

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

Aspects épidémio-cliniques et prise en charge des agressions sexuelles chez les sujets de sexe féminin à Lomé.

Amah B. Adama-Hondégla^{*1}, Abdoul-Samadou Aboubakari^{1,2}, Kodjo Fiagnon¹, Augustha R. N'kamga-Tchocote¹, and Koffi Akpadza¹

¹Service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU Tokoin de Lomé – TOGO; ^{1,2}Service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU de Kara – TOGO.

*For correspondence: Email: rocadama@yahoo.fr; Tél 00 228 90183939

Résumé

Il s'agit d'une étude rétrospective qui a pour objectif de décrire les aspects épidémio-cliniques et la prise en charge des agressions sexuelles en milieu noir africain. L'étude a porté sur 373 dossiers de victimes féminines présumées d'agression sexuelle enregistrées dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU Tokoin de Lomé de 2007 à 2009. Les agressions sexuelles ont représenté 4,37 % des motifs de consultation. La victime était souvent une fillette d'un âge moyen de 12 ans. Le viol par pénétration vaginale (62,2%) était le mode prépondérant. Le délai moyen de consultation qui était de 13 jours a considérablement limité certains aspects de la prise en charge. Il y a eu 14,5% de traumatisme génital, 2,4% de séroconversion au VIH et 2,14% de grossesses induites. Les agressions sexuelles ont touché une population jeune et vulnérable. Les pouvoirs publics doivent davantage informer sur ce sujet et créer des centres pluridisciplinaires de prise en charge gratuite. (*Afr J Reprod Health 2013; 17[1]: 67-72*).

Abstract

This is a retrospective study whose objective is to describe the epidemiological and clinical aspects of the management of sexual violence in Black Africa. The study included 373 cases of alleged female victims of sexual assault registered in the Department of Obstetrics and Gynecology of the University Teaching Hospital, Tokoin, Lomé, from 2007 to 2009. Sexual assault accounted for 4.37% of reasons for consultation and vaginal penetration (62.2%) was the predominant mode. The victim was often a small girl of an average age of 12 years. The mean reporting delay which was about 13 days has considerably limited some aspects of the management. We found 14.5% signs of genital trauma, nine cases of HIV serological conversions (2.4%) and eight induced pregnancies. Sexual assault among female victims in Lomé affected the young and vulnerable population. Governments must further inform about this issue and create multidisciplinary free management centres. (*Afr J Reprod Health 2013; 17[1]: 67-72*).

Mots clés: Abus sexuels, Femme, Afrique subsaharienne

Introduction

L'agression sexuelle est un acte de nature sexuelle perpétré sur une autre personne sans son consentement. Elle est définie dans un rapport de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou acte visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail »¹.

Les abus sexuels constituent un problème qui transcende les frontières raciales, économiques et sociales, entraînant des répercussions sur la santé physique et mentale de la victime². En effet, des études ont révélé une corrélation étroite entre le viol et l'infection au VIH/Sida, le suicide et les troubles du comportement³⁻⁴. En majorité, ces agressions sont souvent dirigées vers des enfants ou des sujets très jeunes, de sexe féminin qui n'ont pas souvent la force physique nécessaire pour y résister²⁻⁵. Une enquête menée aux États-Unis en 2000, signalait 14,8% cas de viol chez des femmes de plus de 17 ans¹. L'Afrique du Sud rapporte le plus fort taux de viol sur le continent africain. En 2000, 52 500 cas de viol et tentatives de viol ont

été signalés par la police sud africaine⁶. Une étude réalisée au Togo dans le cadre de la traite des enfants montre que 6,4% de ces enfants ont été abusés sexuellement⁷. Toutefois l'estimation précise de la prévalence des agressions sexuelles dans les pays en développement est difficile en raison de l'insuffisance de signalement de ces abus et de la quantité limitée des recherches effectuées sur le sujet^{7, 8}. En réalité, chaque milieu socio-culturel, vis-à-vis des agressions sexuelles, comporterait des particularités dont il faut tenir compte dans l'élaboration des stratégies de prévention et de traitement. A cet effet, ce travail a été réalisé dans le but de contribuer à la prévention et à la prise en charge des agressions sexuelles en milieu noir africain. Il a pour objectif principal de décrire les aspects épidémiologiques et cliniques et paracliniques des agressions sexuelles chez les victimes de sexe féminin à Lomé et dans ses zones périphériques.

