

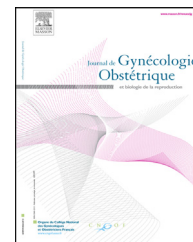


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Aspects épidémiocliniques, juridiques et coût de la prise en charge des abus sexuels chez les mineurs à Dakar, Sénégal



Epidemioclinical and legal aspects and cost management of sexual abuse among minors in Dakar, Senegal

C.T. Cisse^{a,*}, M.M. Niang^a, A.K. Sy^a, E.H.O. Faye^b,
J.-C. Moreau^c

^a Service de gynécologie–obstétrique, hôpital institut d'hygiène sociale, Dakar, Sénégal

^b Ministère de la santé et de l'action sociale du Sénégal, Dakar, Sénégal

^c Service de gynécologie–obstétrique, hôpital Aristide-Le Dantec, Dakar, Sénégal

Reçu le 9 juillet 2014 ; avis du comité de lecture le 22 juillet 2014 ; définitivement accepté le 10 octobre 2014
Disponible sur Internet le 25 février 2015

MOTS CLÉS

Abus sexuels ;
Mineurs ;
Poursuite judiciaire ;
Coût ;
Dakar ;
Sénégal

Résumé

Objectifs. – Préciser les aspects épidémiocliniques et juridiques des abus sexuels chez les mineurs et évaluer le coût de la prise en charge à Dakar.

Matériel et méthodes. – Il s'agit d'une étude transversale rétrospective multicentrique sur les abus sexuels chez les mineurs sur une période de 4 ans allant du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2009. Quatre maternités étaient ciblées, l'Institut d'hygiène sociale de la Médina, le centre de santé Roi-Baudouin de Guédiawaye, l'hôpital Pikine de Thiaroye et le centre de santé Youssou-Mbargane-Diop de Rufisque.

Résultats. – Durant la période d'étude, 252 mineurs victimes d'abus sexuels ont été pris en charge au niveau des quatre structures sanitaires sur un total de 272 abus sexuels tout âge confondu, soit une fréquence de 92,64 %. Le profil épidémiologique de nos patientes était celui d'un enfant âgé en moyenne de 11 ans, de sexe féminin (100 %) et résidant en banlieue dakaroise (68,1 %). Dans notre série, les enfants étaient le plus souvent abusés aux heures ouvrables (31,7 %), en dehors du cadre familial, par une personne souvent connue de la victime (72,6 %). Le contact génito-génital était la modalité de contact sexuel la plus fréquente (80,9 %) avec une pénétration vaginale dans 61 % des cas. Dans notre série, la quasi-totalité des victimes (92,1 %) était venue consulter, accompagnée de leurs parents, entre le 1^{er} et le 4^e jour après l'abus sexuel (70 %). L'examen révélait le plus souvent un traumatisme hyménéal (59,9 %), dont près de

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : ct.cisse@hotmail.fr (C.T. Cisse), mansniang@hotmail.com (M.M. Niang).

la moitié (49 %) était constituée de lésions anciennes. Au total, 56,9 % des victimes présentaient un choc post-traumatique et 31,1 %, un mutisme. Nous avons enregistré six (6) grossesses soit 2 % de notre échantillon. Un cas d'infection à VIH était enregistré sur un prélèvement réalisé 72 heures après l'abus sexuel. Le contrôle de la sérologie VIH à trois mois n'a été demandé que dans 7,1 % des cas et seuls 20 % des enfants avaient bénéficié d'une prophylaxie antirétrovirale. L'antibioprophylaxie n'avait été réalisée que dans 13,7 % des cas avec comme molécule de choix la doxycycline (75 %). Seules 29 % de nos patientes avaient bénéficié d'une contraception d'urgence à base de progestatifs et la prise en charge psychologique ne concernait que 22 % des enfants. Concernant les aspects juridiques, 46 % de nos patientes avaient déposé une plainte. Les poursuites judiciaires étaient de 38 % dont 45 % de condamnation et 21 % d'acquiescement. Le taux de règlement à l'amiable était de 35 % et le délai de règlement par la justice était en moyenne de 6 mois avec des extrêmes d'un mois et de 24 mois. Le coût moyen de la prise en charge était estimé à 17 010 FCFA (26 euros) en tenant compte des consommables utilisés pour l'examen clinique (gants stériles, sonde urinaire, seringue), des analyses et des médicaments prescrits.

