

ABUS SEXUELS D'ENFANTS ET INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE

P. PITCHE

Med Trop 2005; **65** : 570-574

RÉSUMÉ • Parmi les conséquences médicales des abus sexuels d'enfants (ASE), les infections sexuellement transmissibles (IST) et l'infection par le VIH sont préoccupantes pour les enfants qui en sont victimes en Afrique sub-Saharienne. Ce travail avait pour objectif d'effectuer une synthèse de la littérature sur les ASE et les IST/VIH en Afrique. Notre recherche bibliographique couvrait la période 1980 et 2003. L'âge moyen des enfants victimes était de 8 ans. Il y avait une large prédominance des filles (70 à 98 %) parmi les victimes. La fréquence des rapports génitaux par pénétration variait entre 70 à 97 % selon les séries. La fréquence des IST était variable selon que les études étaient rétrospectives ou prospectives : 10 à 67 % d'enfants souffrant d'IST ont été abusés sexuellement ; 15 à 30 % d'abus sexuels étaient accompagnés d'IST. La fréquence du VIH variait de 3 à 37 %. Les auteurs présumés étaient des adultes : il s'agissait d'un membre de la famille (30 à 60 %), des éducateurs; des domestiques ou des voisins. Certaines motivations des auteurs d'ASE étaient liées à des croyances : « avantages présumés » d'un rapport sexuel avec un enfant (guérison de IST/VIH/SIDA, pouvoirs magiques, richesses) ; mariages précoces et forcés. Ce travail montre que les abus sexuels d'enfants constituent un phénomène rencontré dans toutes les régions en Afrique sub-Saharienne. La connaissance de l'ampleur des problèmes posés par l'ASE et ses particularités en Afrique permettra de prendre des mesures concrètes et adaptées.

MOTS-CLÉS • IST/VIH/SIDA - Abus sexuels d'enfants - Afrique.

CHILD SEXUAL ABUSE AND SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN SUB-SAHARAN AFRICA

ABSTRACT • Recently there has been increasing public concern regarding escalating child sexual abuse (CSA) in the sub-Saharan Africa. Medical consequences of child sexual abuse (CSA) include sexually transmitted infection (STI) and human immune virus (HIV) infection. The purpose of the study was to review literature on CSA and associated STI/HIV in the sub-Saharan Africa. The study covered the 23-year period from 1980 to 2003. The mean age of the child victims was 8 years. The incidence of penetrative sex in the studies ranged from 70 to 97 %. Physical signs of CSA included genital or anal injuries, perineal trauma, and vesico-vaginal or recto-vaginal fistula. The incidence of STD varied according to whether the study was retrospective or prospective. Ten percent to 67 % of children with STD had been sexually abused while 15 to 30 % of sexual abuse incidents were associated with STD. The prevalence of HIV ranged from 3 % in Togo to 37.5 % in Cameroon. Most alleged child abusers were adult males known by the child, i.e., family members (30-60 %), instructors or teachers, household personnel or neighbours. Some acts were motivated by traditional practices such as early, forced marriage and beliefs such as presumed benefits of sex with virgin children (cure for STI/HIV/STD, magic powers or wealth). This study shows that CSA is widespread throughout sub-Saharan Africa. Most problems involving CSA in sub-Saharan Africa have not been documented. Knowledge about the extent and special aspects of CSA in Africa can be useful for implementation of suitable management measures.

KEY WORDS • STI/HIV/AIDS - Child Sexual Abuse - Africa.

Parmi les nombreuses maltraitances dont sont victimes les enfants, les abus sexuels constituent un phénomène de plus en plus documenté à travers tous les continents et dans toutes les cultures. En effet, le phénomène d'abus sexuel et les problèmes ou conséquences qu'il engendre ont été largement documentés en Europe et aux Etats-Unis depuis longtemps (1-5). Les différentes études ont montré que les abus sexuels de l'enfant, loin d'être un problème marginal, constituent un phénomène de société assez fréquent et posent des problèmes à la fois médicaux, psychologiques et sociaux importants pour les enfants qui en sont victimes (2-5).

