



Article Original

Aspects Épidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques des Agressions Sexuelles chez les Enfants et Adolescentes à l'Hôpital Central de Yaoundé

Epidemiological, clinical and therapeutic aspects of child and adolescent sexual abuse in Yaoundé

^{1,2}Ngo Um Meka Esther*, ¹Nembe Tendi Léon, ^{1,3}Essiben Félix, ⁴Batoum Veronique, ¹Ofakem Ingrid, ^{1,3}Mbu Robinson Enow

¹Département de gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1

²Hopital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé

³Hopital Central de Yaoundé

⁴Centre des Urgences de Yaoundé

*Correspondant : Ngo Um Meka Esther
E-mail : estherum@yahoo.fr

Mots clés : agression sexuelle, enfants et adolescentes, lésions génitales, prophylaxie ARV, Yaoundé

Keywords: sexual assault, children and adolescents, genital lesions ARV prophylaxis, Yaoundé

ABSTRACT

Introduction. Sexual assault is a public health problem. It has a profound impact on the health of victims. The objective of our study was to assess the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of child and adolescent sexual abuse in Yaoundé. **Methodology.** We conducted a descriptive cross-sectional study from October 1, 2018 to July 31, 2019, in the gynecology-obstetrics department of Yaoundé Central Hospital. **Results.** We recorded 47 patients aged 2-18 with an average age of 10.5 years. Primary school students were mostly represented (53.2%, 25/47). The aggression occurred mainly in known places (65.9%, 31/47), during the day (74.5%; 35/47) and by known persons (70.2%). Verbal threat was the most used form of coercion (57.4%, 27/47). The sexual assault consisted mainly of vaginal penetration (85.1%; 40/47). Half of the patients (51.2%; 24/47) had come to the clinic within 24 hours of the attack. Genital lesions dominated the clinical presentation (68%; 32/47). Among our patients, (72.3%; 34/47) were on ARV prophylaxis and 34% (16/47) had received emergency contraception, no cases of pregnancy or seroconversion to HIV had been observed during the follow-up. **Conclusion.** Sexual assaults on children and adolescents are perpetrated by people known by the victims, in familiar places during the day. They consist mainly of vaginal penetrations and touching with the presence of genital lesions.

RÉSUMÉ

Introduction. L'agression sexuelle est un problème de santé publique. Elle a de profondes répercussions sur la santé des victimes. L'objectif de notre étude était d'évaluer les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des agressions sexuelles chez les enfants et adolescentes à Yaoundé. **Méthodologie.** Nous avons mené une étude transversale descriptive du 1^{er} octobre 2018 au 31 juillet 2019, dans le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Central de Yaoundé. **Résultats.** Nous avons enregistré 47 patientes âgées de 2 à 18 ans avec un âge moyen de 10,5 ans. Les élèves du primaire étaient les plus représentées (53,2% ; 25/47). L'agression s'est principalement déroulée dans des endroits connus (65,9% ; 31/47), pendant la journée (74,5% ; 35/47) et par des personnes connues (70,2% ; 33/47). La menace verbale a été la forme de coercition la plus utilisée (57,4% ; 27/47). Les agressions sexuelles étaient essentiellement des pénétrations vaginales (85,1% ; 40/47). 24 patientes (51,2%) sont venues en consultation dans les 24 premières heures suivant l'agression. Les lésions génitales dominaient la présentation clinique (68% ; 32/47). Parmi les patientes, 72,3% (34/47) ont été mises sous prophylaxie ARV et 34% (16/47) ont bénéficié d'une contraception d'urgence. Aucun cas de grossesse ni de séroconversion au VIH n'a été observé au cours du suivi. **Conclusion.** Les agressions sexuelles sur les enfants et les adolescentes sont généralement perpétrées par des personnes connues des victimes, dans des endroits familiaux, en journée. Il s'agit en règle de pénétrations vaginales et d'attouchements avec présence de lésions génitales.