Conclusion. – Les abus sexuels chez les mineurs constituent une réalité troublante qui soulève, à juste titre, une réprobation universelle. Au Sénégal, ce phénomène concerne surtout les mineurs et son ampleur ne cesse d'augmenter au fil des années. L'amélioration de la prise en charge des victimes passe nécessairement par la sensibilisation des populations par le biais des médias et la mise en place de structures spécialisées dans la prise en charge des abus sexuels.
© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Sexual abuse;
Minors;
Judicial prosecution;
Cost of care;
Dakar;
Senegal

Summary

Objectives. – Specify epidemioclinical and legal aspects of sexual abuse among minors and evaluate the cost of care in Dakar.

Materials and methods. – This is a retrospective multicenter cross-sectional study on sexual abuse among minors over a period of four years from 1st January 2006 to 31st December 2009. Four maternities were targeted: the Social Hygiene Institute of Medina, health center Roi-Baudouin Guédiawaye, the Pikine hospital and health center Youssou-Mbargane-Diop of Rufisque.

Results. – During the study period, 252 child victims of sexual abuse were supported at four health facilities on a total of 272 sexual abuses of all ages, a frequency of 92.64%. The epidemiological profile of our patients was a child of 11 years old on average, female (100%) and living in the suburbs of Dakar (68.1%). Children were often abused during working hours (31.7%), outside the family environment and often by someone known to the victim (72.6%). Genito-genital contact was the most common mode of sexual contact (80.9%) with vaginal penetration in 61% of cases. Almost all of the victims (92.1%) came to consult, accompanied by their parents, between the 1st and 4th day after the sexual abuse (70%). The examination usually revealed a hymenal trauma (59.9%) of which nearly half (49%) consisted of old lesions. 56.9% of victims had a post-traumatic stress disorder and 31.1%, mutism. We recorded six (6) pregnancies, 2% of our sample. A case of HIV infection was recorded on a sample taken 72 hours after sexual abuse. Control of three months HIV serology was requested in 7.1% of cases and only 20% of children had received antiretroviral prophylaxis. Antibiotic prophylaxis had been performed in 13.7% of cases using doxycycline as drug of choice (75%). Only 29% of our patients had received emergency contraception progestin and psychological care concerned only 22% of children. On the legal aspects, 46% of our patients had filed a complaint. Prosecutions were 38%, 45% of which were convicted and 21% were acquitted. The rate of out-of-court settlement was 35% and the time limit for settlement by the justice was on average 6 months with extremes of one month and 24 months. The average cost of care was estimated at 17,010 CFA francs (26 euros) taking into account the consumables used for clinical examination (sterile gloves, catheter, syringe), analysis and prescription drugs.

Conclusion. – The sexual abuse of minors is a disturbing reality that raises rightly universal reprobation. In Senegal, this mainly affects children and its magnitude is increasing over the years. Improved support for victims necessarily involves raising public awareness through the media and the development of specialized structures in the management of sexual abuse.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Nous vivons dans une société où la protection et le bien-être des personnes priment. En portant atteinte à l'intégrité physique et psychologique des individus, principalement celle des mineurs, les crimes à caractères sexuels sont responsables de conséquences néfastes aussi bien sur le plan individuel que collectif. Les abus sexuels chez les mineurs constituent une réalité troublante, un problème majeur de santé publique qui soulève, à juste titre, une réprobation universelle. L'OMS, cité par Plan International, estimait en 2002 que 150 millions de filles et 73 millions de garçons avaient été victimes d'abus sexuels dans le monde [1]. En Afrique, particulièrement au Sénégal, les abus sexuels chez les mineurs ne sont documentés que de façon fragmentaire et anecdotique, les faits étant souvent relatés dans les journaux. La question des abus sexuels semble ainsi souffrir de l'absence d'une étude systématique du phénomène sur le plan médical et juridique. En effet, pour diverses raisons, les poursuites judiciaires aboutissent rarement à un verdict ; aussi, la prise en charge médicale est entièrement assurée par la famille de la victime. Ce travail avait pour objectif de préciser les aspects épidémiologiques et cliniques des abus sexuels chez les mineurs, d'en étudier les aspects juridiques et d'évaluer le coût de leur prise en charge.

