

Abus sexuels dans une zone reculée du sud du Sénégal : épidémiologie et prise en charge

Mbaye Magatte, Gueye, Mamour, Ndiaye-Gueye, Mame Diarra, Dieng Ousmane, Niang Mouhamadou Mansour, Diouf Abdoul Aziz, Kane-Gueye Serignemodou, Moreau Jean Charles,

Mbaye Magatte, Gueye, Mamour, Ndiaye-Gueye, Mame Diarra, Dieng Ousmane, Niang Mouhamadou Mansour, Diouf Abdoul Aziz, Kane-Gueye Serignemodou, Moreau Jean Charles,

Mbaye Magatte, Gueye, Mamour, Ndiaye-Gueye, Mame Diarra, Dieng Ousmane, Niang Mouhamadou Mansour, Diouf Abdoul Aziz, Kane-Gueye Serignemodou, Moreau Jean Charles,

Abus sexuels dans une zone reculée du sud du Sénégal : épidémiologie et prise en charge

Sexual abuse in Ziguinchor, Senegal: Epidemiology and management

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°08/09) : 499-504

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°08/09) : 499-504

R É S U M É

Buts : Déterminer la fréquence des abus sexuels, établir le profil sociodémographique et évaluer la prise en charge des victimes d'abus sexuels à Ziguinchor.

Méthodes : Etude rétrospective, descriptive de type transversal du 1^{er} Février 2008 au 31 Août 2010 incluant toutes les patientes reçues dans le Service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier Régional de Ziguinchor pour motif d'abus sexuel. Pour chaque patiente, ont été analysés les données socio-démographiques, les caractéristiques de l'agression, les répercussions cliniques et psychologiques et la prise en charge. Les données recueillies étaient saisies et analysées à l'aide du logiciel Excel version 2003.

Résultats : Cinquante cas d'abus sexuels ont été colligés sur 4950 patientes soit une prévalence de 1%. La moyenne d'âge des victimes était de 13 ans (extrêmes : 3 et 23 ans). L'agression s'était déroulée dans la journée dans 60% des cas. Le lieu de l'agression était familial aux victimes dans 70% des cas. La notion de contact génital avec pénétration était rapportée chez 74% des victimes. La force physique ou une arme a été utilisée dans 34% des cas. L'agresseur était âgé de 30 ans et plus dans 86% ; il opérait seul dans 92% des cas. La moitié des victimes avait consulté dans les 24 premières heures. Un traumatisme génital était retrouvé chez 82% des victimes. Un sentiment de peur, de honte, ou de colère était observé chez 64% des patientes. Une antibioprophylaxie était prescrite chez deux tiers des victimes alors que la prophylaxie post exposition au VIH n'était réalisée que chez cinq patientes. La contraception d'urgence était prescrite chez 34% des victimes. Six grossesses ont été enregistrées. Six patientes avaient développé des complications à type de syndrome dépressif, d'hystérie grave avec des crises épileptiformes, de trouble de l'humeur et de psychose. Une proportion de 26 % des victimes n'avait pas jugé nécessaire d'avoir recours à la justice.

Conclusion : La prise en charge d'une victime de violences sexuelles ne doit pas s'arrêter à une appréciation médico-légale. Il faut donc s'attacher à apporter une solution aux trois plans importants de la consultation qui sont la prise en charge médicale, légale et émotionnelle.

S U M M A R Y

Aims: To determine the frequency of sexual abuse, establish the demographic profile and to evaluate the care of victims of sexual abuse in Ziguinchor.

Methods: That is a retrospective, descriptive study from February 1, 2008 to August 31, 2010, including all patients received in the Department of Gynecology and Obstetrics, Ziguinchor Regional hospital for sexual abuse. For each patient, data analyzed were socio-demographic data, characteristics of aggression, clinical implications and psychological support. The data were entered and analyzed using the Excel 2003 version.

Results: 50 cases of sexual abuse were collected on 4950 patients, a prevalence of 1%.

