



Aspects épidémiologiques, cliniques et prise en charge des abus sexuels au centre hospitalier Youssou Mbargane Diop de Rufisque

Epidemiological, clinical aspects and management of sexual abuse at the Youssou Mbargane Diop hospital in Rufisque

Faye Ndèye Astou, Guèye Lamine, Samba Bintou Ngoné, Thiam Mariétou, Cissé Mamadou Lamine

**Auteur correspondant : Ndèye Astou FAYE : gynécologue obstétricienne au pôle mère de l'hôpital d'enfant de Diamniadio Sénégal
Tél : (00221) 776740361 / E-mail : layeastoufaye@gmail.com**

Résumé

Les abus sexuels posent à l'heure actuelle un problème majeur de santé publique, retrouvé dans le monde entier, au sein de chaque société, pays et région et représentent une véritable urgence médicolégale.

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.

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

Résultats : Durant la période d'étude nous avons enregistré 153 patientes victimes d'abus sexuels soit 1,62% des admissions en urgence. La moyenne d'âge était de 14,1 ans avec des extrêmes de 2 à 41 ans, et 81,05% des patientes étaient mineures. Le profil épidémiologique des victimes était celui d'une adolescente âgée en moyenne de 14 ans, résidant dans la ville de Rufisque (51,32%), avec un niveau de scolarisation primaire (57,81%). L'agression avait eu lieu au 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% des cas), on retrouvait des déchirures l'hyménales anciennes dans 52,48% (n=74) et 12% (n=17) de déchirures récentes. 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 avec 9,8 % d'infections sexuellement transmissibles. La présence de spermatozoïdes était retrouvée chez 17 patientes et la sérologie rétrovirale était positive chez une 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, un suivi psychologique pour 9,15% des patientes et 94,77% des consultations étaient faites sur réquisition de la police ou de la gendarmerie.

Conclusion : Les abus sexuels sont relativement fréquents au Sénégal. Les adolescentes 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 bonne sensibilisation et d'une prise en charge précoce et adaptée.

Mots-Clés : Abus sexuels, hymen, Centre Hospitalier Youssou Mbargane Diop de Rufisque, Sénégal.

Summary

Sexual abuse is currently a major public health issue, found throughout the world, within every society, country, and region, and represents a genuine medico-legal emergency.

Objective: This work aimed to establish the epidemiological profile of female patients who experienced sexual abuse, describe the clinical aspects, and evaluate their management.

Materials and methods: We conducted a retrospective cross-sectional study including sexual abuse victims admitted to the Gynaecology-Obstetrics Department of the Youssou Mbargane Diop hospital center (YMDHC) in Rufisque, Dakar, ranging from January 1st 2019 to August 31st 2021. Data was processed using the Excel and Epi Info 7.2 version software.

Results: During the study period, we recorded 153 female patients who were victims of sexual abuse, representing 1.62% of emergency admissions. The average age was 14.1 years, with extremes of 2 and 41 years, and 81.05% of the patients were minors. The epidemiological profile of the victims was that of a teenage girl aged 14 on average, residing in the city of Rufisque (51.32%), with a primary school education (57.81%). The assault took place at the perpetrator's home in 42% of cases, the alleged perpetrator was male (100%) and known to the victim (58.94%). The type of sexual abuse was genital-genital contact in 76.47% of cases, with ejaculation (45.75%) and without protection (90.60%). During the examination, a probe test was performed on 141 patients (92.16% of cases), revealing old hymenal tears in 52.48% (n=74) and recent tears in 12% (n=17). Seventeen victims had become pregnant as a result of the assault, representing 11.11%. Biologically, 25.49% of patients had genital infections, with 9.8% having sexually transmitted infections. Sperm was found in 17 patients and one patient tested positive for retroviral serology. In terms of treatment, antibiotic therapy was prescribed in 26.80% (n=41) of patients, HIV prophylaxis in 23.53% (n=36) of patients, and emergency contraception in 22.22% (n=34) of patients. Perineal repair was performed in 12 (7.84%) patients who had a tear, psychological follow-up was provided for 9.15% of patients, and 94.77% of consultations were made at the request of the police or gendarmerie.

Conclusion: Sexual abuse is relatively common in Senegal. Teenage girls are the most affected. It is a medical and legal emergency due to the risks of sexually transmitted infections, unwanted pregnancies, and psychological repercussions. Hence the need for effective awareness-raising and early, appropriate care.