Patientes et méthodes

Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective multicentrique concernant tous les mineurs victimes d'abus sexuels et pris en charge dans les structures sanitaires suivantes de la région de Dakar : Institut d'hygiène sociale de la Médina, hôpital Pikine de Thiaroye, centre de santé Roi-Baudouin de Guédiawaye, centre de santé Youssou-Mbargane-Diop de Rufisque. Elle s'est déroulée sur une période de 4 ans, du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2009.

Paramètres étudiés et analyse des données

Pour chaque cas, les paramètres suivants ont été étudiés : les caractéristiques épidémiologiques (âge, et lieu de résidence), les circonstances de l'agression et les caractéristiques de l'agresseur, le type de contact sexuel, les lésions éventuelles retrouvées au cours de l'examen physique, le retentissement psychologique, les résultats du bilan para-clinique, les traitements administrés, le coût de la prise en charge et l'issue judiciaire. Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête et analysées par le logiciel SPSS.

Résultats

Prévalence

Durant la période d'étude, 252 mineurs victimes d'abus sexuels ont été pris en charge au niveau des quatre structures sanitaires sur un total de 272 abus sexuels tout âge

confondu, soit une fréquence de 92,64%. Nous avons recensés 11 dossiers qui ne répondaient pas aux normes d'exploitation, ce qui faisait 241 dossiers colligés.

Données sociodémographiques

Âge et lieu de résidence

L'âge des victimes variait entre 20 mois et 18 ans avec une moyenne de 11 ans. La tranche d'âge de 11 à 16 ans était la plus représentée (46,9%). La majorité des patientes (68,1%) résidaient en banlieue dakaroise. Les autres venaient du centre-ville (31,5%) ou des régions de l'intérieur du pays (0,4%) (Tableau 1).

Heure et lieu de l'agression

L'abus sexuel avait lieu le plus souvent aux heures de travail, entre 8 heures et 18 heures (31,7%). Seuls 5,8% des cas étaient commis au-delà de 23 heures (Fig. 1). Plus de la moitié des abus sexuels (58,9%) se faisaient en dehors du cadre familial, le plus souvent au domicile de l'agresseur (41,8%). Le reste (41,1%) avait lieu au sein de la famille.

Type de contact sexuel

Les mineurs étaient pour la plupart victimes d'une pénétration vaginale (61%), les attouchements et les caresses représentaient respectivement 37,3% et 1,7% des cas. Le contact génito-génital était la modalité de contact sexuel la plus fréquente (80,9%) suivi des contacts digito-génital (7,5%), génito-anal (3,7%) et génito-oral (0,4%).

Caractéristiques de l'agresseur et ses liens avec la victime

Le plus souvent, l'agresseur faisait partie de l'entourage familial direct de l'enfant (46,9%). Parfois, il s'agissait d'un

Tableau 1 Répartition selon l'âge des victimes d'agression sexuelle à Dakar.
Distribution by age of victims of sexual abuse in Dakar.

Tranches d'âge (ans)	Nombre	Pourcentage
< 5 ans	14	5,8
5 à 10 ans	65	27
11 à 16 ans	113	46,9
> 17 ans	49	20,3
Total	241	100

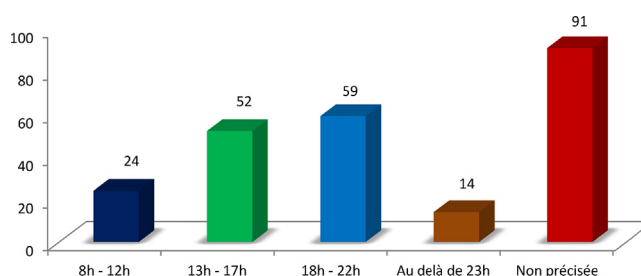


Figure 1 Répartition des victimes selon l'heure de l'agression sexuelle à Dakar.