Patientes et Méthode

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU Tokoin de Lomé. Ce service est considéré, depuis 2007, comme seul centre public de référence des agressions sexuelles chez les sujets féminins à Lomé.

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive ayant porté sur 373 dossiers médicaux des victimes de sexe féminin, admises pour agression sexuelle du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2009. Le recueil des données a été assuré par une fiche d'enquête sur laquelle nous avons noté pour chaque victime, les données sociodémographiques, les circonstances de l'agression, les données cliniques, paracliniques et le traitement institué. Les données recueillies ont été traitées à l'aide du logiciel SPHINX 2003.

Résultats

Prévalence

Il a été enregistré 373 cas d'agressions sexuelles féminines sur les 8526 patientes reçues en consultation pendant la période d'étude, soit une

prévalence hospitalière de 4,37 %. Ce qui revient à 2 agressions sexuelles en moyenne par semaine.

Données sociodémographiques

Les données relatives à l'âge, au niveau d'instruction, au statut matrimonial et au lieu de résidence des victimes sont mentionnées dans le Tableau 1.

L'âge moyen des victimes était de 12 ans ($\pm 0,7$) avec des extrêmes de 1 an et 44 ans. La population d'étude était constituée de 353 nulligestes (94,6%), 363 nullipares (97,3%) et 10 paucipares (1 à 3 antécédents d'accouchements).

Tableau 1: Répartition des patientes selon les aspects sociodémographiques (N=373)

Caractéristiques	Nombre de cas (%)
Age des victimes	
≤ 5 ans	54 (14,5)
] 5 - 10 ans]	88 (23,6)
] 10 - 15 ans]	135 (36,2)
] 15 - 20 ans]	66 (17,7)
] 20 ans et plus]	30 (8,0)
Statut matrimonial	
Célibataire	371 (99,4)
Mariée	1 (0,3)
Divorcée	1 (0,3)
Niveau d'instruction	
Non alphabétisée	77 (20,6)
Primaire	210 (56,4)
Secondaire	84 (22,5)
Universitaire	2 (0,5)
Lieu de résidence	
Banlieue	271 (72,6)
Centre - ville	102 (27,4)

Circonstances de l'agression - Profil de l'agresseur - Type d'agression

Dans le Tableau 2 figurent les données relatives aux circonstances de l'agression, au type d'agression et au profil de l'agresseur. L'agression sexuelle a été perpétrée par un seul individu dans 96,5% des cas, dans un endroit familial à la victime (maison, école, lieu de travail, marché, église). L'âge moyen de l'agresseur était de 31 ans avec des extrêmes de 8 ans et 57 ans. La notion de

port de préservatif n'a été retrouvée que dans 4,3% des cas.

Tableau 2: Circonstances de l'agression – profil de l'agresseur et type d'agression I (N=373)

Caractéristiques	Nombre de cas (%)
Heure de survenue	
De 7h à 18h	180 (48,2)
De 19h à 6H (du matin)	193 (51,8)
Lieu de l'agression	
Lieu familial	354 (94,9)
Lieu inconnu	19 (5,1)
Age de l'agresseur	
≤ 17 ans	81 (21,8)
18 - 35 ans	141 (37,8)
36 ans et plus	94 (25,2)
Non précisé	57 (15,2)
Identité de l'agresseur	
Connu	315 (84,4)
Inconnu	58 (5,6)
Type d'agression	
Viol*	232 (62,2)
Attouchement sexuel	67 (18,0)
Tentative de viol	72 (19,3)
Non précisé	2 (0,5)

* Viol = Pénétration génito-génitale

Données cliniques

Parmi les victimes, 52,8% avaient informé un proche immédiatement après survenue de l'agression sexuelle. Les autres victimes n'avaient pas déclaré l'accident immédiatement par : honte (13,7 %), peur du parent/tuteur (26,4 %) ou menace de l'agresseur (7,1 %). Il s'est écoulé en moyenne 13 jours avant la 1^{ère} consultation (Tableau 3), avec des extrêmes de 2 heures à un an.

