REPUBLIQUE DU BENIN

****

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

****

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

****

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

****

Année : 2022 N°2568

VUE PANORAMIQUE DES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES ADMISES AU CIPEC-VBG DU CHU-MEL DE COTONOU DE 2019-2021 : ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Par :

Odélia Chelsea Idayath HOUEHOUME GANSE

Né le 12 Mars 2000 à Cotonou (République du BENIN)

Directrice de these

Professeur Angeline TONATO BAGNAN

Co-Directeur de thèse

Dr Patrice DANGBEMEY

Président du jury

Professeur Emilie FIOSSI KPADONOU

Membres du jury

Professeur Angeline TONATO BAGNAN

Professeur KPATCHAVI Adolphe

MCA Véronique TOGNIFODE

Année Académique : 2021-2022

LISTE DES ENSEIGNANTS

ACTION DE GRACE

A DIEU TOUT PUISSANT,

Seigneur ! merci pour ton amour et pour ta bonté que tu renouvelles chaque jour dans ma vie. Merci, pour tes œuvres chaque jour dans ma vie.

« Je puis tout par celui qui me fortifie. » Philippiens 4 :13

Actions de grâces !

DEDICACE

DEDICACE

A mon Père HOUEHOUME GANSE Hippolyte,

Ton amour pour le travail a toujours été une motivation pour nous. Aucun effort n'a jamais été de trop pour toi pour nous soutenir dans nos études et nous accompagner dans notre vie. Daigne trouver en ce travail l'expression de ma profonde gratitude et que le Seigneur Jésus-Christ te garde longtemps auprès de nous pour jouir du fruit de ton investissement.

Amour filial !

A ma Mère BOCO DAGOUN Clémence,

Tu as toujours été un exemple pour moi par ton dynamisme et ton amour du travail bien fait. Tu as su nous inculquer le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. Puisse Dieu te bénir davantage et t'accorder la longévité pour bénéficier du fruit de tes efforts.

Amour filial !

A mes aimables frères et sœurs : Curie, Richnic, Gottlieb,

Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous les sentiments d'amour et de tendresse que j'éprouve pour vous. Puisse l'amour et la fraternité nous unir à jamais. Merci pour la force que vous me procurez.

Amour fraternel !

A Luc et Eyram KOUWANOU,

Vous m'avez souvent tenue par la main, conseillée, encouragée. Je ne vous remercierai jamais assez pour l'impact que vous avez sur ma vie.

Profonde gratitude !

Au couple pastoral Belmonde et Ghislain YAMONGBE GUEZO,

Merci pour l'accompagnement et le soutien. Que le Seigneur vous élève davantage !

Profonde gratitude !

A mes amis et collègues, Gratias KOUKOUBOU, Paterne KPOVIESSI, Sabé TOGBE,

Nous étions partis de très loin mais nous voici à bonne destination. Je vous dédie ce travail, signe de mon attachement à notre amitié. Que le Seigneur vous comble de ses grâces infinies. Brillante carrière à nous !

Amitiés sincères !

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A ma famille paternelle GANSE,

Merci pour votre soutien, vos encouragements qui m'ont permis de tenir tout au long de ce parcours.

Merci pour tout !

A ma famille maternelle BOCO DAGOUN : Clémentine, Jules,

Merci pour votre soutien, vos encouragements qui m'ont permis de tenir tout au long de ce parcours.

Merci pour tout !

A Madame COOVI, Madame HOUNDODJADE, Madame ADJOVI, et à toute l'équipe du CIPEC- VBG du CHU-MEL,

Spontanément vous m'avez accueillie et avez agi avec moi comme si je faisais partie de l'équipe depuis longtemps. Merci à chacun d'entre vous pour l'assistance et la disponibilité que vous m'avez tous témoignées lors de mon passage dans le centre et surtout merci pour ces bons moments passés ensemble.

Merci infiniment !

Aux couples pastoraux ADJAI et N'SERMA,

Votre soutien moral et spirituel m'a beaucoup aidée durant ce travail.

Merci infiniment !

A mon groupe de stage de la 6ème année, le telos 335,

Tous nos moments passés ensemble, des plus heureux au moins heureux nous ont terriblement rapprochés. Puisse cette belle flamme d'amitié continuer à toujours briller.

Profonde gratitude !

A la splendide 44ème promotion de médecins formés à la FSS,

Chers amis, nous avons appris à grandir ensemble et à nous former mains dans la main. A tous, je souhaite une carrière bénie et plein de bonheur.

Profonde gratitude !

A vous tous qui avez contribué de près ou de loin et de diverses manières à l'aboutissement de ce travail, merci !

HOMMAGES

HOMMAGES

A notre maître et directrice de thèse, Professeur Angéline TONATO BAGNAN,

Plus qu'un maître, vous avez été pour nous une mère durant tout le chemin qui a conduit à l'aboutissement de cette thèse. Spontanément et malgré vos multiples occupations, vous avez accepté diriger ce travail. Nous retenons de vous votre simplicité et votre douceur qui n'enlèvent rien à votre rigueur et votre amour pour le travail bien fait. Nous prions le Seigneur afin qu'au-delà de ce travail nous puissions continuer à jouir de votre accompagnement.

Hommages respectueux !

A notre maitre et co-directeur de thèse, Dr Patrice DANGBEMEY,

Vous avez consenti des sacrifices et avez su répondre présent à chaque étape pour l'aboutissement de ce travail. Votre humanité, votre accessibilité, votre amour du travail bien fait, et votre rigueur dans la simplicité ont toujours suscité notre admiration. Nous prions le Seigneur afin qu'au-delà de ce travail nous puissions continuer à jouir de votre accompagnement.

Hommages respectueux !

A tous nos Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé,

Vos enseignements nous ont porté à cette étape. Nous nous efforcerons d'être un sujet de fierté pour vous.

Hommages respectueux !

Au Président du jury,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant présider le jury chargé de juger notre modeste travail. Nous restons persuadée que vos conseils et recommandations nous serviront à parfaire ce travail.

Hommages respectueux !

Aux membres du jury,

Nous sommes très reconnaissante pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans le jury de la soutenance de notre thèse. Vos remarques et critiques aideront à améliorer la qualité de notre travail.

Hommages respectueux !

PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE DE COTONOU A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS CETTE THESE N'ENGAGENT QUE LEUR AUTEUR

SOMMAIRE

SOMMAIRE

DEDICACE iv
REMERCIEMENTS vii
HOMMAGES x
SOMMAIRE xiv
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS xvi
LISTE DES TABLEAUX xix
LISTE DES FIGURES xxi
INTRODUCTION 2
1 GENERALITES 7
2 CADRE ET METHODE D'ETUDE 37
3 RESULTATS 44
4 DISCUSSION 59
CONCLUSION 69
SUGGESTIONS 70
REFERENCES 73
ANNEXES 81
TABLE DES MATIERES ..... a

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

<	:	Inférieur
=	:	Egal
≥	:	Supérieur ou égal
%	:	pour cent
ßHCG	:	Bêta Human Chorionic Gonadotrophin
ASE	:	Agression Sexuelle Extrafamiliale
ASI	:	Agression Sexuelle Intrafamiliale
CHD	:	Centre Hospitalier Départemental
CHUD	:	Centre Hospitalier Universitaire Départemental
CHU-MEL	:	Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune
CIPEC-VBG	:	Centre Intégré départemental de coordination pour la Prise En Charge des victimes et survivant(es) de Violences Basées sur le Genre
DIU	:	Dispositif Intra-Utérin
EDSB V	:	Cinquième Enquête Démographique et de Santé au Bénin
GBVIMS	:	Système de Gestion de l'Information sur les Violences Basées sur le Genre
HIV	:	Human Immunodeficiency Virus
IM	:	Intramusculaire
INSPQ	:	Institut National de Santé Publique du Québec
IST	:	Infection Sexuellement Transmissible
LNG	:	Lévonorgestrel
OMS	:	Organisation mondiale de la Santé
ONU	:	Organisation des Nations Unies
PCU	:	Pilule Contraceptive d'Urgence
PPE	:	Prophylaxie Post Exposition

SA	**:**	Semaine d'Aménorrhée
TPHA/ VDRL	**:**	Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay / Veneral Disease Research Laboratory
UPA	**:**	Ulipristal acétate
UNICEF	**:**	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	**:**	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHO	**:**	World Health Organization
WJEI	**:**	Women's Justice and Empowerment Initiative

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	**:**	Calendrier de traitement après un viol	29
Tableau II	**:**	Protocole de la contraception d'urgence en cas de viol	30
Tableau III	**:**	Protocole pour la prévention et le traitement contre les IST en cas de viol chez l'adulte	31
Tableau IV	**:**	Protocole de traitement des IST chez l'enfant en cas de viol	33
Tableau V	**:**	Répartition en fonction de l'âge des victimes d'agression sexuelle prises en charge au CIPEC-VBG de Cotonou de 2019 à 2021	45
Tableau VI	**:**	Répartition en fonction de la résidence des victimes d'agression sexuelle prises en charge au CIPEC-VBG de Cotonou de 2019 à 2021	45
Tableau VII	**:**	Répartition en fonction de l'adresse la résidence des victimes d'agression sexuelle prises en charge au CIPEC-VBG de Cotonou de 2019 à 2021	46
Tableau VIII	**:**	Répartition en fonction du niveau d'instruction des victimes d'agressions sexuelles prises en charge au CIPEC VBG de Cotonou de 2019 à 2021	47
Tableau IX	**:**	Répartition en fonction de la relation entre l'agresseur et la victime d'agressions sexuelles prises en charge au CIPEC-VBG de Cotonou de 2019-2021	48
Tableau X	**:**	Répartition selon le nombre d'agresseurs déclarés dans les cas d'agressions sexuelles prise en charge au CIPEC VBG de Cotonou de 2019-2021	49
Tableau XI	**:**	Cartographie des contraintes associées à l'agression sexuelle admise au CIPEC VBG de Cotonou de 2019 à 2021	50

Tableau XII	**:**	Répartition en fonction du temps écoulé entre l'agression et la consultation des victimes d'agressions sexuelles prises en charge au CIPEC VBG de Cotonou de 2019-2021	51
Tableau XIII	**:**	Répartition en fonction des lésions hyménéales observées chez les victimes d'agression sexuelles prises en charge au CIPEC-VBG de Cotonou de 2019-2021	53
Tableau XIV	**:**	Répartition en fonction de l'aspect du col de l'utérus et des anomalies au toucher vaginal chez les victimes d'agression sexuelle admises au CIPEC-VBG de Cotonou de 2019 à 2021	54
Tableau XV	**:**	Répartition en fonction du résultat de l'examen anal chez les victimes d'agressions sexuelles prises en charge au CIPEC-VBG du CHU-MEL de 2019-2021	55
Tableau XVI	**:**	Répartition en fonction du résultat de l'examen psychologique chez les victimes d'agression sexuelle prises en charge au CIPEC-VBG du CHU-MEL de 2019-2021	55
Tableau XVII	**:**	Répartition des victimes en fonction des principaux bilans biologiques prélevés	56

LISTE DES FIGURES

Figure 1	**:**	Cadre conceptuel des aspects cliniques et thérapeutiques des violences sexuelles	5
Figure 2	**:**	Schéma de l'appareil génital féminin	8
Figure 3	**:**	Schéma de la vulve en position gynécologique [34]	9
Figure 4	**:**	Schémas montrant les variations anatomiques d'hymen [34]	11
Figure 5	**:**	Schéma montrant le test à la sonde de Foley [9]	16
Figure 6	**:**	Diagramme de flux des violences sexuelles prise en charge au CIPEC- VBG du CHU-MEL de 2019-2021	44
Figure 7	**:**	Répartition des victimes selon la situation matrimoniale	47
Figure 8	**:**	Répartition des lésions vulvo-périnéales	52

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les violences basées sur le genre sont de plus en plus fréquentes dans nos sociétés. Ces violences sont regroupées en six (06) grandes catégories que sont : sexuelles, physiques, émotionnelles et psychologiques, institutionnelles, économiques et les pratiques traditionnelles nuisibles [1].

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plus de 25% des femmes âgées de 15 à 49 ans, qui ont eu des relations de couple, ont subi au moins une fois dans leur vie de relation des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire. Les estimations relatives à l'incidence de la violence tout au long de la vie au sein du couple, vont de 20% dans le Pacifique occidental, 22% dans les pays à revenu élevé et en Europe, et de 25% dans la Région OMS des Amériques, 31% dans la Région OMS de la Méditerranée orientale, 33% dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est et 33,6% en Afrique [2]. En 2018, près d'une femme sur trois dans le monde (30%), avait subi des violences physiques ou sexuelles au sein de son couple ou des violences sexuelles infligées par une personne autre qu'un partenaire, ou avait connu les deux [3]. Selon le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), environ 15 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans dans le monde ont subi des rapports ou autres actes sexuels forcés au cours de leur vie et près de la moitié des agressions sexuelles ont pour victimes des filles de moins de 16 ans [4,5].

Au Mali et au Niger, des études réalisées en 2019 avaient montré que les violences sexuelles à l'égard des femmes et des filles représentent respectivement 20% et 28,3% des violences basées sur le genre [11]. Au Mali, selon le Bulletin statistique 2021, les cas de violences sexuelles sont passés de 15% en 2020 à 34% en 2021 [6].

Dans certains pays d'Afrique, 30 à 40% des adolescentes étaient victimes de violences sexuelles avant l'âge de 15 ans [7]. Les statistiques du Système de Gestion de l'Information sur les Violences Basées sur le Genre **(**GBVIMS) en Centrafrique, notent l'augmentation des cas de violences sexuelles qui passent de 19% en janvier 2020 à 27% en janvier 2021 [8].

Au Bénin, les résultats de la Cinquième Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB-V) 2017-2018, avaient révélé qu'une femme de 15 à 49 ans sur dix a subi des actes de violence sexuelle à un moment quelconque de sa vie ; quand on considère seulement les douze (12) derniers mois précédant l'enquête, ce pourcentage passe à 5%. Quatre pour cent (4%) des femmes ont subi les premiers actes de violence sexuelle avant d'atteindre 18 ans. Dans 2% des cas, ces actes de violence ont eu lieu avant l'âge de 15 ans. [9].

Les conséquences sur les victimes sont nombreuses et sont d'ordre psycho-sociales, physique et sexuelle . Il s'agit principalement du trouble de stress post-traumatique, de détresse psychologique, de dépression, de troubles dissociatifs ainsi que de comportements sexuels problématiques. De même, la victime peut ressentir une sensation de mal-être général et sur le plan sexuel, des troubles de l'orgasme, des dyspareunies entre autres.

Malgré l'ampleur de ce phénomène et l'existence à Cotonou depuis 2014 du Centre Intégré départemental de coordination pour la Prise En Charge des victimes et survivant(e)s de Violences Basées sur le Genre (CIPEC-VBG), très peu d'études ont été réalisées pour ressortir les caractéristiques socio-démographiques, les aspects cliniques, et la prise en charge des victimes, d'où l'intérêt de la présente étude. Les objectifs de notre étude se présentent alors comme suit :

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier les aspects cliniques et thérapeutiques des violences sexuelles admises au CIPEC-VBG du CHU-MEL de Cotonou.

Objectifs spécifiques

1- Déterminer le profil socio-démographique des victimes de violences sexuelles.
2- Décrire les aspects cliniques des violences sexuelles.
3- Décrire les mécanismes des violences sexuelles.
4- Décrire la prise en charge des victimes de violence sexuelle.



Figure 1 : Cadre conceptuel des aspects cliniques et thérapeutiques des violences sexuelles

1. GENERALITES

1 GENERALITES

1.1 Définition des concepts

1.1.1 Violences Basées sur le Genre

Selon l'Organisation des Nations Unies (ONU), la Violence Basée sur le Genre (VBG), parfois aussi appelée violence sexiste, se réfère à l'ensemble des actes nuisibles, dirigés contre un individu ou un groupe d'individus en raison de leur identité de genre. Elle prend racine dans l'inégalité entre les sexes, la détention de pouvoir et les normes néfastes. Cette expression est principalement utilisée pour souligner le fait que les déséquilibres de pouvoir, structurels fondés sur le genre, placent les femmes et les filles dans une position leur faisant courir un plus grand risque d'être l'objet de multiples formes de violence [10].

1.1.2 Violence à l'égard des femmes et des filles

Selon l'ONU, il s'agit de « tous les 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 » [10]

1.1.3 Violence sexuelle ou agression sexuelle

Selon l'OMS elle « se réfère à tout acte sexuel, tentative d'acte sexuel ou tout autre acte exercé par autrui contre la sexualité d'une personne, en faisant usage de la force, quelle que soit sa relation avec la victime, dans n'importe quel contexte ». Cette définition englobe le viol, défini comme une pénétration par la force physique ou tout autre moyen de coercition de la vulve ou de l'anus, au moyen du pénis, d'autres parties du corps ou d'un objet, les tentatives de viol, les contacts sexuels non consentis et d'autres moyens de coercition sans contact physique [2].

