

Viol Des Mineurs De 10 A 15 Ans Recus Au Chu-So De Lome

Akila Bassowa
Ayoko A. Ketevi
Kodjo Fiagnon

Service gynécologie obstétrique CHU Sylvanus Olympio Lomé, Lomé Togo

Dédé Ajavon

Service gynécologie obstétrique CHR Kara, Kara Togo

Baguilane Douaguibe

Service gynécologie obstétrique CHU CAMPUS Lomé, Lomé Togo

Abdoul-Samadou Aboubakari

Service gynécologie obstétrique CHU kara, Kara Togo

Koffi Akpadza

Service gynécologie obstétrique CHU Sylvanus Olympio Lomé, Lomé Togo

Doi:10.19044/esj.2018.v14n23p73

[URL:http://dx.doi.org/10.19044/esj.2018.v14n23p73](http://dx.doi.org/10.19044/esj.2018.v14n23p73)

Abstract

Minors of both sexes ages 10 to 15 are most at risk of sexual assault

Objective: To determine the prevalence of sexual assault by rape among children aged 10 to 15 years and describe their management at the gynecology and obstetrics clinic of the CHU SO

Patients and methods: 134 files of rape victims were collected from September 1, 2010 to March 31, 2017 at the gynecology and obstetrics clinic of the CHU SO

Results: Rape of minors aged 10 to 15 accounted for 26.6% of sexual assaults. There were 91% of girls. Most of our patients (54.5%) were raped between 7pm and 6am. Sixty eight (68) patients (40.3%) were referred for consultation between the 2nd day and the 8th day after the rape. Fifty-five point two percent of the victims had never had sexual intercourse before the rape. The perpetrator was known to the victim in 92.5% of cases. The tear of the hymen was old in 79.5% of the victims. HIV serology was positive in 1.6%. The rate of β HCG was positive in a 15-year-old patient. All our patients had psychological care.

Conclusion: The rape of minors of both sexes is a reality in our developing society. The taboo of the sex must be raised for the fast denunciation of the rape and of an adequate care.

Keywords: Rape, minor, boys, girls, Chu-So, Togo

Resume

Les mineurs des deux sexes de 10 à 15 ans sont les plus exposés aux agressions sexuelles.

Objectif : Déterminer la prévalence des agressions sexuelles par viol chez les mineurs de 10 à 15 ans et décrire leur prise en charge à la clinique de gynécologie et d'obstétrique du CHU SO

Patientes et méthodes : 134 dossiers de victimes de viol ont été colligés du 1er septembre 2010 au 31 Mars 2017 à la clinique de gynécologie et d'obstétrique du CHU SO .

Résultats : Le viol des mineurs de 10 à 15 ans a représenté 26,6% de toutes les agressions sexuelles reçues durant la période de l'étude. L'échantillon était composé majoritairement de filles (91%). La plupart de nos patientes (54,5%) ont été violés entre 19h et 06h. 68 patients soit 40,3% ont été amenés à la consultation entre le 2ème jour et le 8ème jour suivant le viol. 55,20 % des victimes ont déclaré n'avoir jamais eu de rapport sexuel avant le viol. L'agresseur était connu de la victime dans 92,5% des cas. Les déchirures de l'hymen étaient anciennes chez 79,5% des victimes. La sérologie au VIH était positive dans 1,6% de cas. Le taux de β HCG a été positif chez un seul patient âgé 15 an. Tous les patients ont eu à bénéficier d'une prise en charge psychologique.

Conclusion : le viol des mineurs des deux sexes demeure toujours une réalité et un tabou dans la plus part des pays en voie de développement. Ce tabou du sexe doit être levé en vue de favoriser une dénonciation rapide de cet acte criminel et permettre une prise en charge adéquat des patients.