Les lésions cutanées (6,7 %) mentionnées dans le Tableau 4, étaient représentées par les hématomes et les ecchymoses. Les traumatismes génitaux (7,5%) étaient constitués d'éraillures labiales et périnéales. Une fillette de 10 ans avait eu une déchirure vulvo-périnéale du 2^{ème} degré, suturée sous anesthésie générale.

Parmi les données relatives à l'état psychologique des victimes, le refus de communication (20,78%) et la crainte de

l'examen gynécologique (32,2%), étaient les comportements dominants. Dans 47,02% des cas, l'évaluation de l'état psychologique des victimes ne figuraient pas dans les dossiers.

Tableau 3: Répartition des patientes selon le mode d'admission et le délai de consultation (N=373)

Caractéristiques	Nombre de cas (%)
Mode d'admission	
Amenée par les parents	197 (52,9)
Sur réquisition de la Police	150 (40,2)
Adressée par un agent de santé	15 (4,0)
Par les membres d'une ONG*	11 (2,9)
Délai de consultation	
< 1 jour	9 (2,4)
[1 jour – 8 jours]	256 (68,7)
[9 jours – 30 jours]	68 (18,2)
[30 jours – 365 jours]	40 (10,7)

*ONG: Organisation non gouvernementale

Tableau 4: Répartition des patientes selon les traumatismes corporels et génitaux (N=373)

Caractéristiques	Nombre de cas (%)
Traumatismes corporels	
Aucun	319 (85,5)
Traumatismes vulvo-périnéaux	28 (7,5)
Traumatismes cutanés	25 (6,7)
Fracture du fémur	1 (0,3)
Lésions de l'hymen	
Défloration ancienne	157 (42,1)
Non défloré	131 (35,1)
Défloration récente	85 (22,8)

Analyses paracliniques

Aucun prélèvement extemporané des voies génitales n'a été fait car toutes les patientes avaient eu des toilettes intimes avant la consultation. Seules 124 patientes (33 %) avaient réalisé les analyses demandées (prélèvements vaginaux, dosage de la fraction β de l'hormone chorionique gonadotrophique, sérologies des anticorps de la syphilis, de la chlamydie génitale, du VIH, de l'hépatites C et recherche de l'antigène de l'hépatite B). Nous avons retrouvé 1 cas de vulvo-vaginite à *Trichomonas vaginalis* La sérologie Chlamydienne (IgM et IgG) était

positive chez 7 patientes (1,8 %) ; Elles avaient été traitées par l'Azithromycine (2 grammes en prise unique). Neuf cas (2,4%) de séropositivité à l'infection à VIH avaient été diagnostiqués dès le premier prélèvement sérologique effectué dans les 2 semaines après l'agression. Sur les cent quatorze patientes (30,6 %) qui avaient eu une sérologie au VIH négative au premier prélèvement, seules 5 étaient revenues faire un contrôle dans les 3 mois et parmi elles, 3 cas de séropositivité avaient été diagnostiqués. Huit patientes (2,14 %) âgées de 11 à 16 ans ont été retrouvées enceintes après l'agression à la première consultation.

Les analyses sérologiques chez l'agresseur avaient été demandées mais les résultats ne figuraient pas dans les dossiers.

Mesures thérapeutiques préventives

La contraception d'urgence au Lévonorgestrel n'avait été instaurée que chez 6 patientes (1,6%). La prophylaxie ARV (Zidovudine- Lamivudine- Lopinavir/ritonavir) a été instituée chez 3 patientes (0,8%). Les 222 patientes restantes (59,51%) ayant subi une pénétration vaginale et qui auraient pu être éligibles aux thérapeutiques préventives avaient consulté tardivement (plus de 10 jours après l'agression).