The average age of victims was 13 years (range: 3 to 23 years). The abuse took place in the day in 60% of cases. The location was familiar to victims in 70% of cases. The notion of penetrative genital contact was reported in 74% of victims. Physical force or a weapon was used in 34% of cases. The offender was 30 years old in 86% and operated alone in 92% of cases. Half of the victims had consulted in the first 24 hours. Genital trauma was found in 82% of victims. Feelings of fear, shame, or anger was observed in 64% of patients. Antibiotic was prescribed in two-thirds of the victims as post-exposure prophylaxis for HIV was performed in only five patients. Emergency contraception was prescribed in 34% of victims. Six pregnancies were recorded. Six patients had developed complications such as depressive syndrome, hysteria with severe epileptiform seizures, mood disorder and psychosis. A proportion of 26% of victims did not consider it necessary to have recourse to justice.

Conclusion: The management of a victim of sexual abuse should not stop at a forensic evaluation. We must therefore endeavor to provide a solution to three important consultation which are medical care, legal and emotional.

M o t s - c l é s

Abus sexuel, prise en charge, répercussions, Ziguinchor, Sénégal.

Key - words

Sexual abuse, care, impact, Ziguinchor, Senegal

D'après la Déclaration de l'Organisation des Nations Unies, on entend par violence à l'égard des femmes tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée [1]. La violence à l'égard des femmes, sous ses diverses formes, est endémique dans toutes les communautés et tous les pays, sans distinction de classe, de race, d'âge, de religion ou de nationalité. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, la violence sexuelle qui est une forme de violence faite aux femmes se définit comme tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes 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 [2]. Les abus sexuels constituent une entité des violences faites aux femmes. Le terme abus sexuel est préféré au terme sévices ou violences sexuelles car de nombreux abus sexuels sont effectués sans violences physiques. En effet, les abus sexuel et les problèmes ou conséquences qu'ils engendrent ont été largement documentés en Europe et aux Etats-Unis depuis plusieurs années. Les différentes études ont montré que les abus sexuels, loin d'être un problème marginal, constituent un phénomène de société assez fréquent et posent des problèmes à la fois médicaux, psychologiques et sociaux importants pour les victimes. En Afrique sub-Saharienne, le phénomène n'a commencé à être étudié que depuis le début des années 1990 et les circonstances de découverte y sont variables d'un pays à un autre. C'est dans ce contexte de sensibilisation mondiale accrue concernant le problème de la violence contre les femmes et de l'association de cette violence avec les conséquences négatives en matière de démographie et de santé ainsi que le manque de données représentatives concernant le phénomène que ce travail se fixe pour but de participer à l'amélioration la prise en charge des victimes d'abus sexuels à Ziguinchor.

L'objectif de ce travail est de déterminer la fréquence des abus sexuels, de déterminer le profil sociodémographique et d'évaluer la prise en charge des victimes d'abus sexuels à Ziguinchor, région enclavée du Sud du Sénégal.

PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive de type transversal du 1^{er} Février 2008 au 31 Août 2010, soit une durée de 31 mois. Elle concernait toutes les patientes reçues dans le Service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Ziguinchor pour motif d'abus sexuel. La région de Ziguinchor est située au Sud Ouest du Sénégal et s'étend sur une superficie de 7339 km². Elle est limitée à l'Est par la Région de Sédhiou, à l'Ouest par l'Océan Atlantique sur 86 Km de côte, au Nord par la Gambie et au Sud par la Guinée Bissau. Au plan démographique, on estime le nombre d'habitants à 474 394 dont 109 111 femmes en âge de

reproduction et 18 502 grossesses attendues. La région de Ziguinchor polarise un centre hospitalier régional, 5 centres de santé, 96 postes de santé, 90 cases de santé, 157 maternités rurales et 5 cabinets médicaux. Le CHR de Ziguinchor est une structure de référence dont la couverture dépasse la Région de Ziguinchor car la région est limitrophe de la Gambie et de la Guinée Bissau. La maternité de cet hôpital est l'unique structure de la région qui dispense des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complète (SONUC) 24h sur 24. Elle enregistre en moyenne 2000 accouchements par an. Au plan politique et social, la région est secouée par un conflit entre rebelles et l'armée sénégalaise depuis le 26 décembre 1983. Une fiche de recueil a été élaborée pour la collecte des données à partir des registres des urgences, des dossiers individuels des patientes, mais aussi des registres et dossiers du Service de Psychiatrie et du bureau du Procureur.

