.

## 2.6 Limite de l'étude

Le manque de certaines données dans les dossiers influe sur l'élaboration de certains résultats. Certains effectifs ne sont valides à 100%. On constate aussi que d'autres types de violences à savoir physique et morale ne sont pas souvent renseignés ou pas pris en compte.

Le manque d'organisation dans nos structures judiciaires pour le stockage des données a constitué un véritable frein dans notre enquête sur les aspects juridiques.

### 3. RESULTATS

#### RESULTATS DESCRIPTIFS

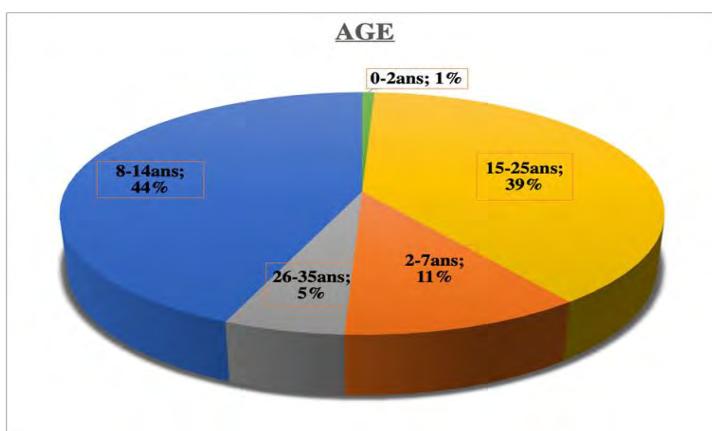
##### 3.1/ Aspects épidémiologiques

###### 3.1.1/ Fréquence

Au terme de la collecte, nous avons enregistrés 128 cas d'abus sexuel au niveau de la maternité de l'Hôpital de Pikine durant la période du 01<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 décembre 2020 sur un total de 14419 patientes soit une fréquence de 0,89%.

###### 3.1.2/ Age

L'âge moyen des victimes d'abus sexuel était de 14 ans avec des extrêmes de 10 mois et 35 ans. La tranche d'âge de 8 à 14 ans était la plus représentée (44%). (Figure 7)



**Figure 7 :** Répartition des victimes d'abus sexuel en fonction des tranches d'âges

###### 3.1.3/ Situation matrimoniale

Les victimes célibataires constituaient la majorité des cas avec un pourcentage de 94%.

**Tableau I:** Répartition des victimes d'abus sexuel en fonction de la situation matrimoniale.

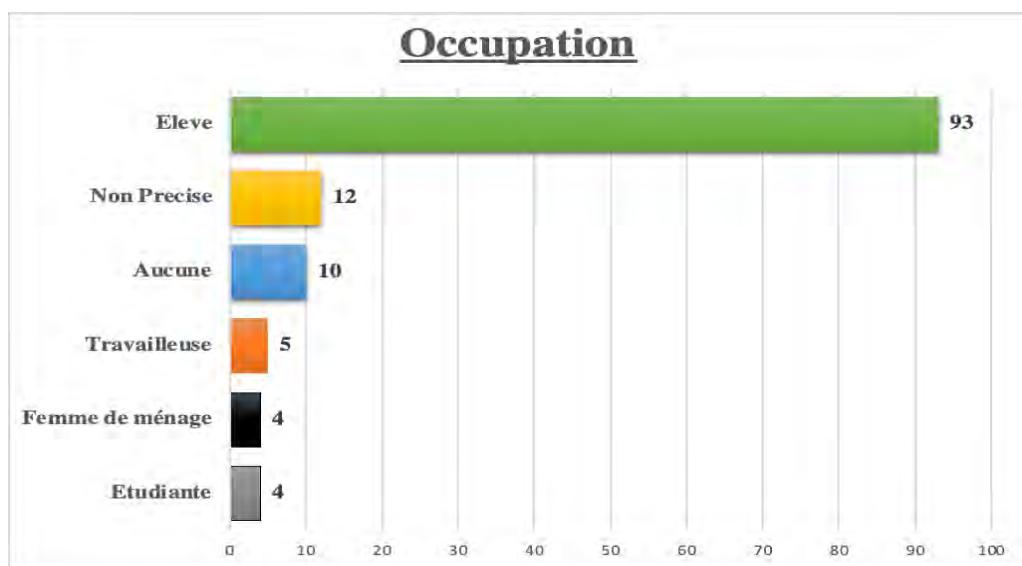
Situation Matrimoniale	Effectif N	Pourcentage %
Célibataire	120	94
Divorcée	2	2
Mariée	4	3
Non Précisée	2	2
<b>Total général</b>	<b>128</b>	<b>100</b>

### 3.1.4/Lieu de résidence

La quasi-totalité des victimes habitait dans la banlieue dakaroise avec 97% ( Mbao 28% , Keur Massar 20% , Thiaroye 14% etc.) et les 3% en centre-ville.

### 3.1.5/ Répartition des victimes d'abus sexuels selon leur occupation

Les élèves étaient les plus représentées parmi les victimes d'abus sexuel (73%). (Figure 8)

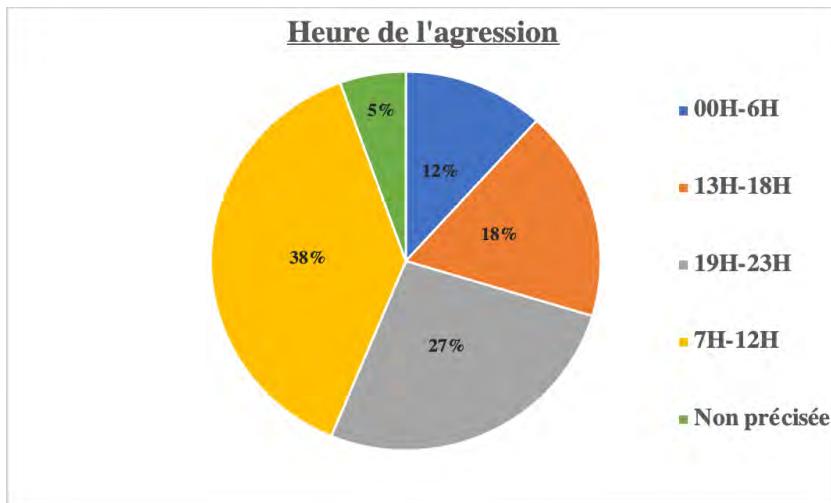


**Figure 8 :** Répartition des victimes d'abus sexuel selon l'occupation

### 3.2/ Circonstance de l'agression sexuelle

\*Moment de l'agression sexuelle

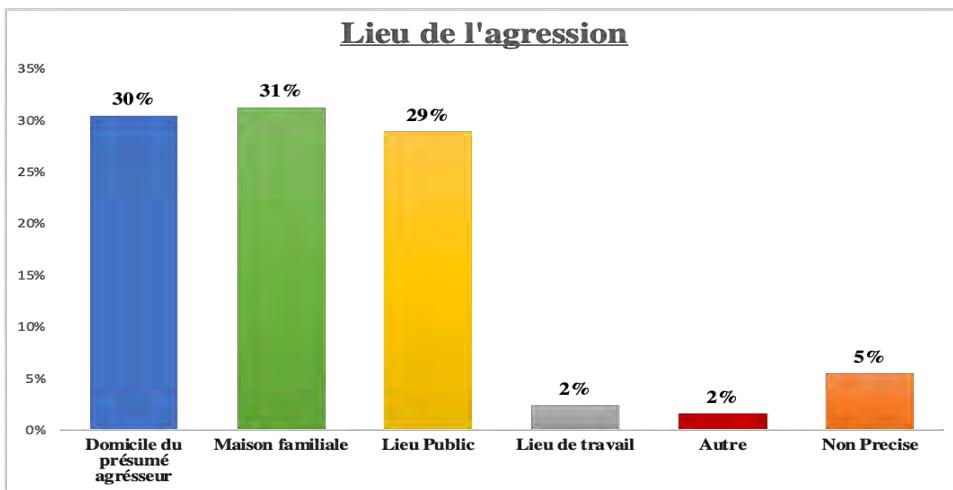
L'abus sexuel avait lieu dans la matinée dans 38% des cas (07H-12H). C'est seulement dans 5% des cas que l'heure n'est pas précisée. (Figure 9)