Keywords: sexual abuse, hymen, Youssou Mbargane Diop Hospital Center in Rufisque, Senegal.



Introduction

Les abus sexuels se définissent, selon le code pénal du Sénégal, comme de toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise sur la personne d'autrui [1]. Ils posent à l'heure actuelle un problème majeur de santé publique, retrouvé dans le monde entier. En effet, ils sont rapportés au sein de chaque société, pays et région et représentent une véritable urgence médico-légale considérée comme un sujet tabou dans nos régions, ce qui entraîne une sous-estimation des cas qui est également retrouvée dans la littérature. Ainsi, selon Smith [2], lorsque le viol ou sa tentative a été subi dans l'enfance, les taux de non révélation évolue entre 30% (avant 18 ans) et 72% (avant 15 ans). Ces abus sexuels constituent des accidents avec exposition au sang et au sperme et leurs répercussions sur le bien-être physique, émotionnel, mental et social de la victime sont considérables. Selon Bilette [3], 51% des victimes d'agressions sexuelles, présenteraient les critères diagnostiques du trouble de stress post-traumatique (TSPT) qui sont : réexpérience du traumatisme, évitement persistant des stimuli liés au traumatisme et symptômes persistants d'activation neurovégétative.

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

Méthodes

Conception de l'étude

Nous avons mené une étude rétrospective transversale sur 32 mois pour déterminer le profil des victimes d'abus sexuels et pour évaluer la prise en charge.

Cadre et période d'étude

Notre étude a eu pour cadre le Centre Hospitalier Youssou Mbargane Diop (CHYMD) de Rufisque situé dans la banlieue dakaroise. C'est un ancien centre de santé érigé en établissement public de santé de niveau 1 en 2010. Il comporte l'unique maternité de références du département de Rufisque.

Les données de l'étude couvrent une période de 32 mois, du 1^{er} janvier 2019 au 31 août 2021.

Critères d'éligibilité

Étaient incluses toutes les patientes victimes d'abus sexuels admises au service de Gynécologie-obstétrique durant la période d'étude. La presque totalité des patientes étaient vues en consultation sur la base d'une réquisition de la police ou de la gendarmerie.

Sources des données

Nous avons confectionné une fiche d'enquête à partir de laquelle une base de données informatique a été créée pour recueillir les données inscrites sur les dossiers médicaux des victimes.

Pour chaque cas, les paramètres suivants ont été étudiés : les caractéristiques épidémiologiques (âge, gestité, parité, adresse, niveau d'instruction), les circonstances de l'agression, les caractéristiques de l'agresseur, le type de contact sexuel, les lésions éventuelles retrouvées au cours de l'examen physique, l'existence d'une grossesse, le retentissement psychologique, les résultats des examens paracliniques et les traitements administrés.

Biais

Le caractère rétrospectif de l'étude a pu constituer une source de biais d'enregistrement. Cependant, à chaque fois que le besoin se présentait, les patientes avaient été contactées pour recueillir les données complémentaires.

Méthode statistique

L'analyse a été effectuée avec les logiciels Microsoft Excel 2010 et Epi info 7.2.

Résultats

Concernant les participants, nous avons recensé 153 cas d'abus sexuels parmi les 9 430 patientes admises en urgences pendant la période de l'étude, soit une fréquence de 1,62%.

S'agissant des données descriptives ; elles ont été déclinées, comme suit, depuis les caractéristiques sociodémographiques jusqu'à la prise en charge en tenant compte des aspects juridiques :

Caractéristiques sociodémographiques

Âge

L'âge moyen des victimes était de $14,1 \pm 6,3$ ans avec des extrêmes de 2 et 41 ans. Les mineurs représentaient 81,05% des patientes (n=127). (Figure 1)

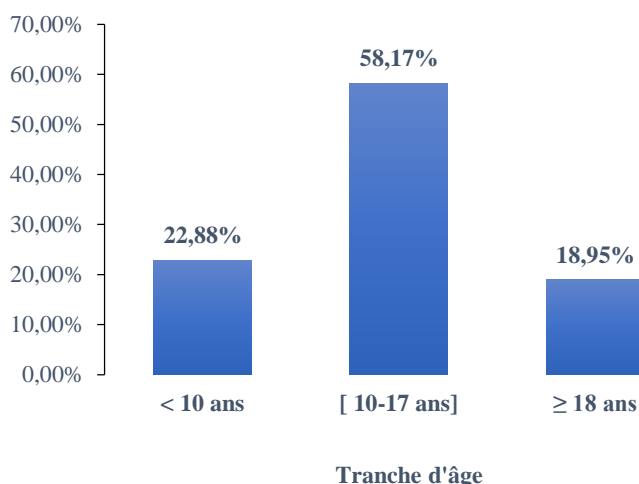


Figure 1 : Répartition des victimes selon l'âge

Puberté

Six sur dix patientes (64,05%) de notre série étaient pubères.