Pour chaque patiente, les variables suivantes étaient analysées: l'âge, la résidence, le mode d'admission, les caractéristiques de l'agression et de l'agresseur, les lésions retrouvées et le comportement psychologique des victimes, les résultats du bilan paraclinique ainsi que les traitements administrés et l'issue juridique de l'agression.

Les données recueillies étaient saisies et analysées à l'aide du logiciel Excel version 2003.

RESULTATS

Durant la période d'étude, 50 cas d'abus sexuels ont été colligés sur 4950 patientes reçues à l'Unité des urgences gynécologiques et obstétricales soit une prévalence de 1 %.

1. Caractéristiques socio-démographiques

La moyenne d'âge des victimes était de 13 ans avec des extrêmes de 3 et de 23 ans. La quasi-totalité des patientes était célibataire (98 %) et résidait en zone urbaine (72%). Seules deux victimes exerçaient le métier de coiffeuse alors que 62 % d'entre elles étaient élèves. Un bas niveau socioéconomique était retrouvé chez 41 victimes soit 82 % des cas. Les caractéristiques sociodémographiques sont résumées dans le tableau 1.

2. Circonstances de l'agression

L'agression s'était déroulée dans la journée chez 30 patientes (60%) des cas, rarement la nuit (16 % des cas). Le lieu de l'agression était familial aux victimes dans 70% des cas. La notion de contact génital avec pénétration était rapportée dans 74% des cas. Une contrainte sous forme de menaces a été utilisée dans 66% des cas et la force physique ou une arme a été utilisée dans 34% des cas (Tableau 2).

L'agresseur était âgé de 30 ans et plus dans 86% des cas ; il opérait seul dans 92% des cas. La plupart des victimes (n=33 ; 66%) connaissaient leur agresseur, il s'agissait du voisin dans la moitié des cas.

3. Données cliniques

La victime était le plus souvent amenée par un parent (84 % des cas), référée ou non d'une autre structure. Seules quatre (4)

patientes étaient reçues avec une réquisition judiciaire (8 % des cas), deux victimes (4% des cas) étaient accompagnées par des membres d'organisations de la société civile de lutte contre les violences faites aux femmes. La moitié des victimes (50%) avait consulté dans les 24 premières heures, le délai moyen de consultation était de quatre semaines avec des extrêmes de deux heures et de 32 semaines. La majeure des parties des victimes (66%) avaient procédé à leur toilette intime ou pris un bain après l'agression. Plus d'un tiers des victimes (34%) étaient impubères. Parmi celles qui étaient en activité génitale, 12 victimes se trouvaient en période féconde de leur cycle menstruel. En outre, huit de nos patientes présentaient déjà un terrain tout à fait vulnérable car elles souffraient de pathologies neuropsychiatriques. Les antécédents des victimes sont rapportés au tableau III.

Tableau 1 : Répartition des victimes selon les caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
Age (ans)		
< 10	11	22%
10-19	36	72 %
20- 24	3	06 %
> 24	0	00%
Total	50	100 %
Ethnie		
Diola	18	36 %
Poular	14	28 %
Sérère	6	12 %
Socé	5	10 %
Ouolof	4	08 %
Mandjack	2	04 %
Autres	1	02 %
Total	50	100 %
Lieu de résidence		
Urbain	36	72 %
Rural	14	28 %
Total	50	100 %
Statut matrimonial		
Célibataires	49	98 %
Divorcée	1	02 %
Total	50	100 %
Profession		
Sans profession	17	34 %
Elèves	31	62 %
Avec profession	2	04 %
Total	50	100 %
Niveau socio-économique		
Bas	41	82 %
Moyen	7	14 %
Elevé	2	04 %
Total	50	100 %

Tableau 2 : Répartition des victimes selon les circonstances de l'agression

Circonstances	Effectif	Pourcentage
L'Heure		
Matin	14	28
Après midi	16	32
Soir	12	24
Nuit	8	16
Total	50	100
Lieu		
Familier	35	70
Non familial	15	30
Type de contact		
Génito-génital	41	82
Génito-anal	3	06
Attouchements	4	08
Autres types	2	04
Total	50	100
Type de contrainte		
Menaces	33	66
Force physique	15	30
Arme	2	04
Total	50	100
Notion de pénétration		
Rapportée	37	74
Non rapportée	4	08
Total	41	82