Mots clés: Viol, mineur, garçons, filles, Chu-So, Togo

1-Introduction

Le viol se définit comme: un acte de pénétration, même légère, du vagin, de l'anus ou de la bouche, imposé notamment par la force physique (usage de couteau, arme à feu, coups et blessures...) en utilisant un pénis, d'autres parties du corps ou un objet (Guiella,2004). Le mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis (Questel et al., 2007) Le viol commis sur un enfant est passible de 5 à 10 années de réclusion criminelle (République Togolaise, code de l'enfant, 2007)). Lorsque la victime a moins de 15 ans la durée de la peine passe au double (République Togolaise code de procédure pénal, 2007) .Selon un rapport de l'organisation mondiale de la santé (Premier rapport mondial sur la violence et la santé, 2002), l'âge de 15ans est considéré comme l'âge de la « majorité

sexuelle ». Par contre, l'âge de 10 ans constitue la fin de l'enfance et le début de la période pré-pubertaire, surtout chez la fille. Au-delà de l'âge de 10 ans, les enfants ou jeunes adolescentes sont capables de percevoir et de décrire plus précisément le type d'agression sexuelle qu'elles ont subie. La période de 10 à 15 ans constitue donc une période vulnérable, où les adolescents en plein chamboulement hormonal sont à la découverte de leur corps et de leur intimité, avec la prise de conscience de leur développement et de leurs changements physiques (Anderst et al., 2009)

A Lomé, la clinique de gynécologie et d'obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHU SO) constitue l'un des principaux centres publics de prise en charge des agressions sexuelles car dans les autres structures, aussi bien à Lomé qu'à l'intérieur du pays, il n'y a pas assez de documentation et d'expertise. Dans le monde, chaque année, d'après les chiffres de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, plus d'un million de viols seraient commis (ONUDC, manuel sur les enquêtes de victimisation, 2010). En Europe, l'agression sexuelle chez les filles mineures varie entre 6,8% et 33,8%, et pour les garçons le taux varie entre 4,6% et 10,9%. En France, 3,7% des filles ont été violées contre 4,6% des garçons. (S.O.S. Viols – Femmes, 2000). En Afrique, malgré le fait qu'on assiste à une large médiatisation contre les abus sexuels, la plupart des données disponibles sous-estiment l'ampleur du phénomène du fait de la rareté des études hospitalières sur le sujet. La littérature africaine concerne surtout des séries Sud-africaines ou Rwandaises (S.O.S. Viols – Femmes, 2000). Au Togo, si de précédentes études ont eu le mérite de lever le voile sur ce sujet sensible qu'est « les violences sexuelles sur les mineurs en général », notamment le lien avec le VIH, (Pitché, 2005) ; la pédo-prostitution (Dassa et al., 2008) ; ou le lien avec le contexte socioculturel (Dassa et al., 2009), aucune étude n'a spécifiquement abordé les aspects épidémiologiques et la prise en charge des cas d'agressions sexuelles par viol chez les mineurs de 10 à 15 ans ; ces dans ce contexte que cette étude a été menée en vue de contribuer à la prévention et à une meilleure prise en charge des agressions sexuelles par viol chez les mineurs .

2-Méthodologie

2.1- Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU SO de Lomé qui constitue l'un des centres nationaux de référence des spécialités médico-chirurgicales et le seul centre de référence des agressions sexuelles à Lomé.

2.2- Patients et Méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective. Nous avons collecté 134 dossiers médicaux des patients admis pour agression sexuelle du 1er septembre 2010 au 31 mars 2017. Nous avons inclus dans notre étude, les dossiers des patients des deux sexes :

- ayant consulté pour viol durant notre période d'étude,
- dont l'âge était compris entre 10 et 15 ans,
- et ayant un dossier médical bien rédigé et complet.

Le traitement électronique de toutes les données a été fait à partir du logiciel EPI- INFO, version 5.3.1. Notre analyse était descriptive et analytique. Les graphiques et les figures ont été conçus grâce au tableur Excel 2007.

3-Résultats

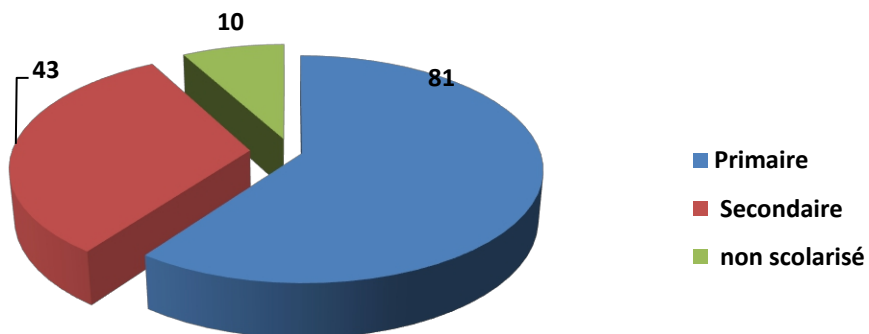
3.1- Fréquence hospitalière

Du 1er septembre 2010 au 31 mars 2015, 11120 patients ont été reçus dans l'unité de consultation gynécologique externe de la clinique de gynécologie et d'obstétrique du CHU SO. Parmi ces patients, 504 ont consulté pour agression sexuelle, soit une fréquence de 4,53%. Les victimes de viol de 10 à 15 ans, ont représenté 26,6% des cas (134/504)