1.1.4 Victime

Personne qui subit ou a subi des actes d'exploitation ou d'abus sexuels [12].

1.1.5 Survivante

Selon l'ONU, le terme de survivant/survivante de violence désigne toute personne ayant subi des violences sexuelles ou basées sur le genre. Il est synonyme de « victime », mais est généralement préféré parce qu'il implique la notion de résilience [10].

1.2 Etude clinique des violences sexuelles

1.2.1 Rappels anatomiques [13,14]

L'appareil génital féminin est composé d'organes génitaux externes et internes. Les organes génitaux internes comprennent les ovaires, les trompes, l'utérus et le vagin. L'organe génital externe féminin ou la vulve correspond en superficie au plan cutané érogène recouvrant le pubis et le périnée uro-génital, et en profondeur, à l'espace superficiel du périnée uro-génital qui contient les organes érectiles féminins. Il comprend : le mont du pubis, les grandes et petites lèvres, le vestibule, les organes érectiles et les glandes vulvaires.

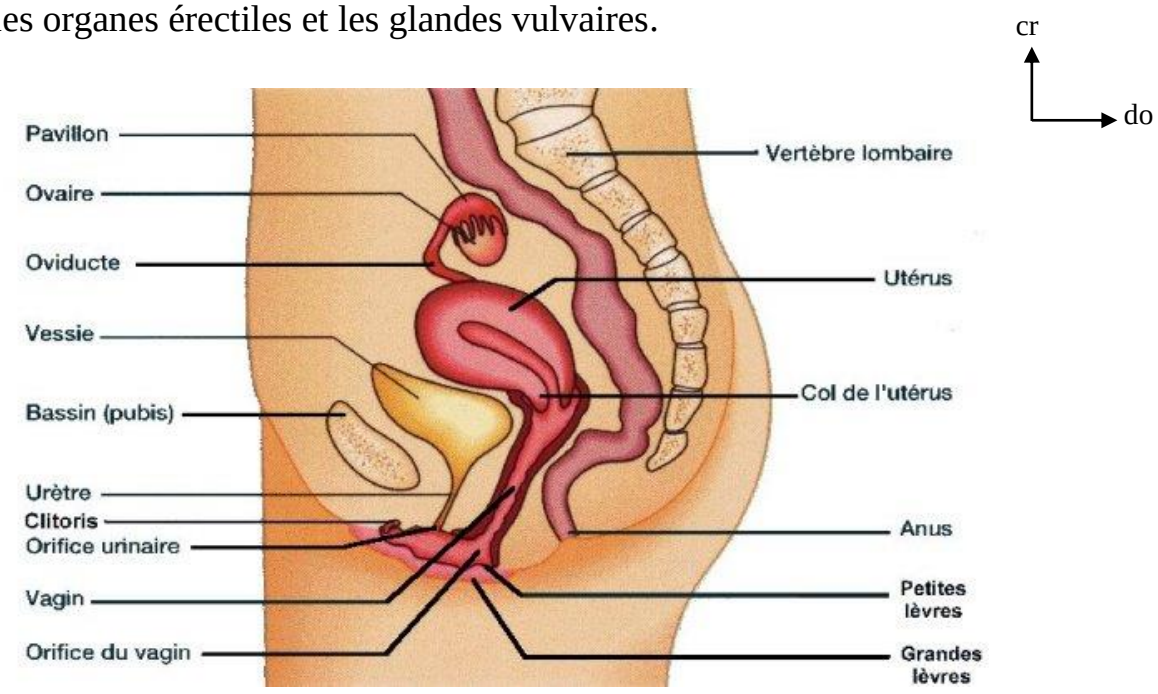


Figure 2 : Schéma de l'appareil génital féminin

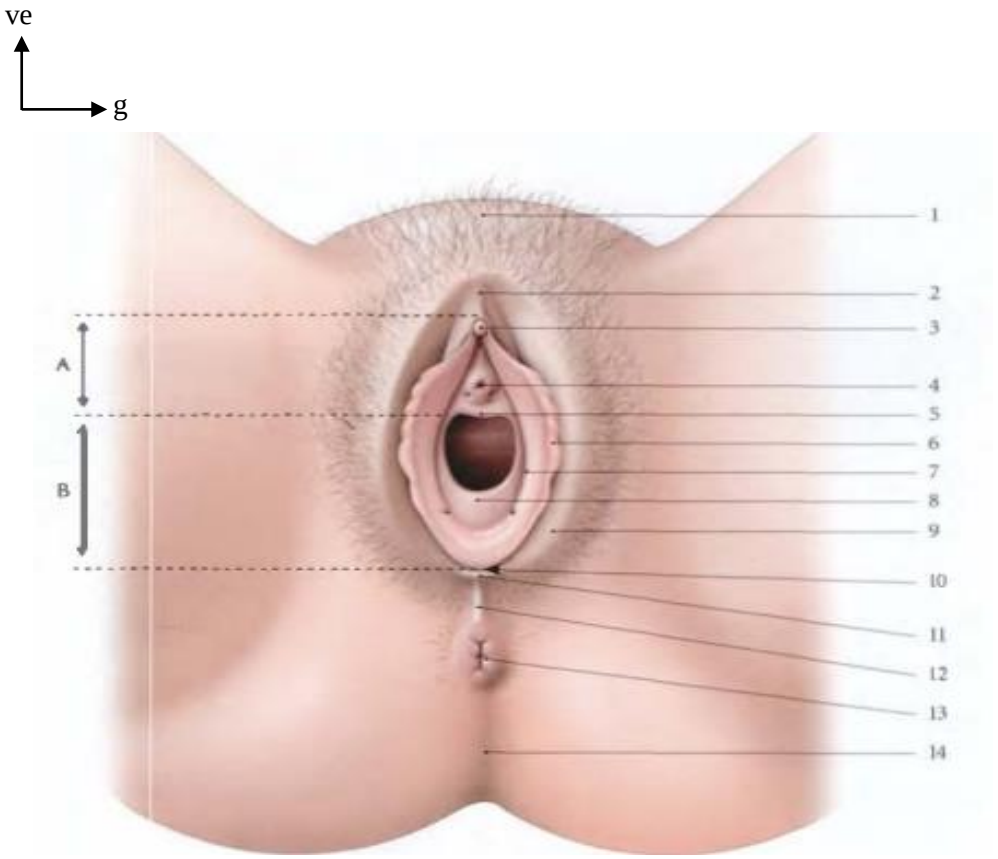


Figure 3 : Schéma de la vulve en position gynécologique [14]

A : partie urétrale du vestibule

B : partie hyménéale du vestibule

1. mont du pubis
2. prépuce du clitoris
3. gland du clitoris
4. ostium externe de l'urètre
5. carina urétrale du vagin
6. petite lèvre
7. Sillon vestibulaire
8. hymen
9. grande lèvre
10. fossette du vestibule du vagin
11. frein des lèvres
12. commissures postérieure des lèvres
13. anus
14. sillon inter fessier

- **Le Périnée de la femme** : Le périnée est l'ensemble des parties molles situées au-dessous du diaphragme pelvien. C'est la région la plus intéressée par les déchirures. En station verticale, le périnée est une fente comprise

entre l'extrémité supérieure des cuisses se prolongeant en avant par le pubis et en arrière le sillon inter fessier. En position gynécologique, sa forme est losangique à grand axe antéro postérieur, dont les angles sont définis par la symphyse pubienne en avant, le coccyx en arrière, les tubérosités bi ischiatiques latéralement. La ligne bi ischiatique le divise en deux régions

- En avant le périnée urogénital (diaphragme urogénital) ;
- En arrière le périnée anal. Nous allons distinguer trois plans : le plan superficiel, le plan moyen, le plan profond. Les trois quarts du plan superficiel ou étage inférieur du périnée sont constitués par la couverture cutanée (antérieure et postérieure), les corps érectiles et les muscles.

- **Le vagin :** Le vagin est un conduit musculo-membraneux qui s'étend de l'utérus à la vulve. Il est compris entre la vessie et l'urètre en avant et le rectum en arrière. Il se fixe sur le col en haut. En bas, la limite entre le vagin et la vulve constitue l'hymen chez la femme vierge.
- **L'hymen** : Chez la femme vierge, le vagin et la vulve sont séparés par une membrane fine qui disparaît le plus souvent lors du premier coït complet : c'est l'hymen. Il s'agit d'une charpente conjonctive constituée de vaisseaux, de nerfs, de quelques fibres musculaires lisses et une muqueuse vaginale. L'hymen est un réseau muqueux incomplet ; septum transversal anatomique spécifiquement humain, placé horizontalement chez le sujet en station debout. Il est de résistance variable. On distingue quatre (04) types d'hymen :
  - L'hymen semi-lunaire ou arciforme : En forme d'un croissant lunaire à concavité antérieure dont le bord convexe adhère à la paroi postérieure et aux bords latéraux du vagin ;
  - L'hymen annulaire : formé d'une membrane percée d'un trou ;

- L'hymen cribriforme : la membrane est perforée de multiples orifices punctiformes
- L'hymen labié qui présente une fente antéropostérieure séparant les deux lèvres latérales. Lorsque les lèvres sont dentelées, on parle d'hymen en frange. Le sillon vulvo-hyménal ou nympho-hyménal sépare le bord adhérant des petites lèvres. Les modifications de l'hymen au cours de la copulation sont variables et sont fonction de sa forme et de sa consistance. Au premier coït complet, l'hymen se rompt dans la majorité des cas avec saignement minime et douleur, les lambeaux cicatrisés donnent des caroncules hyménales. Parfois il se dilate seulement sans rupture ni saignement : on parle d'hymen extensible, élastique ou hymen tolérant. Ils sont aussi appelés « hymens complaisants des légistes ». Parfois l'hymen peut être rigide et infranchissable nécessitant une résection chirurgicale (hyménectomie) partielle ou totale.



Figure 4 : Schémas montrant les variations anatomiques d'hymen [14]

- **Anus :** Orifice située à l'extrémité du tube digestif, par laquelle les selles sont expulsées du corps. Il comporte un sphincter, le sphincter anal qui le maintient fermé. Ce sphincter est contrôlé par le système nerveux autonome.
- **Bouche ou cavité buccale :** c'est le premier segment du tube digestif, elle permet aussi la respiration et la phonation. Elle est tapissée à l'intérieur par une muqueuse protectrice et s'ouvre par les lèvres.

1.2.2 Examen clinique de la victime de violences sexuelles [15]

- **Les circonstances de découverte** : La victime d'abus sexuel peut venir en consultation spontanément, sur demande des parents, quand elle est mineure ou au décours d'une grossesse, à la suite d'une réquisition judiciaire après plainte ou référée par une autre structure de santé.
- **L'accueil** : Il constitue la première étape de cette prise en charge. L'agent de santé responsable de l'accueil des victimes d'abus sexuels et de leur famille, doit s'efforcer de mettre la victime en confiance, de l'aider à surmonter cette période difficile de sa vie. La victime pourra ainsi s'exprimer plus facilement de manière précise. Cette étape est un élément essentiel dans le processus de prise en charge de la victime.
- **L'interrogatoire** : C'est une étape capitale et déterminante dans la prise en charge ; il doit se faire avec tact et douceur. Il ne doit pas s'attarder sur les circonstances de l'agression au risque de réveiller des souvenirs douloureux pouvant constituer un frein au reste de la narration des faits. Cet interrogatoire vise quatre objectifs :

  Il va d'abord déterminer les circonstances de l'agression :

  - Le lieu ;
  - L'heure ;
  - La notion de violence physique, de menace avec ou sans arme ;
  - Le nombre d'assaillants ;

- Les liens éventuels entre l'agresseur et la victime ou sa famille, et
- Le type de contact sexuel (attouchements, contact génito-génital avec ou sans pénétration).

Il va ensuite préciser les gestes et l'attitude de la victime après l'abus sexuel.

Il précise aussi les signes fonctionnels rapportés par la victime (douleur, saignement, leucorrhées).

L'interrogatoire permet enfin de recueillir les antécédents gynécologiques et obstétricaux, pour déterminer :

- La date des dernières règles à la recherche d'une aménorrhée antérieure à l'acte et pour préciser la période du cycle menstruel,
- La date éventuelle du dernier rapport sexuel,
- Une notion de contraception en cours,
- Le nombre de grossesse et d'accouchement.

Tout au long de cet interrogatoire, il faut respecter le principe de n'émettre aucun commentaire.

- **L'examen physique** :
  - **L'examen général** : L'examen de la femme victime d'abus sexuel doit se faire en présence d'un parent si la victime est une mineure, ou d'un agent de santé si la victime est majeure. L'essentiel de la prise en charge des abus sexuels repose sur son volet psycho émotionnel, d'où la nécessité d'un accompagnement psychologique de la victime et de sa famille. Il doit se faire avec tact et douceur. L'examen doit être effectué le plus précocement possible, par rapport à l'abus et doit être complet. Les lésions doivent être décrites avec la plus grande précision. Il comporte la prise des constantes comme le poids, la taille, la tension artérielle le pouls radial et la température

axillaire ou centrale (buccale). Il faut examiner si possible le linge de corps que la victime portait au moment des faits à la recherche de déchirures, de souillure par de sang et/ou de sperme. A l'inspection de la victime d'abus sexuel, des traces de traumatisme sont recherchées, sur tout le corps. Elles peuvent être à type : de contusions, d'érosions, de blessures, et d'ecchymoses. Il faut systématiquement rechercher des produits étrangers sur le corps tels que des cheveux ou des poils de l'agresseur et les prélever.

- **L'examen gynécologique** : Il se fait avec tact et douceur sur une table gynécologique avec une source lumineuse de bonne qualité. Les différents temps de l'examen sont expliqués à la patiente avec un counseling avant, pendant et après l'examen. La patiente est ainsi mise en confiance, ce qui permet un examen plus aisé.
  - L'inspection : Elle apprécie les caractères sexuels secondaires de la victime suivant la classification de Tanner. Les seins sont classés en cinq (5) stades.

    S1 : absence de tout développement mammaire,

    S2 : petit bourgeon mammaire avec élargissement de l'aréole,

    S3 : la glande mammaire dépasse la surface de l'aréole,

    S4 : apparition du sillon sous mammaire,

    S5 : sein adulte avec perte de la saillie de l'aréole.

    La pilosité pubienne comporte 5 stades

    P1 : absence de pilosité pubienne,

    P2 : quelques poils longs sur le pubis et sous symphysaire,

    P3 : pilosité dépassant la symphyse pubienne,

    P4 : pilosité adulte, limitée au mont de vénus,

    P5 : pilosité adulte atteignant les cuisses.

L'inspection apprécie également l'état des faces internes des cuisses à la recherche de traces de violences (griffures, blessures), la région vulvo-périnéale, les petites et les grandes lèvres la recherche de lésions traumatiques (déchirures, éraillure, érythème,…)

- ❖ L'examen de l'hymen : Il a pour objectif de vérifier l'intégrité de l'hymen. Il peut se faire à l'aide d'une sonde à ballonnet ou d'un toucher rectal (réalisée avec douceur après en avoir informé la victime)

Cette technique comporte plusieurs temps. Après avoir installé en douceur la patiente en position gynécologique ou position grenouille (chez les enfants), il faut écarter les grandes et petites lèvres avec la main libre. On introduit la sonde de Foley à travers l'orifice hyménal, le ballonnet est gonflé dans le vagin soit avec une solution de sérum salé isotonique ou avec de l'air. Ensuite on retire la sonde en exerçant une traction douce sur la sonde selon les quatre points cardinaux. Cette technique permet d'exposer l'hymen pour un examen plus complet et détaillé, et de retrouver d'éventuelles déchirures. Le compte rendu doit préciser leur siège comme sur l'écran d'une montre.

.



Figure 5 : Schéma montrant le test à la sonde de Foley [15]

Le toucher rectal combiné à l'examen de la vulve ou technique de Hunter : Il permet d'étaler la cloison recto-vaginale et de rechercher des déchirures au niveau de l'hymen. Au terme de cet examen, l'hymen peut se révéler : intact, ou présenter une ou plusieurs déchirure (s), dont il faut préciser l'ancienneté et le caractère complet ou incomplet. Le siège des lésions doit être décrit, en tenant compte du fait que le plus souvent les lésions siégeant à 5h ou 7h revêtent un caractère médico- légal. Ces lésions cicatrisent au bout de 5 jours. L'hymen peut être intact même après une pénétration, lorsqu'il s'agit d'un hymen dilatable ou complaisant.