Tableau 3 : Répartition des victimes selon les antécédents

Antécédents	Effectif	Pourcentage
Ménarches		
Présente	33	66
Absentes	17	34
Total	50	100
Contraception		
Sous méthode	0	00
Aucune méthode	50	100
Période du cycle menstruel		
J1 à j 7	12	36
J 8 à j 18	4	12
Après j18	7	21
DDR inconnu	10	31
Total	33	100
Abus sexuel		
Premier épisode	44	88
Abus sexuel antérieur	6	12
Autres antécédents pathologiques		
Retard mental	3	06
Sourde-muette	2	04
Trisomie 21	1	02
Epilepsie	1	02
Cardiopathie valvulaire	1	02
Total	8	16

Les circonstances de découverte allaient de la confession de la victime dans 36 % des cas à la dénonciation (16 %) en passant par les complications révélatrices comme la grossesse (12 %) et

les coups et blessures dans 4 % des cas. Un traumatisme génital était retrouvé chez 82% des victimes. Une déchirure hyménale était retrouvée dans 60% des cas dont dix étaient récentes (20%). Six traumatismes extra-génitaux (12%) caractérisés par deux lésions sévères (plaie par arme blanche d'un doigt et du cou) et quatre dermabrasions ont été notés. Les vêtements de la victime étaient ramenés dans 20% des cas et ceux-ci présentaient soit des déchirures soit des traces de sang, de sperme. Un sentiment de peur, de honte, ou de colère était observé chez 64% des patientes. Dans 32 % des cas, il s'agissait soit d'un sentiment de mutisme ou d'une indifférence totale.

4. Données paracliniques

Des prélèvements biologiques étaient réalisés chez 74 % des victimes. La recherche de spermatozoïdes avait montré la présence de formes mortes dans deux cas et de formes vivantes chez une patiente (2% de cas). Les germes rencontrés au prélèvement vaginal étaient *Gardnerella vaginalis* (3 cas), *Echerichia coli* (1 cas), *Candida albicans* (3 cas) et on notait une flore polymicrobienne dans deux cas. La sérologie rétrovirale était négative dans tous les cas. L'échographie avait confirmé les six cas de grossesses suspectées à l'examen et il s'agissait d'une grossesse intra-utérine mono-fœtale évolutive respectivement de 17 semaines d'aménorrhée (SA), 19 SA, 21 SA, 24 SA, 31 SA et 32SA.

5. Aspects thérapeutiques

Une antibioprophylaxie était prescrite chez deux tiers des victimes pour prévenir une éventuelle Infection Sexuellement Transmissible alors que la prophylaxie post exposition au VIH n'était réalisée que chez cinq patientes. La contraception d'urgence était prescrite chez dix sept patientes soit 34% des victimes. Le traitement chirurgical consistait en une suture d'une déchirure vulvaire chez une patiente et d'une plaie palmaire par arme blanche chez une autre. Toutes les victimes étaient orientées vers le pédopsychiatre et avaient bénéficié d'un accompagnement psychologique. Néanmoins six patientes avaient développé des complications à type de syndrome dépressif (2 cas), d'hystérie grave avec des crises épileptiformes (1 cas), de trouble de l'humeur (1 cas) et de psychose (2 cas).

6. Aspects judiciaires

Trente sept (37) certificats médicaux avaient été délivrés dont huit à la suite d'une réquisition judiciaire. Par contre, 26 % des victimes n'avaient pas jugé nécessaire d'avoir recours à la justice. Les décisions de justice allaient du non lieu à la peine maximale prévue qui est de 10 ans. Bien que la majeure partie des peines était de 2 ans, sept condamnations à 10 ans avaient été prononcées et quelques dossiers demeuraient en instruction.

DISCUSSION

La principale limite de cette étude réside sur le fait que les données sont exclusivement hospitalières. Par conséquent elles

ne reflètent pas le problème au niveau de la population générale.