3.2- Aspects sociodémographiques

L'âge moyen était de 12,5 ans avec des extrêmes de 10 et 15 ans. Les patients de 10 ans étaient les plus représentés (23,9%), suivies des patients de 15ans (20,9%). Il y avait 122 filles (91%) et 12 garçons (9%) donnant une sex-ratio de 0,1. Les patients étaient des élèves (82%) et des domestiques (18%). La majorité des patients (60%) étaient du niveau d'instruction primaire (figure 1)

Figure 1 : répartition des patients selon le niveau d'instruction



3.3 Circonstance du viol:

3.3.1- Heure du viol :

Nos patients ont été violés entre 19h et 06h (54,5%), ou entre 7h et 18h (45,5%).

3.3.2- Délai avant la consultation :

62 patients soit 46,3% ont été amenés en consultation entre le 2^{ème} jour et le 8^{ème} jour suivant le viol. Seuls, 10,4% des patients ont été amenées en consultation dès les 24^{ères} heures du viol. Soit un total de 56,7% qui ont été emmenés en consultation les huit 1^{ers} jours suivant le viol. Le reste des patients ont été reçu à partir du 9^{ème} jour du viol. (Tableau 1)

Tableau 1 : Répartition des patients selon le délai écoulé avant la 1^{ère} consultation

| Délais | Nombre | Pourcentage (%) |
|--------------|------------|-----------------|
| ≤ J*1 | 14 | 10,4 |
| [J2- J8] | 62 | 46,3 |
| [J9- M1**] | 35 | 26,1 |
| > M1- 2 ans | 23 | 17,2 |
| Total | 134 | 100 |

J= jour et M1**= 1^{er} mois*

3.3.3- Mode de consultation :

80 patients soit 59,7% ont été référés par des ONG de défense des droits des enfants, soit par la gendarmerie ou la police, soit par les autres hôpitaux de la commune de Lomé ou par des centres de santé ou cliniques de la place. 40,3% ont été admis directement par la consultation gynécologique externe ou par le service d'admission des urgences gynécologiques. Dans 69,4% des cas, le viol s'est passé soit au domicile de l'agresseur, ou de l'agressé, ou d'un ami.

Le tableau 2 : Répartition des victimes selon le lieu d'agression

| Lieu agression | Effectifs | Pourcentage(%) |
|----------------|------------|----------------|
| Domicile | 93 | 69,4 |
| Ecole | 13 | 9,7 |
| Travail | 6 | 4,5 |
| *Autres | 22 | 16,4 |
| Total | 134 | 100 |

Autres= dépôt public, près d'un WC public, immeuble en construction ou inhabitée, en brousse,

3.3.4- Nombre d'agresseurs

Dans près de 88 de cas les agresseurs étaient au moins de trois (figure 2)

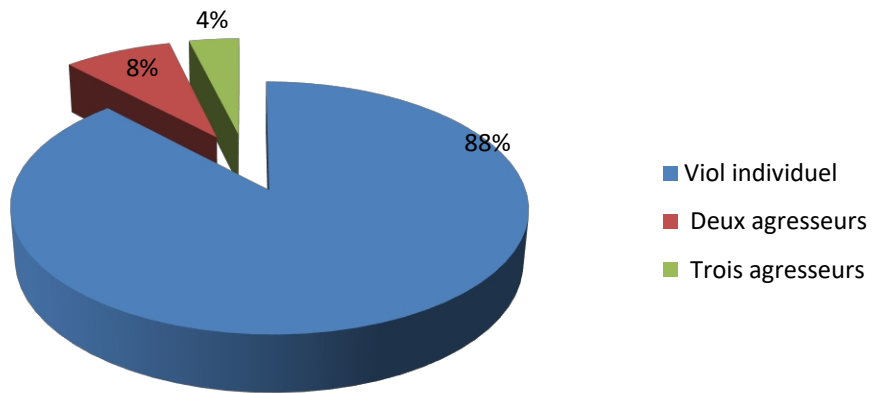


Figure 2 : répartition des patients selon le nombre d'agresseurs

3.3.5- utilisation de préservatifs par l'agresseur :

Le préservatif aurait été utilisé chez 10 patients (7,5%). Chez 124 patients (92,5%), l'agresseur n'aurait pas utilisé de préservatif.