**Figure 9:** Répartition des victimes d'abus sexuel selon l'heure de l'agression

\*Lieu de l'agression sexuelle

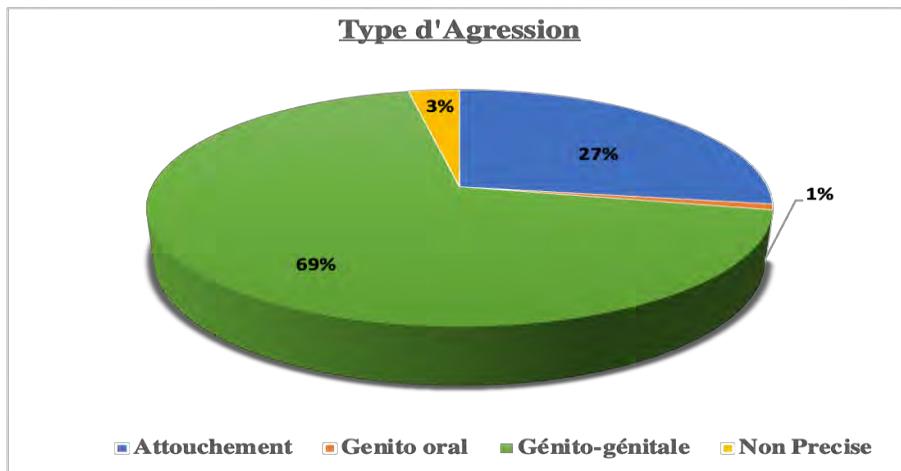
Même avec 31% de victimes d'abus sexuels agressées au domicile familial, plus de la moitié (69%) se faisaient en dehors du cadre familial. Dans 30% l'abus sexuel avait lieu au domicile du présumé agresseur ; 29% dans un lieu public (école, maisons en constructions, marché etc.). (Figure 10)



**Figure 10 :** Répartition des victimes d'abus sexuel selon le lieu de l'agression

\*Type d'agression sexuelle

Le contact génito-génital constituait le type d'agression sexuelle le plus fréquent 69% des cas. Les attouchements sexuels étaient à 27% et un seul cas de contact oro-génital a été noté .Le type d'agression sexuel n'avait pas été précisé dans 3% des cas. (Figure 11)



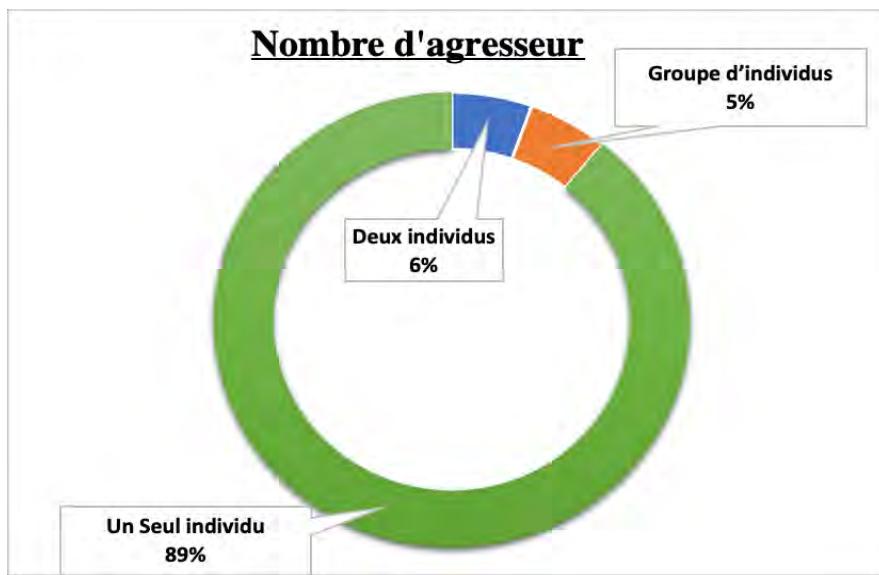
**Figure 11:** Répartition des victimes d'abus sexuel selon le type d'agression sexuel

### 3.3/ Le présumé agresseur

Les victimes connaissaient leurs agresseurs dans 58% des cas

\* Nombre d'agresseur

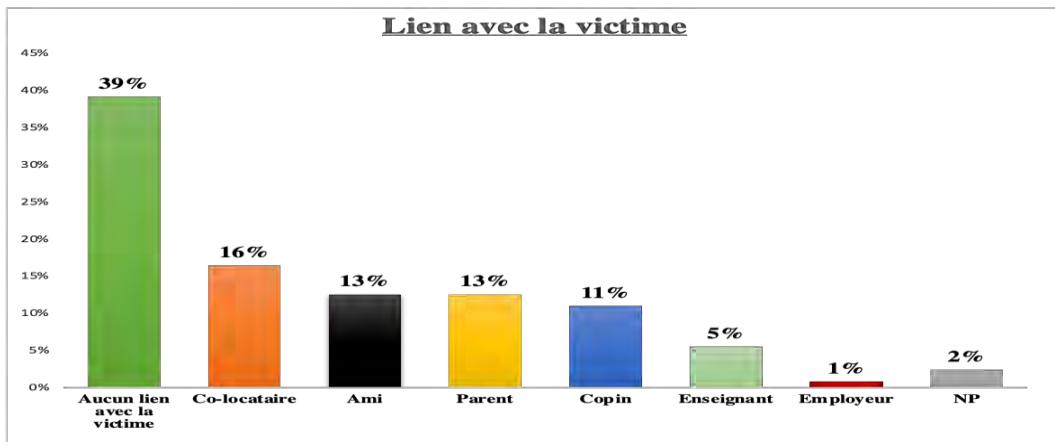
Les abus sexuels étaient solitaires dans la majorité des cas 89%. (Figure 12)



**Figure 12:** Répartition des victimes d'abus sexuel selon le nombre d'agresseur

\*Lien de parenté avec la victime

Les victimes n'avaient aucun lien de parenté avec les présumés agresseurs dans 85% des cas. Les agresseurs connus avec un lien de parenté (13%) étaient constitués le plus souvent par les oncles, cousins etc. (figure 13)



**Figure 13** : Répartition des victimes d'abus sexuel selon le lien avec la victime

### 3.4/ Données cliniques et paracliniques

#### 3.4.1/Aspects cliniques

##### \*Mode d'admission

Lors de leur premier contact avec notre structure 70% des victimes venaient avec une réquisition judiciaire, accompagnées le plus souvent ou non. On notait parmi les victimes d'abus sexuels 26% qui étaient venues consulter directement à l'hôpital sans réquisition judiciaire accompagnées de leurs parents (à noter qu'ils reviennent tous après le premier contact munis de, leur réquisition judiciaire.). (Tableau II)

**Tableau II:** Répartition des victimes d'abus sexuel en fonction de leur mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
	N	%
Accompagnée par les parents	33	26
Reçue sur réquisition judiciaire	90	70
Venue seule sans réquisition	5	4
<b>Total général</b>	<b>128</b>	<b>100</b>

\*Délai de consultation

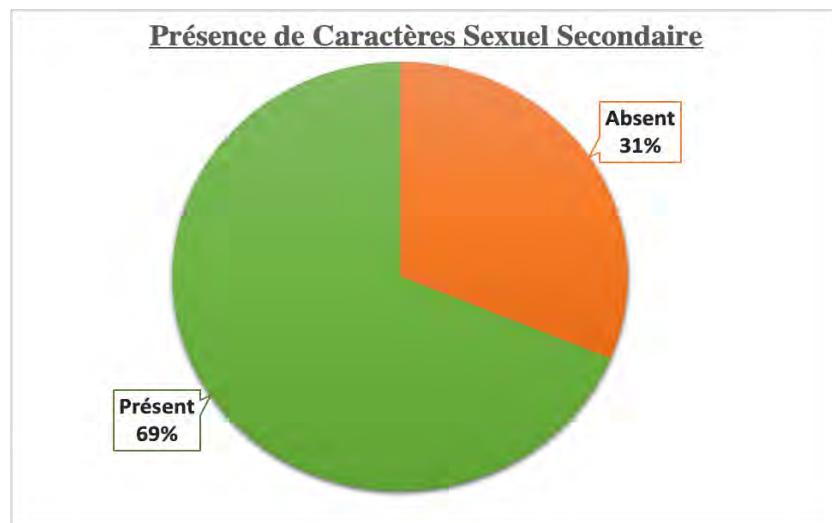
Le délai a été précisé pour les 128 cas avec 26% des victimes qui avaient consulté dans les premières heures après l'agression sexuelle. La majorité avait consulté dans la première semaine avec 37 % avec des extrêmes de 03H et de 03 ans. (Tableau III)

**Tableau III:** Répartition des victimes d'abus sexuel selon le délai de consultation

Délais de consultation	Effectif N	Pourcentage %
0- 24Heures	33	26
1 à 7 jours	47	37
8 à 15 jours	3	2
15jrs à 03 mois	35	27
plus 03 mois	10	8
Total général	128	100

\* Présence des caractères sexuels secondaires :

La présence des caractères sexuels secondaires normaux et de type adulte a été précisée pour nos 128 victimes ; ils étaient présents dans 69 % des cas. (Figure 14)