Breakdown of victims according to the time of sexual abuse in Dakar.

parent (7,9%), d'un ami (17,8%) ou d'une personne inconnue de la famille (27,4%) (Fig. 2). Quelques aspects particuliers ont été relevés. En effet, nous avons noté que l'agresseur était le co-locataire, l'oncle, le petit ami, le maître coranique ou le beau-père dans respectivement 11,4%, 10%, 5,7%, 4,3% et 3,6% des cas. Par ailleurs, nous avons enregistré 2 cas de récurrence (1,4%).

Aspects cliniques et paracliniques

Mode d'admission et délai de consultation

Les mineurs étaient le plus souvent accompagnés de leurs parents (58,1%) ou d'une personne qui en est responsable (34%). La majorité des victimes venaient consulter avant le quatrième jour après l'agression (70%). Le délai moyen de consultation était d'un jour avec des extrêmes d'une heure et d'un an.

Types de lésions traumatismes

Dans notre série, la plupart des patientes présentaient des lésions traumatiques (65,1%). Il s'agissait le plus souvent de lésions génitales avec 59,9% de localisation hyménéale ou de lésions extra-génitales dont la majorité (2,5%) était cervicale. Les lésions hyménéales étaient pour la plupart anciennes (49%). Par ailleurs, dans 34% des cas l'hymen était intact. Une patiente était admise avec le sous-vêtement déchiré.

Comportement de la victime après l'agression

La majorité des victimes avaient pris une douche avant la consultation (50,2%), les autres avaient réalisé une toilette intime (5,4%) ou changé de vêtement (1,7%). Ils souffraient le plus souvent d'un choc post-traumatique (56,9%) ou d'un mutisme (31,1%), rarement il s'agissait d'une dépression (0,8%). Par ailleurs, on retrouvait 3 cas de fugues (Fig. 2).

Signes de grossesse

Dans notre série, nous avons retrouvé 6 cas de grossesse (2%) au décours de l'abus sexuel, à un terme assez avancé.

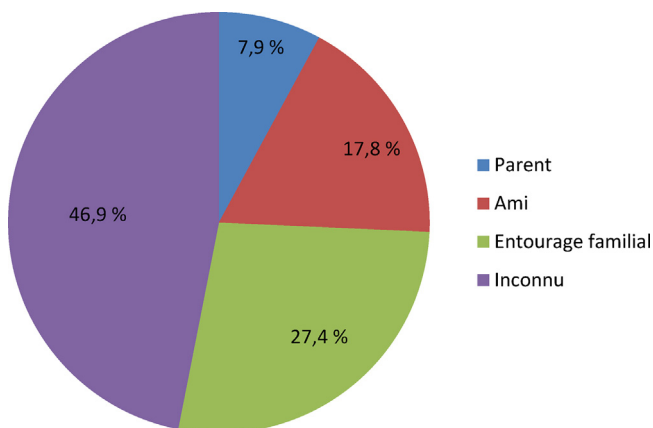


Figure 2 Liens de l'agresseur sexuel avec sa victime. *Links to the sexual aggressor with the victim.*

Biologie

L'étude cytologique du prélèvement vaginal effectué dans un peu plus de la moitié de l'échantillon (55%) permettait de retrouver des spermatozoïdes dans 11% des cas. L'examen bactériologique quant à lui avait objectivé 42% d'infection génitale basse. Il s'agissait de 22 cas de vaginose bactérienne, d'une candidose vaginale associée à une infection à mycoplasme, d'une co-infection à chlamydiae et à mycoplasme. La sérologie VIH était demandée dans 72% des cas avec un résultat positif et le contrôle à 3 mois n'était réalisé que dans 7% des cas. La plupart des victimes (65%) avait bénéficié d'une sérologie syphilitique, avec 2 cas de positivité. L'antigénémie HBS était rarement demandée (2%).

Aspects thérapeutiques

La prescription d'une contraception d'urgence avait été faite pour 29% des victimes. Après l'examen clinique, 13,7% des victimes avaient bénéficié d'une antibioprophylaxie utilisant le plus souvent les cyclines (75%). La prévention de l'infection à VIH par la prescription d'antirétroviraux était faite chez 20% des mineurs et la sérovaccination antitétanique ne concernait que 5% d'entre eux. La prise en charge psychologique ne concernait que 22% des victimes.