3.3.6- L'information après le viol et le délai d'annonce :

76 victimes soit 56,7% ont porté l'information à une tierce personne dès les 24^{ères} heures de l'agression. Chez 40 patients, le délai d'information n'a pas pu être précisé. (Tableau 3)

Le tableau 3 : Répartition des patients en fonction du délai d'information

| Délai | Effectifs | pourcentage (%) |
|-------------------|------------|-----------------|
| J1 | 76 | 56,7 |
| J7 | 14 | 10,4 |
| J30 | 4 | 3 |
| Délai non précisé | 40 | 29,9 |
| Total | 134 | 100 |

3.4- Examen clinique:

3.4.1- Etat émotionnel :

Quatre-vingt-cinq pour cent (85%) des victimes avaient e un choc psychologique après le viol. Le tableau 4 montre la répartition des patients selon leur état émotionnel après le viol

Le tableau 4 : Répartition des patients selon leur état émotionnel après le viol

| Etat émotionnel | Effectifs | pourcentage (%) |
|--|------------|-----------------|
| Choc psychologique | 114 | 85 |
| Indifférence | 4 | 3 |
| Absence de choc psychologique immédiat | 12 | 9 |
| Troubles du comportement | 4 | 3 |
| Total | 134 | 100 |

3.4.2- Lésions génitiaux-anales :

La déchirure de l’hymen n’était pas récente chez 79,5% des victimes. Deux (2) fillettes (1,64%) ont présenté une déchirure du périnée et du vagin. Deux (2) des 12 garçons (16,7%) présentaient une inflammation au niveau de l’anus. Un (1) des 12 garçons (8,3%) à présenté une dermatose fessière. Quatre (4) des 12 garçons (33,33%) avaient un anus peu tonique. Quatorze (14) enfants dont 5 garçons et 9 filles avaient un examen clinique normal.

3.4.3- Lésion extra génitale :

Les lésions extra génitales ont été retrouvées au visage à type de contusion et au cou à type d’écorchures chez 2 filles.

3.5- Examens paracliniques:

La sérologie au VIH était positive dans 2 cas (1,6%). La syphilis retrouvée chez une fille (0,82%). Le prélèvement vaginal avait retrouvé des germes pathogènes chez 53 patientes (43,4%).Le virus de l’hépatite C était retrouvé chez 2 patientes (1,6%).Le virus de l’hépatite B retrouvé chez 2 patientes (1,6%). La sérologie chlamydienne était positive dans 7 cas.

Le dosage de beta HCG plasmatique (βHCG) était positif chez une patiente de 15 ans, chez qui l’échographie réalisée a révélée une grossesse évolutive de 09 semaines .Toutes Les sérologie au VIH négatives ont été recontrôlées 3 mois plus tard.

DISCUSSION

4 .1-Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontres au cours de l’étude sont liées à La particularité de ce type de travail du fait que les déclarations des patients ou accompagnants étaient rares et difficiles à vérifier sur le terrain. La plus part des données rapportées dans la littérature occidentale proviennent surtout des

centres spécialisés, des sources judiciaires et des centres de recherche en population ce qui n'est pas le cas de ceux provenant des pays en voie de développement comme le Togo ; ce qui nous a empêché d'atteindre certains de nos objectifs

4.2- La fréquence hospitalière:

La fréquence hospitalière des agressions sexuelles a été de 4,5% dans notre étude. Nos résultats sont similaires à ceux de Adama-Hondégla et al (2009) qui ont trouvé une fréquence de 4,37% ; même résultats trouvés par Mbassa (2008) qui a rapporté un taux de 4,7 % au Cameroun . Cependant l'analyse de nos résultats montre que cette incidence est relativement faible dans notre pratique hospitalière comparée à celle rapportée par d'autres auteurs africains. Ainsi, Marsaud (2003) rapporte, dans une étude réalisée dans un grand centre sud-africain spécialisé dans la prise en charge des victimes d'abus sexuels, que 53% de la population féminine du pays ont subi au moins une agression sexuelle. Quand aux victimes de viol, la tranche d'âge de 10 à 15 ans a représenté 26,6% des cas reçus.