- L'examen au spéculum : Il va préciser

- L'état des parois vaginales qui sont de couleur rose avec des rides,
- L'aspect du col utérin qui est aussi rose régulier, punctiforme ou ouvert suivant la parité et l'existence ou non de leucorrhées.

❖ Le toucher vaginal : Il va apprécier la longueur, la position, la consistance et le degré d'ouverture du col. Il détermine la position du corps utérin, sa consistance, sa mobilité et sa taille, l'état des annexes, de même que la nature des sécrétions vaginales dont il faut préciser l'odeur, la couleur, l'abondance, la consistance et les signes d'accompagnement.

➢ Examen anal : A l'inspection, on peut avoir une ecchymose de la marge anale avec une érosion triangulaire à base interne, parallèle aux plis radiaires (coït anal - sodomie). Parfois, un sphincter anal relâché avec déformation infundibulaire (pratique sodomique habituelle). Les fissures anales superficielles peuvent se voir en dehors de toute agression (constipation chronique, encoprésie…) notamment chez l'enfant. A l'inverse, l'absence de lésion n'exclut pas une pénétration.

Les photographies des lésions observées chez les victimes seront utilisées comme document médico-légal.

Cet examen physique doit être complété par une consultation en victimologie chez le pédopsychiatre s'il s'agit d'une fillette, le psychiatre si la victime est majeure, ou le psychologue.

1.2.3 Diagnostic

1.2.3.1 Diagnostic positif

A l'issue de l'examen clinique, la violence sexuelle pourrait être retenue sur la base des éléments suivants :

- La description du mécanisme de l'agression ;
- Les lésions physiques (blessures) et génitales (érythèmes, déchirures des organes génitaux externes, déchirures hyménéales) observées à l'examen clinique ;
- Preuves médico-légales collectées : mise en évidence de sperme au niveau des vêtements de la victime, des différents orifices (vagin, anus, bouche), prélèvements toxicologiques (alcool, médicaments, stupéfiants) ;

L'examen est conclu par la rédaction du certificat médical rédigé par un personnel de santé qualifié. Ce dernier y inscrit toutes les informations relatives à l'agression et les éléments objectivés à l'examen physique. Il évitera d'utiliser le terme « viol » mais peut conclure à une éventuelle pénétration.

1.2.3.2 Diagnostic étiologique

- **Facteurs de risque (facteurs étiologiques) des violences sexuelles [16]**

Les facteurs de risque des violences sexuelles sont multiples. Ils sont d'ordre individuel, relationnel et familiaux, communautaires et sociétaux. Ces facteurs interagissent les uns avec les autres, contribuant ainsi à augmenter les risques ou à les réduire (facteurs de protection).

- **Facteurs associés au risque d'être victime d'agression sexuelle dans l'enfance (0-18 ans)**

De nombreuses études réalisées permettent de ressortir que les facteurs personnels, familiaux et parentaux que l'on retrouve davantage chez les enfants victimes d'agression sexuelle sont des traits caractéristiques ou un environnement qui augmentent la vulnérabilité d'un enfant face à un agresseur sexuel [17]

- **Facteurs individuels**
  - Le sexe féminin
  - L'âge compris entre 06 à 11 ans pour les agressions sexuelles dans l'enfance (ASE) intrafamiliales.

- ❖ Un abus physique ou une agression sexuelle dans le passé
- ❖ L'historique de placement
- ❖ L'absence prolongée des deux parents biologiques (décès ou absence prolongée d'un des parents, séparation ou recomposition familiale)
- ❖ L'isolement social
- ❖ Le faible rendement scolaire ou les difficultés d'apprentissage
- ❖ Les carences affectives
- ❖ La présence de problèmes de comportement intériorisés ou extériorisés
- ❖ Les besoins particuliers (handicaps, déficience intellectuelle, maladies chroniques, problèmes de santé mentale) [18]
- ❖ Le nombre de partenaires sexuels élevé et les comportements sexuels problématiques (adolescentes) [19]

➢ **Facteurs relationnels/familiaux**

- ❖ La faible supervision des parents
- ❖ Le faible niveau d'éducation des parents
- ❖ Le faible sentiment de compétence parentale
- ❖ La présence dans la famille d'un conjoint qui n'est pas le père de l'enfant (beau-père)
- ❖ Les événements de vie stressants
- ❖ Les problèmes conjugaux des parents et l'exposition à la violence conjugale
- ❖ La consommation de drogues ou abus d'alcool des parents
- ❖ Les problèmes de santé mentale chez les parents
- ❖ La relation parent-enfant difficile (une faible chaleur maternelle, une fréquence moins élevée d'attitude positive, un faible attachement parent-enfant)

- ❖ L'isolement social des parents

➢ **Facteurs communautaires**

- ❖ La tolérance de l'agression sexuelle et les faibles sanctions dans une communauté
- ❖ Le faible statut socio-économique de la famille de la victime [20]

➢ **Facteurs sociétaux**

- ❖ L'hypersexualisation des jeunes
- ❖ Les normes sociales soutenant l'agression sexuelle dans certaines communautés: il s'agit des normes liées à la supériorité masculine (par exemple, l'idée que ce sont les femmes et les filles qui provoquent les désirs sexuels des hommes, ou encore que le viol est un signe de masculinité)
- ❖ Le refus historique d'une société de reconnaître l'agression sexuelle envers les enfants car il s'agit d'une honte et d'un déshonneur pour la famille de la victime.
- ❖ Les faibles sanctions légales de l'agression sexuelle sur mineur dans certaines communautés

- **Facteurs associés au risque d'être victime d'agression sexuelle à l'âge adulte**

➢ **Facteurs individuels**

- ❖ Le statut de la femme
- ❖ Le jeune âge (les 15-24 ans étant les plus représentés parmi les victimes)
- ❖ La consommation et l'abus d'alcool ou de drogues (avant ou pendant la situation d'agression sexuelle)
- ❖ Le travail dans l'industrie du sexe
- ❖ La dépression et autres problèmes de santé mentale
- ❖ Le statut matrimonial : célibat, séparation ou divorce

- ❖ Un antécédent d'agression sexuelle
- ❖ Un antécédent de maltraitance physique dans l'enfance
- ❖ La pauvreté
- ❖ Le faible niveau d'éducation

➢ **Facteurs relationnels et familiaux**

- ❖ Le multi partenariat sexuel

➢ **Facteurs communautaires**

- ❖ La tolérance de l'agression sexuelle
- ❖ Les faibles sanctions de la communauté

➢ **Facteurs sociétaux**

- ❖ Les normes traditionnelles quant au rôle des deux sexes
- ❖ L'idéologie des droits sexuels de l'homme
- ❖ Les normes sociales soutenant ou tolérant l'agression sexuelle dans certaines communautés
- ❖ Les faibles sanctions légales face aux agressions sexuelles

Au plan de la santé publique ces facteurs peuvent être d'une importance capitale pour trouver les moyens de prévenir la violence sexuelle avant son apparition, dans la mesure où ce sont souvent la société et la culture qui entretiennent et perpétuent les croyances justifiant la violence.

Les mécanismes de ces violences sont variés chez ces victimes et plusieurs conséquences sur les plans physique et mental, sexuelle en découlent.

1.2.4 Conséquences des violences sexuelles [21]

1.2.4.1 Conséquences des agressions sexuelles chez les enfants et les adolescents

- **Sur le plan physique et mental**
  - ➢ Les traumatismes corporels : douleurs, lésions cutanées, ecchymoses, pétéchies si contrainte physique

- Les lésions génitales : douleur, saignement, lacération,
- La survenue de grossesse chez les filles pubères et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)
- Les symptômes dépressifs
- L'anxiété, la peur et la méfiance
- Une faible estime de soi
- Les retards développementaux
- Les comportements d'isolement social
- Les troubles alimentaires, tels que l'anorexie et la boulimie
- Les symptômes du trouble de stress post-traumatique
- Les symptômes de dissociation
- Les problèmes de comportement extériorisés (ex. : agressivité, opposition, problèmes d'attention)
- Les comportements sexuels problématiques qui ne sont pas en lien avec le stade développemental (ex. : masturbation excessive, comportement sexuel intrusif envers un autre enfant)
- Des problèmes somatiques (ex. : énurésie, problèmes digestifs)
- La revictimisation sexuelle
- La victimisation et l'agression dans les fréquentations amoureuses
- Les comportements sexuels à risque, tels les activités sexuelles précoces et les partenaires sexuels multiples à l'adolescence
- Les comportements autodestructeurs et l'automutilation

1.2.4.2 Conséquences à l'âge adulte d'une agression sexuelle vécue dans l'enfance

- **Sur la santé physique et sexuelle**
  - Les problèmes somatiques (ex: douleurs, troubles digestifs, troubles du sommeil)

- Les habitudes de vie à risque (ex: tabagisme, usage d'alcool et de substances psychoactives diverses ou autres addictions)
- Les comportements sexuels à risque (ex: rapports sexuels non protégés, partenaires sexuels multiples)
- Une perception permanente d'un mal être physique à l'origine de consultations médicales plus fréquentes [22]
- L'invalidité professionnelle
- Les complications gynécologiques (douleurs pelviennes chroniques) et périnatales
- Les problèmes sexuels (ex. : dyspareunie, vaginisme chez la femme)
- Un plus grand risque d'infection à VIH et d'autres IST

- **Sur la santé mentale [23]**
  - Les problèmes de santé mentale (dépression, troubles de personnalité, troubles psychotiques, trouble panique, etc.) [24]
  - La détresse psychologique
  - La dissociation
  - Les symptômes de l'état de stress post-traumatique
  - L'anxiété
  - L'automutilation
  - Les idéations suicidaires, tentatives de suicide et suicide complété
  - Les abus de drogues et d'alcool
- **Sur la santé maternelle**
  - Une maternité précoce
  - Une réactivation des symptômes de stress post-traumatique (grossesse, accouchement, allaitement)
  - La gestation plus courte
  - La dépression post-partum

1.2.4.3 Conséquences des agressions sexuelles chez les femmes

- **Sur la santé physique et sexuelle**
  - Les blessures au corps (à court terme) : douleurs, ecchymoses, pétéchies si contrainte physique
  - Les lésions génitales : douleur, saignement, lacération
  - La survenue d'une grossesse
  - Les problèmes somatiques (ex. : migraines, nausées, fatigue)
  - Les problèmes d'alimentation, perte d'appétit
  - Les comportements sexuels à risque (ex. : rapports sexuels non protégés, partenaires sexuels multiples, etc.)
  - Les douleurs gynécologiques et menstruelles
  - Les dysfonctions sexuelles (ex. : trouble de l'orgasme et douleurs lors des rapports sexuels chez la femme)
  - Un risque élevé de contracter des IST (4 % à 30 % des victimes contracteraient une IST suite à une agression sexuelle)
  - Revictimisation
- **Sur la santé mentale**
  - Les symptômes de stress post-traumatique
  - La peur, l'anxiété et la phobie sociale
  - La détresse psychologique et la dépression
  - L'automutilation
  - Les idéations suicidaires et tentatives de suicide
  - L'abus de drogues et d'alcool

1.2.5 Prise en charge clinique [38]

Selon les recommandations de l'OMS, cette prise en charge se déroule en 08 étapes que sont :

- **Étape 1** : **Vraiment écouter, s'informer sur les besoins et les préoccupations, valider et renforcer la sécurité et l'entourage**

Il s'agit du soutien de première ligne selon la méthode **VIVRE** (**V**raiment écouter**,** s'**I**nformer sur les besoins et les préoccupations**, V**alider**, R**enforcer la sécurité et l'**E**ntourage)

L'écoute est la partie la plus importante d'une bonne communication et la base du soutien de première ligne. Cela donne une chance à la femme de dire ce qu'elle veut, dans un lieu/ endroit sûr et privé, à une personne attentionnée qui souhaite aider. C'est important afin de se remettre sur le plan émotionnel, mais aussi pour répondre à ses besoins pratiques et assurer sa sécurité. Demander à une femme ses besoins et ses préoccupations est un moyen d'apprendre ce qui est le plus important pour elle. Il est important de respecter ses souhaits et de répondre à ses besoins.

La validation permet à une femme de savoir que ses sentiments sont normaux, qu'elle peut les exprimer sans crainte, qu'elle a le droit de vivre sans violence et sans peur et que vous croyez ce qu'elle vous dit sans jugement ni conditions. Il implique que le prestataire de soins utilise les expressions appropriées pour ce faire (Exemple : « Ce n'est pas votre faute. Vous n'êtes pas responsable. » ; « Ce qui s'est produit n'est ni justifiable ni excusable. » ; « Je crains que cela puisse nuire à votre santé. »)

- **Étape 2** : **Obtenir le consentement éclairé de la survivante et la préparer**
  - **Obtenir le consentement éclairé**

    Le consentement éclairé est obligatoire pour l'examen et le traitement, ainsi que pour la communication d'informations à des tierces parties, telles que la police et les tribunaux.

    Etapes pour obtenir le consentement éclairé

- Expliquez à la survivante qu'elle sera examinée et soignée uniquement si elle le veut. Expliquez-lui qu'elle peut refuser l'une (ou l'ensemble) des composantes de l'examen et l'interrompre à tout moment (même après avoir donné son consentement) ;
- Adaptez les procédures de consentement lorsqu'il s'agit d'un enfant survivant. Un parent ou un tuteur doit signer le formulaire de consentement sauf s'il est soupçonné d'être l'auteur des faits. Les adolescentes mineures peuvent être en mesure de donner leur consentement elles-mêmes, en fonction de leur âge et leur degré de maturité ;
- Décrivez les quatre (4) composantes de l'examen, en expliquant la procédure à chacune des étapes, sa pertinence et ses impacts sur les soins à dispenser :
    - Examen physique
    - Examen génital
    - Collecte des preuves médico-légales (si disponibles et pertinentes)
    - Partage des informations et des preuves médicales à la police, si elle veut un recours en justice ;
- Pour chaque composante de l'examen, invitez la survivante à poser des questions et répondez de façon détaillée. Assurez-vous que la survivante comprend. Puis, demandez-lui si elle accepte ou non chaque composante (oui ou non), puis cochez la case correspondante dans le formulaire.
- Une fois que vous êtes sûr que la survivante a entièrement compris l'examen et le formulaire, demandez-lui de signer. Si elle ne peut pas écrire, prenez son empreinte de pouce ;

- ❖ Demandez à une autre personne de signer le formulaire en tant que témoin, si nécessaire. Ne forcez pas la survivante à faire ou à dire quelque chose contre sa volonté. Expliquez qu'elle peut refuser n'importe quelle étape de l'examen à tout moment.

➢ **Préparer la survivante**

- ❖ Rassurez la survivante sur le fait que c'est elle qui contrôle le déroulement, le moment et les composantes de l'examen.
- ❖ Assurez-lui que les résultats de l'examen resteront confidentiels, sauf si elle décide de porter plainte ou s'il y a des lois sur le signalement obligatoire.
- ❖ Obtenez le consentement éclairé de la survivante et veillez à ce qu'une autre personne soit présente pendant l'examen. Demandez-lui si elle veut avoir une personne spécifique à ses côtés, essayez de lui demander cela quand elle est seule. Si la survivante n'a pas de personne spécifique, il est préférable que cela soit une personne formée au soutien ou un agent de santé de sexe féminin. Il est indispensable qu'une femme soit présente si le prestataire chargé de l'examen est un homme. Présentez cette personne, expliquez qu'elle est là pour aider et soutenir la survivante.
- ❖ Limitez au minimum nécessaire le nombre de personnes dans la salle d'examen

- **Étape 3. Procéder à l'anamnèse**

05 principaux thèmes à aborder et leurs objectifs

- ➢ Informations générales : elles permettent de monter un dossier, d'enregistrer la survivante et facilitent le suivi.
- ➢ Antécédents médicaux : ils permettent de comprendre les résultats de l'examen, de déterminer le traitement le plus approprié à fournir, les conseils nécessaires et le suivi médical le plus approprié

- Antécédents gynécologiques : ils permettent d'identifier s'il existe un risque de grossesse et/ou d'IST ; de vérifier si les résultats de l'examen pourraient découler d'événements traumatiques antérieurs, d'une grossesse ou d'un accouchement.
- Santé mentale : il est important d'évaluer la santé mentale et la nécessité d'obtenir un référencement, d'aider la survivante à identifier des stratégies d'adaptation positive. Il faut également évaluer ses sources de soutien.