INTRODUCTION

« Le corps des femmes est devenu un véritable champ de bataille, et le viol est utilisé comme une arme de guerre [4] » déclarait en 2014 devant le parlement européen, le Dr Denis Mukwege, prix Nobel de la paix 2018. L'agression sexuelle est un véritable problème de santé publique rencontré dans toutes les sociétés

humaines. Les femmes sont particulièrement exposées. Ainsi, les enfants et les adolescentes du genre féminin constituent les cibles les plus vulnérables, et accessibles. Certaines circonstances favorisant sont évoquées, comme l'horaire nocturne des agressions, la proximité de la victime avec l'agresseur [1,2]. Ces agressions

sexuelles ont de profondes répercussions à court et long termes sur la santé physique des victimes. Elles peuvent causer des blessures corporelles allant de contusions superficielles à une invalidité permanente, provoquer des problèmes de santé sexuelle et reproductive ou être à l'origine de maladies sexuellement transmissibles ou de grossesses non désirées[5]. Ainsi au Togo, les auteurs retrouvent 2,4% de séroconversion au VIH et 2,14% de grossesses induites [6]. Les conséquences pour la santé mentale sont tout aussi graves et peuvent produire des effets négatifs durables, y compris des dépressions, des tentatives de suicide et un état de Stress Post-Traumatique [5].

Au Cameroun, depuis l'étude de Mbassa et al. en 2003, qui évaluait la séroconversion au VIH à 33,8% chez les enfants victimes d'abus sexuel, aucune autre étude n'apporte des données récentes sur le sujet [3]. Ainsi, notre étude vise à décrire les aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique des agressions sexuelles chez l'enfant et l'adolescente et d'évaluer les conséquences à court terme quant à la survenue des grossesses non désirées et la séroconversion au VIH chez ces patientes.

MÉTHODOLOGIE

Nous avons mené une étude transversale descriptive, avec collecte prospective des données, à l'Hôpital Central de Yaoundé. Elle s'est déroulée sur 11 mois, du 1^{er} octobre 2018 jusqu'au 31 juillet 2019.

La population d'étude était constituée de toutes les patientes, enfants et adolescentes, reçues dans notre site de recrutement pour agression sexuelle durant la période susmentionnée, et ayant donné leur consentement éclairé ou l'assentiment de leur parent. L'échantillonnage consécutif et exhaustif.

La taille de l'échantillon a été calculée avec la formule de Lorentz, en utilisant la prévalence des agressions sexuelles chez les enfants et adolescents au Mali. Ce qui a donné une taille minimum de 46 sujets.

Les variables analysées étaient quantitatives et qualitatives et concernaient:

Les Caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'étude, lieu de résidence de la patiente, lieu de l'agression, l'horaire de l'agression). les circonstances de l'agression (nombre d'agresseur, identité de l'agresseur, activité menée pendant l'agression, type de menace subie, type de violence physique subie, l'utilisation du préservatif, le type d'acte sexuel subi), les données de l'examen clinique (antécédent de rapport sexuel, délai de consultation après l'agression, le motif de consultation, état de la patiente à l'arrivée, le type de lésion génitale objectivée, la topographie des lésions génitales et des autres lésions corporelles associées), (la thérapeutique reçue après l'agression : test VIH, résultat du test VIH, administration des ARV, administration d'une contraception d'urgence, type de contraception d'urgence utilisée, administration d'antibiotique, suture des déchirures, bain de siège, test VIH à 1 et 3 mois, test de grossesse à 1 mois).

Après l'obtention des autorisations administratives ainsi que l'approbation du comité éthique, nous avons procédé au recueil de données grâce à une fiche technique conçue

à cet effet. Les données recueillies étaient confidentielles, ceci par l'attribution des codes et la sécurisation des fiches techniques dès le début de l'étude. Après la mise sous traitement contenu dans le Kit disponible dans le service (antibiotiques, ARV, contraception d'urgence, suture des lésions éventuelles, bain de siège), un rendez-vous était fixé un mois plus tard pour la vérification de la sérologie VIH et le test de grossesse chez les patientes, puis un autre rendez-vous à trois mois pour la vérification de la sérologie VIH. Les tests de VIH utilisés étaient des tests de diagnostic rapide, de type Détermine. Les tests urinaires de détection de l'hormone chorionique gonadotrophique étaient utilisés pour le diagnostic de grossesse.