Gestité

La quasi-totalité des victimes 93,27% (n=97) était des nulligestes.

Adresse

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.

Niveau d'instruction

Plus de la moitié des femmes 54,30% (n=82) étaient scolarisées dans l'école française, avec un niveau

primaire 27,81% (n=42) et 2,65% (n=4) avaient reçu une instruction coranique. Soixante-cinq patientes (43,05%) des femmes étaient non scolarisées.

Déroulement de l'agression sexuelle

Heure de l'agression

L'agression se déroulait le plus souvent vers 20 heures 15,18% (n=17), 12 heures (n=11) et 17 heures (n=11).

Lieu de l'agression

Quatre sur dix agressions 42% (n=63) se déroulaient au domicile de l'abuseur. La figure 2 illustre la répartition suivant les lieux des agressions.

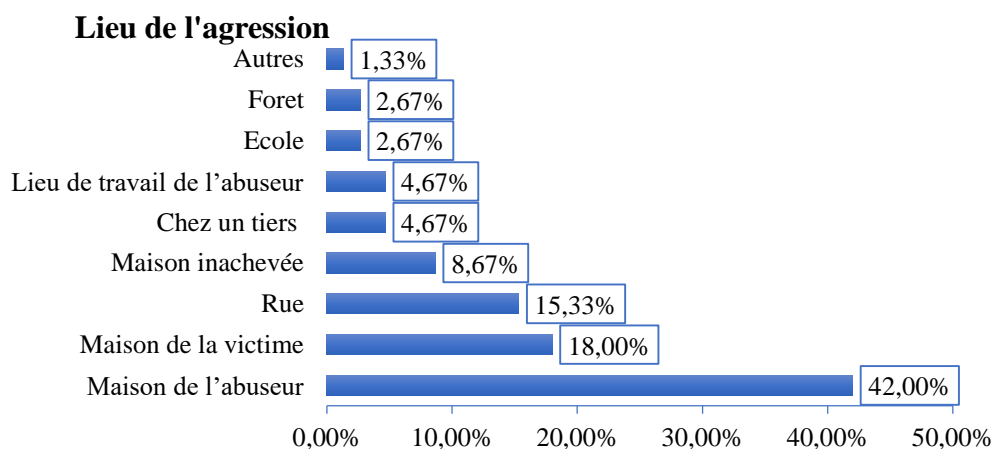


Figure 2 : Répartition des victimes selon les lieux de l'agression (N=150)

Nombres d'agresseurs

Presque la totalité des agressions 91,84% (n=135) était effectuée par un seul agresseur avec des extrêmes de 1 à 4.

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 3)