- **Etape 4 : Réaliser un examen physique et génital**

  Les points clés à vérifier lors d'un examen physique

  - Vérifiez l'apparence générale de la patiente : mains et poignets, avant-bras, intérieur des bras, aisselles, visage et intérieur de la bouche, oreilles y compris l'intérieur et derrière les oreilles, tête cou, poitrine, y compris les seins, abdomen, fesses, cuisses y compris l'intérieur des cuisses, jambes et pieds,
  - Recherchez un saignement actif ou une plaie ouverte, des contusions, rougeurs ou gonflements, coupures ou écorchures, des preuves que des cheveux ont été arrachés récemment et que des dents manquent depuis peu, des lésions telles que des marques de morsure, des griffures, ou plaies par arme blanche ou par balle, des preuves de traumatismes internes au niveau de l'abdomen, tympan perforé

  Les points clés à vérifier lors de l'examen génital

  - Organes génitaux (externes)
  - Organes génitaux (examen interne avec un spéculum)
  - Région anale (externe)

- **Etape 5 : Fournir un traitement**

Tableau I : Calendrier de traitement après un viol

Calendrier de traitement après un viol		
	Traitement	**Calendrier et spécificités**
Priorités dans les 72 heures	**Traitement des blessures physiques**	Référer **immédiatement** la survivante vers des services de soins d'urgence en cas de complications mettant sa vie en danger. Nettoyer et traiter les blessures moins graves sur place.
	Prophylaxie post-exposition de l'infection par le VIH (PPE)	Donner une PPE **dès que possible, et dans les 72 heures suivant le viol**. Les survivants n'auront peut-être pas accès aux services dans ce délai. Les prestataires de soins de santé devraient orienter les survivants qui se présentent aux services de santé avec plus de 72 heures après l'agression vers d'autres services de lutte contre le VIH.
	Pilule contraceptive d'urgence (PCU)	Donner la PCU **dès que possible** et jusqu'à 120 heures après le viol.
	Traitement présomptif des infections sexuellement transmissibles (IST)	**Dès que possible**, donner un traitement préventif pour l'infection de Chlamydia, la blennorragie et la syphilis. Si la survivante se présente plusieurs semaines après l'agression, traiter en suivant une approche syndromique ou sur la base des résultats d'analyses de laboratoire si disponible.
	Prophylaxie antitétanique	Donner un traitement en fonction du risque et du statut vaccinal avant l'exposition
	Prophylaxie de l'hépatite B	Procéder à la vaccination conformément au protocole, à moins qu'elle ne soit déjà vaccinée
	Prise en charge d'une grossesse non désirée	Apporter des conseils et discuter des différentes options avec la survivante

- **Fournir une contraception d'urgence**

Tableau II : Protocole de la contraception d'urgence en cas de viol

	Pilule contraceptive d'urgence (PCU)			Dispositif intra-utérin (DIU) pour la contraception d'urgence
Type de contraception d'urgence	**Lévonorgestrel (LNG) seul**	**Schéma combiné**	**Ulipristal acétate (UPA)**	**DIU au cuivre**
Posologie	Dose unique : 1,5 mg de LNG (ou 2 x 0,75 mg de LNG en comprimés)	100 µg d'éthynylestradiol + 0,5 mg de LNG. Renouveler la prise 12 heures plus tard	30 mg d'UPA	
Moment d'administration / efficacité	• Dès que possible, dans les 120 heures suivant l'agression • Plus la durée écoulée entre l'agression et la prise de la PCU est longue, moins la PCU sera efficace • Les PCU combinées sont moins efficaces et ont plus d'effets secondaires que les PCU LNG ou UPA			• Jusqu'à 120 heures (5 jours)

- **Fournir un traitement contre les IST**

Tableau III : Protocole pour la prévention et le traitement contre les IST en cas de viol chez l'adulte

IST	Traitement	
Blennorragie Bithérapie préférée, y compris chez la femme enceinte	**Ceftriaxone**	250 mg par voie intramusculaire (IM), dose unique
	PLUS	
	Azithromycine	1 g par voie orale, dose unique
	OU	
	Céfixime	400 mg par voie orale, dose unique
	PLUS	
	Azithromycine	1 g par voie orale, dose unique
En cas de monothérapie (traitement basé sur les données locales relatives à la résistance)	**Ceftriaxone**	250 mg par voie intramusculaire (IM), dose unique
	OU	
	Céfixime	400 mg par voie orale, dose unique
	OU	
	Spectinomycine	2 g par voie intramusculaire (IM), dose unique
Infection à Chlamydia	**Azithromycine**	1 g par voie orale, dose unique
	OU	
	Doxycycline (contre-indiquée pendant la grossesse)	100 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 7 jours Recommander en cas de viol anal
	OU	
	Tétracycline (contre-indiquée pendant la grossesse)	500 mg 4 fois par jour pendant 7 jours
	OU	

	Erythromycine	500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours
	OU	
	Ofloxacine (contre-indiquée pendant la grossesse)	200 – 400 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 7 jours
IST	**Traitement**	
Infection à chlamydia chez la femme enceinte	**Azithromycine**	1 g par voie orale, dose unique
	OU	
	Amoxicilline	500 mg par voie orale 3 fois par jour pendant 7 jours
	OU	
	Erythromycine	500 mg par voie orale 4 fois par jours pendant 7 jours
Syphilis à un stade précoce (également chez la femme enceinte)	**Benzathine benzylpénicilline**	2,4 millions d'UI par voie intramusculaire, une seule fois
Syphilis à un stade précoce, chez la patiente allergique à la pénicilline	**Doxycycline** (Contre-indiquée pendant la grossesse)	100 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 14 jours
Syphilis à un stade précoce, chez la femme enceinte allergique à la pénicilline	**Erythromycine**	500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 14 jours
	OU	
	Ceftriaxone	1 g par voie orale intramusculaire 1 fois par jour pendant 10-14 jours
Syphilis à un stade avancé (également chez la femme enceinte)	**Benzathine benzylpénicilline**	2,4 millions UI par voie intramusculaire, 3 doses à une semaine d'intervalle chacune
Syphilis à un stade avancé, chez la patiente allergique à la pénicilline	**Doxycycline** (contre-indiquée pendant la grossesse)	100 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 28 jours
Syphilis à un stade avancé, chez la femme enceinte allergique à la pénicilline	**Erythromycine**	500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 28 jours

Tableau IV : Protocole de traitement des IST chez l'enfant en cas de viol

IST	Traitement	
Blennorragie	**Ceftriaxone**	<45 kg : 25-50 mg/kg par voie intramusculaire (IM) ou intraveineuse (IV), en dose unique >45 kg : 250 mg par voie IM, en une seule prise
Infection à Chlamydia	**Erythromycine**	<45 kg : 50 mg/kg par voie orale, à répartir en 4 doses par jour pendant 14 jours
	Azithromycine	>45 kg : 1 g par voie orale, en une seule prise
	OU	
	Doxycycline	>45 kg et >8 ans : 100 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 7 jours
Syphilis à un stade précoce	**Benzathine pénicilline**	50 000 UI/kg par voie IM jusqu'à la dose pour adulte de 2,4 millions UI/kg par voie IM, en une seule prise
Syphilis à un stade avancé	**Benzathine pénicilline**	50 000 UI/kg par voie IM jusqu'à la dose pour adulte de 2,4 millions UI/kg par voie IM, en trois doses administrées à une semaine d'intervalle chacune

- **Fournir une prophylaxie post-exposition au VIH**

La prophylaxie post exposition (PPE) du VIH devrait être proposée et mise en route dès que possible chez toute personne ayant été exposée à un risque potentiel de transmission du VIH, de préférence dans les 72 heures. Un schéma de PPE du HIV incluant deux médicaments antirétroviraux est efficace, mais la trithérapie est préférée.

- **Étape 6 : Renforcer la sécurité et référer pour une aide supplémentaire**
- **Étape 7 : Evaluer la santé mentale et apporter un soutien psychosocial**

Le rôle du/de (la) prestataire de soins de santé ne se limite pas à l'examen physique. La prise en charge médicale des survivantes de viol comprend l'évaluation des troubles psychologiques et émotionnels, le soutien psychologique de base et d'autres formes de soutien, et, si nécessaire, l'orientation de la survivante vers d'autres prestataires de services pour prendre en charge les troubles mentaux courants, l'abus de substances, les comportements à risque et d'autres problèmes sociaux ou de santé mentale. Même si des symptômes liés au traumatisme n'apparaissent pas toujours, ou s'ils peuvent disparaître avec le temps, toutes les survivantes doivent se voir proposer une orientation vers des services d'aide psychosociale s'ils existent.

- **Étape 8 : Assurer un suivi médical**

Des consultations de suivi doivent être réalisées à deux semaines, un mois, trois mois, six mois pour l'évaluation médicale et psychologique et pour le rappel d'éventuels vaccins.

1.2.6 Prise en charge juridique

Les victimes sont reçues sur réquisition judiciaire sauf en cas d'urgence où la prise en charge est initiée avant le dépôt de la réquisition. Cette réquisition provient soit d'un commissariat ou d'une brigade (brigade des mineurs par exemple). Après écoute, examen et établissement du certificat médical de la victime, le dossier est adressé vers une juridiction supérieure (le tribunal) pour poursuite de la procédure judiciaire ; avec l'accord de la victime ou de ses parents si cette dernière est mineure.

Selon la loi n°2021-11 DU 20 DECEMBRE 2021 portant dispositions spéciales de répression des infractions commises en raison du sexe des personnes et de protection de la femme en République du Bénin, l'agresseur en cas de viol risque une réclusion criminelle de 10 à 20 ans et une amende de 500.000 FCFA à 2.000.000 FCFA.

Selon l’article 553-1, de cette loi, le viol est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie. Le viol est puni de la réclusion criminelle de perpétuité lorsqu'il a entraîné la mort de la victime. La tentative de viol est punie comme le viol lui-même [25].

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE

2 Cadre et méthode d'étude

2.1 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au CIPEC-VBG du CHU-MEL de Cotonou en République du Bénin. Créé depuis 1958, le CHU-MEL est un établissement public à caractère social, un hôpital universitaire de référence nationale dans les domaines de la gynécologie, de l'obstétrique et de la pédiatrie. En tant qu'établissement hospitalier de l'espace hospitalo-universitaire, le CHU-MEL a trois principales missions : les soins (préventifs, curatifs, promotionnels et réadaptatifs), la formation et la recherche. Il est situé au bord de la lagune à Tokpa Hoho dans le 5ème arrondissement de la ville de Cotonou.

Les CIPEC-VBG ont été créés par décret n°2012-228 du 13 Août 2012. Il est créé dans chaque Centre Hospitalier Départemental (CHD), un centre dénommé « Centre Intégré Départemental de Coordination pour la Prise En Charge des victimes et survivants (es) de violences basées sur le genre. Il en existe 03 au plan national : un au CHU-MEL de Cotonou, un au CHUD-ZOU et le dernier au CHUD-BORGOU. Chaque centre est administré par le Centre Hospitalier qui l'abrite. Ces centres ont pour mission de coordonner la prise en charge des victimes et survivantes de violences basées sur le genre. Leur but est de recevoir, d'écouter, de conseiller et d'apporter des solutions promptes, coordonnées, adéquates, et durables aux besoins sanitaires, sociaux, psychologiques et juridiques des victimes et survivants (es) de violences basées sur le genre, de manière à réduire considérablement le temps de la prise en charge sociale, sanitaire et surtout juridique, et accroître la potentialité de la satisfaction des victimes et des survivant(e)s.

Ces centres sont régis par l'accord signé le 14 Février 2008 entre le Gouvernement du Bénin et le Gouvernement des Etats Unis d'Amérique relatif à l'Initiative Présidentielle en matière de Justice et d'Autonomisation des femmes (WJEI).

Ils sont composés des représentants des différents secteurs d'activités impliqués. Il s'agit de :

- 02 Assistants Sociaux détachés ou en service dans les Centres Hospitaliers
- 02 Officiers de Police Judiciaire détachés auprès des Centres
- 01 Médecin en service dans les Centres Hospitaliers sur les territoires desquels sont implantés les CIPEC et désigné à cet effet
- 02 Sages-femmes en service dans les Centres Hospitaliers sur les territoires desquels sont implantés les CIPEC et désigné à cet effet
- 02 Infirmiers
- 02 Chercheurs en service au laboratoire de Cytogénétique et de Génétique Médicale de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey-Calavi désignés à cet effet
- 01 Magistrat en fonction dans les juridictions de compétence territoriales

Ces centres comportent les sections suivantes :

- La section « Accueil et Réhabilitation Sociale » : Elle est chargée de la réception et de la préparation des dossiers des victimes et survivants (es) de violences basées sur le genre, de leur prise en charge, de leur suivi et de leur réinsertion sociale
- La section « Soins » : elle est chargée d'administrer les soins immédiats, de procéder aux analyses et examens médicaux et d'établir les certificats médicaux
- La section « Constats et Enquête » : elle est chargée de l'enregistrement de la plainte des victimes et survivants (es) de violences basées sur le genre, de la collecte des preuves et de l'enquête préliminaire
- La section « Assistance Juridique et Poursuite Judiciaire » : elle est chargée d'engager les poursuites envers les auteurs de violences basées sur le genre en vue des sanctions appropriées.

Le CIPEC-VBG du CHU-MEL couvre quatre (04) départements du Bénin à savoir : Littoral, Atlantique, Ouémé, Plateau

Elle dispose de 03 salles

- Une salle d'accueil des victimes et de leurs accompagnants
- Une salle de psychothérapie
- Une salle d'examen

Il est à noter qu'il existe également au Bénin des CIPEC-VBG mobiles et virtuels dans certains centres de santé publique (Kandi, Banikoara, Malanville).

2.2 Méthode d'étude

2.2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, à collecte de données rétrospective

2.2.2 Période d'étude

C'est une étude qui s'est déroulée sur 03 ans allant de Janvier 2019 à Décembre 2021.

2.2.3 Population d'étude

Population cible : Ensemble des patientes ayant consulté au CIPEC-VBG quelle que soit la nature de la violence

Population source : Patientes ayant consulté pour violence sexuelle

Elle concerne toutes les victimes de violence sexuelles ayant consulté au CIPEC de Janvier 2019 à Décembre 2021.

2.2.3.1 Critères d'inclusion

- Etre de sexe féminin et victime d'une agression sexuelle durant la période d'étude ciblée
- Avoir déclaré l'agression sexuelle au CIPEC

2.2.3.2 Critères de non inclusion :

Sexe féminin ayant eu une agression autre que sexuelle

2.2.3.3 Critère d'exclusion

Sont exclus de l'étude toutes les patientes dont les dossiers sont non exploitables.

2.2.4 Méthode d'échantillonnage

- **Méthode non probabiliste**

Il s'agit d'une méthode non probabiliste avec un recensement exhaustif de toutes les patientes ayant consulté pour agression sexuelle du 1er Janvier 2019 au 31 Décembre 2021 au CIPEC-VBG.

- **Taille de l'échantillon** :

La taille minimale de l'échantillon sera calculée selon la formule de Schwartz.

En supposant n : la taille de l'échantillon,

$$n = \frac{\text{Ɛ}\alpha^2 \text{xpxq}}{\text{i}^2}$$

Ɛα = écart réduit (Ɛα=1,96 pour un niveau de confiance à 95%)

p = prévalence du facteur étudié ; p égale à 10% (selon EDSB-V 2017-2018)

q = 1-p

i= risque d'erreur consenti qui est de 5%

Il vient que : $n = \frac{(1{,}96)^2 \text{ x } 0{,}1 \text{ x } (1-0{,}1)}{(0{,}05)2} = 138{,}29$ (ce chiffre a été arrondis à 139)

La taille minimale de réalisation de cette étude est de 139.

2.2.5 Variables

- Caractéristiques socio-démographiques des patientes : âge, profession, résidence, niveau d'instruction, situation matrimonial, relation avec les agresseurs
- Caractéristiques cliniques des patientes : liées aux circonstances de survenue de l'agression, aux lésions physiques et génitales, à l'état

psychologique de la victime, à la survenue ou non de grossesse issue de l'agression, aux bilans paracliniques réalisés,

- Prise en charge des patientes : médicale, judiciaire

2.2.6 Technique et outils de collecte des données

2.2.6.1 Technique de collecte

Les données ont été collectées par dépouillement des registres d'admission et des dossiers médicaux.