1. Epidémiologie

Les agressions sexuelles représentaient 1 % de l'ensemble des urgences reçues pendant la période de l'étude. Ce taux est supérieur à ceux rapportés par certains auteurs comme Faye au Sénégal (0,4 %) [3], Gaborone au Botswana (0,8 %) et à Manille aux Philippines (0,3%) [1]. Néanmoins, des taux plus importants sont rapportés: 2,4% au Mali, 4,5% en Ouganda et 8% au Brésil [1, 4]. Mais les incidences les plus élevées se retrouvent en Afrique du sud et aux états unis et peuvent atteindre (14,8 %) [1]. Les faibles taux notés dans notre série comme dans la plupart des écrits africains semblent ne pas refléter la réalité. La culture d'honneur familiale et d'honneur propre empêcherait à certaines femmes de consulter. Dans la mesure où il s'agit le plus souvent d'un membre de la famille, d'un ami proche au sein d'une société où la sexualité est encore un tabou et la femme en position de faiblesse et de vulnérabilité. Dans les pays développés, l'émancipation de la femme et la protection juridique, la sensibilisation des jeunes filles dès le bas âge, l'existence des structures spécialisées de prise en charge et d'accompagnement des victimes et surtout l'absence de stigmatisation et le rôle des médias ont permis de briser le silence [5, 6].

2. Les données sociodémographiques

Dans notre série, l'âge moyen des patientes était de 13 ans avec des extrêmes de 3 et de 23 ans. La majorité des patientes (72 % des cas) étaient des adolescentes (âge compris entre 10 et 19 ans). Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés dans la littérature [3, 4]. Les adolescentes sont ainsi les cibles les plus exposées aux abus sexuels. Par conséquent les programmes de préventions doivent les privilégier. Le bas âge des victimes peut être corrélé au statut matrimonial. En effet 98 % des patientes étaient célibataires.

3. L'agression

L'agression s'était déroulée dans la plupart des cas (70%) dans un lieu familial à la victime. Ces données rejoignent celles de Tjaden (80%) aux USA et de Faye à Dakar (78,2%) [3]. Cette notion de liens familiaux souvent retrouvée entre les victimes et les agresseurs fait toute la complexité de la prise en charge expliquant le silence autour de ce drame. Les agressions se sont passées surtout dans la journée aux heures de travail (60% des cas) au moment où les parents étaient absents ou occupés. Ce qui rejoint les constatations de plusieurs auteurs [3, 4] qui signalaient par ailleurs qu'à ces heures les enfants et les adolescentes avaient la possibilité de sortir pour se rendre vers les lieux scolaires. Dans notre étude, le contact génito-génital avec pénétration vaginale sans port de préservatif était utilisé par la majeure partie des agresseurs (82 % des cas) comme l'avaient aussi rapportés Traoré [4] en Guinée, Mbassa au Cameroun [7] et Faye au Sénégal [3] avec des taux respectifs de 67,3%, 84,2% et 91,3%. Un préservatif a été utilisé par l'agresseur dans 2% des cas contre 1,3% pour Mbassa au Cameroun [7].

Le viol collectif est rare contrairement aux séries sud-africaines et ougandaises où ce type de viol est fréquent jusqu'à 25% voire 75% surtout en période de conflit ou il devient une arme de guerre [2]. Malgré l'environnement conflictuel qui règne dans cette région, le viol n'est pas utilisé par les rebelles comme arme de guerre.

4. Clinique

Le long délai de consultation s'explique par le fait qu'en Afrique, les abus sexuels sont toujours un sujet tabou pour la victime mais sont surtout considérés comme une source de déshonneur social personnel et familial. Toutes ces raisons font que les victimes ainsi que leur famille vivent le drame sous silence hésitant souvent à avoir recours aux structures sanitaires et à la police par souci de préserver l'honneur de la famille. Par contre en Europe, il existe des structures spécialisées de prise en charge des victimes avec tout l'accompagnement nécessaire aussi bien par la famille que par la société. Les parents des victimes se préoccupent plus de la « virginité » de leur enfant plutôt que de l'aspect médico-légal. C'est donc la perte ou non de cette virginité qui détermine la décision d'entamer des poursuites judiciaires. En outre il arrive souvent que la police ou la gendarmerie demande aux victimes d'aller chercher un certificat médical sans pour autant leur établir une réquisition. Pour Adams [8], le taux faible de réquisition trouve son explication dans le fait qu'aux Etats-Unis la victime ne déclare pas souvent l'agression sexuelle soit par honte, soit par peur d'être victime d'un nouvel abus sexuel. Avec les nouvelles réformes judiciaires, des organisations peuvent se porter partie civile et avec le consentement de la victime aller en justice.