Aspects juridiques

Dans notre série, 111 dossiers (46% des cas) présentaient une réquisition de la police. Seules 38% des plaintes avaient eu une issue judiciaire contre 35% de cas de règlement à l'amiable. Les condamnations représentaient 45% des poursuites judiciaires, 21% des agresseurs avaient été acquittés. Le délai moyen de règlement par la justice variait entre 1 et 24 mois avec une moyenne de 6 mois.

Coût de la prise en charge

Dans notre série, 32% des patientes avaient dépensé à hauteur de 20 000 à 30 000 FCFA (30 à 46 euros) pour leur prise en charge. Le coût de la prise en charge était calculé en faisant la moyenne des moyennes des intervalles de coûts pour lesquels les pourcentages étaient les plus représentatifs. Ce chiffre constituait ainsi le coût moyen de la prise en charge et il était de 17 010 FCFA (26 euros).

Facteurs associés à l'âge de la victime

Dans notre série, nous avons constaté que plus l'âge de la victime était avancé, plus le risque de pénétration vaginale était important ($p=0,0001$), surtout chez les enfants âgés de 11 ans et plus qui étaient souvent victimes d'un membre du cercle familial ($p=0,01$). Les désordres psychiques retrouvés chez la quasi-totalité des mineurs (96,7%) étaient d'autant plus fréquents que l'âge de la victime était avancé ($p=0,01$). Les plaintes étaient beaucoup plus fréquentes chez les enfants de plus de 17 ans (59,1%); dans la tranche d'âge des moins de 5 ans, seuls deux cas de plaintes (14,2%) ont été enregistrés ($p=0,0003$).

Discussion

L'analyse de nos résultats montre que dans notre pratique, les abus sexuels intéressent surtout les mineurs (92,64%). Ce constat avait été fait par Traoré [2] dans une étude menée à la clinique gynécologique et obstétricale de l'hôpital Aristide-Le Dantec en 2006 avec 85,5% de sujets de moins de 20 ans. En France, en 2001, Hochart [3] estime que les violences sexuelles ont concerné le plus souvent les enfants de moins de 9 ans. Ces taux relativement élevés d'abus sexuels chez les mineurs pourraient s'expliquer par le fait que ces derniers constituent une couche vulnérable de la société, sans aucun pouvoir de décision. Ils sont sujets à des chantages ou des menaces les obligeant à se soumettre aux désirs de l'agresseur qui le plus souvent est une personne supposée être responsable de l'enfant, donc ayant une totale autorité sur celui-ci. Conformément aux données de la littérature, les victimes étaient âgées en moyenne de 11 ans, de sexe féminin (100%) et résidaient en banlieue dakaroise (68,1%). En effet, Plan international [1], dans une étude menée en Zambie, avait montré qu'un tiers des élèves âgés de 13 à 15 ans avaient subi un viol. Au Sénégal, Mbaye [4], dans une étude portant sur les sévices envers les enfants, avait fait le même constat avec une prédominance de la tranche d'âge de 11 à 15 ans. Ces chiffres reflètent la tendance globale des abus sexuels qui intéressent surtout les mineurs de la banlieue dakaroise où la pauvreté et la promiscuité rendent les enfants vulnérables et les exposent au risque d'abus sexuel.

Les mineurs étaient le plus souvent abusés aux heures de travail (31,7%), hors du cadre familial (58,9%), par une personne souvent connue de la victime (72,6%) (voisin dans 22,9% des cas, co-locataire, oncle ou maître coranique dans 11,4% des cas). Les enfants de plus de 11 ans étaient souvent victimes d'un membre du cercle familial ($p=0,01$). L'origine intrafamiliale des abus sexuels était minoritaire dans notre série (7,88%), elle concernait surtout la tranche d'âge de 11 à 16 ans (52,63%). Cependant, ces chiffres pourraient ne pas refléter la réalité si l'on sait que cet aspect est d'une part, souvent tu pour préserver l'équilibre familial, d'autre part, il est fortement réprimé par la société dans laquelle on vit. Cette faible représentativité de l'aspect incestueux avait été signalée par beaucoup d'auteurs africains [5,6]. En France, Gallinou et Bourgeois [5] avait relevé que 2 fois sur trois l'abus sexuel était d'origine intrafamiliale. Cette notion souvent retrouvée de liens entre les victimes et les agresseurs contribue à la complexité de la prise en charge de ce drame silencieux. Le contact génito-génital était la modalité de contact sexuel la plus fréquente (80,9%) avec un risque de pénétration vaginale risque de pénétration important chez les sujets de plus de 11 ans ($p=0,0001$). Ces taux se rapprochent de ceux de Traoré [2] au Sénégal et de Mbassa [7] au Cameroun, qui avaient retrouvé respectivement 67,3% et 84,2% de pénétration vaginale. Ces chiffres concordent avec ceux retrouvés dans la littérature [5,8,9]. En France, une étude de la SNATEM [10] portant sur la répartition des mauvais traitements sexuels en 1999 avait noté un taux de 25% de pénétration vaginale contre 48% d'attouchement. Ces résultats justifient encore une fois la nécessité de prévenir systématiquement chez les victimes d'abus sexuels la survenue des IST, de l'infection à VIH mais également des grossesses non désirées. Sur le