Nous avons dans un premier temps exploité les registres d'admission pour identifier les dossiers d'agression sexuelle puis nous les avons dépouillés à l'aide de notre fiche d'enquête. Nous avons été aidés par un groupe de huit (08) étudiants de la cinquième année de médecine générale que nous avons formé sur la méthodologie de l'étude et le remplissage du questionnaire de dépouillement**.**

Nous avons fait la collecte des données au sein du CIPEC-VBG en procédant de la manière suivante :

- Réunir tous les dossiers médicaux (certificats médicaux) des victimes d'agression sexuelle couvrant la période
- Dépouiller les dossiers médicaux des patientes répondant aux critères

2.2.6.2 Outils de collecte

Nous avons utilisé une fiche de dépouillement des dossiers médicaux

2.2.6.3 Sources de données

Nous avons exploité :

- Registre d'admission des victimes
- Certificats médicaux des victimes
- Rapports d'activité annuels du centre

2.2.7 Traitement et analyse des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche de dépouillement des certificats médicaux et traitées avec le logiciel KoboToolbox. L'analyse des données a été faite en utilisant le logiciel SPSS 26. La confection des graphiques et des tableaux a été faite en utilisant le logiciel Microsoft Excel 2019 et le traitement de texte en utilisant le logiciel Word 2013. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes avec leurs écarts-types ou en médiane avec les intervalles interquartiles lorsque la distribution n'est pas gaussienne. Les variables qualitatives ont été exprimées en proportions.

2.2.8 Aspects éthiques

Nous avons eu l'accord préalable du directeur du CHU-MEL et de la responsable du CIPEC-VBG. Conformément aux principes de la déontologie médicale, le secret médical a été respecté au cours de cette enquête et en particulier l'anonymat des informations.

2.2.9 Les difficultés rencontrées

Nous avons eu des difficultés à avoir :

- Certains dossiers du fait d'un problème d'archivage
- Certaines informations dans les dossiers
- La suite des procédures judiciaires entamées

3. RESULTATS

3 Résultats

Au total, 1045 patientes ont consulté au CIPEC- VBG du CHU-MEL durant la période d'étude, 901 patientes ont consulté pour violence sexuelle. Sur un total de 662 dossiers de victimes de violences sexuelles retrouvés, 150 dossiers de victimes étaient non exploitables. Nous en avons dépouillé 512.

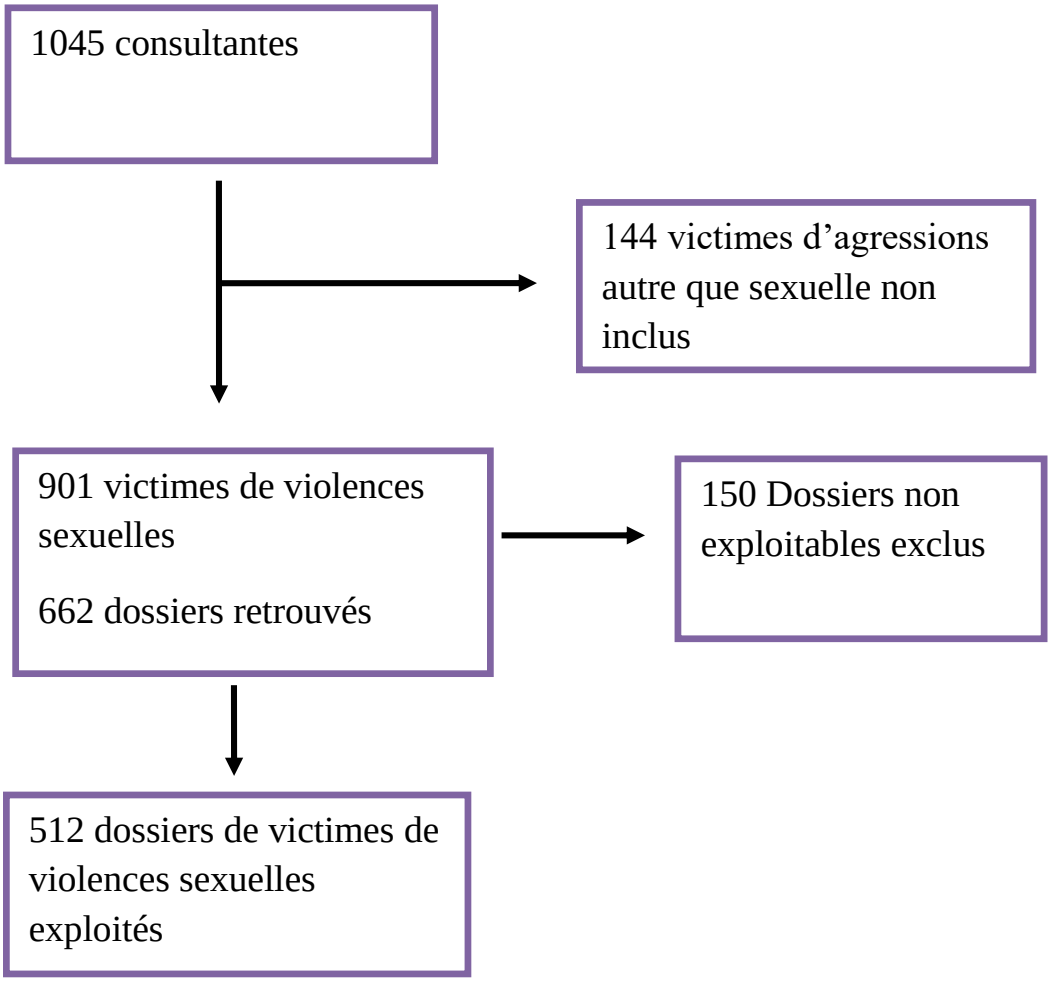


Figure 6 : Diagramme de flux des violences sexuelles prise en charge au CIPEC- VBG du CHU-MEL de 2019-2021

3.1 Profil des victimes

3.1.1 Age

Le tableau V présente la répartition en fonction de l'âge des victimes d'agression sexuelle prises en charge au CIPEC-VBG de Cotonou de 2019 à 2021.

Tableau V : Répartition en fonction de l'âge des victimes d'agression sexuelle prises en charge au CIPEC-VBG de Cotonou de 2019 à 2021

	Effectif (n)	Proportion (%)
< 10	68	13,3
10 - 14	115	22,5
14 - 19	300	58,6
19 - 24	15	2,9
≥ 25 ans	14	2,7
Total	**512**	**100,0**

L'âge moyen des victimes d'agression sexuelle était de 14 ± 5,7 ans avec les extrêmes de 09 mois et 61 ans. L'enfance (<10ans) était touchée par la violence sexuelle dans 13,3% des cas. Les adolescentes (10-19 ans) étaient les plus touchées dans une proportion de 81,1% des cas.

3.1.2 Résidence des victimes

Le tableau VI résume la répartition en fonction de la résidence des victimes d'agression sexuelle prise en charge au CIPEC-VBG de Cotonou de 2019 à 2021

Tableau VI : Répartition en fonction de la résidence des victimes d'agression sexuelle prises en charge au CIPEC-VBG de Cotonou de 2019 à 2021

	Effectif (n)	Fréquence (%)
Cotonou	339	66,2
Abomey-Calavi	90	17,6
Sème-Kpodji	53	10,4
Porto-Novo	11	2,1
Ouidah	10	2,0
Autres	9	1,8
Total	**512**	**100,0**

Autres : Avrankou (n=4), Zè (n=1), Toffo (n=1), Pobè (n=1), Glo (n=1), Houègbo (n=1)

La majorité des victimes d'agression sexuelle de notre étude résidait à Cotonou et dans une proportion de 66,2% (n=339)

3.1.3 Occupation des victimes

Le tableau VII présente la répartition en fonction de l'occupation des victimes d'agressions sexuelles prises en charge au CIPEC VBG de Cotonou de 2019-2021.

Tableau VII : Répartition en fonction de l'adresse la résidence des victimes d'agression sexuelle prises en charge au CIPEC-VBG de Cotonou de 2019 à 2021

	Effectif (n)	**Fréquence (%)**
Elève/Etudiant	277	54,1
Apprentis	100	19,5
Fonctionnaire	2	0,4
Revendeuse	42	8,2
Ménagère	15	2,9
Aucun	17	3,3
Non précisé	37	7,2
Total	**512**	**100,0**

Les victimes de violences sexuelles étaient représentées à 54,1% (n=277) par des élèves ou étudiantes.

3.1.4 Situation matrimoniale des victimes d'agression sexuelle

Les victimes vivaient en couple dans 3,9% (n=20) des cas

La figure 7 montre la répartition des victimes d'agression sexuelle en fonction de la situation matrimoniale

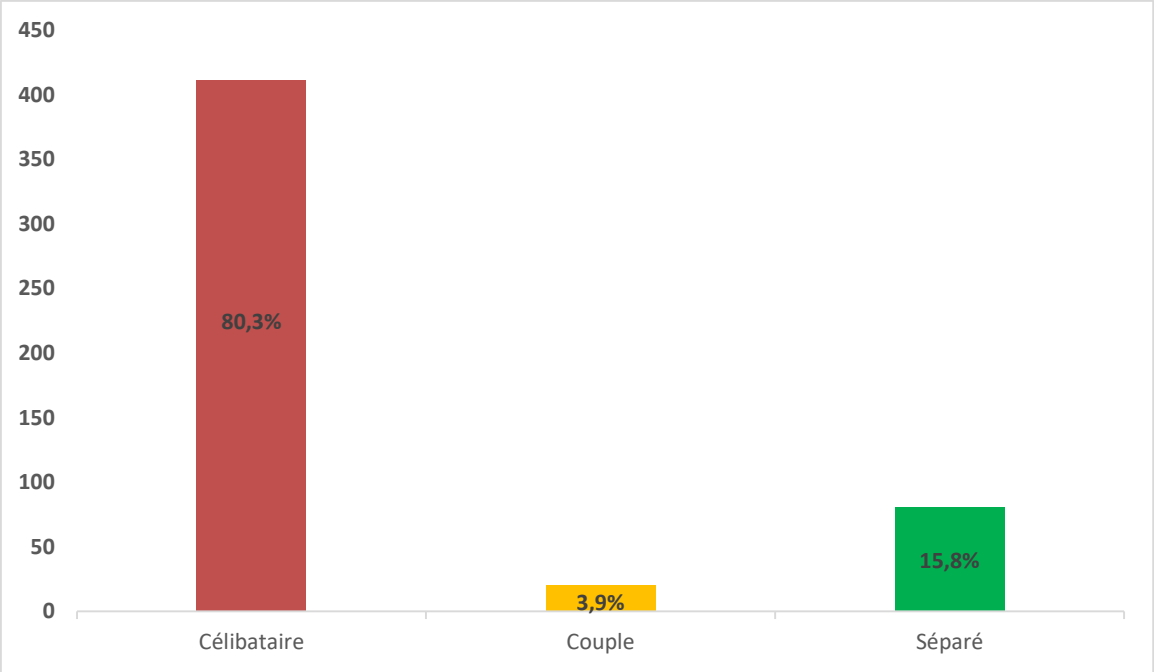


Figure 7 : Répartition des victimes selon la situation matrimoniale

3.1.5 Niveau d'instruction

Le tableau VIII montre la répartition en fonction du niveau d'instruction des victimes d'agressions sexuelles prises en charge au CIPEC-VBG de Cotonou de 2019 à 2021.

Tableau VIII : Répartition en fonction du niveau d'instruction des victimes d'agressions sexuelles prises en charge au CIPEC-VBG de Cotonou de 2019 à 2021

	Effectif (n)	**Fréquence (%)**
Non instruit	37	7,2
Primaire	72	14,1
Secondaire	162	31,6
Universitaire	6	1,2
Non précisé	235	45,9
Total	**512**	**100,0**

Les victimes ayant un niveau supérieur (universitaire) représentaient 1,2% des cas (n=6)

3.2 Circonstances de survenue de l'agression sexuelle

3.2.1 Relation entre l'agresseur et la victime de violences sexuelles admises au CIPEC-VBG

Le tableau IX présente la répartition en fonction de la relation entre l'agresseur et la victime d'agressions sexuelles prise en charge au CIPEC-VBG de Cotonou de 2019-2021

Tableau IX : Répartition en fonction de la relation entre l'agresseur et la victime d'agressions sexuelles prise en charge au CIPEC-VBG de Cotonou de 2019-2021

	Effectif (n)	Fréquence (%)
Relation sexuelle avec la victime par le passé	26	5,1
Type de relations avec l'agresseur		
Parties concubines	52	10,2
Parties consanguines	18	3,5
Parties mariées	9	1,8
Personne vivant en cohabitation	103	20,1
Agresseur		
Ami/copain	116	22,7
Habitant quartier	79	15,4
Client	12	2,3
Enseignant	12	2,3
Collègue	4	0,8
Aucune relation	66	12,9

Les victimes n'avaient aucune relation avec l'agresseur dans 12,9 % des cas (n=66).

Les violences provenant des personnes vivant en situation de cohabitation étaient les plus fréquentes et dans une proportion de 20,1% (n=103) et les parties consanguines représentaient 3,5% des cas (n=18).

Les agresseurs étaient en majorité connus de la victime dans 86,7% (n=444) des cas. Il s'agissait des amis ou copain de la victime dans une proportion de 22,7% (n=116).

3.2.2 Notion d'agression sexuelle antérieure

Les victimes avaient subi une agression sexuelle antérieure par le même agresseur dans 15,2% des cas (n=78).

3.2.3 Nombre d'agresseurs

Le tableau X présente la répartition selon le nombre d'agresseurs déclarés dans les cas d'agressions sexuelles prises en charge au CIPEC-VBG de Cotonou de 2019-2021

Tableau X : Répartition selon le nombre d'agresseurs déclarés dans les cas d'agressions sexuelles prises en charge au CIPEC VBG de Cotonou de 2019-2021

	Effectif (n)	**Fréquence (%)**
1	472	92,2
2	24	4,7
3	8	1,6
4	6	1,2
5	1	0,2
7	1	0,2

Le nombre d'agresseurs variait de 1 à 7, l'agresseur était unique dans la majorité des cas soit une fréquence de 92,2% (n=472)

3.2.4 Types de contrainte

Le tableau XI indique la cartographie des contraintes associées à l'agression sexuelle chez les victimes admises au CIPEC-VBG de Cotonou

Tableau XI : Cartographie des contraintes associées à l'agression sexuelle admise au CIPEC-VBG de Cotonou de 2019 à 2021

	Effectif (n)	Proportions (%)
Usage de contrainte		
Non	176	34,4
Oui	336	65,6
Type de contrainte	336	
Physique*	289	56,4
Psychologique	141	27,5
Type de contrainte psychologique		
Menaces verbales**	130	25,4
Menaces par arme blanche	11	2,4
Soumission chimique		
Oui	28	5,5
Non	484	94,5
Type de soumission chimique		
Alcool	14	2,7
Médicaments	10	1,9
Stupéfiants	4	0,8

*** :** bastonnade, immobilisation forcée, séquestration

****:** menaces de mort, chantage, intimidation

La majorité des agressions étaient accompagnées d'une contrainte de la part de l'agresseur dans 65,6% (n=336). Les contraintes étaient physiques, psychologiques et chimiques. Les contraintes physiques étaient les plus représentées dans une proportion de 56,4% (n=289)

3.2.5 Voies de pénétration lors des violences sexuelles

La voie vaginale était la plus utilisées pour des actes sexuels dans une proportion de 83,6% (n=428) des cas.

3.2.6 Elément utilisé par l'agresseur

L'élément utilisé par l'agresseur, était le sexe dans la majorité, 87,9% (n=450) des cas.

Par ailleurs, la notion d'éjaculation était enregistrée dans 52,1% (n=267) des cas et le préservatif était utilisé dans 5,3% (n=27) des cas.

3.3 Aspects cliniques des agressions sexuelles admises au CIPEC-VBG

3.3.1 Temps écoulé entre l'agression et la consultation

Le tableau XII présente la répartition en fonction du temps écoulé entre l'agression et la consultation des victimes d'agressions sexuelles prise en charge au CIPEC VBG de Cotonou de 2019-2021

Tableau XII : Répartition en fonction du temps écoulé entre l'agression et la consultation des victimes d'agressions sexuelles prise en charge au CIPEC-VBG de Cotonou de 2019-2021

	Effectif (n)	Fréquence (%)
≤ 24h	30	5,9
J2 - J9	164	32,0
J9 - J30	72	14,1
≥ J30	144	28,1
Non précisé	102	19,9
Total	**512**	**100 ,0**

Dans notre étude, les victimes qui avaient consulté dans les 24h suivant l'agression représentaient 5,9% (n=30) des cas.

3.3.2 Gynécologique

3.3.2.1 Seins

Dans notre étude nous avons retrouvé un (01) seul cas de rougeur du sein qui pourrait être imputé à l'agression sexuelle.