**Figure 14 :** Répartition des victimes selon la présence des caractères sexuels secondaires

\*L'état de l'hymen

L'hymen était intact chez 49 victimes soit 38% .Une défloration récente a été observée dans 13% des cas et une défloration ancienne dans 45%.L'état de l'hymen n'a pas été précisé que chez 5% des victimes d'abus sexuelles. (Tableau IV)

**Tableau IV:** Répartition des victimes d'abus sexuel selon l'état de l'hymen

Etat de l' hymen	Effectif	Pourcentage
	N	%
Intact	49	38
lésions anciennes	57	45
Lésions récentes	16	13
Non précisées	6	5
<b>Total général</b>	<b>128</b>	<b>100</b>

\*Traumatismes génitaux

Parmi les victimes d'abus sexuels 29% seulement avaient un traumatisme génital. Il s'agissait le plus souvent de lésions vulvaires : déchirures (2%) ; inflammations (11%) et des érosions (7%). (Tableau V)

**Tableau V :** Répartition des victimes d'abus sexuel selon le type de traumatisme génital

Traumatisme Génitaux	Effectif	Pourcentage
	N	%
Absence de traumatisme	91	71
Lésions périnéales	2	2
Lésions vulvaires	26	20
Lésions vaginales	9	7
<b>Total général</b>	<b>128</b>	<b>100</b>

### 3 .4.2/Aspects paracliniques :

Les sérologies : Aghbs ;VIH ;BW avaient été demandés chez plus de 50% des victimes d'abus sexuels et étaient revenu négatif. La recherche de spermatozoides a été demandée chez 10% des victimes et 3 cas de grossesse diagnostiquée dans les 16 tests de betaHCG urinaire.

### 3.5/Aspects thérapeutiques

Parmi les victimes qui étaient en activité génitale 19,5% étaient sous contraception d'urgences ; 49,3% des victimes étaient sous antibioprophylaxie et 18 % sous

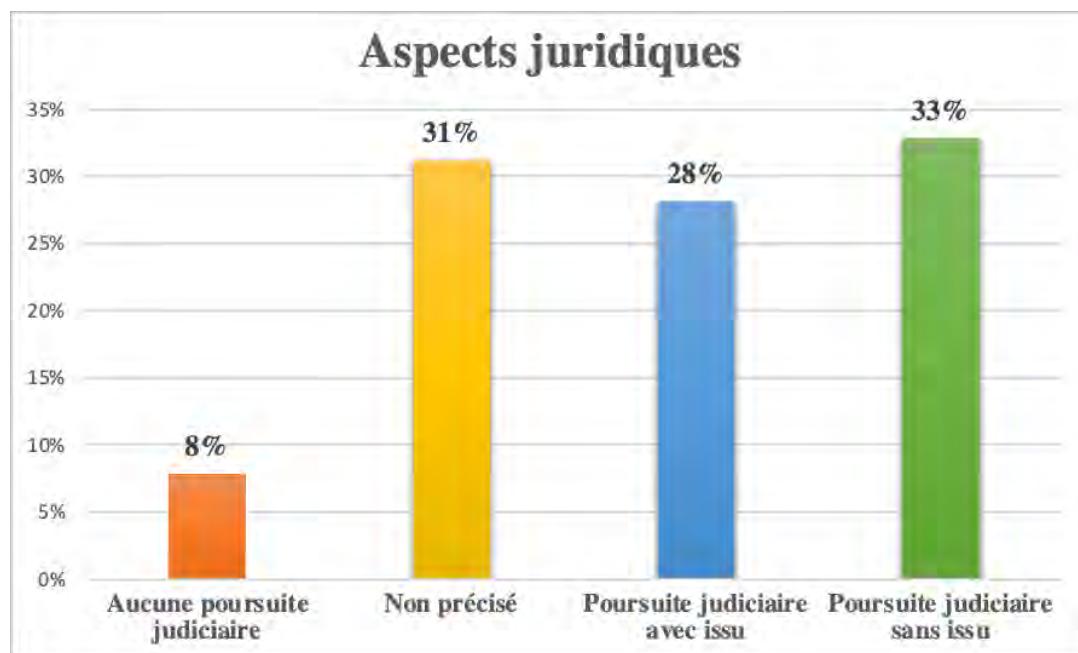
antalgique. La prévention de l'infection à VIH par la prescription d'ARV ne concernait que 22% des victimes d'abus sexuels et que seul 3% des victimes ont eu une sérovaccination antitétanique.

Un traitement chirurgical à type de suture de déchirure vulvoperinéales n'a été réalisé que chez 2 victimes d'abus sexuels soit 1,6 % des cas ; et 5% parmi eux ont eu une prise en charge psychologique.

### 3.6/ Aspects juridiques

La majorité des victimes étaient reçues avec une réquisition judiciaire soit 96% avec 70% lors du premier contact et 26% après leur examen physique.

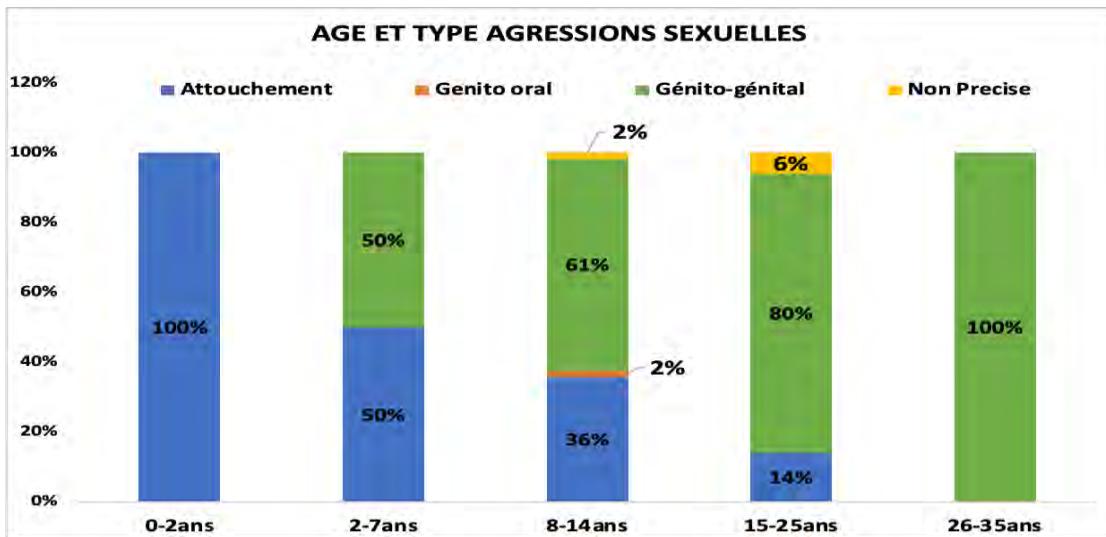
Une poursuite judiciaire a été entamée chez 78 (61%) victimes d'abus sexuels .Le présumé agresseur a été déféré dans 28% (issue favorable) et non déféré dans 33% des cas (le plus souvent le présumé agresseur est perdu de vue ; manque de preuves ou les parents qui abandonnent les poursuites) .Aucune poursuite judiciaire n'a pu être entamée dans 8% des cas d'abus sexuels ( le rapport hospitalier a mis du temps pour être rédigé ou bien les victimes ne reviennent plus pour d'autres investigation) .(Figure 15)