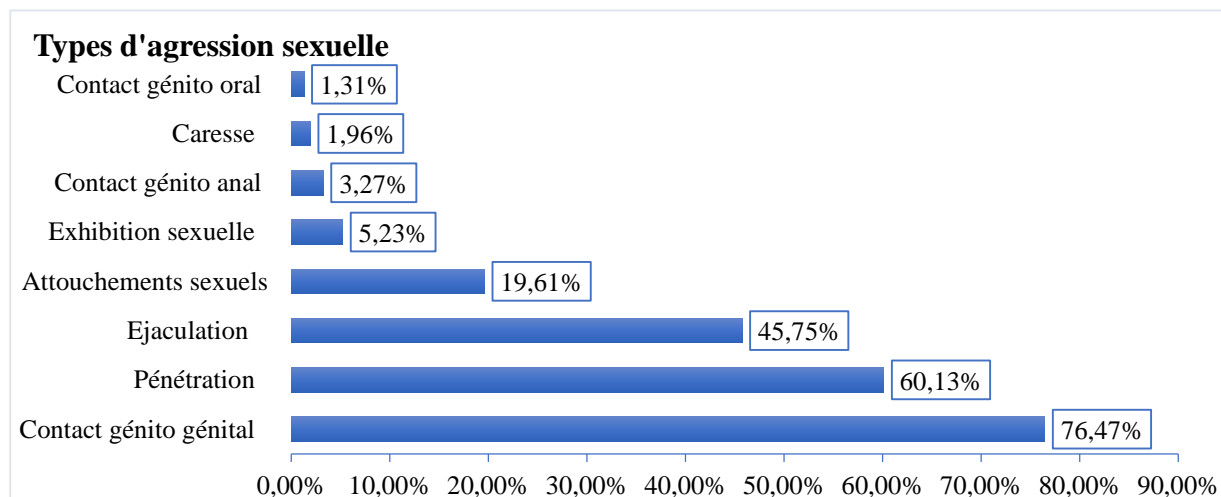


Figure 3 : Répartition des victimes selon les types d'agressions sexuelles (N=153)

Utilisation de préservatif

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

Age de l'agresseur

L'âge de l'agresseur était renseigné chez 21 patientes. Ils appartenaient essentiellement à la tranche d'âge de 20-29 ans (47,62%) avec des extrêmes de 12 et 70 ans.

Prise de douche et toilette intime avant l'examen

Près de la moitié des femmes 48,37% (n=74) avait pris une douche avant l'examen.

Information sur l'agresseur

Lien avec l'agresseur

Le plus souvent, les victimes d'agression sexuelle connaissaient l'agresseur (58,94%). Voir Tableau I

Tableau I: Répartition des victimes selon le lien avec l'agresseur

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

Autres Types de violences subis

Violence physique

Vingt-huit patientes (18,54%) avaient subi des violences physiques tels que le ligotage, le bâillon de la bouche, l'étranglement et la brûlure.

Violences verbales

Trente-trois patientes (21,57%) avaient subi des violences verbales. Les menaces de mort 72,73% (n=24) étaient plus fréquentes et le plus souvent effectués par une arme blanche 42,42% (n=14).

Etat de la victime lors de l'agression

La quasi-totalité des victimes 92,16% (n=141) étaient conscientes et non consentantes. Seules 12 patientes (7,84 %) étaient inconscientes.

Examen clinique

Délai de consultation



Plus de la moitié des victimes 57,43% (n=85) avait consulté au-delà des 48 heures après l'agression, 32,43% avant 24h et 10,14% entre 24h et 48h.

Etat psychologique

Quatre patientes (2,61%) avaient un état psychologique pathologique dont deux (02) malades mentale, un (01) cas de dépression et un (01) cas de mutisme.

Signes de lutte

Au total, 3 patientes (1,96%) 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,

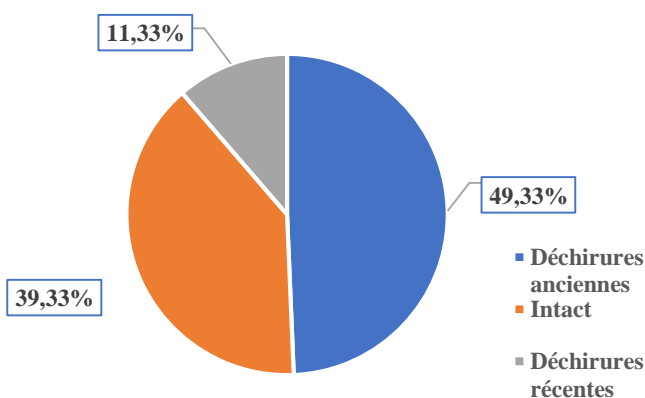


Figure 4 : Répartition des patientes selon l'état de l'hymen à l'examen clinique

Traumatisme génito-anal

Examens complémentaires

Concernant les résultats des examens complémentaires :

- un cas de sérologie VIH (virus de l'immunodéficience humaine) type 1 positive a été enregistré (0,65%)
- 39 cas de prélèvement vaginal (PV) positif (25,49%)
- 3 cas d'ECBU (examen cyto bactériologique des urines) positif (1,96%) avec E COLI qui était retrouvé dans les 2 cas.

- une patiente présentant des empruntes du fil sur la peau et des cicatrices cutanées,

Traumatisme fermé ou ouvert

Une patiente présentait des lésions de brûlures récentes des genoux et des jambes induites par les agresseurs.