4. 3- Aspects epidemio-cliniques

L'âge moyen a été de 12,5 ans. Nos résultats sont similaires aux travaux de bien d'autres auteurs africains (Anderst, J et al., 2009 ; Questel et al., 2007). Il se rapproche de celui retrouvé dans la série de Daligaud et Gonin en France (1999). Les patients de 10 ans étaient les plus représentés (23,9%), suivis par ceux de 15ans (20,9%) au cours de notre étude. D'autres auteurs ont fait le même constat : les adolescentes mineures, notamment les moins de 15 ans, ont représenté la population ayant eu le plus fort taux d'abus sexuels (Josse,2008 ; Mona 2011). Aussi, Certaines études dont celle de Guillet-May et al., (2008) ont révélé qu'un à deux tiers des victimes d'agressions sexuelles étaient âgées de 15 ans ou moins. En effet, les enfants de par leur immaturité, leur naïveté et leur faiblesse physique à se défendre n'arrivent pas à percevoir le caractère abusif de l'acte sexuel. Les deux sexes étaient représentés dans notre étude avec une prédominance des filles (91%) contre 9% de garçons. D'autres auteurs aussi vont dans le même sens : M'Bassa (2008) qui a retrouvé 72,5 % de filles contre 27,5 % de garçons, Sy et al., (2011) quand à eux ont retrouvé 84,7% de filles . Ces résultats contrastent avec de rares résultats d'études occidentales dont celle de Kawsar et al., (2004). Dans la plupart des pays, les filles ont risqué d'être victime d'infanticide de plus que les garçons , de violence sexuelle, de multiples privations tant sur le plan éducatif que nutritionnel avec pour conséquence le risque d'être entraînées sans le vouloir dans la prostitution forcée. La majorité de nos patients étaient des élèves (82%) et étaient au cours primaire dans 80% des cas. Nos résultats sont similaires à celui de Adama-Hondégla et al., (2013) qui avait retrouvé aussi

une majorité d'élève du niveau primaire. Ce bas niveau d'instruction couplé à la naïveté de cette tranche d'âge expose le plus souvent ces mineurs aux manigances de leurs violeurs qui en profitent pour commettre leurs forfaits.

Le préservatif aurait été utilisé dans 7,5% des cas de notre série. Chez Faye Diem et al.,(2008) il a été utilisé dans 5,4% des cas. Le viol est souvent favorisé par la promiscuité que génèrent les habitations à plusieurs foyers qui le plus souvent se partagent une cour commune et par la confiance qui naît au fil des années de frottement et de partage de certains biens communs. La faible utilisation du préservatif serait due aux circonstances même du viol où l'agresseur voudrait vite venir à bout de son acte avant d'être attrapé par une tierce personne qui l'en empêcherait. 55,2 % des victimes avaient affirmé n'avoir jamais eu de rapport sexuel avant le viol. 56,7% n'avaient pas d'antécédents connus de viol. Dans la série de Sy et al., (2011), ce taux avoisinait les 50,80% ; Ce fait peut s'expliquer par le fait que l'agresseur voulant satisfaire son désir sexuel physiologique, et sans contrôle de son instinct « tombe sur tout ce qui bouge ». De même que le manque d'expérience et le jeune âge des agressés pourraient favoriser ce genre de fait. En outre, certaines croyances populaires telles que faire la sexualité avec une vierge, incluant les bébés, serait un traitement curatif pour le HIV/SIDA, ont dramatiquement augmenté la pédocriminalité. (Dassa et al., 2008 ; Mona 2011). Le viol s'était déroulé dans 54,5% entre 19h et 06h du matin, donc dans la nuit ; Chez d'autres auteurs les mêmes tendances ont été signalées (Adama-Hondegla et al., 2013 ; Anderst et al., 2009). L'agresseur choisit tout naturellement ce moment par souci de discrétion afin d'éviter le regard interrogateur de l'autre, n'être qu'une ombre pour sa victime, éviter d'être dévisagé pour mieux commettre son forfait. En outre, le manque d'éclairage des ruelles dans la plupart des pays en voie de développement, parfois dans les maisons et la pauvreté ambiante exposent les enfants au viol nocturne. Les agresseurs ont proféré des menaces physiques, ou mis leurs victimes sous serment de peine de mort, ou ont utilisé leur influence en tant que conducteur d'église, ou éducateur ou tuteur chez 52 victimes (38,8%). L'influence financière a été retrouvée chez 30 victimes (22,4%). Dans la série de Sy et al.,(2011) dans 27,10% des cas, l'abus est accompagné de menaces verbales et/ou physiques. Dans 15,30% des cas, les victimes ont reçu des « cadeaux » surtout de l'argent. Tout porte à croire que pour arriver à leurs fins, les agresseurs sont prêts à utiliser tous les types de moyens ou d'astuces pour avoir leurs victimes. La plupart des patients de notre étude ont été amenés en consultation entre le 2ème et le 8ème jour suivant le viol. Ils ont été référés dans 59,7% des cas soit par des ONG de défense des droits des enfants, soit par la gendarmerie ou la police, soit par les autres hôpitaux de la commune de Lomé ou les centres de santé ou cliniques de la place. Ce retard à la consultation, constaté dans notre étude a été retrouvé dans les séries de