3.3.2.2 Organes génitaux externes

L'examen clinique des victimes d'agression sexuelle avait permis de noter des lésions vulvo-périnéales à type de déchirures, d'éraillures et d'érythème dans une proportion de 14,6% des cas (n=39). Les érythèmes étaient les lésions vulvo-périnéales les plus représentées comme l'illustre la figure 8 ci-dessous

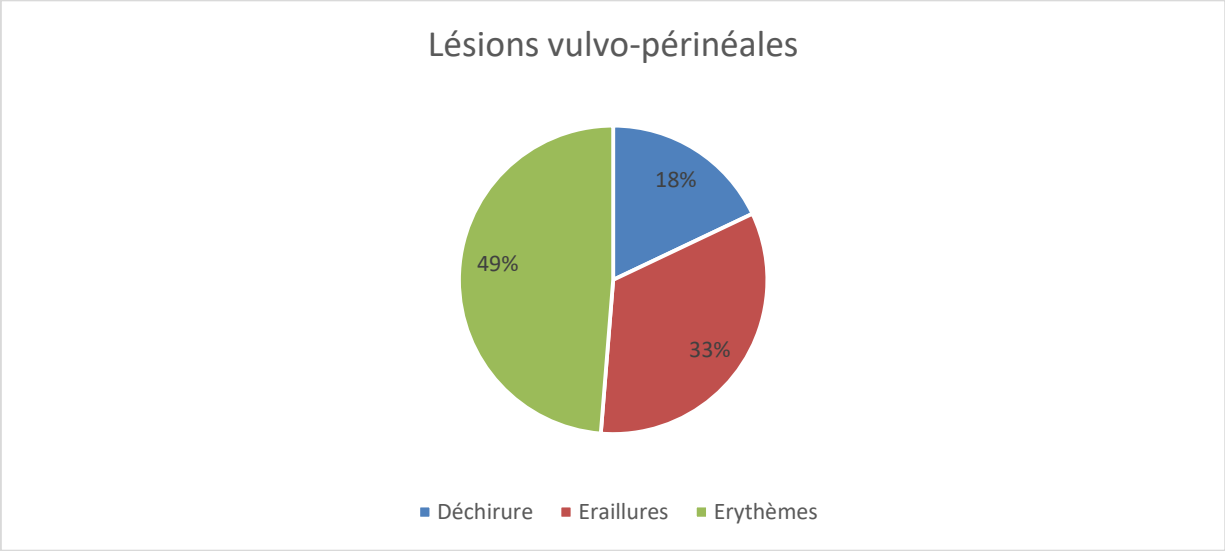


Figure 8 : Répartition des lésions vulvo-périnéales

Le tableau XIII montre la répartition en fonction des lésions hyménéales observées chez les victimes d'agression sexuelles prises en charge au CIPEC-VBG de Cotonou de 2019-2021

Tableau XIII : Répartition en fonction des lésions hyménéales observées chez les victimes d'agression sexuelles prises en charge au CIPEC-VBG de Cotonou de 2019-2021

	Effectif (n)	Fréquence (%)
Type de l'hymen	512	
Annulaire	363	70,9
Semi-lunaire denticulé	14	2,7
Autres	28	5,5
Non précisé	105	20,5
Etat de l'hymen	512	
Intact	152	29,7
Déchirure	360	70,3
Déchirures hyménéales	360	
Anciennes	326	63
Complètes	247	68,6
Incomplètes	98	27,2
Récentes	49	13,6

Autres : Hymen absent, vestiges hyménéaux, contours denticulés

La principale lésion hyménéale retrouvée était la déchirure avec une fréquence de 70,3% (n=360).

Les déchirures étaient anciennes chez la plupart des victimes avec une fréquence de 63% (n=326).

3.3.2.3 Col utérin

Le tableau XIV montre l'aspect du col chez les victimes d'agressions sexuelles admises au CIPEC-VBG de Cotonou de 2019 à 2021.

Tableau XIV: Répartition en fonction de l'aspect du col de l'utérus et des anomalies au toucher vaginal chez les victimes d'agression sexuelle admises au CIPEC-VBG de Cotonou de 2019 à 2021

	Effectif(n)	Fréquence (%)
Aspect du col utérin		
Col anormal	244	47,7
Col normal	268	52,3
Anomalies cervicales		
Inflammation du col	6	2,4
Non évalué	238	97,6
Douleurs au toucher vaginal	37	11,8

L'examen au spéculum était pratiqué dans 51,2% des cas (n=262). L'aspect du col était normal dans 52,3% des cas (n=268). L'inflammation a été l'anomalie du col retrouvée dans 2,4% des cas (n=6).

Le toucher vaginal était pratiqué dans 61,3% des cas (n=314) et notait une douleur localisée dans 11,8% des cas (n=37).

Une grossesse était confirmée chez 10,5% des victimes (n=56). La plupart de ces grossesses avaient moins de 32 SA avec une fréquence de 92,8% (n=52). Le diagnostic était posé pour la plupart des cas à la première consultation.

3.3.2.4 Examen anal

Le tableau XV indique le résultat de l'examen anal des victimes de l'agression sexuelle.

Tableau XIII : Répartition en fonction du résultat de l'examen anal chez les victimes d'agressions sexuelles prises en charge au CIPEC-VBG du CHU-MEL de 2019-2021

	Effectif (n)	Fréquence (%)
Anus normal	223	43,5
Anus anormal		
Fissure anale	1	0,2
Présence d'inflammation	1	0,2
Réflexe inépuisable	27	5,3
Toucher rectal	47	
Douleur	5	0,9
Saignement anal	1	0,2

L'anus était cliniquement normal dans une proportion de 43,5% (n=223).

Les principales anomalies retrouvées au toucher rectal étaient une douleur dans 0,9% des cas (n=5), et un saignement anal.

4.3.2. Examen psychologique

Le tableau XVI indique l'état psychologique de la victime d'agression sexuelle

Tableau XIVI : Répartition en fonction du résultat de l'examen psychologique chez les victimes d'agression sexuelle prises en charge au CIPEC-VBG du CHU-MEL de 2019-2021

	Effectif (n)	Fréquence (%)
Dépression	98	19,1
Anxiété	109	21,3
Sentiment de honte et de culpabilité	105	20,5
Conduites à risque***	153	29,9

*** : fugue, comportements sexuels à risque

L'état psychologique des victimes était caractérisé par la dépression dans 19,1% (n=98), par l'anxiété 21,3% (n=109) des cas et la honte 20,5% (n=105) des cas.

3.3.3 Les lésions corporelles associées à l'agression sexuelle

Les autres types de lésions (dermabrasions au cou, au bras et épaule gauche traces de griffures au cou, plaie profonde à la plante du pied gauche) représentaient 0,8% (n=4) des cas.

3.4 Examens paracliniques

Le tableau XVII indique la répartition des victimes en fonction des principaux bilans biologiques prélevés.

Tableau XVI : Répartition des victimes en fonction des principaux bilans biologiques prélevés

	Effectif (n)	Fréquence (%)
Recherche de spermatozoïdes	n=14	
Vagin	8	1,55
Bouche	2	0,39
Anus	2	0,39
Cuisses	2	0,4
Recherche bactériologique de gonocoques	n=512	
Non	501	97,9
Oui	11	2,1
Recherche de chlamydiae dans les urines	n=512	
Non	505	98,6
Oui	7	1,4
Prélèvements IST et grossesse		
TPHA/ VDRL	488	94,39
Hépatite B	488	94,39
HIV	485	93,81
Hépatite C	476	92,07
ßHCG quantitatif	361	69,83

La recherche de sperme dans les différents orifices était rare. Elle était réalisée chez 2,7% (n=14) des cas. La recherche de certaines IST telles que la gonococcie et la chlamydiae était rare dans respectivement 2,1% et le chlamydia 7% mais très fréquent pour les autres sérologies (94%)

Le test de grossesse n'était pas systématique. Il a été réalisé dans 69,8% des cas chez les filles déjà pubères.

Une échographie pelvienne a été réalisée dans 10,9% des cas (n=56).

3.5 Aspects thérapeutiques

3.5.1 Prise en charge médicale

3.5.1.1 Prise en charge médicamenteuse

Une contraception d'urgence et un traitement préventif contre le VIH ont été prescrits respectivement dans 5,7% des cas (n=29) et 2,5% des cas (n=13).

D'autres traitements tels que l'antibiothérapie, l'antimycosique, l'antiseptique avaient été prescrits dans 33% des cas (n=169).

3.5.1.2 Psychothérapie

Les victimes ont bénéficié d'une psychothérapie par la psychologue du centre dans 79,9% des cas (n=409). Le nombre de séances variait entre 1 et 5.

3.5.2 Prise en charge chirurgicale

Aucune victime n'avait bénéficié d'une prise en charge chirurgicale.

3.5.3 Prise en charge judiciaire

La majorité des victimes avait entamé une procédure judiciaire (réquisition à la consultation initiale) soit une fréquence de 83,8% (n=429).

5. DISCUSSION

4 DISCUSSION

La discussion des résultats de notre étude suivra le plan ci-après :

- Atteinte des objectifs de l'étude ;
- Qualité et validité des résultats
- Interprétation et comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs.

Ce dernier point va parcourir successivement les points suivants

- Profil des victimes
- Circonstances de survenue de l'agression sexuelle
- Aspects cliniques de l'agression sexuelle
- Prise en charge des victimes d'agression sexuelle

4.1 Atteinte des objectifs de l'étude

L'étude avait pour objectif de décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des violences sexuelles admises au CIPEC-VBG du CHU-MEL de Cotonou.

En effet, l'étude nous a permis de :

- Déterminer le profil des victimes de violences sexuelles
- Décrire les mécanismes et les aspects cliniques des violences sexuelles
- Décrire la prise en charge des victimes de violence sexuelle

4.2 Qualité et validité des résultats

La recherche des aspects cliniques et thérapeutiques des violences sexuelles admises au CIPEC-VBG du CHU-MEL de Cotonou sur la période de notre étude a été réalisée à partir d'une étude rétrospective. Ce qui constitue une faiblesse pour l'étude et peut occasionner des biais. Le manque d'information dans certains dossiers constitue également une faiblesse. Toutefois, l'exploitation rigoureuse des documents (registre d'admission, dossiers et certificats médicaux, rapports d'activités) et le fait que nous ayons dépouillé 512 dossiers de victimes de

violences sexuelles ce qui est largement supérieur à la taille minimale d'échantillon (n=139), constituent une force pour notre étude. Nous avons donc pu atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés.

4.3 Interprétation et comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs.

4.3.1 Caractéristiques socio- démographiques des victimes

- **Age**

L'âge moyen des victimes d'agression sexuelle était de 14 ans ± 5,7 ans avec les extrêmes de 09 mois et 61 ans.

Cette moyenne d'âge est supérieure à celle retrouvée par Magatte et al dans une étude réalisée au Sénégal en 2013 où l'âge moyen était de 13 ans [29] ; Aussi Diallo et al dans une étude réalisée au Sénégal en 2020 ont rapporté que l'âge moyen des victimes de violences sexuelles était de 12,33 ± 6,28 [26]. Ceci pourrait s'expliquer d'une part par la faible taille de leur échantillon et d'autre part par la population de leur étude.

Notre résultat est par contre inférieur à celui de Sawadogo et al au Burkina Faso qui ont rapporté dans une étude réalisée en 2020 un âge moyen de 16ans [27].

Dans notre étude, les adolescentes (10-19 ans) étaient les plus touchées dans une proportion de 81,1% des cas. Notre résultat est semblable à celui de Doumbia et al qui dans une étude réalisée au Mali en 2019 avaient rapporté une proportion de 83,18% d'adolescentes [15]. Par contre, dans notre série, l'enfance (<10 ans) était touchée par la violence sexuelle dans 13,3% des cas, ce qui est supérieur au résultat de Doumbia et al qui ont retrouvé 12,15%.

En France, selon une étude réalisée par l'Interstat en 2017, c'est entre 12 et 18 ans que les filles sont les plus exposées aux agressions sexuelles. Ce résultat montre que les tendances des violences sexuelles en ce qui concerne les adolescents sont pareilles dans les pays en voie de développement et les pays développés.

- **Lieu de résidence**

La majorité des victimes d'agression sexuelle de notre étude résidait à Cotonou et dans une proportion de 66,2%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le CIPEC-VBG du CHU-MEL se situe à Cotonou et constitue l'un des centres spécialisés de recours en cas d'agressions sexuelles, donc le plus fréquenté par la population de cette localité en la matière.

- **Occupation des victimes**

Les victimes de violences sexuelles étaient représentées à 54,1% par des élèves ou étudiantes. Ces résultats sont proches de ceux retrouvés par Théra et al dans une étude réalisée en 2014 au Mali ; et aussi des résultats de Doumbia et al qui ont rapporté respectivement des fréquences de 56,7% et 53,27% [28,15]. Notre taux est inférieur à celui de Magatte et al dans une étude réalisée au Sénégal en 2013 qui avaient retrouvé une fréquence de 62% [29]. Ceci pourrait s'expliquer par une augmentation du taux de scolarisation des jeunes filles ces dernières années dans nos pays. De même, l'apparence physique et le mode d'habillement actuel des filles pourraient constituer des facteurs de vulnérabilité.

- **Situation matrimoniale**

Dans notre étude, 3,9% des victimes vivaient en couple. Cette faible proportion était aussi retrouvée par Adama-Hondégla et al au Togo en 2013 qui rapportent un taux nettement inférieur de 0,3% [31]. Moussa et al en 2014 au Mali avaient retrouvé une fréquence de 14% qui est supérieur à celle de notre étude [30]. Même si ces proportions paraissent relativement faibles, il est à noter que la vie en couple ne constituerait pas une protection formelle contre les violences sexuelles. Bécour et al dans leur étude réalisée en France, en 2012 ont retrouvé une fréquence de 45% de femmes victimes de violences sexuelles conjugales ce qui est largement supérieur au résultat trouvé dans notre série [39]. En effet, dans les pays

industrialisés les violences sexuelles en couple représentent une large proportion contrairement aux pays du Sud.

- **Niveau d'instruction**

Une faible proportion de 1,2% des femmes ayant fait des études supérieures était remarquée dans notre série. Sharaf El-Din et al dans une étude réalisée en Egypte en 2013 avaient rapporté une faible proportion de 3,1% [41] ainsi que Mathur et al dans une étude réalisée au Kenya en 2018 qui avaient retrouvé un faible taux de 4,8% [49]. Le niveau d'études supérieures semblerait être un facteur protecteur contre les violences sexuelles sous nos cieux.

4.3.2 Circonstances de survenue de l'agression sexuelle

- **Relation entre l'agresseur et la victime de violence sexuelle**

Les sujets de notre étude vivaient en cohabitation avec l'agresseur dans 20,1% des cas et dans 3,5% des cas, ils avaient un lien de consanguinité avec ce dernier. Soussia et al dans une étude réalisée en Tunisie en 2021, avaient rapporté que 75% des abus étaient commis par l´entourage familial [46]. La situation de cohabitation avec les maisons en colocation sous nos cieux, favoriserait cet état de chose. Ainsi, la promiscuité que génèrent les habitations à plusieurs foyers qui le plus souvent se partagent une cour commune pourrait constituer un facteur favorisant les agressions sexuelles [45]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les agresseurs sont souvent des voisins, parents ou amis de la victime ce qui facilite l'accès à cette dernière.

Les victimes n'avaient aucune relation avec l'agresseur dans 12% des cas, ce qui est inférieur aux résultats de Soumah et al au Gabon, qui ont retrouvé que l'agresseur était un inconnu dans 25% des cas [28]. Les cibles dans leur étude ainsi que la faible taille de leur échantillon pourraient expliquer cette différence.

Des études réalisées aux Etats Unies par Merrick et al en 2018 et Peterson et al en 2019 avaient retrouvé respectivement des fréquences de 10,1% et 28% [51,52].

- **Type de contrainte et nombre d'agresseur**

L'agresseur avait fait usage d'une contrainte physique dans 56,4% des cas. Cette tendance a été retrouvée dans la littérature mais à la hausse dans la série de Traoré et al, qui ont rapporté une fréquence de 64,7%. La contrainte physique apparaît comme un moyen d'agression sexuelle dans nos pays. Il en serait de même dans les pays du Nord. Debauche et al dans une étude réalisée en France en 2017 avaient rapporté une fréquence de 56,7% de contrainte physique.

L'agression sexuelle était collective dans 7,9% des cas. Ce résultat est similaire à celui de Dembele et al qui avaient rapporté dans une étude réalisée au Mali en 2021 une fréquence de 7,84% d'agression collective [42].

Cette agression sexuelle collective se justifie le plus souvent dans un contexte de séquestration des victimes. C'est le cas dans une étude réalisée par Soumah et al en 2013 où la séquestration représentait 4% des cas.