Les données recueillies ont été analysées grâce aux logiciels CPro version 7.1, SPSS version 25.0 et logiciel Microsoft Office Excel 2013. Les variables quantitatives ont été décrites par les moyennes et l'écart type ; tandis que les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les fréquences.

Nous avons respecté les principes fondamentaux de la recherche médicale et les résultats de cette étude ne seront exploités uniquement que dans le cadre de la recherche.

RÉSULTATS

Au cours de cette étude, nous avons suivi 47 enfants et adolescentes victimes d'agression sexuelle et reçues dans le service.

Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

Toutes les patientes étaient de sexe féminin. Elles étaient âgées de 2 à 18 ans. La moyenne d'âge était de 10,5 ans. Le tableau ci-après présente les caractéristiques sociodémographiques de notre population d'étude.

Tableau 1: caractéristiques sociodémographiques (N= 47)

Variables	N = 47	%
Age (année)		
[0 – 5 [	6	12,8
[5 – 10 [	15	31,9
[10 – 15 [	14	29,7
[15 – 20 [	12	25,6
Sexe Féminin	47	100
Niveau d'étude		
Primaire	25	53,2
Secondaire	17	36,2
Universitaire	2	4,3
Aucun	3	6,4
Religion		
Catholique	36	76,6
Protestant	9	19,1
Musulman	2	4,3
Type de famille		
Monoparentale	17	36,2
Biparentale	22	46,8
Tuteur	8	17

Circonstances de survenue des agressions

Les patientes ont été principalement agressées sexuellement dans des endroits familiaux comme la maison familiale, 14/47(29,8%), en journée, et dans la brousaille soit pendant les promenades 10/47(21,3), soit

lors de commissions familiales 9/47(19,1%). Ces données sont résumées dans le tableau II.

Tableau II: Circonstances de survenue des agressions (N = 47)

Variables	Effectifs	%
Lieu de l'agression		
Maison familiale	14	29,8
Maison du voisin	12	25,5
Ecole	5	10,6
Broussaille	9	19,1
Maison en construction	4	8,5
Rue obscure	3	6,4
Horaire de l'agression		
[6 – 19h[	35	74,5
[19 – 6h[	12	25,5
Activités menées pendant l'agression		
Retour de l'école	6	12,8
Promenade solitaire	10	21,3
Commerce ambulant	3	6,4
Jeu au quartier	4	8,5
commission familiale	9	19,1
Tâche ménagère	12	25,5
Autres	3	6,4

Les patientes ont été agressées sexuellement dans la majorité des cas (70,2%) par des personnes connues notamment un membre familial, un voisin ou encore un camarade de classe. La majorité des agressions sexuelles (44/47) était perpétrée par un seul agresseur soit 93,6%. Le tableau ci-dessous décrit l'identité des agresseurs sexuels dans notre étude.

Caractéristiques des agresseurs et formes de coercition

Tableau I: caractéristiques des agresseurs (N=47)

Variables	N	%
Identité de l'agresseur		
Membre familial	12	25,5
Voisin	13	27,7
Ami	1	2,1
Connaissance familiale	1	2,1
Camarade	6	12,8
Inconnue	14	29,8
Nombre d'agresseur		
Un	44	93,6
Deux	3	6,4

Trois formes de coercition ont été majoritairement utilisées par les agresseurs sexuels. La contrainte verbale a été utilisée dans plus de la moitié des cas soit 27/47 (57,4%), suivie des violences physiques par gifle ou étranglement (12/47) soit 25,5% et de la menace au couteau 5/47 (10,6%).

La pénétration vaginale est la principale forme d'acte sexuelle rapportée par les patientes soit (40/47) 85,1%. Les patientes déclarent la non utilisation du préservatif par leurs agresseurs dans 39/47 soit 83%.