plan clinique, l'interrogatoire a permis de retrouver que la quasi-totalité des victimes (92,1%) était venue consulter, accompagnée de leurs parents. Le même constat était fait par Traoré [2] avec 80% des victimes qui étaient accompagnées de leurs parents. Ceci se justifie si l'on sait que les enfants ont surtout tendance à cacher leurs mésaventures et c'est souvent lorsque les parents décèlent des attitudes anormales qu'ils amènent l'enfant en consultation médicale. Cela contribue à retarder la prise en charge. En effet, les victimes venaient le plus souvent consulter entre le 1^{er} et le 4^{ème} jour après l'abus sexuel (70%). En 2006, dans la série de Traoré [2], les patientes venaient consulter un peu plus tardivement entre le 1^{er} et le 7^e jour après l'agression (37,1%). Ce délai de consultation reste élevé si on le compare à celui enregistré en France, de l'ordre de 48 heures [11]. Nous gagnerions donc à mettre en place, à l'instar des pays développés, des structures spécialisées dans la prise en charge des cas d'abus sexuels, ce qui favoriserait la discrétion et permettrait ainsi de réduire davantage le délai moyen de consultation. Les lésions traumatiques enregistrées dans notre série étaient dominées par les traumatismes hyménaux (59,9%) dont près de la moitié (49%) était constituée de lésions anciennes. Ce taux est superposable à celui enregistré par Traoré [2] en 2006, de l'ordre de 54,5% de lésions hyménales anciennes. Par contre, en Europe, les lésions récentes sont plus fréquentes. En effet, Daligaud [12] et Marsaud [13] faisaient état respectivement de 66% et 60% de lésions hyménales récentes. Il est possible que cette différence soit due au délai de consultation plus long dans notre contexte comparé aux pays développés. Nous avons enregistré 96,7% de désordres psychiques secondaires aux abus sexuels avec une prédominance du choc post-traumatique. Ces troubles étaient d'autant plus fréquents que l'âge de l'enfant était avancé ($p=0,01$). Ces données nous permettent de dire que l'effet psychique est bien réel et que toutes les victimes d'abus sexuel devraient bénéficier d'une prise en charge psychologique. Dans notre série, nous n'avons retrouvé qu'un seul rapport du pédo-psychiatre. Ceci nous amène à nous poser deux questions : est-ce un problème de référence de la part des professionnels de santé? Ou l'accompagnement psychologique est-il peu important aux yeux des parents qui se disent souvent «avec le temps elle oubliera»? La réponse à ces questions reste très difficile. L'étude de SY [2] réalisée à Kër Xaleyi, au centre hospitalier universitaire de Fann vient confirmer ce phénomène. En effet, sur une période de 8 ans allant de février 2000 à décembre 2008, ils n'avaient enregistré que 59 cas d'abus sexuels ayant bénéficié d'un suivi psychiatrique parmi 4327 patientes soit un taux de prise en charge de l'ordre de 1,36%. C'est dire le nombre important de victimes livrées à elles-mêmes dans notre société avec toutes les répercussions psychiques que cela suppose à long terme : phobies persistantes avec phénomène de «feed-back», modification des relations familiales, refus de l'examen gynécologique, craintes irrationnelles sur la fertilité, difficultés d'ordre relationnel, en particulier sexuel entre autres [14].