Caractères sexuels secondaires

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

Test de la sonde

Presque la totalité des patientes 92,16% (n=141) avaient bénéficié d'un test de la sonde et la moitié des victimes 49,33% (n=74) avaient des déchirures anciennes de l'hymen (Figure 4).

Le quart des patientes 24,18% (n=37) avaient des traumatismes génitaux. Les déchirures vulvo-vaginales étaient majoritaires 70,27 % (n=26) et une patiente présentait une lésion anale.

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 (semaines d'aménorrhée) 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, près de 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.

- 17 cas de PV avec présence de spermatozoïdes (11,11%)
- Aucun cas de positivité n'a été enregistré concernant de la sérologie syphilitique et de l'AgHbs.

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

Tableau II : 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



Prise en charge

Une suture chirurgicale de lésions traumatiques génitales étaient réalisées chez 12 patientes (7,84%). La prescription d'antibiotiques 26,80% (n=41), une prophylaxie HIV 23,53% (n=36) et une

contraception d'urgence prescrite chez 22,22% (n=34) (Figure 5). 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%).

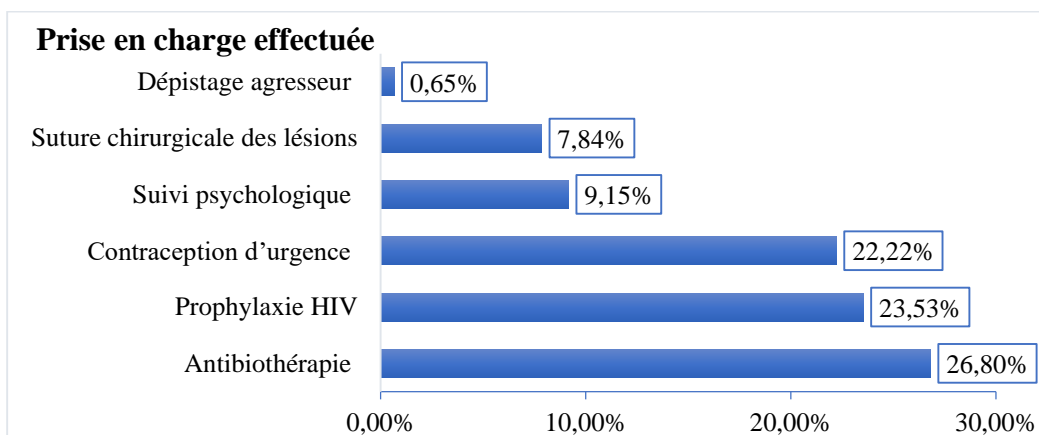


Figure 5 : Répartition des victimes d'agressions sexuelles selon la prise en charge

Aspects juridiques

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

Discussion

Pour les principaux résultats :

Durant la période d'étude nous avons enregistré 153 patientes victimes d'abus sexuels représentant 1,62% des admissions. La moyenne d'âge était de 14,1 ans avec 81,05% de mineurs. 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%). Presque cinq sur dix patientes (49,33%) avaient des déchirures anciennes de l'hymen et 17 victimes (11,11%) avaient contracté une grossesse. Sur le plan biologique, 25,49% des patientes présentaient des infections génitales avec 9,8% d'IST et la présence de spermatozoïdes a été notée chez 17 patientes. La sérologie rétrovirale était positive chez une seule patiente. Nos résultats sont similaires à ceux retrouvés dans la littérature et rentrent dans le cadre des violences basées sur le genre. Selon l'UNICEF [4], environ un tiers (1/3) des femmes et des filles au monde sont susceptibles de subir des violences physiques ou sexuelles au cours de leur vie. L'ONU Femme [5] retrouve la même prévalence dans le monde (840 millions de femmes touchées soit une sur trois) avec des disparités selon les régions et les pays. Les femmes vivant dans les pays à faible revenu, touchés par les conflits ou vulnérables au changement climatique sont les plus affectées.

Concernant les limites de l'étude

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. Cependant, à chaque fois que le besoin se présentait,

les patientes avaient été contactées pour recueillir les données complémentaires et la durée de 32 mois de l'étude dans une maternité de référence de Dakar témoigne de l'homogénéité du type de patiente donnant ainsi de la puissance aux résultats. Les autres études de la sous-région [6-7] présentaient les mêmes limites et Dioussé [8] retrouvait en plus des difficultés de diagnostic biologique de certitude de certains germes d'IST en routine à Thiès.