La majorité des patientes 41/47 (87,2%) a fait appel à l'aide après l'agression sexuelle. Les parents ou les tuteurs étaient les principales personnes alertées après l'agression sexuelle soit 38/47 (80,9%). Trois-quarts (33/47) de nos patientes sont venus en consultation dans

les 48 premières heures après l'agression sexuelle. La moitié des patientes était amenée par le parent ou le tuteur pour expertise médicale. Neuf patientes soit 19,1% avaient déjà eu une expérience sexuelle avant l'agression

Lésions génitales

Une lésion génitale a été objectivée chez 68,1% de nos patientes. Ces lésions génitales étaient dominées par les déchirures. Celles-ci siégeaient préférentiellement au niveau de l'hymen et périneo-vaginale. Les éraillures représentaient la deuxième lésion génitale. Elles siégeaient majoritairement au niveau de la fourchette postérieure. Le tableau ci-dessous décrit les lésions génitales observées dans notre étude.

Tableau IV: description des lésions génitales des patientes (N = 47)

Variables	Effectifs	%
Présence d'une lésion génitale		
Oui	32	68,1
Non	15	31,9
Types de lésions génitales		
Déchirure	16	34
Erythème	2	4,3
Eraillure	9	19,1
Déchirure-Eraillure	3	6,4
Déchirure-Erythème	2	4,3
Aucune	15	31,9
Topographies des déchirures		
Hymen	14	29,8
Périneo-vaginale	7	14,9
Aucune	26	55,3
Topographies des éraillures		
Fourchette postérieure	9	19,1
Marge anale	2	4,3
Petites lèvres	1	2,1
Aucune	35	74,5
Topographies des érythèmes		
Fourchette postérieure	1	2,1
Grandes lèvres	2	4,3
Petites lèvres	1	2,1
Aucune	43	91,5

La sérologie VIH était négative chez toutes les patientes le jour de leur réception. Les anti-retro viraux ont été prescrits à 34 patientes (72,3%). Une contraception d'urgence type pilule du lendemain a été administrée à 16 patientes soit 34%. La majorité de nos patientes (38/47)80,9% avait reçu une antibioprophyllaxie. Le test du VIH a été fait chez 44/47 (93,6%) à un mois et 32 (68,1%) à trois mois. Aucun cas de séroconversion n'a été diagnostiqué. Pour le test de grossesse, vingt patientes soit 42,6% l'avaient réalisé un mois après l'agression sexuelle et il était négatif

DISCUSSION

La moyenne d'âge dans notre population d'étude était de 10,5 ans avec des extrêmes allant de 2 à 18 ans. Nos résultats sont comparables à ceux d'Adama et al au Togo qui trouvaient une moyenne d'âge de 12 ans dans leur étude [6]. Au Cameroun en 2003, Mbassa et al trouvaient également une moyenne d'âge jeune à 11,6 ans[3]. En effet, les enfants de par leur immaturité, leur

naïveté et leur faiblesse physique n'arrivent pas souvent à se défendre des agresseurs[23,24].

La quasi-totalité de nos patientes (44) soit 93,6% étaient scolarisées. Le niveau primaire était le plus représenté à 53,2%. Nos résultats semblent similaires à ceux d'Akila et al au Togo en 2018 qui retrouvaient un taux de scolarisation de 82%[11]. Le niveau primaire était le plus représenté à 60%. Notre résultat est différent de celui de Mbassa et al au Cameroun en 2003 qui retrouvaient un taux de scolarisation de 47,4% et un taux de déscolarisation à 35,5% malgré l'âge scolaires de leurs patients[3]. Cette différence peut s'expliquer par les politiques mises en œuvre ces dernières années d'une part pour la promotion de la scolarisation de la jeune fille et d'autre part par la gratuité de l'école primaire depuis plusieurs années.

Nos patientes vivaient au contact d'au moins un parent dans 83% des cas. Notre résultat est différent du constat fait par Jossé Evelyne qui trouvait que les enfants ne bénéficiaient pas de la protection directe d'un parent (comme les enfants de la rue, ceux placés en famille d'accueil ou les enfants soldats) étaient plus exposés aux agressions sexuelles[10].