**Figure 15** : Répartition des victimes selon l'aspect juridique

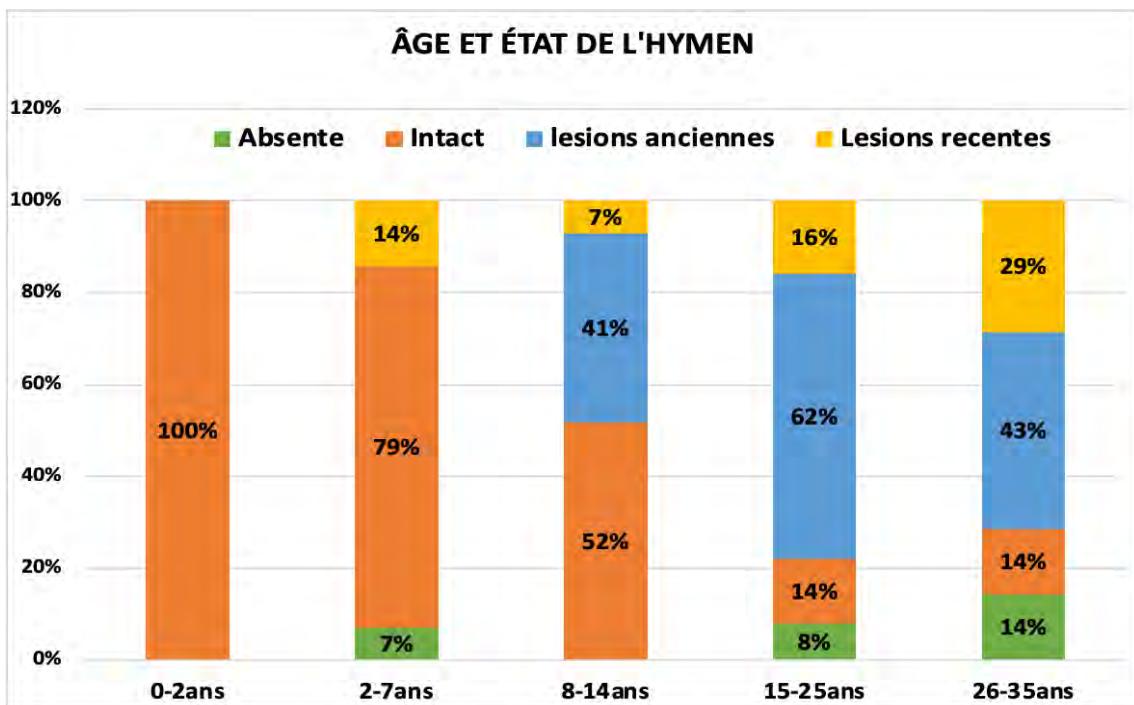
### Etude analytique :

Dans notre étude les tranches d'âge de 0 à 2 ans et de 26 à 35 ans ont été exposées dans leur totalité aux abus sexuels à type d'attouchemen et de contact génita-génital respectivement. Plus la victime est âgée plus le risque de subir un abus sexuel à type de contact génito-génital est élevé. (Figure 16)



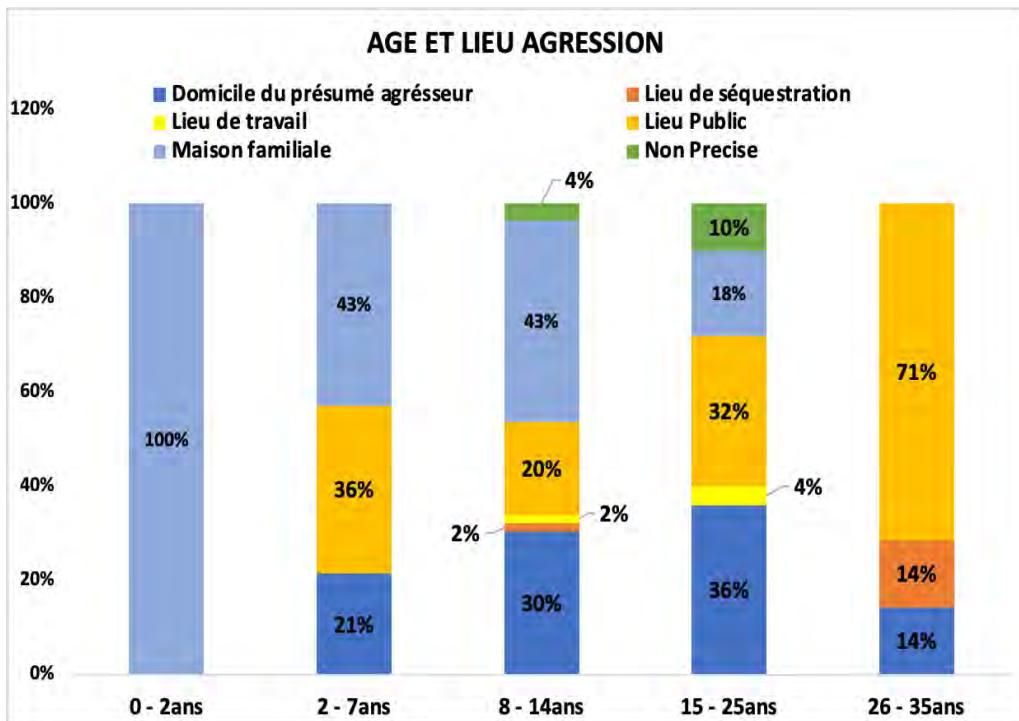
**Figure 16** : Relation entre l'âge de la victime et le type d'abus sexuel

Le risque de lésion de l'hymen des victimes d'abus sexuel augmente avec l'âge. (Figure 17)



**Figure 17** : Relation entre l'âge des victimes et l'état de l'hymen

L'âge est un facteur déterminant du lieu d'abus sexuel. Les victimes de moins de 15 ans sont plus exposées de subir un abus sexuel au domicile familial que dans un lieu public. (Figure 18)



**Figure 18** : Relation entre l'âge des victimes et le lieu de l'agression sexuelle

## 4. DISCUSSION :

### 4.1 /EPIDEMIOLOGIE

#### 4.1.1/ Fréquence

Dans notre étude la fréquence des abus sexuels était de 0,89% de l'ensemble des patientes durant la période d'étude. Une hausse de la fréquence des abus sexuels a été notée par rapport aux études de Traore A L (17) et de Sarr (41) qui était respectivement de 0,4% et 0,46%. Cette différence peut être liée par une augmentation de l'affluence de la population dans les structures en cas d'abus sexuels du fait que la population est de plus en plus instruite et a une certaine prise de conscience par rapport au risque que les abus sexuels peuvent avoir sur les victimes .Néanmoins ce taux est relativement faible comparé aux données de la littérature étrangère. L'organisation KAY FANM en Haïti a enregistré en 2007 et 2008 respectivement 15% et 14% de cas d'agression sexuelle (42) et aux Etats –Unies une fréquence de 39% d'abus sexuel en 2002 a été sur l'ensemble de la population (43).Ce faible taux pourrait s'expliquer du fait que notre étude a pris en compte seulement les cas d'abus sexuels au sein de notre établissement.

#### 4.1.2 / Caractéristiques sociodémographiques des victimes

##### ❖ Age

Les agressions sexuelles étaient plus fréquentes chez les mineurs (79%).Les données de la littérature montrent que les abus sexuels sont perpétrés chez les enfants en majorité. Une étude à Roi Baudouin (44) avait mis en évidence une prédominance des mineurs à 81,4% et une étude de Faye ME et al (8) avait trouvé que le profil épidémiologique des victimes d'abus sexuel était celui d'une adolescente âgée en moyenne de 14 ans. Au Mali l'étude de Traoré T (45) mettait aussi un âge moyen de 21ans avec la tranche d'âge de 2 à 7 ans étant la plus représentée. A Tours (46) 63,3% des victimes étaient des mineures. Ceci est dû par immaturité à cette population de mineur et leur incapacité à se défendre au cours d'une tentative d'agression.

## ❖ Situation matrimoniale

La majorité des victimes (94%) était des célibataires dans cette population où l'âge moyen est de 14 ans. La même prédominance a été notée dans l'étude de Diouf (44) avec 72,1% et au Congo(47) avec 50%.

Ce taux élevé chez les célibataires peut-être liée au fait qu'y a plus de liberté chez les célibataires par rapport aux mariées. En plus du manque d'occupation la fréquentation de certains lieux surtout la nuit. A noté que le viol conjugal existe même si peu fréquent ou méconnu dans notre société du fait de la religion.

## ❖ Résidence

La quasi-totalité des victimes d'abus sexuels vive en banlieue (97%). Faye ME (8) avait presque les mêmes valeurs dans son étude avec 96,5%. Ceci peut s'expliquer en partie par le lieu où l'étude a été fait mais aussi par le faible niveau socioéconomique de cette population qui a un impact sur la surveillance des enfants (recherche de moyens pour subvenir à leur besoin).

## ❖ Occupation

La plupart des victimes étaient des élèves (73%). Cette prédominance a été retrouvée par Diouf(44) avec 51,4% et l'étude de Mbaye M (48) avec 62%. Plusieurs facteurs comme le manque de sécurité dans la banlieue (endroit menant à l'école) ; la longue distance pour aller à l'école, l'influence des réseaux sociaux et l'habillement peuvent favoriser la survenue de violence sexuelle chez les élèves. Ce pourcentage peut s'expliquer aussi par la convergence à l'hôpital de Pikine essentiellement de 03 départements fortement peuplé (Pikine, Rufisque et Keur Massar).

## 4.2/Circonstances de l'agression sexuelle

### 4.2.1/ Moment de l'agression

La majorité des agressions sexuelles s'est déroulée dans la journée avec 38%. Mbaye M (48) avait retrouvé 60% de cas d'abus sexuel dans la journée. La prédominance de l'agression sexuelle dans la matinée peut être liée au fait que les victimes essentiellement constituées d'élèves sont laissées à eux-mêmes le plus souvent pour se rendre à l'école

ou conviée certains missions à l'extérieur au moment où les parents convergent vers le centre-ville pour leur boulot.