S'agissant de l'interprétation des résultats

L'incidence des agressions sexuelles (1,62%) était relativement faible dans notre pratique hospitalière comparée à celle rapportée par d'autres auteurs africains. Au Cameroun Mbassa [6] rapportait 15,9% de cas de viol en milieu scolaire. Pitche [9] avait retrouvé un taux de 2% d'abus sexuels sur 1810 patientes. Toutefois, notre taux est plus élevé que celui rapporté par Faye [10] de 0,4% à la clinique gynécologique et obstétricale de l'hôpital Aristide le Dantec. 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) [11]. 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. Dans l'étude de Lèye [12], pour la majorité des interviewés, la société sénégalaise est construite sur la base du «soutoura» qui a comme élément fondamental la pudeur. Cette dernière encourage les victimes à garder dans l'intimité leur souffrance. Selon certains ce «soutoura» permet de «protéger l'enfant», de préserver son avenir et d'éviter une stigmatisation ultérieurement.

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 [10], et de Diallo [13] qui avaient trouvé respectivement une moyenne d'âge de 14 ans et 12,33ans. Il se rapproche aussi de celui retrouvé par Daligand [14] en France qui retrouvait 47% de victimes âgés de moins de 15ans.

Cependant, notre moyenne d'âge n'est pas comparable à celle retrouvée par Sy [15] au service de pédopsychiatrie de Kër Xaleyi qui est très bas (2,29 ans). 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.

Dans notre série, 81,05% des patientes étaient des mineures (n=127). Cissé [7] avait retrouvé un taux plus élevé de mineurs qui représentaient 92,64% des cas d'abus sexuels à Dakar mais Daligand [14] retrouvait 72% de mineurs âgés de 3 à 18 ans. 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.

Une portion importante des victimes (43,05%) était non scolarisée et ayant souvent comme travail l'exercice de petits métiers comme celui de vendeuse ou d'employée de maison les exposent à un abus sexuel [16].

Les agressions se faisaient plus aux heures de la descente de l'école soit 12 heures, 17 heures et 20 heures. 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 [7] qui avait retrouvé un taux de 58,9% d'abus sexuel faits hors du cadre familiale et plus souvent au domicile de l'agresseur (41,8%). Cependant elles s'opposent aux résultats de la série de ME Faye [10] 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 [17] aux États-Unis (80%).

Concernant l'agresseur, son âge moyen de 31 ans se rapproche de celui retrouvé par Acierno [18] aux États-Unis qui rapporte un âge de 25 ans. 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) [16]. La totalité des agresseurs était de sexe masculin et dans la majorité des cas, l'agresseur était unique (91,84%) et 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 [7] et Lèye [19] 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. Cette notion de liens familiaux 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.

Le contact génito-génital (76,47%) était le mode de contact sexuel le plus fréquent avec 60,13% de pénétration. Ce taux se rapproche de celui de Faye [10] au Sénégal et de Mbassa [6] 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.

Pour les 117 cas de contact génito-génital, 11 cas d'utilisation de préservatif étaient notés. Soit 9,40% de contacts protégés contre 90,60% de contacts non protégés. Contrairement à notre étude, Mbassa [6] avait retrouvé un taux de 1,3% de pénétrations non protégées. Ce taux considérable de pénétrations non protégées, devrait faire rechercher systématiquement des spermatozoïdes mais aussi de prévenir les IST et les grossesses non désirées.

Plus de la moitié des victimes (57,43%) avait 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 [14]. 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.

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 avant l'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. L'examen avait retrouvé également 49,33% de lésions hyménales anciennes et 11,33% de déchirures hyménales récentes. Ce constat est comparable aux résultats de Cissé [7], qui avait rapporté 59,9% des lésions hyménales dont les 40% étaient constituées de lésions anciennes. Par contre, en Europe, les lésions récentes sont plus fréquentes. En effet, Daligand [14] et Marsaud [20] retrouvaient respectivement 66% et 60% de lésions hyménales 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 hyménales au bout de 5 à 7 jours.

La présence de grossesse était notée chez 17 patientes (11,11%) avec un terme moyen de 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% ont eu à terme une césarienne pour rétrécissement du bassin, les exposant ainsi aux complications possibles de la cicatrice lors des grossesses et accouchements ultérieurs.