Adama- Hondegla et al., (2013) , de Faye Dieme et al., (2008) et de Sy et al., (2011).

Le retard à la consultation constatée en Afrique sub-saharienne se justifie en partie par les réalités socioculturelles de nos sociétés qui considèrent encore les agressions sexuelles comme un déshonneur et préfère « laver le linge sale en famille à l'insu des autres regards », on préfère se taire que de faire une publicité inopportune. L'ignorance des conséquences psychologiques, physiques et judiciaires des faits et la faible situation économique des victimes et de leur entourage à se payer une consultation ne font qu'aggraver la situation. Ainsi, les victimes et leurs familles hésitent souvent, par honte ou par pudeur, à avoir recours aux structures sanitaires et aux autorités judiciaires. Concernant le volet psychologique, les réactions observées chez les victimes rejoignent celles qui sont habituellement décrites par d'autres auteurs. Ainsi, 85% des victimes avaient un choc psychologique après le viol. Marsaud (2003) avait noté des désordres psychologiques chez 65 % des victimes d'abus sexuel. Pour Sy et al., (2011), les troubles de comportement ont été retrouvés dans 58,2% des cas. Ces chiffres montrent que les abus sexuels peuvent être à l'origine de désordres psychologiques plus ou moins graves. Les conséquences psychologiques rapportées par Bugs sont par ordre de fréquence : « le choc ; le refus ; la peur ; la confusion l'anxiété ; le retrait sur soi-même ; la culpabilité ; l'irritabilité et la méfiance et sont regroupés dans le « syndrome de stress post-traumatique » ces mêmes troubles ont été retrouvés dans l'étude antérieure faite au Togo par l'équipe d'Adama –Hondegla et al.,(2013)

4.4- La prise en charge

La sérologie au VIH a été positive dans 1,6% des cas. Elle a été positive aussi dans des proportions faibles respectivement de 2,4% et 3,6 % chez Adama – Hondegla et al., (2013) et al Faye Dieme et al., (2008) comparativement aux séries sud- africaine et camerounaises (Kim et al.,2003 ; Mbassa ,2003). Dans notre étude cette infection était dans la majorité des cas antérieure au viol Les patientes ont quand même été adressées au service des maladie infectieuse pour une prise en charge adéquate.

5-CONCLUSION :

Le viol des mineurs de 10 à 15 ans est un véritable problème de société. Le jeune âge auxquelles s'ajoutent une immaturité et une faiblesse physique les exposent, la plupart du temps aux agressions sexuelles, surtout au viol. Ce viol est habituellement commis par une personne qui leur est familière. Les mineurs des deux sexes sont de plus en plus violés. Cependant, par ailleurs, la dénonciation est toujours difficile. Il serait opportun de sensibiliser notre société pour briser les tabous en vue d'une dénonciation rapide des cas de viol,

en vue d'une prise en charge rapide et adéquate et complète pour éviter la manifestation des syndromes post traumatiques à court ou à long terme.