Nous avons recensé un cas d'infection à VIH sur un prélèvement réalisé 72 heures après l'agression, ce qui témoigne de la nature ancienne de l'infection. Le contrôle de la sérologie VIH à trois mois n'a été demandé que dans 7,1% des cas. Dans la série de Traoré [2], aucune patiente n'avait

bénéficié d'une réévaluation de son statut sérologique à 3 mois. Ceci est certainement dû au fait qu'une fois le certificat d'expertise médicale délivré, la quasi-totalité des victimes sont perdues de vue. Dans notre étude, 20 % des mineurs avaient bénéficié d'une prophylaxie antirétrovirale. En 2006, Traoré [2] n'avait noté qu'un seul cas de traitement préventif de l'infection à VIH. Ceci constitue une défaillance dans la prise en charge de ces victimes d'abus sexuels si l'on sait que beaucoup de cas d'infection à VIH/SIDA après un viol ont été rapportés notamment par Marsaud en Afrique du Sud (78 %) et Mbassa au Cameroun (33,8 %) [7,13]. La prophylaxie rétrovirale devrait donc être systématique [6,12,13]. L'antibioprophylaxie avait été faite dans 13,7 % des cas avec comme molécule de choix la doxycycline (75 %) alors que Traoré [2] faisait état d'un taux de loin plus élevé, de l'ordre de 70,6 % d'antibioprophylaxie. Les résultats du bilan infectieux étant reçu dans un délai raisonnable, la plupart des prestataires de santé ont abandonné l'antibioprophylaxie, souvent source de résistance au profit d'une antibiothérapie conduite après l'obtention des résultats. Seules 37,38 % de nos patientes avaient bénéficié d'une contraception d'urgence, sans doute parce qu'elles n'avaient pas atteint l'âge de la puberté.

Au Sénégal, la prise en charge des abus sexuels est entièrement assurée par la victime. En effet, dans notre série, le coût moyen de la prise en charge s'élevait à 17 010 FCFA en tenant compte des consommables utilisés pour l'examen clinique, des analyses de laboratoire et des médicaments prescrits. Le certificat médical était délivré gratuitement dans les structures sanitaires publiques. Ces résultats ne correspondent pas aux données de la littérature puisque dans les pays développés, il existe des politiques gouvernementales de prise en charge gratuite des victimes d'abus sexuel. L'exemple sud-africain [15] est à magnifier, les centres de soins « Thuthezela » (réconfort, en langue Xhosa), sont situés dans l'enceinte des hôpitaux publics des communautés où l'incidence de viol est particulièrement élevée. Les victimes qui se présentent à un poste de police sont acheminées par des ambulanciers spécialement formés jusqu'au centre où elles sont examinées par le médecin. Après la déclaration, la victime est reconduite chez elle et plusieurs services publics de soins lui sont offerts, y compris le test de VIH/SIDA. On peut également citer les CAVAC et les CALACS au Canada, de même que les cellules « enfance maltraitée » en France.

Concernant les aspects juridiques, les dépôts de plainte intéressaient près de la moitié de notre population d'étude (46 %) avec seulement 38 % d'issues judiciaires. Nous avons noté 45 % de condamnation, 21 % d'acquiescement et 35 % de règlement à l'amiable. Sy [9] avait trouvé dans sa série, 28,8 % de prise en charge juridique. Entre 1995 et 1997, 26 cas de plaintes pour mineurs soit 36,1 % des plaintes pour viol ont été recensés au parquet de Dakar [16]. Durant la même période le cours d'appel de Dakar avait statué sur 11 cas de viols avec 72,12 % de condamnation et 27,7 % d'acquiescement. Nous constatons donc que ces cas d'abus sexuels font de plus en plus l'objet d'une poursuite judiciaire. Cependant, le taux de règlement à l'amiable reste encore élevé. Malgré l'évolution des mentalités, les abus sexuels restent encore pour l'écrasante majorité de la population un sujet tabou. Les victimes ainsi que leur famille hésitent souvent par honte ou pudeur à avoir recours à la justice par soucis de préserver l'honneur de la famille. Les

plaintes étaient beaucoup plus fréquentes chez les enfants de plus de 17 ans (59,1 %) ; dans la tranche d'âge des moins de 5 ans, seuls deux cas de plaintes (14,2 %) avaient été enregistrés ($p=0,0003$). Ce phénomène s'explique par le fait que les traumatismes physiques sont rares dans cette tranche d'âge, ce qui amène souvent les parents à ne pas se lancer dans des poursuites judiciaires mais plutôt à essayer de régler le différend à l'amiable. Il est à noter qu'en milieu africain les personnes sont plus alarmées par les actes qui portent à l'intégrité physique que celle psychique des individus.