Des examens ont été demandés systématiquement chez toutes les victimes : la sérologie syphilitique, VIH, AgHbs (recherche de l'antigène de surface du virus de l'hépatite b) et Prélèvement vaginal en accord avec les recommandations dans la prise en charge des victimes d'abus sexuels [21].

Nous avons recensé un cas de séropositivité à l'infection VIH (0,65%) chez une fille de 13 ans mais dont l'infection était probablement antérieure à l'agression, car le test avait été effectué quatre jours après l'abus sexuel. Cela pose le problème des agressions sexuelles répétées chez les jeunes victimes. Faye [10] avait trouvé deux cas de séropositivité à l'infection VIH et un cas chez qui l'AgHbs était positif. De nombreux cas d'infection à VIH/sida après un viol ont été rapportés, notamment en Afrique du Sud (78%) selon l'étude de Pitche [9]. Il convient donc d'instaurer dans les 72 heures suivant l'agression sexuelle une prophylaxie antirétrovirale (ARV) 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 chez l'enfant. En effet, Pitche [9] dans sa

méta-analyse estimait que la présence chez l'enfant de certains germes comme *Chlamydiae*, *Trichomonas*, *Gardnerella* et le gonocoque était possiblement 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. Beaucoup de structure ont des difficultés dans la recherche de spermatozoïdes en urgence ; ce n'est pas le cas au CHYMD où cette recherche est possible tous les jours et les résultats disponibles dans l'heure.

Dans notre série, 9,80% des victimes avaient une IST. Ce résultat est comparable à celui de Dioussé [8] qui avait retrouvé 10,2% d'IST à Thiès. Nous avons enregistré une prescription d'antibiotiques chez 26,80% (n=41) victimes tandis que dans la série de Dioussé [8] 19,3% d'antibiothérapie étaient relevées. Notre taux est faible comparé à l'étude de Faye [10] qui retrouvait un taux de 70,6%. 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 [10] qui avait comme molécule de choix la doxycycline.

La préférence devrait se porter plutôt sur des antibiotiques au spectre plus large comme la ceftriaxone et l'azithromycine. Cette antibioprophylaxie standard, vise à prévenir la survenue d'une infection par certains germes sexuellement transmissibles.

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. Ce résultat est comparable à celui de la série dakaroise [7] qui est de 25,5%.

La prophylaxie HIV a été effectuée chez 36 victimes (23,53%) (n=36). Nos résultats sont superposables à ceux de Cissé [7] où 20% des mineures avaient eu une prophylaxie antirétrovirale. La sérologie des agresseurs tout comme celle 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, 9,15% des victimes étaient orientées pour un suivi psychiatrique. Faye [10] 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% [16]. En revanche la prise en charge psychologique est systématique pour les auteurs sud-africains [20] et occidentaux [22], 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. 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 [7] et Diallo [13] qui avaient retrouvé respectivement 46% et 50,6% de poursuite judiciaire. Nous constatons donc que les 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 comme le montre l'étude de Lèye [12].

En analyse globale et concernant les implications pour la pratique et la recherche ; nos résultats montrent que les abus sexuels posent encore un problème majeur de santé publique. Le problème serait identique dans les autres pays de l'Afrique subsaharienne avec des similitudes de considérations culturelles [9]. Cependant le taux d'abus sexuels dans les pays développés reflète plus la réalité du fait de la sensibilisation de la population pour une déclaration des cas, pour une consultation précoce et des poursuites judiciaires [22].

La solution pratique dans notre contexte serait d'informer les enfants par une éducation sexuelle visant à éliminer les tabous, à les rendre plus consciencieux pour augmenter le taux de dénonciation de ces abus sexuels. Il faut aussi assurer la disponibilité d'une prise en charge multidisciplinaire des cas d'abus sexuels dans toutes les structures.

Conclusion

Les abus sexuels sont relativement fréquents au Sénégal. Les victimes sont le plus souvent d'âge jeune. 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. Il convient de rompre le tabou autour de ce problème pour en améliorer le taux de prise en charge.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont participé à la collecte des données et à la prise en charge des victimes. Ils ont tous lu et approuvé la version finale du manuscrit.