#### **4.2.2/Lieu de l'agression sexuelle**

L'agression sexuelle se déroulait dans 69% des cas en dehors du cadre familial. Dans la littérature on note le plus souvent que les agressions sexuelles survenaient dans la maison familiale comme constaté dans l'étude de Diouf (44) avec 28% et Mbaye M (48) 70 % et 95% à Lomé (49). Dans notre étude seule 31% se déroulée dans le cadre familial. Cette différence peut s'exprimer par le fait que les abus sexuels intrafamilial sont souvent tu et arrangé à l'amiable dans la famille pour l'honneur et par crainte du regard de la société.

#### **4.2.3/Type d'agression sexuelle**

Le contact génito-génital constituait le type d'abus sexuel le plus fréquent avec 69% des cas. La même prédominance a été retrouvé dans les études de Traoré T (45) avec 64 ,9%, de Diouf (44) avec 79,3% et à Lomé(49) avec 62,2% .Etant constituait essentiellement de mineurs cette population constitue souvent une proie facile pour les agresseurs car facilement manipulable et n'avait pas assez de force physique pour résister.

#### **4.2.4/Présumé agresseur**

Aucun lien n'existeit entre les victimes et l'agresseur dans 85% des cas. Dans l'étude de Diouf (44) et de Mbaye (48) les victimes connaissaient leurs agresseurs respectivement dans 75% et 66% des cas. Cette différence pouvait s'expliquer du fait que dans notre étude les agressions sexuelles se déroulaient essentiellement en dehors du cadre familial. Les agressions sexuelles étaient solitaires dans 89% des cas. Le même constat que les présumés agresseurs agissaient le plus souvent seul a été fait par Traoré T (45) avec 89,2%, à Lomé (49) avec 96,5% et en France (50) avec 92% .En plus du fait qu'agir seul serait une assurance pour ne pas être dénoncer par un probable complice ,ces agressions sexuelles ne sont pas préparer le plus souvent à l'avance ; le présumé agresseur répond souvent à une pulsion d'un moment .

## 4.3/Données cliniques

### 4.3.1/Mode d'admission

La plupart des victimes étaient reçues lors de leur première consultation munie d'une réquisition judiciaire (70%) et toujours accompagnées par un parent ou amis. Dans les études de Diouf (44) et de A L Traoré (17) la plupart des victimes venaient directement à l'hôpital sans réquisition avec seulement 3,6% et 15,2% des victimes d'abus sexuel qui étaient menues d'une réquisition. Dans notre étude seule 33% étaient venue directement à l'hôpital sans réquisition accompagné de leur parent.

On constate qu'actuellement les parents des victimes n'hésitent plus à saisir l'autorité judiciaire pour les cas d'agressions sexuelles. La plupart sont de plus en plus instruites et connaissent les conséquences que ces actes peuvent conduire (grossesse, infection etc.) ou bien conseiller par un tiers personne (les groupements, les personnelles sanitaires) se rendent directement au niveau des structures judiciaires. Les victimes qu'on recevait directement à l'hôpital avaient comme motivation dans 1/3 des cas savoir l'intégrité ou non de l'hymen.

### 4.3.2/Délai de consultation

Dans notre étude 37% des victimes d'abus sexuel avaient consultées dans la première semaine (1 à 7 jours) et 26% en moins de 24H. On notait aussi 35% de consultation au-delà de 15 jours. En France (50) les victimes consultaient dans 38% immédiatement ou dans jours qui suivent. Dans l'étude de Diouf (44) 30% des victimes avaient consultées dans les 24H.

Ce retard de consultation peut être lié au fait que les parents ne sont pas souvent informer immédiatement des faits. Dans certains situations les abus sexuels sont considérés comme un sujet tabou du fait des croyances socioculturel et les cas d'abus sexuel dans la maison familiale se règle à l'amiable le plus souvent.

Le retard de consultation peut impacter sur la prévention d'une grossesse (pilule du lendemain) et sur le délai de prise des antirétroviraux (dans les 72h) etc.

#### **4.3.3/ Types de lésions**

Les lésions de l'hymen étaient les traumatismes génitaux les plus fréquentes (58%). Les lésions hyméniales anciennes étaient les plus fréquentes avec 45% des cas d'abus sexuel. Le même constat était fait par Diouf (44) avec 62,1 % de lésions hyméniales dont 40 % étaient des lésions anciennes et par Al Traoré (17) avec 70,9% dont 54,5% étaient des lésions anciennes de l'hymen . Dans une étude en France(50) 60% des victimes d'abus sexuel avait des lésions récentes de l'hymen.

Le retard de consultation est l'élément majeur pouvant expliquer cette différence.

#### **4.3.4/Bilan paraclinique**

- Les infections sexuellement transmissibles :

Dans notre étude les sérologies (VIH, BW, Aghbs ect .) réalisées dans 50% des cas sont revenues négatives. A notait que certains résultats pouvaient ne pas être rapportés dans le dossier . On note aussi souvent l'absence de sérologie de contrôle car dès la rédaction du certificat médical on perd de vue la quasi-totalité des victimes motivées par le certificat médical ou bien par l'existence ou non de défloration. L'équipe de Faye ME et al (8) avait retrouvé 02 cas de séropositivité à l'infection VIH ; Ahmat B et al (49) avaient trouvé un cas de vulvovaginite à trichomonas et 09 cas de séropositivité dans leur étude respective. Les infections pouvant être liées à la fréquence des contacts génito-génital.

-Beta HCG urinaire : 03 cas (02%) de grossesse ont été trouvé dans notre étude (02 chez les adolescentes et 1 cas chez une victime âgée de 23 ans). Nos résultats sont un peu similaire à l'étude de Holmes M.M aux USA (51) où le viol a entraîné une grossesse chez environ 5% des femmes en âge de procréer dont la plupart survenant chez les adolescentes.

#### **4.4/ Aspects juridiques :**

Durant notre période d'étude nous avons noté 96% de cas de poursuite judiciaires suite aux différentes réquisitions émises par l'autorité de police judiciaire.

28% des poursuites judiciaires ont eu une issue dont la majorité sont déférés en attente de leur jugement et avec seulement 03 (2,3%) condamnations de 18 mois, 03mois et

une à un mois. Un taux de condamnation similaire a été retrouvé dans l'étude du Pr P.L.Faye avec 1 à 2 % par rapport aux victimes d'abus sexuel. (9)

Certaine autorité de la police judiciaire pointe du doigt les situations où la poursuite n'avait pas d'issue (33%) par l'absence ou le retard d'élaboration des certificats médicaux mais aussi par l'absence d'identification des agresseurs. ME Faye et al(8) avaient retrouvé 57,4% d'absence de poursuite, 42,6% de plaintes avec une(1) condamnation à quatre ans d'emprisonnement .Cissé et al (24) avait retrouvé 38% de poursuites judiciaires dont 45% de condamnation et 21% d'acquittement.

Contrairement à l'étude de Traoré (45) où aucune poursuite n'avait été noté.

## CONCLUSION ET RECOMMANDATION

Les agressions sexuelles posent un véritable problème de santé publique ; et constituent des formes graves d'atteinte à l'intégrité des personnes dont les principales victimes sont les femmes et les enfants .vue la récurrence de ce phénomène, son ampleur et ces conséquences tels que : les infections sexuellement transmissible, les grossesses non désirées, les traumatismes génitaux et les troubles psychologiques ;il est devenu urgent pour les autorités de mettre de protocole pour une meilleur prise en charge ,la prévention et même l'éradication de ce phénomène. Il faut aussi mettre les moyens pour mieux assister les victimes sur le plan juridique

Notre étude portant sur les aspects épidémiologiques, cliniques et juridiques dont la collecte des données a était effectué dans le service de gynécologie - obstétrique du centre Hospitalier national de Pikine durant la période allant de Janvier 2018 à Décembre 2020 avait pour objectifs : de décrire le profil épidémiologique des victimes le profil des agresseurs, d'apprécier les aspects cliniques et de statuer sur l'aspect juridique.

Durant la période d'étude ,128 victimes d'abus sexuel ont été pris en charge au niveau du centre hospitalier national de Pikine.

Au terme de notre collecte, nous avons pu constater que la fréquence des abus sexuels était de 0,89 %. Le profil épidémiologique de nos patientes était celui d'une fille âgée d'environ 14 ans, résidant dans la banlieue dakaroise (97%), et élève dans 73% des cas. L'abus sexuel avait souvent lieu pendant les heures de travail entre 7 h et 12h en dehors du cadre familial (69%) commis par une seule personne (89%) le plus souvent non identifiée par la victime.