Conclusion

Au Sénégal, la fréquence des abus sexuels ne cesse d'augmenter. Le phénomène intéresse surtout les mineurs habitant la banlieue. Leur prise en charge se heurte à de nombreux obstacles, notamment : l'absence de structures spécialisées dans ce domaine, les conditions socio-économiques souvent défavorables des victimes qui ne peuvent pas supporter financièrement les soins. La fréquence relativement élevée des règlements à l'amiable favorise l'impunité et donc l'augmentation de la prévalence de ce fléau.

L'amélioration de la prise en charge des victimes d'abus sexuels passe nécessairement par la mise en place de structures spécialisées dans la prise en charge des abus sexuels où les victimes pourront bénéficier d'une assistance médicale, psychologique et juridique gratuite.

Parallèlement, il faut développer la prévention primaire grâce à une sensibilisation plus large des populations et la mise en place d'un encadrement juridique plus répressif.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Plan International. Apprendre sans peur : campagne mondiale. Ed. Plan Limited; 2008. p. 22–33.
- [2] Traore AL. Profil épidémiologique et prise en charge des victimes d'abus sexuels à la C.G.O. du C.H.U. de Dakar. *Mem DES Gyn Obstet* 2006;51:42.
- [3] Fryer GE, Kraizer SK, Miyoshi T. Measuring actual reduction of risk to child abuse: a new approach. *Child Abuse Negl* 1997;11:173–9.
- [4] Mbaye I. Sévices envers les enfants au Sénégal. *These Med Dakar* 1990;34:84.
- [5] Agossou T. Regards d'Afrique sur la maltraitance. Paris: Éditions Karthala; 2000 (chapitre 7: p. 77–87; chapitre 19: p. 188–198).
- [6] Soutoul J, Bertrand J, Body G. Traumatisme de l'appareil génital et du périnée chez la femme. *EMC Gynecol Paris: Elsevier*; 1980. p. 4, 190AL.
- [7] Mbassa Mennick D, Ngho F. Réconciliation et/ou médiation comme voie de recours en cas d'abus sexuels sur les mineurs au Cameroun. *Med Trop* 1999;59:161–4.
- [8] Biyong I. Contribution à l'étude médico – psychosociale des mauvais traitements des enfants de 0 à 15 ans. *These Med Dakar* 1990;17:82.

- [9] Sy O. États des lieux de la prise en charge médicale, psychologique et juridique des enfants victimes d'abus sexuels reçus à l'unité de pédopsychiatrie Keur Xaley du CHU de Fann. These Med Dakar 2009;27:94.
- [10] Hochart F, Roussel A. Hôpital face à l'enfance maltraitée. Paris: Éditions Karthala; 1997. p. 278.
- [11] Barret P. Agressions sexuelles. Paris: Mise à jour CNGOF; 2004. p. 275–81.
- [12] Daligaud L, Gonin B. Les violences sexuelles. J Androl 1999;9:519–27.
- [13] Marsaud O. Les viols, plaies des écoles sud-africaines. Ed. OMS; 2001. p. 222–30.
- [14] Alvin P, Marcelli D. Médecine de l'adolescent. Paris: Masson; 2000. p. 253–9.
- [15] Romano H, Gawelle P. Allégation d'abus sexuels chez les enfants de moins de quatre ans: interactions mère-enfant et approche clinique. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2007;55:58–65.
- [16] UNIFEM Session de formation continue sur les violences faites aux femmes tenue au centre de formation judiciaire (Dakar, 14–17 juillet 1998). Sénégal, Dakar: Ed. UNIFEM; 1998. p. 8–17.