Discussion

Les agressions sexuelles sont rencontrées un peu partout dans le monde mais dans la plupart des pays en voie de développement, peu de recherches sont consacrées à ce phénomène¹. Cette étude effectuée chez les victimes d'agression sexuelle de sexe féminin à Lomé, rapporte une prévalence de 4,37 % avec un âge moyen de 12 ans. Cette prévalence paraît élevée par rapport à celle rapportée par Dieme et al au Sénégal (0,4%)⁸ mais est très faible à celle de l'étude de Lawlor en Afrique du sud (54 %)⁹. Cette faible prévalence enregistrée dans notre série s'expliquerait par le caractère intime (ou tabou) attaché à l'agression sexuelle en Afrique subsaharienne⁴. Les victimes de ce phénomène refuseraient de déclarer l'accident auprès des autorités judiciaires et dans les structures spécialisées pour éviter d'attirer la

honte ou la stigmatisation sur la famille¹⁰. D'après une enquête Canadienne, la raison principale évoquée par les victimes était le fait que, l'agression sexuelle constituait pour elles une affaire privée¹¹. Les résultats de notre étude ont montré également que les mineures (< 15 ans) étaient les plus atteintes dans 91 % des cas. Un pourcentage proche des chiffres rapportés par Cambanis (90 %) ¹² sur des enfants d'âge moyen de 8 ans. Une étude menée à Tours (France) rapporte une prévalence de 68,4% chez les moins de 15 ans¹³. En effet, d'après d'autres données de la littérature, les agressions sexuelles sont perpétrées majoritairement chez les enfants de moins de quinze ans⁸⁻¹⁴⁻¹⁵. En effet les enfants constituent un groupe cible pour les agresseurs de par leur naïveté et leur vulnérabilité sur le plan physique²⁻⁵. A cela s'ajoute le mythe africain selon lequel avoir des rapports sexuels avec une vierge aiderait à guérir des maladies comme le VIH/SIDA¹⁶⁻¹⁷. Ceci pousserait donc une catégorie d'agresseurs à s'en prendre à des petites filles mineures. Les victimes les moins scolarisées (niveau d'études primaire) ont représenté plus des trois quarts de notre série. Ces données sont comparables à ceux des travaux de Mbassa et Ngoh au Cameroun¹⁸ qui ont rapporté que 50 % des enfants abusés sexuellement étaient non scolarisés et 17,1 % exerçaient des petits métiers. L'absence ou le bas niveau de scolarisation traduirait inévitablement une situation socioéconomique faible. Ces adolescentes se prenant en charge très tôt (vendeuses à la criée ou portefaix) ou étant confiées à la garde d'une tierce personne (tuteur); se retrouvent ainsi exposées aux abus des adultes^{19,20}.

Dans 95 % des cas, l'agression s'est déroulée dans un endroit auquel la victime était habituée et 84,5 % de ces victimes connaissaient leur agresseur. Ces chiffres quoique élevés par rapport à ceux des travaux de Dieme et al⁸ à Dakar (50,9%) recourent les données de la littérature¹²⁻²⁰. En effet, diverses sources disponibles indiquent qu'un nombre important des agresseurs sont constitués par des membres de la famille ou des personnes bénéficiant de la confiance ou d'une position d'autorité sur la victime⁸⁻⁹. L'âge moyen de l'agresseur était le même que celui retrouvé par Dieme et al⁸. Il s'agissait d'un homme d'âge

moyen 31 ans agissant seul. Le taux de viols collectif (3,5%) noté dans cette étude était très faible contrairement aux études rapportées dans certaines banlieues où les jeunes s'organisent souvent en bandes¹.

Le type de contact sexuel relevé majoritairement (62,5 %) était une pénétration vaginale de nature génito-génitale avec un faible taux d'usage de préservatif (4,3 %). Les travaux de Pitché ont montré également une prévalence de contact génito-génital en Afrique sub-saharienne³ ; Mais cette prévalence demeure faible par rapport aux études faites dans les pays développés où l'on retrouve en pourcentage non négligeable des contacts génito-anaux²¹.