Dans sa série, Borstein [9] décrivait des violences sexuelles avec tortures voir homicide volontaire. C'est pourquoi certains auteurs préfèrent le terme de survivante au terme de victime car le viol s'accompagne souvent d'homicide pour ne pas être dénoncé par la victime surtout dans les guerres inter-ethniques [2]. Dans notre série, les caractères sexuels secondaires étaient absents chez un tiers des cas (34 %) témoignant du jeune âge des victimes qui, dans un tiers des cas n'avait pas atteint l'âge de la puberté. Dans sa série, Faye [3] rapporte une réaction d'agressivité dans 8,6% des cas, une peur dans 8,6% des cas, un mutisme dans 40% des cas et une indifférence dans 42,8% des cas. Ces sentiments, en particulier la peur et la honte fragilisent d'avantage les victimes et les isolent seules dans leur souffrance. Elles avaient non seulement peur des menaces faites par leur agresseur mais surtout de la réaction parfois brutale de leurs parents désarmés vécue comme une seconde agression. La série dakaroise [3] rapporte quatre grossesses soit 7,3% alors que dans la série guinéenne [4] le taux de grossesse était de 5%. Cependant en Afrique du Sud, 65% des demandes d'interruption volontaire de grossesse (IVG) sont formulées après un viol et aux USA, chaque année 32000 grossesses surviennent après un viol [1]. Au Sénégal la législation actuellement en vigueur n'autorise pas une interruption de grossesse après un abus sexuel [10].

5. Paracliniques

Globalement, 26 % des victimes n'avaient effectué aucun examen complémentaire. En effet, le coût élevé de ces analyses face au bas niveau socio-économique et un examen clinique normal faussement rassurant pourraient expliquer le manque de motivation à aller plus loin surtout si l'hymen est intact. Cela pose le problème de la prise en charge financière des explorations et du certificat médical. En effet l'ensemble de ces frais (environ 35 000 FCFA) inhérents à la procédure et totalement à la charge d'une victime souvent issue d'un bas niveau socioéconomique pourrait limiter la décision d'avoir recours à la justice. Des efforts devraient être faits dans ce sens par les politiques afin d'alléger la procédure et soulager ces victimes.

6. Aspects thérapeutiques

La contraception d'urgence est d'autant plus importante que la législation actuellement en vigueur au Sénégal n'autorise pas une interruption de grossesse après un abus sexuel, seules les grossesses qui mettent en jeu le pronostic maternel et dont l'arrêt est susceptible d'apporter une amélioration à l'état de santé de la mère peuvent faire l'objet d'une interruption médicale de grossesse [10].

Dans notre étude, la prise en charge psychologique des victimes avait pu être effectuée grâce à la disponibilité et la collaboration de l'équipe du centre psychiatrique de Ziguinchor qui fut mise en place depuis le naufrage du bateau "Le Joola" afin d'apporter un soutien psychologique aux rescapés et aux familles des victimes. Ce type de prise en charge en réseau peut être une alternative à défaut de disposer d'unités de soins spécialisés comme décrites dans les séries européennes et sud africaines [11-13].

Seule, 4% des lésions avaient nécessité une prise en charge chirurgicale contre 23,6% dans la série de Faye [3]. Ce faible taux comparé aux taux dans les séries d'Afrique australe et centrale [1, 14] trouve son explication dans le contexte de survenue du viol. En effet en situation de conflit en particulier ethnique, le viol devient une arme extrêmement redoutable pour déstabiliser moralement les populations et il s'accompagne d'une violence inouïe voire d'homicides.