Nos patientes vivaient majoritairement dans les quartiers urbains de Yaoundé soit 91,5%. Nos résultats sont différents de ceux d'Adama et al au CHU de Tokoin de Lomé qui retrouvaient une majorité des agressions sexuelles provenant des périphéries de Lomé[6]. Cette différence s'explique par le fait que cet hôpital de Lomé est considéré comme le seul centre public de référence des agressions sexuelles chez les sujets féminins à Lomé et ses périphéries.

Les patientes ont été principalement agressées sexuellement dans des endroits familiers comme la maison familiale, la maison du voisin ou encore l'école dans 65,9% des cas. Dans sa série Akila et al retrouvent que le lieu de l'agression est connu de la victime dans 83,6% des cas[11]. Adama et al retrouvaient également que ce lieu est connu de la victime dans 94,9% des cas[6]. Ces résultats montrent bien les agressions sexuelles ont plus lieu dans le cadre de vie quotidien des victimes.

Dans notre étude, la plupart des agressions sexuelles se sont déroulées en journée soit 74,5% des cas au cours des tâches ménagères, les commissions familiales, les promenades solitaires et les retours de l'école. Nos résultats se rapprochent de ceux de Mamadou Makhtar et al qui trouvent que plus de la moitié des victimes de leur série était agressée pendant la journée soit 53,4% des cas dans une population jeune âgée de 4-17 ans comme la nôtre[25]. Par contre d'auteurs comme Adama et al au Togo et Foumane et al au Cameroun retrouvent la nuit comme principal horaire des agressions sexuelles avec respectivement 51,8%[6] et 59,9%[2] des cas. Cette différence peut s'expliquer par le fait que la population est majoritairement adulte dans ces études donc capables de mener des activités nocturnes. Les agressions sexuelles ont majoritairement été accomplies par des personnes proches de la victime dans 70,2% des cas notamment un membre de la famille, un voisin, un camarade de classe ou une connaissance de la famille.

Nos résultats se rapprochent de ceux d'Adama et al et Mamadou et al qui retrouvent que la patiente connaissait son agresseur respectivement dans 66%[6] et 84,4%[25] des cas. Par contre Foumane et al retrouvent que l'identité de l'agresseur n'est pas connue dans 67,2% des cas[2]. L'agresseur a agi en solitaire dans 93,6% des cas de notre série et en duo dans 6,4% des cas. Nos résultats se rapprochent de ceux des autres auteurs. En effet, Akila et al. retrouvaient la notion d'un seul agresseur dans 88% des cas[11], tandis que Adama et al. retrouvaient un seul agresseur dans 96,5% des cas[6].

La menace verbale a été la plus utilisée comme forme de coercition. Elle était présente dans 57,4% des cas suivie par la violence physique à type de gifle ou étranglement dans 25,5% des cas et l'utilisation des armes blanches comme le couteau dans 10,6% des cas. Nos résultats sont différents de ceux de Traoré et al qui retrouvaient une prédominance des agressions par violence physique et par arme blanche. Nos résultats sont différents de ceux de Traoré et al qui retrouvaient une prédominance des violences physiques et l'utilisation des armes blanches dans 40,82% des cas chacun[1]. Cette différence peut s'expliquer par l'âge adulte des victimes de leur série, nécessitant de grands efforts pour les agresseurs contrairement à notre population jeune.

Les différentes formes d'agression sexuelle dans notre série étaient dominées par les pénétrations vaginales (85,1%) et les attouchements (18,8%). Nos résultats sont semblables à d'autres auteurs Mbassa et al qui retrouvent la pénétration vaginale et les attouchements dans respectivement 84,2% et 15,8%[3] des cas tandis que Traoré et al retrouvent 80,52% de pénétration vaginale et 19,48% d'attouchements sexuels[1]. L'utilisation du préservatif par l'agresseur a été rapportée par 4 patientes dans notre série soit 8,5% des cas. Ce faible taux d'utilisation du préservatif est également retrouvé par Akila et al avec 7,5%[11] et Adama et al avec 4,3%[6]. Dans notre série, la majorité des victimes (84,2%) avait fait appel à l'aide après l'agression sexuelle. Les parents ou les tuteurs ont constitué le premier recours dans 80,9% des cas. Nos résultats sont différents de ceux d'Akila et al. En effet, ils retrouvaient que la victime avait informé un proche immédiat dans 56,7% [11]. Cette différence peut se traduire par le jeune âge de notre échantillon qui considère le parent comme premier recours.