Sur le plan clinique, le délai moyen de consultation après agression était de 13 jours, seules 2,4% des patientes étaient venues dans les premières 24 heures. Or, à des fins d'expertise médicale et juridique, ce délai ne devrait pas excéder 48 heures¹³⁻²². Ce retard de consultation de notre série serait dû au fait que dans le contexte africain, les familles n'osent pas porter plainte pour protéger leurs enfants et pour se protéger elles-mêmes contre l'opprobre¹⁰. En plus, ces familles redouteraient les tracasseries judiciaires et les coûts financiers de la prise en charge hospitalière qu'impose le signalement de l'accident¹⁰⁻¹⁵.

Les agressions sexuelles par pénétration rendraient compte des signes cliniques objectivés. En effet, des lésions hyménéales anciennes ont été constatées (42 %). Tout ceci dénote du retard enregistré (13 jours) dans la consultation post agression, sachant que ces types de lésions cicatrisent rapidement²².

L'état psychologique des victimes d'agression sexuelle de notre série rejoint les données des travaux antérieurs¹⁻⁷. Il a été noté surtout le refus de communication et la crainte d'être examinée. Ce refus de communication et de contact avec une tierce personne, pourrait traduire la « perte de l'estime de soi » éprouvée par la victime et conduire au suicide⁴⁻²³. Le manque de prise en charge psychologique immédiate dans notre structure était dû à l'absence de psychologue dans le service. Une prise en charge intégrée de ces victimes devrait être faite dans des structures

spécialisées pluridisciplinaires avec des offres de services 24H/24.

En ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles, nous avons relevé 1,8% des patientes avec une sérologie Chlamydieenne positive. Onze cas de séropositivité à l'infection au VIH ont été observés. L'infection au VIH était probablement antérieure à l'agression car le test sérologique par recherche d'anticorps a été effectué dans les 2 semaines suivant l'agression sexuelle. Des études en Afrique sub-saharienne portant spécifiquement sur les enfants, ont révélé essentiellement des affections sexuellement transmissibles comme la gonococcie, la chlamydie et les condylomes anogénitaux en cas d'agression sexuelle³⁻²⁻⁴. D'autres études ont rapporté un taux élevé de cas d'infection au VIH/Sida après viol³⁻¹⁴. Les rapports forcés ou le viol accroissent ce risque de transmission puisque qu'ils provoquent des lésions muqueuses et que préservatif est rarement utilisé¹⁻²⁵. Afin de prévenir cet état de choses, il est important que les thérapeutiques portent sur des antibiotiques de large spectre en prise unique, (comme l'Azithromycine)²². Il est aussi recommandé qu'au plus tard dans les 72 heures suivant une agression sexuelle avec exposition à un risque, qu'une prophylaxie antirétrovirale en trithérapie soit instaurée pendant un mois¹⁴⁻²². Dans notre contexte, cette proposition paraît illusoire du fait du retard accusé par les victimes dans la consultation post agression¹. Ceci expliquerait aussi le très faible taux (0,3%) de prévention des grossesses induites dans notre série. La faible condition socioéconomique des familles a dû également retarder les délais de prise en charge car, seules 33 % de nos patientes avaient pu réaliser les analyses demandées. Il serait souhaitable que le coût de ces analyses de laboratoires, en cas d'agression sexuelle, soit subventionné par les pouvoirs publics.

Conclusion

Les victimes féminines, des agressions sexuelles à Lomé étaient des sujets très jeunes et de faible niveau socio-économique. Il y a eu un important retard de déclaration; ce qui n'a pas été de nature à faciliter la prise en charge médicale. Les pouvoirs

publics devraient augmenter, sur le plan juridique, les peines relatives à l'agression sexuelle. Il y a besoin de créer des centres spécialisés pluridisciplinaires d'accueil, d'écoute d'information, et de prise en charge gratuite des victimes.

Contribution des auteurs

Amah B. Adama-Hondégla: a conçu et dirigé

l'étude; écrit et révisé le manuscrit

Abdoul-Samadou Aboubakari: a analysé les données et lu le manuscrit

Kodjo Fiagnon: a lu le manuscrit

Augustha R. N'kamga-Tchocote: a recueilli et analysé les données; a lu le manuscrit

Koffi Akpadza: Chef du Département de Gynécologie et d'Obstétrique, a lu le manuscrit.