Le contact génito-génital était le type d'abus sexuel le plus fréquent avec 69% des cas. La majeure partie était venue en consultation dans la première semaine après l'abus (37%) munie d'une réquisition judiciaire (96%). L'examen révélait des lésions d'hymen (58 %) avec prédominance des lésions anciennes (45%). Les autres traumatismes étaient

essentiellement vulvaires avec 20% (inflammation, érosion, déchirure superficielle), vaginaux (7%) et périnéaux (2%). L'état psychologique des victimes était évalué et jugé normal que pour 5 % de la population d'étude. Seules 22 % avaient bénéficié d'une prophylaxie antirétrovirale et 49,3% d'une antibioprophylaxie. La contraception d'urgence était prescrite chez 19 ,5% des victimes. La prise en charge chirurgicale concernait seulement 1,6% des victimes. Nous avons enregistré 03 cas de grossesse soit 2,3 % des victimes.

Avec 96% de réquisition reçues seule les 28% ont une issue avec 03(2,3%) condamnations et les 25,7% des accusés sont déférés en attente de leur jugement.

A l'issue de ce travail, il nous parait nécessaire, de formuler quelques **recommandations** à l'endroit de toutes les parties prenantes pour une lutte efficace contre les agressions sexuelles non seulement dans la banlieue Dakaroise mais sur toute l'étendue du territoire national

\* **Aux autorités** (même si la loi sur la criminalisation du viol a été votée) Nous demandons :

- De créer des centres d'accueils pour les victimes de violences sexuelles leur offrant une prise en charge multidisciplinaire
- Mise en place d'un programme de prévention dans les écoles pour informer sur la réalité des violences sexuelles.
- Assurer la suivie des cas pour une meilleur prise en charge des conséquences psycho traumatique
- Faire des campagnes de sensibilisation nationale pour que la population note l'ampleur de ce phénomène.

#### \* **Aux autorités sanitaires**

- Formation des professionnels de santé (surtout dans les centres et postes de santé) pour une meilleure prise en charge des victimes d'abus sexuels
- Faciliter la prise en charge des victimes
- Constituer des kits de prise en charge des cas d'abus sexuel

#### \* **Au personnel sanitaire**

- rédiger le plus tôt possible le rapport médical
- Remplir les informations complètes sur la fiche clinique médicale de prise en charge (y compris reportés les résultats des analyses)
- Assurer le suivi psychologique des victimes
- Assurer de la réalisation des bilans sérologiques de contrôle
- Participer aux formations sur l'accueil et la prise en charge des cas d'abus sexuel

#### \* **A la population**

- Dénoncer les cas de violences sexuelles
- Mieux éduquer et surveiller les enfants
- Assurer une communication entre parents et enfants

## REFERENCES

### **1-Les agressions sexuelles au Québec et au Canada**

Guide pour personnes immigrantes –agressions sexuelles pdf

### **2- Rapport mondial sur la violence et la santé ; OMS 2002**

### **3- ALCALA MARIA JOSE**

Etat de la population mondiale 2005. La promesse d'égalité : égalité des sexes, santé en matière de procréation et objectifs du millénaire pour le développement UNFPA 2005 ; page 65

### **4- RAINN (Rape, Abuse, Incest, National, Network)**

Statistics keys facts, rapport 2004-2005 consulte 1207-16

### **5-Shannan M.Catalano**

Bureau of justice statistics bulletin: violent crime rape unchanged during 2005, numéro de production NCJ 214644, September 10, 2006

### **6- JASPARD M., BROWN E., CONDON E. et al;**

Rapport National ENVEFF (enquête nationale sur les violences envers les femmes en France), population et sociétés, Janvier 2001, numéro 364

### **7- Amnesty international**

Making violence against women count: facts and figures, sexual violence, press release, March 05/2004

### **8- FAYE DIEME M.E., TRAORE A.L., GUEYE S.M.K., et al**

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction : Profil épidémioclinique et prise en charge des victimes d'abus sexuel à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar, période 2003-2005 Volume 37, numéro 4 pages 358-364 (juin 2008)

### **9- Pr Papa Lamine Faye Psychiatre –Psychothérapeute**

Problématique des agressions sexuelles

### **10- OMS, violence against women- intimate partner and sexual violence against women , Geneve , OMS , 2010**

## **11- Calacs trois-rivières**

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel

En ligne site disponible sur [www.calacs-tr.org](http://www.calacs-tr.org), (page consultée le 16/09/ 2021)

**12- Abbey, A., Wegner, R., Woerner, J., Pgram, S . et Pierce , J.(2014). Review of survey and Experimental Research that Examines the Relationship Between Alcohol Consumption and Men's sexual Aggression Perpetration ,Trauma , Violence et Abuse , 15(4) , 265-282.**

## **13-- EMMA CURTIS, CAMILLE SAN LAZARO**

Appearance of the hymen in adolescents is not well documented, British Medical Journal, Feb 27, 1999

**14- Code pénal Sénégal (journal officiel de la République du Sénégal du 13 Janvier 2020)**

## **15- LANSAC**

Précis d'obstétrique, 3éme édition pages 347-440

## **16- Leguerrier A. Chevrant-Breton O.**

Petit bassin Nouveaux dossiers d'anatomie PCEM, Nouvelle nomenclature.129-185

## **17- Traoré A L.**

Profil épidémiologique et prise en charge des victimes d'abus sexuels en clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar. Mémoire pour obtention du CES en gynécologie médico-chirurgicale et obstétrique, année 2006; N° 51.

**18- Lejeune J.** Caractéristiques médico-légales de l'examen gynécologique normal comparé à celui de victimes d'agression sexuelle. Thèse pour le doctorat en médecine. Nancy, 2011.

**19- Sugar N, Fine D, Eckert L.** Physical injury after sexual assault: Findings of a large case series. Am J Obstet Gynecol 2004; 190:71-6.

**20- Ministère de l'éducation nationale.** Prévention et traitement des violences sexuelles en France, Février 2002 : 32 p.

**21- Josse E.** Déceler les violences sexuelles faites aux enfants. Belgique 2007 ; Disponible sur <http://www.resilience-psy.com> . (Consulté le 16 septembre 2021)

**22- Holmes M, Resnick H, Kilpatrick D, Best C.** Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:320-4.

**23- Graesslin O, Duliere L, Jouot J et al.** Extrait des mises à jour en gynécologie médicale. Volume 2003, titre : Sévices sexuels et adolescentes. Publié en 2003 par CNGOF p 49-66.

**24- Cissé C T, Niang M, Moreau J C et al.** Aspects épidémiocliniques, juridiques et coût de la prise en charge des abus sexuels chez les mineurs à Dakar, Sénégal. 2014, Elsevier Masson. 825-831.

**25- Labbe J.**

Abus sexuels envers les enfants pré pubères. *Urgence Pratique*. Québec 2002 ; 59-63.

**26- Guide de référence marocain.** Normes et Standards pour la prise en charge des femmes et des enfants survivants à la violence. 2007

**27- Roxanne A, Vrees, M.** OBSTETRICAL AND GYNECOLOGICAL SURVEY. Evaluation and Management of Female Victims of Sexual Assault 2017; 72(1): 1-64.

**28- Thurin J.** Le praticien face aux violences sexuelles. Edité par le ministère chargé de la Santé. Paris, 2000.

**29- Gouzi I.** Impératifs de la prise en charge médicale initiale d'une femme victime d'agression sexuelle. Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine. FES 2017 ; N 118.

**30- Forna F, Gürmezoglu A.**

Interventions for treating trichomoniasis in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; CD000218.

**31- Detoeuf M.** Contraception d'urgence (chapitre 52) « La contraception en pratique: De la situation clinique à la prescription » Elsevier Health Sciences France, 2013.

**32- Lejeune J.** Caractéristiques médico-légales de l'examen gynécologique normal comparé à celui de victimes d'agression sexuelle. Thèse pour le doctorat en médecine. Nancy, 2011.

**33- Rodrigues I, Grou F, Joly J.** Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Obstet Gynecol*, 2001; 184:531-7.

**34- Chevrant O, Coiffic J , Paysan F et al.**

Extrait des mises à jour en Gynécologie médicale ; Tome XXI: Conduite à tenir en cas d'agression sexuelle. Collège National de Gynécologues et Obstétriciens Français CNGOF, Paris, 1997; 41-66.

**35- American Psychiatric Association.**

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (5th edition), 2013; 128p.

**36- Brillon, P.**

État de stress post-traumatique (ESPT). Se relever d'un traumatisme, Réapprendre à vivre et à faire confiance. Quebecor Éd, Montréal, 1999 ; 272p.

**37- Lavergne C, Tourigny M.**

Incidence de l'abus et la négligence envers les enfants : in Criminologie 2000 ; 33 (1): 47-72.