Plus de la moitié de nos patientes (51,1%) ont consulté tôt dans les 24 premières heures après l'agression sexuelle. Notre résultat est différent de celui d'Akila et al (10,4%)[11]. Cette différence peut s'expliquer par les réalités socio culturelles de la société togolaise où l'agression sexuelle est encore considérée comme un déshonneur et on préfère laver le linge sale en famille à l'insu des autres regards. Les patientes de notre étude ont été principalement amenées en consultation par un parent dans 51,1%. Ce résultat se rapproche de celui d'Adama et al qui retrouvent ce motif de consultation dans 52,9% [6]. Les antécédents de rapports sexuels avant l'agression ont été retrouvés dans 19,1% des cas de notre série. Ce résultat est différent de celui de Traoré et al au Mali qui retrouvaient une proportion de 60,3% dans leur étude[1].

Ceci peut s'expliquer par l'âge jeune de notre population avec des extrêmes de 2-18 ans pour une moyenne de 10,5 ans contrairement à eux où les extrêmes étaient de 2-56 ans pour une moyenne de 16ans.

Une lésion génitale a été objectivée dans chez 68,1% de nos patientes. Les déchirures étaient plus fréquentes avec 34% des cas. Nos résultats se rapprochent de ceux de Traoré et al qui retrouvaient également les déchirures comme lésion génitale la plus fréquente avec 23,6% des cas[1].

Toutes nos patientes ont bénéficié de la réalisation d'un test de VIH le jour de leur consultation. Celles ayant réalisé des contrôles à un et trois mois étaient également toutes séronégatives. Nos résultats sont différents de ceux de Mbassa et al qui retrouvaient un taux de séroconversion au VIH de 33,8% en 2003 à Douala[3]. Cette différence pourrait s'expliquer d'une part par la précocité des consultations et la gratuité des ARV dans notre série. Un tiers de nos patientes (34%) avaient bénéficié d'une contraception d'urgence avec du Lévonorgestrel et aucun cas de grossesse n'a été objectivé par le test de grossesse un mois plus tard. Nos résultats sont différents de ceux d'Adama et al qui retrouvaient un taux d'utilisation du Lévonorgestrel dans 1,6% des cas et un taux de grossesse induite de 2,14% dans leur série[6]. Cette différence pourrait s'expliquer par le délai de consultation tardif avec une moyenne au 13^{ème} jour dans leur série

Conclusion

Les agressions sexuelles sur les enfants et les adolescentes sont fréquentes à Yaoundé.

Elles ont été perpétrées par des personnes connues de la victime et dans des endroits familiers à la victime surtout en journée dans la majorité des cas.

Elles ont consisté principalement aux pénétrations vaginales et aux attouchements.

Les patientes ont été amenées en consultation majoritairement par leurs parents dans un délai précoce.

Une lésion génitale était présente chez deux-tiers de nos patientes. Celles-ci étaient principalement les déchirures de l'hymen et les éraillures de la fourchette postérieure.

Les mesures prophylactiques ont consisté en la prise des ARV, les antibiotiques et un contraceptif d'urgence. Aucun cas de grossesse non désirée ni de séroconversion au VIH n'a été observé.