REFERENCES

1. **Code de procédure pénale du Sénégal : ministère de la Justice du Sénégal.** [cité 11 déc 2025], Disponible sur: <https://justice.sec.gouv.sn/wp-content/uploads/2020/11/code-procedure-penal.pdf>
2. **Smith DW, Letourneau EJ, Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick HS, Best CL. Delay in disclosure of childhood rape: results from a national survey. Child Abuse Negl. 2000; 24(2): 273-87**
3. **Billette V, Guay S, Marchand A. Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle : synthèse des écrits. Santé Ment Au Qué. 2006 ; 30(2) : 101-20**
4. **UNICEF: Violences et agressions sexuelles des enfants.** [cité 11 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/protection/violences-et-agressions-sexuelles/>
5. **Mettre fin à la violence à l'égard des femmes: ONU Femme.** Disponible sur: <https://www.unwomen.org/fr/articles/faits-et-chiffres/faits-et-chiffres-mettre-fin-a-la-violence-a-legard-des-femmes> [cité 11 déc 2025]
6. **Mbassa Menick D, Nghoh F. Réconciliation et/ou médiation comme voies de recours en cas d'abus sexuels sur mineurs au Cameroun. Médecine tropicale 1999 ; 59(2) : 161-4**
7. **Cisse CT, Niang MM, Sy AK, Faye EHO, Moreau JC. Aspects épidémiocliniques, juridiques et coût de la prise en charge des abus sexuels chez les mineurs à Dakar, Sénégal. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2015 ; 44(9) : 825-31**
8. **Dioussé P, Thiam M, Lawson ATD. Sexually transmitted infections among girls aged 1 to 15 years, presumed victims of sexual abuse in Thies / Senegal: about 98 cases. Our Dermatol Online. 2020; 11(Suppl.1): 7-11**
9. **Pitche P. Abus sexuels d'enfants et infections sexuellement transmissibles en Afrique subsaharienne. Med Trop 2005 ; 65 : 570-574**
10. **Faye Dieme ME, Traore AL, Gueye SMK, Moreira PM, Diouf A, Moreau JC. Profil épidémioclinique et prise en charge des victimes d'abus sexuels à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2008 ; 37(4) : 358-64**



11. 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. [cité 11 déc 2025]. Disponible sur:
https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp05_fre.pdf
12. Leye MM, Sougou NM, Faye A, Seck I, Dia AT. [People's perceptions of violence against women in Senegal.]. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr.* 2019; 31(4): 581-90.
13. Diallo D. Aspects epidemio-cliniques et prise en charge des agressions sexuelles a l'hôpital roi Baudouin de Dakar : à propos de 140 cas. *J SAGO Gynécologie - Obstétrique Santé Reprod.* 2017 18(2) : 17-20
14. Daligand L, Gonin D. Les violences sexuelles. *Andrologie.*1999 ; 9(4) : 519-27
15. Sy O, Fall L, Guèye M. Les abus sexuels à Kër Xaleyi : aspects sociodémographiques et contexte d'interventions. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2011 ; 59(5) : 305-13
16. Jaspard M, Enveff L. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. *Popul Sociétés.* 2001 ; 364(1) : 1-4
17. Tjaden P, Thoennes N. Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence against Women: Findings from the National Violence against Women Survey. *Research in Brief* 1998 Disponible sur:
<https://eric.ed.gov/?id=ED434980>
18. Acierno R, Resnick H, Kilpatrick DG, Saunders B, Best CL. Risk Factors for Rape, Physical Assault, and Posttraumatic Stress Disorder in Women: Examination of Differential Multivariate Relationships. *J Anxiety Disord.* 1999; 13(6): 541-63
19. Leye MMM, Faye A, Wone I, Diedhiou D, Diongue M, Niang K et al. Étude des déterminants de viols chez les mineurs dans la région de Kolda au Sénégal. *Santé Publique.* 2014 ; 26(1) : 131-8
20. Marsaud O. Les viols, plaies des écoles Sud-Africaines. Ed OMS 2001. [cité 11 déc 2025]. Disponible sur:
<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1893225>
21. UNICEF: directives pour la prise en charge des enfants ayant subi des violences sexuelles. [cité 11 déc 2025]. Disponible sur:
https://www.unicef.org/media/155431/file/CCS%20Guidelines_FR%20Final.pdf.pdf
22. Lejeune J. Caractéristiques médico-légales de l'examen gynécologique normal comparé à celui de victimes d'agression sexuelle. *UHP - Université Henri Poincaré;* 2011 [cité 11 déc 2025]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734177>