References:

1. Adama-Hondégla ,A., Aboubakari,S., Fiagnon ,K., N'kamga-Tchocote,A., & Akpadza,K.(2013). Aspects épidémio-cliniques et prise en charge des agressions sexuelles chez les sujets de sexe féminin à Lomé. *African Journal of Reproductive Health* , 17(1) , 67-72.
2. Anderst, J., Kellog, N.,& Jung, I.(2009). Reports of repetitive penile-genital penetration often have no definitive evidence of penetration. *Pediatrics*, 12(4), 403-409.
3. Bugs S.,(200). Contraception, IVG, grossesse : question de l'IVG et les nouveaux croisés de l'ordre moral *Grenoble: Édition Thot.* 242.
4. Daligaud ,L.,& Gonin, B.,(1999) . Les violences sexuelles. *Journal Andrologie Lille* , 13(9) , 519-527 .
5. Dassa,S., & Ahyi, R.(2008). Cartographie de la pédocriminalité en Afrique sub-saharienne : Migration et trafic d'enfants pour des fins de pédophilie et de pédo-prostitution. *Journal de la Recherche Scientifique de l'université de Lomé*, 10(1), 67- 73.
6. Dassa,S.(2009).Violences sexuelles sur les enfants en Afrique sub-saharienne: contexte socioculturel et représentations communautaires. *Journal de la Recherche Scientifique de l'université de Lomé*, 11(2), 1- 10.
7. Faye, D., Traore, A., Gueye, S., Moreira, P., Diouf, A., & Moreau, J. (2008). Profil épidémio-clinique et prise en charge des victimes d'abus sexuels à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* , 37(4), 358-364.
8. Guiella, G.(2004) . Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes au Burkina Faso : Un Etat des Lieux. *The Alan Guttmacher Institute occasional report* No. 12.
9. Guillet-May,F., & Thiebau, G.(2005). *Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol.* EMC-Médecine : Elsevier
10. Josse, E. (2008) Problématique des violences sexuelles infantiles. *Rapport de Médecin sans frontières*, Bruxelles, 57-68.
11. Kawsar,M., Anfield,A., Walters, E., McCab,S.,& Forster,G.(2004). Prevalence of sexually transmitted infections and mental health needs of female child and adolescent survivor of rape and sexual assault attending a specialist clinic. *Sexual Transference Infection*, 80(13), 8– 41.
12. Kim J., Lorna J., & Lynette D. (2003). Rape and HIV Post-Exposure Prophylaxis: Addressing the Dual Epidemics in South

- Africa, *Reproductive Health Matters*, 11(22), 101-112, [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(03\)02285-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(03)02285-7)
13. Marsaud, O., (2003, Avril). Les viols, plaies des écoles sud-africaines. *OMS*, 22-30.
 14. Mbassa, D., & Ngoh, F. (2003). Séroprévalence de l'infection à VIH chez les enfants victimes d'abus sexuels au Cameroun. *Médecine Tropicale*, 6(3), 155-158.
 15. Mbassa, D. (2008). La problématique des enfants victimes d'abus sexuels en Afrique ou l'imbroglio d'un double paradoxe: l'exemple du Cameroun. *Médecine tropicale*, 5(2), 304 – 308.
 16. Mona, K. (2011). Étude de cas: L'exploitation sexuelle des enfants au Cambodge. Retrieved from <http://www.youscribe.com/catalogue/tous/savoirs/sciences-humaines-et-sociales/etude-de-cas-mona-kayal-520559>
 17. OMS. (Ed.). (2002). *Premier rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : OMS.
 18. Pitché, P. (2005). Abus sexuels d'enfants et infections sexuellement transmissibles en Afrique sub-saharienne. *Médecine tropicale*, 6(5), 570-574.
 19. Questel, F., Kierzek, G., (2007) Aspects médico-légaux du traumatisme sexuel. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Gynécologie*, 4(2), 5-10.
 20. République Togolaise., (Ed.). (2007). *Code de l'enfant*. Journal officiel de la république Togolaise : Editogo .
 21. République Togolaise., (Ed.). (2008). *Code de procédure pénale*. Journal officiel de la république Togolaise : Editogo .
 22. Salmona, M. (2013). Violences sexuelles. *Mémoire traumatique et victimologie*. Retrieved from <http://memoiretraumatique.org/memoire-traumatique-et-violences/vilences-sexuelles.html> .
 23. «S.O.S. Viols - Femmes - Informations» (Ed.). (2001). *Bilans d'activités de 1986 à 2000* : Paris, 9 Villa d'Este.
 24. Sy, O., Fall, L., & Guèye, M. (2011). Les abus sexuels à KërXaley: aspect sociodémographiques et contexte d'interventions. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 5(9), 305–313.
 25. UNDOC. (Ed.). (2010) Manuel sur les enquêtes de victimisation ., Genève. Retrieved from https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Crimestatistics/Manual_Victimization_surveys_2010_french.pdf