**38-Body G, Darai L, Luton D et al.**

Gynécologie Obstétrique. Volume1: Violences sexuelles. 3ième édition du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Elsevier Masson, Paris 2015 ; 2-7.

**39-Faculté de médecine université Pierre et Marie Curie.**

Polycopié national : Gynécologie chapitre 26. 2003, mise à jour : octobre 2015 : 394 p.

**40-Haute Autorité de Santé HAS.**

Certificat médical initial concernant une personne victime de violences, méthode et recommandations pour la pratique clinique. Paris, Octobre 2011.

**41- Sarr Omar.**

Aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge des victimes d'abus sexuel dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier National de Pikine à propos de 183 cas.

**42- KAY FANM** (organisation Haïtienne pour la promotion et la défense des droits de la femme)

**43- Lisak D, Miller P.**

Repeat rape and multiple offending among undetected rapist: violence and victims. Am J 2002; 17:73-84.

**44-Diouf I C.**

Aspects épidemio-cliniques et prise en charge des agressions sexuelles à l'hôpital Roi Baudouin de Dakar à propos de 140 cas. Thèse pour le doctorat en médecine. Dakar, 2016

**45-Traoré I.**

Aspect épidémiolo-clinique et juridique des agressions sexuelles au Mali : Thèse de Doctorat en medecine.

**46-Saint –Martin P , Bouyssy M , Jacquet A , O’Byrne P .**

Les victimes d’abus sexuels : éléments médicaux et suites judiciaire .Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2007, 36 : 588-594.

**47-Goblet V.**

Lutte et réponse aux violences sexuelles en République du Congo : Analyse de situation. 114 p

**48-Mbaye M, Gueye M, Gueye Nd et al.**

Abus sexuels dans une zone reculée du sud du Sénégal : épidémiologie et prise en charge. Tunisie Médicale 2013 ; 91 (9) ; 499-504

**49-Ahmat B, Adama Hondegla , Abdoul Samadou Aboubakari et al.**

Aspects épidemio-clinique et prise en charge des agressions sexuelles, chez les sujets de sexe féminin à Lomé .Africain Journal of Reproductive Health ,2013 Mars ; 17(1) : 6p

**50-Bazos N, Bozon M, Equipe CFS.**

Les violences sexuelles en France : Quand la parole se libère. Population et Société .2008 . 445p 1-4.

**51- HOLMES M.M.**

Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 320–5

## **ANNEXES**



REGION MEDICALE DE .....

**DOSSIER D'AGRESSION SEXUELLE**

District de .....

Structure ..... N° DE REGISTRE

DATE DE  
L'EXAM  
EN

/ |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|

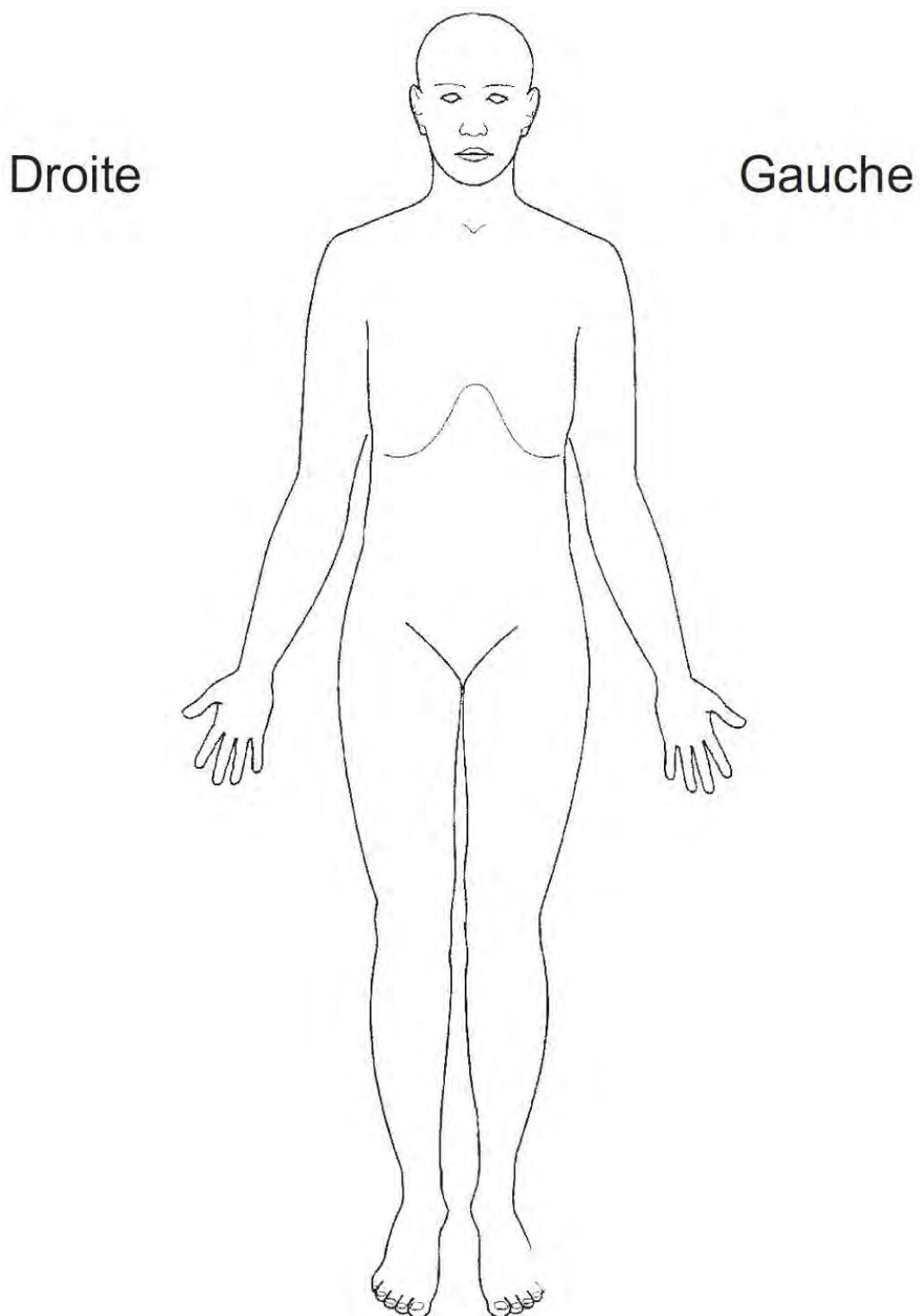
--	--	--	--

<b>I- ETAT CIVIL</b>	Nom.....			<b>Occupation</b>  Élève Étudiante Fonctionnaire Domestique Profession libérale Préciser .....
	Prénoms : .....			
	Age  __ __			
	Gestité  __ __			
	Parité :  __ __			
	Statut matrimonial :	Célibataire		
	Mariée	Divorcée	Veuve	
	Autre .....			
	Adresse : .....			
Tel				
<b>II- AUTRES DONNEES</b>	Orphelin(e)	oui/non	<b>Victime vivant avec :</b>  Parents Oncle ou tante Sœur ou frère Cousin ou cousine Seule Autres	
	Parents divorcés	oui		
	Non			
	Tel parents :			
<b>III-CONDITIONS D'ADMISSION</b>	<b>Type admission</b>			<b>Type de personnel ayant référé</b>  Infirmier(e) Sage-femme Généraliste Gynécologue  <b>Délai de consultation</b> Heures  __ __ __  Jours  __ __ __  Mois  __ __ __
	Venue d'elle-même			
	Réquisition N°			
	Référence			
	<b>Structure ayant référé</b>			
	Poste de santé			
	Centre de santé de niveau I			
	Centre de santé de Niveau II			
	Hôpital			
date/ heure				
Préciser motif .....				