En Afrique sub-Saharienne, le phénomène d'abus sexuel d'enfants (ASE) n'a commencé à être étudié que depuis le début des années quatre vingt dix (6-9). Les circonstances de découverte des ASE en Afrique sont variables d'un pays à autre. Si les conséquences sociales et psychologiques, en pratique, sont presque identiques chez tous les enfants qui en sont victimes, les conséquences médicales peuvent être plus importantes en Afrique sub-Saharienne marquée d'une part par la prévalence élevée des infections sexuellement transmissibles (IST) et l'infection par le VIH/SIDA, et d'autre part par le type d'abus sexuel caractérisé par la fréquence de rapports génitaux (7-10). Parmi les conséquences médicales d'ASE en Afrique, les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH constituent un problème préoccupant pour les victimes et le personnel soignant.

L'objectif du présent travail était de faire la synthèse de la littérature africaine sur les abus sexuels d'enfant et leur association avec les IST/VIH, et de relever les particularités de ce phénomène en Afrique sub-Saharienne.

• Travail du Service de dermatologie (P.P., Maître de conférences agrégé, Faculté de médecine de Lomé, Responsable de la prise en charge des IST au Programme national de lutte contre le sida et les IST du Togo), CHU-Tokoin, Université de Lomé, Togo.

• Correspondance : P. PITCHE P, BP 81056, Lomé, Togo • Fax : 00 228 221 36 75.

• Courriel : ppitche@yahoo.fr •

• Article reçu le 17/08/2004, définitivement accepté le 14/06/2005.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons effectué une recherche bibliographique sur une période de 23 ans (1980-2003) dans les deux principales bases de données (Pubmed/Medline, EMBASE). Nous avons croisé dans un premier temps les mots clés « child sexual abuse, Africa ». Par la lecture des résumés de ces articles nous avons retenu uniquement ceux qui traitaient du problème d'ASE et des IST/VIH/SIDA. Dans un deuxième temps, nous avons croisé « child sexual abuse, sexually transmitted diseases, Africa »; puis « child sexual abuse, HIV/AIDS, Africa ». Nous avons complété notre travail par la recherche de travaux cités dans certains articles mais non référencés dans ces bases.

Seules les études originales et les cas cliniques ont été analysés. Ont été exclus de ce travail: les mises aux points et revues générales; les commentaires et éditoriaux; les rapports de conférences ou des associations.

RÉSULTATS

Sur la période de recherche, nous avons retrouvé 68 références bibliographiques traitant du phénomène d'ASE. Seize articles ont documenté les relations entre IST/VIH et ASE. Toutes les zones géographiques de l'Afrique sub-Saharienne y étaient représentées mais les deux tiers des travaux provenaient des auteurs d'Afrique Australe et de l'Est, et particulièrement de l'Afrique du Sud. Le phénomène d'ASE a été signalé dans les grandes villes mais aussi en milieu rural (9, 11-14). L'âge moyen des enfants victimes était de 8 ans (extrêmes: 9 mois-15 ans), le sex-ratio (filles/garçons) moyen était de 7,8 (8-18). A titre d'exemples: 70% des enfants victimes d'abus sexuel au Zimbabwe étaient des filles (15), ce chiffre était de 94% au Cameroun (16), 98% en Afrique du Sud (8) et au Togo (18).

Toutes les formes d'ASE ont été notées, mais il s'agissait majoritairement d'un abus sexuel par pénétration: 70% au Zimbabwe (12), 72% en Afrique du Sud (9), 95% au Togo (18) et 97% au Cameroun (16). Les simples attouchements étaient très rares. Les abus sexuels par pénétration rendaient compte des signes cliniques objectivés. En effet, des signes génitaux étaient retrouvés par la plupart des auteurs (13, 17, 18, 19-23). Dans une série de 227 enfants sui-

vis dans une clinique spécialisée pour abus sexuel, 56% des filles avaient des signes génitaux chroniques d'abus sexuel et 10% de signes génitaux aigus. Les signes anaux étaient observés chez un tiers des garçons et 5% des filles (17). Au Kenya, 66,7% des filles abusées avaient des signes ano-génitaux (13). Les principaux signes génitaux étaient: les écoulements génitaux, une déchirure ou une absence d'hymen, une fissure ou une béance anale, des traumatismes du périnée, une fistule recto-vaginale ou fistule vésico-vaginale, des douleurs pelviennes (19-26). Il y avait aussi de signes liés aux traumatismes physiques, et des troubles comportementaux (Tableau I). Les signes génitaux étaient plus fréquents chez la fille que chez le garçon. Le diagnostic d'une IST était encore plus suspecte d'ASE surtout après avoir éliminé la possibilité de transmission sanguine, périnatale ou materno-fœtale (9, 13, 18, 20-22). Les principales IST étaient la gonococcie, la trichomonase, la chlamydie et les condylomes anogénitaux. Mais les différents types d'IST n'avaient pas la même valeur prédictive positive d'ASE. Ainsi la gonococcie chez un enfant était plus évocatrice d'ASE (8, 13, 18, 21, 23) qu'un condylome ou qu'une syphilis latente (Tableau II).