- **Notion d'agression sexuelle antérieure**

Les sujets ayant subi dans le passé une agression sexuelle restent vulnérables. C'est ce qui ressort de notre étude où 15,2% des victimes avaient vécues une agression sexuelle de la part du même agresseur. Soumah et al avaient fait les mêmes observations dans une étude réalisée au Gabon en 2013 où 20% des victimes étaient concernées [35]. La notion de récidive serait liée au fait que les parents de la victime dans certains cas, préfèrent traiter l'affaire à l'amiable par crainte des réactions de l'entourage et par méconnaissance des risques pour la victime. Puisque l'agresseur ne serait jamais inquiété, il se sent libre de récidiver avec la même cible. La proximité avec la victime pourrait également favoriser cette récidive.

4.3.3 Aspects cliniques de l'agression sexuelle

- **Temps écoulé entre l'agression et la consultation**

Dans notre étude, les victimes qui avaient consulté dans les 24h suivant l'agression représentaient une faible proportion de 5,9%. Ce résultat est supérieur à celui de Adama-Hondégla et al qui ont retrouvé un taux de 2,4% [31]. Leye et al au Sénégal, ont rapporté dans une étude réalisée en 2019 que 38,6% des victimes ont consulté après 24h [33]. Le long délai de consultation s'explique par le fait qu'en Afrique, les abus sexuels demeurent 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. Debauche et al dans une étude réalisée en France en 2015 ont rapporté que les victimes consultent dans la majorité des cas à moins de 48 heures de l'agression. En Afrique les parents des victimes se préoccupent plus de la « virginité » de leur enfant plutôt que de l'aspect médicolégal. C'est donc la perte ou non de cette virginité qui détermine la décision d'entamer ou non des poursuites judiciaires [29,34]. Aussi, dans certaines régions, une femme violée aurait moins de chance de trouver un mari poussant les jeunes femmes à ne jamais consulter ou à le faire tardivement.

- **Aspect des lésions cliniques**

Les agressions sexuelles s'accompagnent le plus souvent des lésions vulvo-périnéales. Ces lésions étaient retrouvées chez 14,6% des sujets de notre étude. Un résultat nettement supérieur a été retrouvé par Théra et al dans une étude réalisée au Mali en 2014 qui avait retrouvé un taux plus élevé de 32,4% [28] ; mais ce résultat aussi pourrait être justifiée par la faible taille de leur échantillon.

La principale lésion hyménéale retrouvée était la déchirure avec une fréquence de 70,3%. Elle était ancienne chez la plupart des victimes avec une fréquence de 63%. Ce résultat est supérieur à celui de Diallo et al au Sénégal qui ont retrouvé 40% [26]. Cela s'expliquerait par le fait que certaines victimes avaient déjà eu des rapports sexuels avant l'agression ou le fait que certaines victimes auraient consulté tardivement après cicatrisation des lésions.

L'agression sexuelle a abouti à une grossesse dans 10,5% des cas. Ce résultat est largement supérieur à celui de Adama- Hondégla et al à Lomé qui ont retrouvé une fréquence de 2,14% [31].

- **Examens paracliniques réalisés**

La recherche de sperme dans les différents orifices constituant l'une des preuves médico-légales, était rare. Elle était réalisée dans 2,7% des cas. Brahim et al ont rapporté dans une étude réalisée en Tunisie en 2022 une fréquence de 38% [44]. De même Silva et al avaient rapporté dans une étude réalisée au Brésil en 2017 que la recherche de preuves médico-légales a été réalisé dans 94% des cas dont 30,8% dans les 24 h suivant l'agression [43]. Grossin et al dans une étude réalisée en France en 2003, ont retrouvé que cette recherche avait été réalisé dans 61,5% des cas [50]. Cette large différence pourrait s'expliquer par le fait que la consultation était tardive chez la majorité des victimes de notre étude puisque les prélèvements vaginaux, anaux et buccaux doivent être réalisés respectivement

dans les 05jours, 48h et 12h suivant l'agression. De plus la plupart des victimes changent de vêtements ou font des toilettes avant la consultation ce qui fait disparaître les preuves médico-légales. La précocité de la consultation dans les pays développés et la disponibilité d'un service de médecine légale expliquerait également cette différence.

4.3.4 Prise en charge

- **Prise en charge médicamenteuse**

La prise en charge des victimes d'agression sexuelle passe aussi par le traitement médicamenteux. Ainsi, 5,7% des sujets de notre étude avaient bénéficié d'une contraception d'urgence et un traitement préventif contre le VIH a été prescrit dans 2,5% des cas**.** Cette prise en charge est nettement améliorée dans d'autres pays comme le Cameroon où Essiben et al dans une étude réalisée en 2022 ont retrouvé respectivement 15,8% et 10,8% [30]. Il en est de même pour Foumane et al qui avaient retrouvé en 2013 des proportions de 27,5% et 46,6% [31]. Cette différence pourrait s'expliquer d'une part par la taille élevée de leur échantillon et d'autre part par leurs populations d'études.

- **Psychothérapie**

En dehors de la prise en charge médicamenteuse, une prise en charge psychologique est nécessaire en cas d'agression sexuelle. Les victimes ont bénéficié d'une psychothérapie dans notre série dans 79,9% des cas.

Ce résultat est nettement supérieur à ceux de Sawadogo et al et Diallo et al qui ont trouvé respectivement 22,2% et 5% [20,21]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'au CIPEC-VBG il existe un psychologue en permanence pour la prise en charge des patientes. Néanmoins, certains parents demeurent réticents à la prise en charge ou ne respectent pas les rendez-vous de

psychothérapie, ignorant les multiples conséquences mentales de l'agression sur leur enfant.

- **Judiciaire**

Dans notre étude 16,2% des victimes n'avaient pas initiée une procédure judiciaire. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les parents préfèrent le traitement à l'amiable du fait des préjugés futures envers la victime.

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

CONCLUSION

Les violences sexuelles constituent un problème de santé publique dans le monde et particulièrement au Bénin. Du fait de certaines raisons socio-culturelles elles ne sont pas souvent évoquées et demeurent un sujet tabou pour plusieurs. Elles font pourtant appel à une prise en charge multidisciplinaire impliquant les professionnels de la santé (médecin généraliste, gynécologue obstétricien, médecin légiste, psychiatre ou psychologue), les acteurs sociaux (assistants sociaux) et les acteurs juridiques. De ce travail qui avait pour but de décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des violences sexuelles admises au CIPEC-VBG du CHU-MEL de Cotonou du 1er Janvier 2019 au 31 Décembre 2021, il ressort que :

- L'âge moyen des victimes d'agression sexuelle était de 14 ans ± 5,7 ans avec les extrêmes de 09 mois et 61 ans
- Les adolescentes (10 à 19 ans) sont la cible privilégiée de la violence sexuelle à Cotonou dans une proportion de 81,1% des cas.
- L'agresseur est le plus souvent connu de la victime dans 86,7% (n=444) des cas. La situation de cohabitation était la circonstance la plus fréquente dans 20,1% (n=103)
- La consultation initiale est le plus souvent réalisé plusieurs jours après l'agression
- Les lésions génitales étaient fréquentes et dominées par la déchirure de l'hymen dans une proportion 70,3% (n=360).
- Des grossesses issues des violences sexuelles étaient notées dans une proportion de 10,5% des cas (n=56)
- La prise en charge était médicale et juridique

SUGGESTIONS

Au regard des résultats obtenus dans cette étude, nous formulons les suggestions suivantes :

- Aux autorités politiques
  - Renforcer les enfants et les adolescents dans les stratégies d'auto-défense, de détection des intentions des prédateurs et de dénonciation précoce
  - Continuer à œuvrer pour l'éducation sexuelle des garçons et des filles
- A l'endroit des autorités en charge de la santé
  - Créer sur toute l'étendue du territoire, d'autres centres intégrés de prises en charge des victimes et survivantes de violences basées sur le genre
  - Pourvoir ces centres en équipements adaptés, et de plus de personnels de santé qualifiés et formés (gynécologues obstétriciens, médecins légistes, psychologues, psychiatre), d'acteurs sociaux (assistants sociaux) et d'acteurs juridiques.
  - Organiser des campagnes de sensibilisation par rapport aux violences sexuelles
  - Continuer le financement pour la prise en charge des victimes
- A l'endroit des structures de prise en charge des victimes de violences sexuelles
  - Assurer une prise en charge holistique des victimes
  - Assurer un suivi adéquat de ces victimes (physique et sexuelle, psychologique, suites judiciaires)

- A l'endroit des survivantes de violences sexuelles et leurs parents
  - Consulter le plus tôt possible en vue d'une prise en charge optimale
  - Avoir une information sur les conséquences de tels actes

REFERENCES

REFERENCES

1. **Dembélé MD, Herrera AD , Lagacé H, Tounkara A,** Les violences basées sur le genre : Formes, causes et conséquences Histoire de vie. Bamako: JUPREC; 2013.16p

2. Violence à l'encontre des femmes 2018 [Internet]. [cited 2022 May 5].Available from: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women

3. Violence against women prevalence estimates 2018 [Internet].WHO World Report on Violence and Health. 2018. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256

4. Des millions d'enfants dans le monde victimes de violences[Internet].UNICEF France. [cited 2023 Feb 2]. Available from: https://www.unicef.fr/article/des-millions-denfants-dans-le-monde-victimes-de-violences/

5. Le droit d'une fille d'apprendre sans peur [Internet]. UNGEI. 2020 [cité 28 févr 2023]. Disponible sur: https://www.ungei.org/fr/node/2811

6. Bulletin statistique final Mali 2021

7. **African Child Policy Forum**.VIOLENCE CONTRE LES ENFANTS EN AFRIQUE : rapport sur les progrès réalisés et les difficultés rencontrées. 88p

8. Système de gestion de l'information sur les violences basées sur le genre (GBVIMS) en République Centrafricaine - Rapport annuel de 2021.

9. **Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF**. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 2017-2018. Cotonou, Bénin et Rockville, Maryland, USA : INSAE et ICF.

10. Formes de violence | ONU Femmes [Internet]. [cited 2023 Jan 23]. Available from: https://www.unwomen.org/fr/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence

11. **Ndèye Amy Ndiaye**. Violences basées sur le genre en Afrique de l'Ouest : cas du Sénégal, du Mali, du Burkina Faso et du Niger. Dakar; 2021

12. **Organisation Mondiale de la Santé**. Prévention et lutte contre l'exploitation et les abus sexuels à l'OMS : Politique et procédures Mars 2017.16p

13. **Kamina P.** Anatomie opératoire en Gynécologie-obstétrique. Paris : Maloine 2000. p 336

14. **Kamina P.** Anatomie clinique. Paris : Maloine 2006. p 244,279

15. **Doumbia MB**. Aspects cliniques et judiciaires des agressions sexuelles à l ' hôpital NIANANKORO FOMBA de Ségou [thèse]. Bamako: Faculté de Médecine et Odonto-stomatologie; 2019.77 p.

16. **Garcia Moreno C, Guedes A, Knerr W, Jewkes R, Bott S, Ramsay S.** Comprendre et lutter contre la violence à l ’égard des femmes La violence sexuelle. OMS; 2012.

17. **Baril K, Tourigny M.** Le cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle dans l’enfance : modèle explicatif base sur la théorie du trauma. Carnet notes sur les maltraitances Infant. 2015;N° 4(1):28–63.

18. **Cisse CT, Niang MM, Sy AK, Faye EHO, Moreau JC.** Aspects épidémiocliniques, juridiques et coût de la prise en charge des abus sexuels chez les mineurs à Dakar, Sénégal. J Gynécologie Obs Biol la Reprod. 2015 Nov 1;44(9):825–31.

19. **Bramsen RH, Lasgaard M, Koss MP, Elklit A, Banner J**. Adolescent sexual victimization: a prospective study on risk factors for first time sexual assault. Eur Child Adolesc Psychiatry. sept 2012;21(9):521-6. doi: 10.1007/s00787-012-0290-9.

20. **Collin-Vézina D, Daigneault I, Hébert M.** Lessons Learned from Child Sexual Abuse Research: Prevalence, Outcomes, and Preventive Strategies. Soc Burd Child Abus Long-Term Ment Heal Behav Consequences. 2015;3–11.

21. Conséquences des agressions sexuelles sur la santé | INSPQ [Internet]. [cited 2023 Feb 2]. Available from: https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/les-agressions-sexuelles/consequences-des-agressions-sexuelles-sur-la-sante

22. **Afifi TO, MacMillan HL, Boyle M, Cheung K, Taillieu T, Turner S, et al**. Child abuse and physical health in adulthood. Health Rep. 2016 March 16;27(3):10-8. PMID: 26983007.

23. **Afifi TO, MacMillan HL, Boyle M, Taillieu T, Cheung K, Sareen J**.Child abuse and mental disorders in Canada. CMAJ. 2014 Jun10;186(9):E324-32. doi: 10.1503/cmaj.131792. PMID: 24756625;PMCID: PMC4050024.

24. **Pérez-Fuentes G, Olfson M, Villegas L, Morcillo C, Wang S, Blanco C.** Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. Compr Psychiatry. 2013 Jan 1;54(1):16–27.

25. PRÉSIDENCE DE LA RÉPUBLIQUE loi N°2021 - 11 DU 20 DECEMBRE 2021 portant dispositions spéciales de répression des infractions commises en raison du sexe des personnes et de protection de la femme en République du Bénin.

26. **Diallo D, Cisse ML, Thiam M, Thiam O, Gueye M, Gueye MD**. ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET PRISE EN CHARGE DES AGRESSIONS SEXUELLES A L'HOPITAL ROI BAUDOUIN DE DAKAR : A PROPOS DE 140 CAS. JOURNAL DE LA SAGO (Gynécologie – Obstétrique et Santé de la Reproduction) [Internet]. 2017 [cité 28 févr 2023];18(2). Disponible sur: http://jsago.org/index.php/jsago/article/view/18

27. **Alexis SY, Issa O, Hyacinthe Z, Sibraogo K , Boubakar T , Paul KD et al.** Clinical and Therapeutic Aspects of Sexual Violence Received at Yalgado Ouedraogo Teaching Hospital, Burkina Faso. *International Journal of Current Innovations in Advanced Research*. 2023; *1*(5): 47–53.

28. **Théra J , Soumah M , Traoré T, Touré M , Traoré M, Sow M** . Aspects épidémio-cliniques et judiciaires des agressions sexuelles au Mali. *Santé Publique*. 2014; 26: 123-129. https://doi.org/10.3917/spub.137.0123

29. **Magatte M, Diarra M, Ousmane D, Mansour NM, Aziz DA, Magatte M, et al.** abus sexuels dans une zone reculée du sud du sénégal : épidemiologie et prise en charge. :499–504.

30. **Moussa B, Karim C, Aziz DA, Adama O, Idrissa Z**. Sexual Assault in the Department of Obstetrics and Gynaecology of the Bamako ' s 5th Municipality Medical Center. 2016;654–60.

31. **Adama hondégla AB, Aboubakari A, Fiagnon K, Augustha R, Akpadza K.** Aspects épidémio-cliniques et prise en charge des agressions sexuelles chez les sujets de sexe féminin à Lomé . African Journal of Reproductive Health. Mars 2013;17: 67–72.

32. **Makhtar M, Leye M, Faye A, Wone I, Diedhiou D, Diongue M.** Étude des déterminants de viols chez les mineurs dans la région de Kolda au Sénégal Study of determinants of rape in minors in the Kolda region of Senegal. 2014.

33. **Leye MMM, Diouf AA, Diongue M, Seck I, Dia AT.** Study of the factors associated with the delay of health consultation of victims of rape in Senegal. Rev Epidemiol Sante Publique. 2019 Sep 1;67(5):329–35.

34. **Debauche A.** L ’ émergence des violences sexuelles intrafamiliales : un appui pour la visibilité des violences sexuelles en France dans les statistiques françaises. 2015

35. **Soumah MM, Olendo GR, Ndiaye M, Sow ML.** Agressions sexuelles à Port-Gentil [Sexual assault in Port-Gentil]. *The Pan African medical journal*, *15*, 152. https://doi.org/10.11604/pamj.2013.15.152.1884

36. **Essiben F, Nseme Etouckey GE, Ngo Dingom MA, Fom Takam ES, Mol H, Mbu RE.** Violences Sexuelles chez les Étudiants en Médecine au Cameroun : Aspects Épidémiologiques , Thérapeutiques et Médico-Légaux. 2022;41–5.

37. **Foumane P, Chiabi A, Kamdem C, Monebenimp F, Dohbit JS , Mbu RE**. Sexual Activity of Adolescent School Girls in an Urban Secondary School in Cameroon. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2013; *14*, 85 - 89.

38. **Organisation mondiale de la Santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCNUR).** Prise en charge clinique des survivantes de viol et de violence exercée par un partenaire intime : élaboration de protocoles à adopter dans les situations de crise humanitaire [Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022.