7. Aspects juridiques

Plusieurs auteurs justifient le faible taux de recours à la justice par le règlement à l'amiable du préjudice imputable aux réalités socio-culturelles et religieuses [15]. Chez nous, beaucoup d'actes ont été posés ces dernières années par les organismes de la société civile, l'association des sages femmes de Ziguinchor, les autorités judiciaires et médicales de la région ainsi que les médias mais du chemin reste encore à parcourir en termes de sensibilisation des populations, d'accompagnement des victimes et de répression des coupables.

CONCLUSION

La prise en charge d'une victime de violences sexuelles ne doit pas s'arrêter à une appréciation médico-légale. Il faut donc s'attacher à apporter une solution aux trois plans importants de

la consultation qui sont la prise en charge médicale, légale et émotionnelle. Globalement, une collaboration multidisciplinaire englobant tous ces aspects existe à Ziguinchor même si l'idéal serait de disposer d'un cadre formel qui intègre dans une même structure l'ensemble des services dont la victime aurait besoin sans être stigmatisée.

A la lumière de notre étude certaines recommandations s'imposent :

- faire une enquête pour évaluer l'ampleur réelle du problème des agressions sexuelles sur toute l'étendue de la région,
- élaborer un programme de prévention et de protection destiné aux adolescentes

- sensibiliser les populations pour briser le silence autour des abus sexuels,
- élaborer un module de formation et de prise en charge des victimes d'abus sexuel destiné aux professionnels de santé,
- mettre en place un formulaire d'examen type, adapté à nos normes et protocoles nationaux pour faciliter la prise en charge,
- alléger les frais médicaux inhérents à la prise en charge au profit des victimes, et
- proposer l'exemple du réseau de Ziguinchor comme base minimale de prise en charge des victimes d'agression sexuelle en l'absence de centres spécialisés.

Références

1. Jewkes R, Sen P, Garcia-Moreno C. Sexual violence. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002, p. 213-239.
2. World Health Organization. Gestion clinique des victimes de viol: développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays. Organisation mondiale de la Santé II. UNHCR. Ed. Rév.2005
3. Faye-Diéme ME, Traoré AL, Guéye SMK, Moreira PM, Diouf A, Moreau JC. Profillépidémioclinique et prise en charge des victimes d'abus sexuel à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar. J Gynécol Obstet Biol Reprod 2008; 37: 358-64.
4. Traore AM. Violences sexuelles: aspects cliniques en consultation gynécologique dans le service de gynécologie-obstétricale de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 115 cas. Thèse, médecine, Bamako, 2002, n°152.
5. Elliot DM, Mok DS, Briere J. Adult sexual assault: prevalence symptomatology and sex differences in the general population. J Traumatic Stress 2004; 17: 203- 11.
6. Nathalie B, Michel B. Les violences sexuelles en France: quand la parole se libère. Population & Sociétés. Mai 2008; n° 445.
7. MbassaMenick D. La problématique des enfants victimes d'abus sexuels en Afrique ou l'imbricatio d'un double paradoxe: l'exemple du Cameroun. Child Abuse Neg 2001; 25: 109-21.
8. Adams JA. Approach to the interpretation of medical and labotory findings in suspected child sexual abuse: a 2005 revision. APSAC Advisor 2005; 17:7-13
9. Brostein S. Violence et agression sexuelle: la violence. Psycho Med 1992 ; 24, 10 : 1017-19.
10. Code de procédure pénale au Sénégal. Ministère de la justice du Sénégal.
11. Boutin L. Prise en charge d'une victime d'agression sexuelle. Real GynecolObstet 2001; 64:32-6.
12. Guillet-May F, Judlin P, Pichene C, Peton P. Les violences sexuelles: nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire. Contracept Fertil Sex 1997; 25:1-3.
13. Soutoul JH, Chevrant BG. Les agressions sexuelles de l'adulte et du mineur. Paris: Ellipses; 1994.
14. Marsaud O. Les viols, plaies des écoles Sud Africaines; OMS, Avril 2001 : p.222-230.
15. Toure B. Viol et tentatives de viol à propos de 43 cas au Burkina-Faso. 6ème congrès de la SAGO. 2000; 4-8 Déc.