References

- Jewkes R, Sen P, Garcia-Moreno C. La violence sexuelle. In: Krug E, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2002; 165-99.
- Kimberly AT. Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse a review of recent research. *Aggression and Violent Behavior* 2002; 7: 567-89.
- Pitche P. Abus sexuels d'enfants et infections sexuellement transmissibles en Afrique subsaharienne. *Med Trop* 2005; 65: 570-74.
- Dassa KS, Numukpo P, Menick DM, Ahyi RG. Violences sexuelles sur les enfants en Afrique subsaharienne: contexte socioculturel et représentations communautaires. *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé* 2009; 11.
- Ruto SJ. Sexual abuse of school age children: Evidence from Kenya. *J Int Coop Educ* 2009; 12: 177-92.
- Christofides N, Webster N, Jewkes R, Penn-Kekana L, Martin L, Abrahams N et al. The state of sexual assault services: findings from a situation analysis of services in South Africa. In: *The South African gender-based violence and health initiative* (2003).
- Mbaye SM. Impact psychosocial de la traite sur des enfants au Togo. In: Behrendt A, Summary paper of the research project "Psychosocial support to children in difficult circumstances in West Africa". 2008.
- Dieme FM, Traore AL, Gueye SMK, Moreira PM, Diouf A, Moreau J-C. Profil épidémiologique et prise en charge des victimes d'abus sexuels à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2008; 37 : 358-64
- Lawlor K. Child sexual abuse in sub-Saharan Africa: child protection implications for development policy makers and practitioners. In 'Development Research Briefings, 2005, No. 3' by the Centre for Development Studies at University College Dublin.
- Ogunyemi B. Knowledge and perception of child sexual abuse in urban Nigeria: some evidence from a community-based project. *Afr J Reprod Health* 2000; 4: 44-52.
- Brennan S and Taylor-Butts A. Sexual assault in Canada 2004 and 2007. Canadian centre for justice statistics profile series. N° 19 85F0033M Ottawa.
- Cambanis A. Child sexual abuse, HIV, and tuberculosis in sub-Saharan Africa: a case report from rural Cameroon. *AIDS* 2007; 21: 887-89.
- Saint-Martin P, Bouyssy M, Jacquet A, O'Byrne P. Les victimes d'abus sexuels : éléments médico-légaux et suites judiciaires (analyse de 756 cas). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2007; 36:588-94.
- Lalor K. Child sexual abuse and HIV transmission in sub-Saharan Africa. *Child Abuse Review* 2008; 17: 94-107.
- Lema VM. Sexual abuse of minors: Emerging medical and social problem in Malawi. *East Afri Med J* 1997; 74: 743-46.
- Lalor K. Child sexual abuse in Tanzania and Kenya. *Child Abuse Neglect* 2004; 28: 833-44.
- Meel BL. The myth of child rape as a cure for HIV/AIDS in Transkei: a case report. *Med Sci Law* 2003; 43: 85-88.
- D. Mbassa M, Nghoh F. Sero-prévalence de l'infection à VIH chez les enfants victimes d'abus sexuels au Cameroun. *Med Trop* 2003; 63 : 155-58.
- Breiding MJ, Reza A, Gulaid J, Blanton C, Mercy JA, Dahlberg LL et al. Risk factors associated with sexual violence towards girls in Swaziland. *Bull World Health Organ* 2011; 89: 203-10.
- Lakew Z. Alleged cases of sexual assault reported to two Addis Ababa hospitals. *East Afr Med J* 2001; 78.
- Sugar NF, Fine DN, Eckert LO. Physical injury after sexual assault: Findings of a large case series. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 71-76.
- F. Guillet-May, O. Thiebaugeorges - Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol. *EMC-Médecine* 2 (2005) 13-23.
- Devries K, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Schraiber LB, Deyessa N et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science and Medicine* 2011;73: 79-86.
- Pitché P, Kombaté K, Gbadoé AD, Tchangai-Walla K. Les maladies sexuellement transmissibles chez le jeune enfant à Lomé (Togo) : Place de l'abus sexuel. *Archiv Pédiatr* 2001; 8: 25-31.
- UNAIDS. 1999. AIDS - 5 years since ICPD: Emerging issues and challenges for Women, Young People and Infants.