39. **Bécour B, Vasseur P, Chuc A, Renaud B.** Violences sexuelles conjugales à Paris : étude analytique prospective de 100 cas. Med Droit [Internet]. 2014; Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.meddro.2013.08.009

40. **Farag HA**. Pattern of Female Sexual Assault in Qalyubia Governorate , Egypt , During the Period From 2009 to 2013 A Retrospective Study. 2015;36(4):276–84.

41. **Dembele S, Diassana M, Macalou B, Sidibe A, Hamidou A, Ys B, et al**. Aspects Épidémio-Cliniques des Agressions Sexuelles à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes Epidemiology and clinical aspects of sexual assault at Fousseyni Daou hospital in Kayes. 2021;16–9.

42. **Dos Santos Silva W, de Oliveira Barroso-Junior U**. Child sexual abuse confirmed by forensic examination in Salvador, Bahia, Brazil. The American journal of forensic medicine and pathology. 2017 Mar 1; 38(1):54–8.

43. **Brahim O, Turki E, Chebbi E, Fersi O, Fatnassi R.** Sexual Assault of Women in the region of Kairouan, Tunisia: an 8-year retrospective study on epidemiological and medicolegal characteristics. BMC Womens Health. 2022 Mar 8;22(1):64. doi: 10.1186/s12905-022-01647-8. PMID: 35260145; PMCID: PMC8902712.

44. **Bassowa A, Ketevi A, Fiagnon K, Ajavon D, Douaguibe B, Aboubakari AS, et al**. Viol Des Mineurs De 10 A 15 Ans Recus Au Chu-So De Lome. European Scientific Journal. 31 août 2018;14.

45. **Soussia RB, Omezzine RG, Bouali W, Zemzem M, Bouslah S, Zarrouk L et al .** Aspects épidémiocliniques et suites judiciaires des abus sexuels chez les mineurs à Monastir, Tunisie [Epidemioclinical and legal aspects of sexual abuse among minors in Monastir, Tunisia]. Pan Afr Med J. 2021 Feb 1;38:105. French. doi:10.11604/pamj.2021.38.105.21766. PMID: 33889271; PMCID: PMC8035688.

46. **Traore Y, Mounkoro N, Teguete I, Djire MY, Diallo A, Bagayogo M, et al.** Aspects Cliniques et Medico-Legaux des Agressions Sexuelles au CHU Gabriel Toure [Clinical and medico - legal aspects of sexual aggressions at Gabriel Toure teaching hospital]. Mali Med. 2010;25(3):27-30. French. PMID: 21441086.

47. **Debauche A, Lebugle A, Brown E, et al.** Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles Collection : Documents de travail. n° 229, 2017, 67p.

48. **Mathur S, Okal J, Musheke M, Pilgrim N, Kishor S, Bhattacharya R, et al**. High rates of sexual violence by both intimate and non-intimate partners experienced by adolescent girls and young women in Kenya and Zambia : Findings around violence and other negative health outcomes. 2018;1–13.

49. **Grossin Â, Sibille I, Lorin G, Grandmaison D, Banasr A, Brion F, et al.** Analysis of 418 cases of sexual assault. 2003;131:125–30.

50. **Merrick MT, Basile KC, Zhang X, Smith SG, Kresnow M.** Characterizing Sexual Violence Victimization in Youth_ 2012 National Intimate Partner and Sexual Violence Survey. Am J Prev Med [Internet]. 2018;1–4. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2018.01.014

51. **Peterson C, Liu Y, Merrick M, Basile KC, Simon TR.** Lifetime Number of Perpetrators and Victim – Offender Relationship Status Per U . S . Victim of Intimate Partner , Sexual Violence , or Stalking. 2019;

52. **Folusho F**. Sexual Violence among Female Undergraduates in a Tertiary Institution in Port Harcourt : Prevalence , Pattern , Determinants and Health Consequences . 2014;18(December):79–85.

ANNEXE

FICHE DE DEPOUILLEMENT DES DOSSIERS

I- Identification

Numéro d'ordre :……

Numéro de dossier :……..
Année :……..

II- Profil des victimes

1. Age (ans) :…….

2.Adresse: ……
……

3.Occupation :……
……

4. Niveau d'étude : aucun ☐ primaire ☐
Secondaire oui ☐ non ☐
Universitaire ☐ non précisé ☐

5. situation matrimoniale : ☐ célibataire ☐ en couple
☐ Séparé ☐ veuf

6. Liens entre la victime et l'agresseur

☐ Relation domestique :
◯ Parties mariées ◯ Parties concubines
◯ Parties consanguines
☐ Personne ayant eu une relation intime dans le passé avec la victime
☐ Autre lien
(préciser)…….
☐ Aucun lien

III- Mécanismes

- Temps entre l'agression et la consultation :…….
- Circonstances

1- Nombres d'agresseurs :…….

2- L'(les) agresseur(s) est (sont) il(s) connu(s) de la victime ?

☐ OUI ☐ NON

3- L'agresseur aurait imposé une contrainte ? ☐ oui ☐ non

Si oui,

☐ Physique

Si oui, préciser……

☐ Psychologique

Si oui, préciser……..

☐ Suspicion de soumission chimique

Si oui, consommation :

D'alcool : ☐ oui ☐ non

De médicaments : ☐ oui ☐ non

Stupéfiantes ☐ oui ☐ non

- Description

1- L'élément utilisé par l'agresseur :

☐ Sexe

☐ Une autre partie du corps

☐ Un animal

☐ Un objet

(préciser) :……

2. Type de violences sexuelles :

☐ Attouchements

☐ Pénétration buccale

☐ Pénétration vaginale

☐ Pénétration anale

☐ Autre(s) formes de pénétration

(préciser) :……..

3- utilisation de préservatifs :

Oui ☐ non ☐

4- Notion d'éjaculation : ☐ oui ☐ non

IV- Antécédents

- L'âge des premières règles (en année) :…….
- Rapport sexuel avant l'agression
  ☐ Oui ☐ non
- Rapport sexuel après l'agression
  ☐ Oui ☐ non
- Notion de grossesse en cours
  ☐ Oui ☐ non
  Si oui, terme…….
- Méthode contraceptive en cours
  ☐ Oui (préciser le type) :……
  ☐ Non
- Agression sexuelle antérieure par le même agresseur
  ☐ oui ☐ non

V-Examen clinique

1- Uro génital

- Etat des seins
  ☐ Normal
  ☐ Anormal (préciser les types de lésions en rapport avec une agression) :……
  ……
  ……..
- Etat vulvo-périnéal (clitoris, grandes lèvres, petites lèvres, fourchette, méat urétral, urètre)

☐ Normal
☐ Anormal (préciser les types de lésions en rapport avec une agression) :……
……
……..

- Etat de l'hymen (Examen à la sonde à ballonnet):

- L'hymen est de type :

Annulaire ☐

Semi-lunaire denticulé avec incisures physiologiques ☐

Autres☐
(description……
……
……
……
……..

- Présence de déchirures hyménéales : oui ☐non ☐
  Si oui, elles sont :
  Complètes, atteignant la paroi vaginale ☐
  Incomplètes ☐
  Anciennes☐
  Récentes ☐
- Nombre de déchirures : ……
- Position sur un cadran horaire : ……..

- Taille de l'orifice hyménéal : ……

- Diamètre de l'orifice hyménéal :……
- Conclusion de l'examen de l'hymen :
  L'hymen est intact : oui ☐ non ☐
  La défloration est récente : oui ☐ non ☐
  La défloration est ancienne : oui ☐ non☐

- L'examen au spéculum est pratiqué : oui ☐ non☐

- Si oui,
  - ❖ présence de sang oui ☐ non ☐
  - ❖ de lésion(s) traumatique(s) oui ☐ non ☐
    Si oui,
    préciser :……
    ……
    ……
    …….
  - ❖ de liquide (autre que le sang) oui ☐ non ☐
- L'aspect du col utérin est normal : oui ☐ non ☐
  Si non préciser
  :……

……
……

- Le toucher vaginal est pratiqué: oui ☐ non ☐
  Retrouve une douleur localisée : oui ☐ non ☐
  Si oui, préciser
  ……
  ……
  ……

- L'examen anal externe :
  Plis radiés réguliers oui ☐ non ☐
  Présence de fissures oui ☐ non ☐
  position sur un cadran horaire :
  ……
  ……
  Présence de tuméfaction inflammatoire oui ☐ non ☐
  position sur un cadran horaire :
  ……
  ……..
  Réflexe cutané anal :
  symétrique oui ☐ non ☐
  inépuisable oui ☐ non ☐
  entraînant une béance anale oui ☐ non ☐

- Toucher rectal pratiqué : oui ☐ non ☐
  douleur oui ☐ non ☐
  selles dans l'ampoule rectale oui ☐ non ☐
  ressaut au niveau de l'appareil sphinctérien oui ☐ non ☐
  doigtier souillé de sang oui ☐ non ☐

2- Lésions associées
Dermabrasion ☐ Plaie profonde ☐
Fracture ☐
Autre
lésions (préciser) :……
……..

3- Examen psychologique

V- Examens paracliniques

1- Prélèvements locaux – valables pour les deux sexes

- Recherche de spermatozoïdes

- Bouche: non ☐ oui ☐
- Vagin: non ☐ oui ☐
- Anus: non ☐ oui ☐
- Autre: non ☐ oui ☐

à préciser :……
……..

- Recherche bactériologique de gonocoques oui ☐ non ☐
- Recherche de chlamydiae dans les urines oui ☐ non ☐

2- PRELEVEMENTS IST ET GROSSESSE

- ßHCG quantitatif oui ☐ non ☐
- TPHA, VDRL oui ☐ non ☐
- HIV oui ☐ non ☐
- Hépatite B oui ☐ non ☐
- Hépatite C oui ☐ non ☐

3- IMAGERIE

Echographie pelvienne oui ☐ non ☐
Radiographie oui ☐ non ☐

VI- Prise en charge

1- Médicale

- Prescription d'une contraception du lendemain
  Oui ☐ non ☐
- Traitement préventif contre le VIH
  Oui ☐ non ☐
- Psychothérapie
  Oui ☐ non ☐
  Si oui, nombre de séances…….
- Autres traitement prescrits
  Oui ☐ non ☐

Si oui
préciser……

2- Chirurgicale oui ☐ non ☐
3- Judiciaire : Procédure judiciaire entamée oui ☐
non ☐

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

DEDICACE iv
REMERCIEMENTS vii
HOMMAGES x
SOMMAIRE xiv
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS xvi
LISTE DES TABLEAUX xix
LISTE DES FIGURES xxi
INTRODUCTION 2
OBJECTIFS 4
Objectif général 4
Objectifs spécifiques 4
1 GENERALITES 7
1.1 Définition des concepts 7
1.1.1 Violences Basées sur le Genre 7
1.1.2 Violence à l'égard des femmes et des filles 7
1.1.3 Violence sexuelle ou agression sexuelle 7
1.1.5 Survivante 8
1.2 Etude clinique des violences sexuelles 8
1.2.1 Rappels anatomiques [13,14] 8
1.2.2 Examen clinique de la victime de violences sexuelles [15] 12
1.2.3 Diagnostic 17
1.2.4 Conséquences des violences sexuelles [21] 21
1.2.5 Prise en charge clinique [38] 24
1.2.6 Prise en charge juridique 34
2 Cadre et méthode d'étude 37
2.1 Cadre d'étude 37
2.2 Méthode d'étude 39
2.2.1 Type d'étude 39
2.2.2 Période d'étude 39
2.2.3 Population d'étude 39

2.2.4 Méthode d'échantillonnage 40
2.2.5 Variables 40
2.2.6 Technique et outils de collecte des données 41
2.2.7 Traitement et analyse des données 42
2.2.8 Aspects éthiques 42
2.2.9 Les difficultés rencontrées 42
3 Résultats 44
3.1 Profil des victimes 45
3.1.1 Age 45
3.1.2 Résidence des victimes 45
3.1.3 Occupation des victimes 46
3.1.4 Situation matrimoniale des victimes d'agression sexuelle 46
3.1.5 Niveau d'instruction 47
3.2 Circonstances de survenue de l'agression sexuelle 48
3.2.1 Relation entre l'agresseur et la victime de violences sexuelles admises au CIPEC-VBG 48
3.2.2 Notion d'agression sexuelle antérieure 49
3.2.3 Nombre d'agresseurs 49
3.2.4 Types de contrainte 49
3.2.5 Voies de pénétration lors des violences sexuelles 50
3.2.6 Elément utilisé par l'agresseur 51
3.3 Aspects cliniques des agressions sexuelles admises au CIPEC-VBG 51
3.3.1 Temps écoulé entre l'agression et la consultation 51
3.3.2 Gynécologique 51
3.3.3 Les lésions corporelles associées à l'agression sexuelle 56
3.4 Examens paracliniques 56
3.5 Aspects thérapeutiques 57
3.5.1 Prise en charge médicale 57
3.5.2 Prise en charge chirurgicale 57
3.5.3 Prise en charge judiciaire 57
4 DISCUSSION 59
4.1 Atteinte des objectifs de l'étude 59
4.2 Qualité et validité des résultats 59
4.3 Interprétation et comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs. 60

4.3.1 Caractéristiques socio- démographiques des victimes 60
4.3.2 Circonstances de survenue de l'agression sexuelle 62
4.3.3 Aspects cliniques de l'agression sexuelle 64
4.3.4 Prise en charge 66
CONCLUSION 69
SUGGESTIONS 70
REFERENCES 73

RESUME

Introduction : Les violences sexuelles constituent un réel problème de santé publique en Afrique et dans le monde. Elles possèdent plusieurs manifestations cliniques et une prise en charge spécifique des victimes est souvent effectuée.

Objectif : Cette étude a pour objectif de décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des violences sexuelles admises au CIPEC-VBG du CHU-MEL de Cotonou

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale a visée descriptive, à collecte de données rétrospective qui a été menée sur une période de 03ans allant 1er Janvier 2019 au 31 Décembre 2022. Elle a porté sur les sujets de sexe féminin ayant consulté pour agression sexuelle durant la période d'étude.

Résultats : Sur la période de l'étude, 512 cas d'agressions sexuelles ont été recensées. L'âge moyen des victimes d'agression sexuelle était de 14 ans ± 5,7 ans avec les extrêmes de 09mois et 61 ans. Les adolescentes (10 à 19 ans) étaient la principale cible de la violence sexuelle à Cotonou dans une proportion de 81,1% des cas. La majorité des victimes étaient célibataires dans une proportion de 80,3% (n=441). Les élèves et étudiants étaient plus représentées avec un pourcentage de 54,1% (n=277). Seulement, 5,9% (n=30) des cas avaient consulté dans les 24h suivant l'agression et l'agresseur était le plus souvent connu de la victime dans 86,7% des cas (n=444). L'aspect clinique de la violence sexuelle était dominé par les déchirures hyménéales dans 70,3% des cas (n=360). Des grossesses issues des violences sexuelles étaient notées dans 10,5% des cas (n=56). La prise en charge était médicale et juridique.

Conclusion : Les violences sexuelles prises en charge au CIPEC-VBG du CHU-MEL touchent principalement les adolescentes. L'agresseur est le plus souvent connu mais le recours aux soins demeure tardif ne permettant pas une prise en charge optimale.

Mot clés : violences sexuelles, victimes, CIPEC-VBG de Cotonou

ABSTRACT

Introduction: Sexual violence is a real public health problem in Africa and throughout the world. It has several clinical manifestations and specific treatment of the victims is often carried out.

Objective: The aim of this study was to describe clinical and therapeutic aspects of sexual violence admitted to the CIPEC-VBG of the CHU-MEL of Cotonou.

Method: This was a descriptive cross-sectional study, with retrospective data collection, which was conducted over a period of three years from 1 January 2019 to 31 December 2022. It focused on girls and women who consulted for sexual assault during the study period.

Results: Over the study period, 512 cases of sexual assault were recorded. The average age of the victims of sexual assault was 14 ± 5.7 years with extremes of 09 months and 61 years. Adolescent girls (10 to 19 years) were the main target of sexual violence in Cotonou in 81.1% of cases. Most of victims were single in 80.3% of cases (n=441). Only 5.9% (n=30) of the cases had consulted a doctor within 24 hours of the assault and the aggressor was most often known to the victim in 86.7% of cases (n=444). The clinical aspect of the sexual violence was dominated by hymenal tears in 70.3% of cases (n=360). Pregnancies resulting from sexual violence were noted in 10.5% of cases (n=56). The management was both medical and legal.

Conclusion: The sexual violence treated at the CIPEC-VBG of the CHU-MEL mainly affects adolescent girls. The aggressor is most often known, but recourse to care remains late, which does not allow for optimal care.

Key words: sexual violence, victims, CIPEC-VBG of Cotonou