RÉFÉRENCES

1. Traore Y, Mounkoro N, Teguede I, Djire MY, Diallo A, Bagayogo M, et al. Aspects cliniques et medico-legaux des agressions sexuelles au CHU gabriel toure. *Mali Med.* 2010;25(3).
2. Foumane P, Dohbit JS, Monebenimp F, Natolga B, Meka ENU, Mboudou ET. Clinical Study of Rape against Females at the Yaounde; Gyneco-Obstetric and Pediatric Hospital, Cameroun. *Adv Sex Med.* 2014;04(02):11-6.
3. Menick DM, Ngoh F. Sero-prevalence de l'infection a VIH chez les enfants victimes d'abus sexuels au Cameroun. *Med Trop.* 2003;63(2):155-8.
4. RDC : le discours de Denis Mukwege, prix Sakharov 2014, devant le Parlement européen. *JeuneAfrique.com.* 2014. Disponible sur: <https://www.jeuneafrique.com/39797/politique/rdc-le-discours-de-denis-mukwege-prix-sakharov-2014-devant-le-parlement-europ-en/>
5. OMS. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes: conséquences sur la santé. Genève, Organisation Mondiale de la Santé. 2012; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/86256>

6. Adama-Hondégla AB, Aboubakari A-S, Fiagnon K, N'kamga-Tchocote AR, Akpadza K. Aspects épidémiocliniques et prise en charge des agressions sexuelles chez les sujets de sexe féminin à Lomé. *Afr J Reprod Hlt.* 2013;17(1):67-72.
7. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R., Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, Organisation Mondiale de la Santé. 2002;
8. OMS. Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes: premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur le plan sanitaire et les réactions des femmes: rapport succinct. Genève, Organisation Mondiale de la Santé. 2005;
9. Speizer IS, Goodwin M, Whittle L, Clyde M, Rogers J. Dimensions of child sexual abuse before age 15 in three Central American countries: Honduras, El Salvador, and Guatemala. *Child Abuse & Neglect.* 2008;32(4):455-462.
10. JOSSE E. Les violences sexuelles : Définitions d'un concept multiforme | *EMDR Revue – Théorie et clinique thérapeutiques.* Disponible sur: <http://emdrrevue.com/non-classe/les-violences-sexuelles-definition-d-un-concept-multiforme/>
11. Bassowa A, Keteve AA, Fiagnon K, Ajavon D, Douaguibe B, Aboubakari A-S, et al. Viol Des Mineurs De 10 A 15 Ans Recus Au CHU De Lome. *ESJ.* 2018;14(23):73.
12. OMS. Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes: intervenir et produire des données. Genève, Organisation Mondiale de la Santé Organisation mondiale de la Santé. 2012;
13. OMS. Gestion clinique des victimes de viol: développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays. Genève, Organisation Mondiale de la Santé Organisation mondiale de la Santé. 2005;
14. Chariot P. Prise en charge d'une victime de viol: médecine légale.
15. Collart P. L'abus sexuel: discussion de la définition, éléments de diagnostic et de prévention. *Service Social.* 2017;63(1):29.
16. Josse E. Déceler les violences sexuelles faites aux enfants. 2007.
17. Dieme MF, Traore AL, Gueye SMK, Moreira PM, Diouf A, Moreau J-C. Profil épidémioclinique et prise en charge des victimes d'abus sexuels à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar. *J Gynéco Obstét Biol Reprod.* 2008;37(4):358-364.
18. Labat JJ. Abus sexuels et pathologie fonctionnelle pelvipérinéale. *ConStat.* 1996;3:10-3.
19. Nathanson M, Guettier B. Comment reconnaître une maltraitance sexuelle récente chez l'enfant de 3 ans à la puberté? Conséquences des maltraitements sexuels, reconnaître, soigner, prévenir Paris: John Libbey Eurotext. 2004;73-82.
20. Lopez G, Sabouraud-Seguín A. *Psychothérapie des victimes.* Paris, Dunod. 1998;
21. OMS. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Genève, Organisation Mondiale de la Santé Organisation mondiale de la Santé. 2003;
22. Brabin L, Chandra-Mouli V, Ferguson J, Ndowa F. Tailoring clinical management practices to meet the special needs of adolescents: sexually transmitted infections. *Int J Gyneco Obstet.* 2001;75(2):123-136.
23. Ruto SJ. Sexual abuse of school age children: Evidence from Kenya. *J Int Coop Educ.* 2009;12(1):177-192.
24. Tyler KA. Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior.* nov 2002;7(6):567-89.
25. 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. *Sante Publique.* 2014;26(1):131-138.