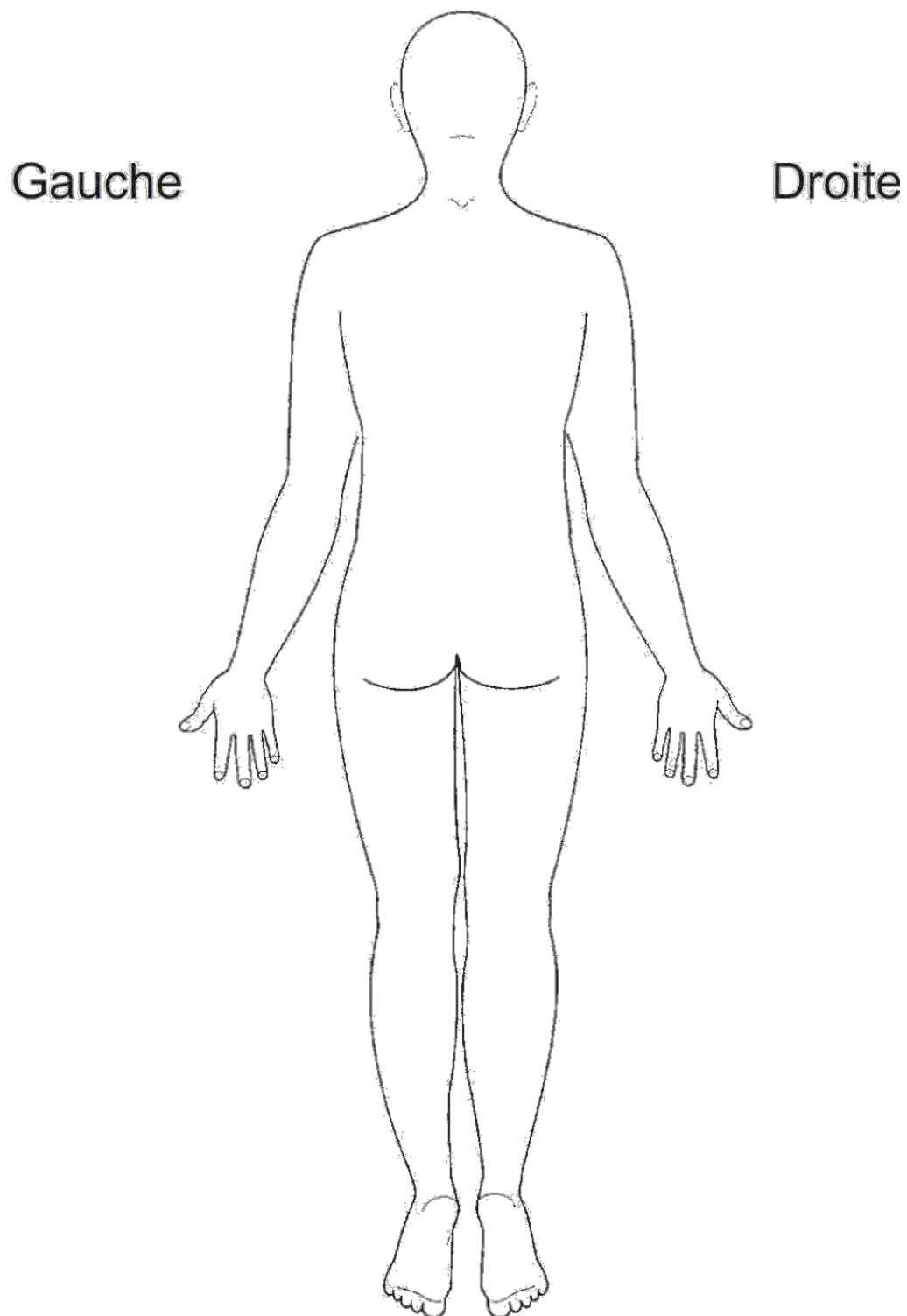




Pictogramme

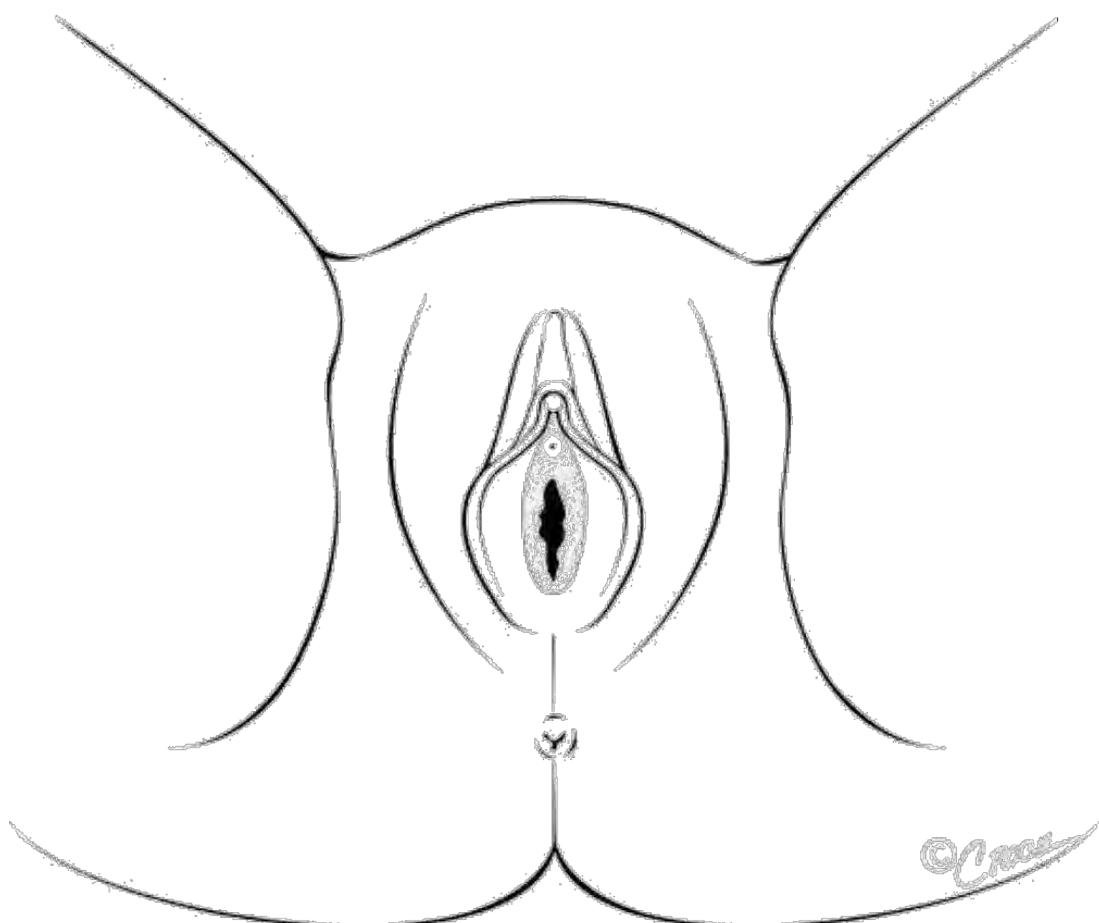


Pictogramme



Droite

Gauche



## **RESUME**

**Titre:** Aspects épidémiologiques, cliniques et juridiques des abus sexuel dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier National de Pikine du 1<sup>er</sup> Janvier 2018 au 31 décembre 2002.

**Objectifs:** évaluer la fréquence des abus sexuels, décrire le profil épidémiologique des victimes, décrire le profil des agresseurs, apprécier les aspects cliniques des abus sexuels et évaluer l'aspect juridique.

**Patientes et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique qui s'est déroulée sur 03 ans : du 1<sup>er</sup> Janvier 2018 au 31 Décembre 2020. Etaient incluses dans cette étude, toutes les patientes reçues pendant notre période d'enquête au service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier de Pikine et ayant été victime d'abus sexuel suspecté ou certain.

**Résultats :** Durant la période d'étude 128 cas d'abus sexuel ont été recensé avec une fréquence à 0,89%.%. Le profil épidémiologique de nos patientes était celui d'une fille âgée d'environ 14 ans, résidant dans la banlieue dakaroise (97%), et élève dans 73% des cas. L'abus sexuel avait souvent lieu pendant les heures de travail entre 7 h et 12h en dehors du cadre familial (69%) commis par une seule personne (89%) le plus souvent non identifiée par la victime .Le contact génito-génital était le type d'abus sexuel le plus fréquent avec 69% des cas et était constaté chez les victimes les plus âgées . La majeure partie était venue en consultation dans la première semaine après l'abus (37%) munie d'une réquisition judiciaire (96%). L'examen révélait des lésions d'hymen (58 %) avec prédominance des lésions anciennes (45%). Les autres traumatismes étaient essentiellement vulvaires avec 20% (inflammation, érosion, déchirure superficielle), vaginaux (7%) et périnéaux (2%). L'état psychologique des victimes était évalué et jugé normal que pour 5 % de la population d'étude. Seules 22 % avaient bénéficié d'une prophylaxie antirétrovirale et 49,3% d'une antibioprophylaxie. La contraception d'urgence était prescrite chez 19 ,5% des victimes. La prise en charge chirurgicale concernait seulement 1,6% des victimes. Nous avons enregistré 03 cas de grossesse soit 2,3 % des victimes. Avec 96% de réquisition reçues seule les 28% ont une issue avec 03(2,3%) condamnations et les 25,7% des accusés sont déférés en attente de leur jugement.

**Conclusion :** Les agressions sexuelles posent un véritable problème de santé publique. Ce phénomène préoccupant en raison de son ampleur et des conséquences, nécessite une prise en charge précoce, adéquate et pluridisciplinaire, un soutien des victimes pour les poursuites judiciaires.