La recherche de liens entre IST et ASE était variable selon les études. Il y avait des études où, devant une IST, il a été recherché de façon rétrospective une notion d'abus sexuel, et dans d'autres séries, il s'agissait d'enfants abusés sexuellement chez lesquels une recherche active d'IST a été effectuée. Il était difficile d'évaluer la fréquence moyenne d'ASE au cours des IST ou celle des IST au cours des ASE. Dans les grandes séries d'enfants souffrant d'IST, la notion d'abus sexuel était notée selon le type d'étude entre 10 à 67% (6-9, 13, 18-23). Dans deux études prospectives au cours des IST de l'enfant, Argent *et Coll* en Afrique du Sud ont observé dans 67% des cas, un abus sexuel (21), ce chiffre était de 58% au Togo (18). Mais dans les études rétrospectives la notion d'abus sexuel n'était documentée dans plusieurs séries qu'entre 10 et 30% des cas (7, 10, 22). Ce fait n'est pas étonnant car la recherche systématique d'abus sexuel était plus rigoureuse et plus contributive au cours d'une étude prospective (avec un interrogatoire orienté, et la recherche attentive et systématique à l'examen physique d'un signe suspect d'ASE) qu'au cours d'une étude rétrospective où les praticiens ne pensent pas nécessairement à un abus sexuel chez un enfant souffrant d'une IST comme les condylomes anogénitaux ou une vaginite (8, 9, 24). L'évaluation de la fré-

Tableau I - Signes cliniques suspects d'abus sexuel chez un enfant (8, 9, 15, 18, 21).

Signes	Filles	Garçons
Génitaux	Absence ou déchirure de l'hymen Fissure ou béance anale Traumatisme du périnée Fistule vésico-vaginale Fistule recto-vaginale Présence d'une IST*	Béance anale Fissure anale Fistule recto-anale Présence d'une IST* Douleurs pelviennes
Autres signes**		Traumatismes cutanés Docilité marquée à l'examen Crainte exagérée d'un parent ou d'un proche

* IST : Infection Sexuellement Transmissible.

** Signes pouvant évoquer une maltraitance de l'enfant (dans les deux sexes) en général, mais non spécifiques de l'abus sexuel.

Tableau II - Probabilité d'abus sexuel en fonction du type d'infection sexuellement transmissible (IST/VIH) diagnostiquée chez l'enfant (Royal College of Physicians of London. *Physical signs of sexual abuse in children*. 2nd ed. London. RCP, 1997)

Type d'IST	Abus sexuel
Gonococcie	Très probable
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Très probable
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Très probable
Syphilis	Probable*
VIH	Probable*
Condylomes	Probable**
Herpès	Probable**
<i>Gardnerella vaginalis</i>	Possible***
Hépatite B	Possible****
<i>Candida albicans</i>	Improbable****

* S'assurer qu'il ne s'agit pas d'une contamination materno-fœtale, périnatale ou par voie sanguine.

** Eliminer les veines et herpès non génitaux, et une autre source de contamination (auto-inoculation ou contamination périnatale).

*** Germes saprophytes du vagin; leur seule présence, en dehors de toute histoire sexuelle avérée ne doit pas faire évoquer un abus sexuel.

**** L'hépatite B a d'autres voies de transmission plus importantes que la voie sexuelle (sang, salive).

quence moyenne des IST était plus difficile chez les enfants abusés sexuellement, compte tenu de l'hétérogénéité des séries et du type d'étude (prospective ou rétrospective). Ainsi, dans les études où la recherche des IST a été systématique et active (examens bactériologiques et sérologiques), leur fréquence variait entre 15 et 30% contre des fréquences de 5 à 10% au cours des études avec une recherche passive (8, 15, 24). Dans les deux cas de figure, les études prospectives étaient plus contributives que les études rétrospectives. En Afrique sub-Saharienne, il existait très peu d'études prospectives, la majorité des séries étaient soit rétrospectives soit des cas cliniques. Ceci ne permettait pas de tirer des conclusions pertinentes sur la fréquence des IST au cours des ASE. Par ailleurs, cette fréquence pouvait varier selon qu'il s'agissait d'une étude menée en milieu urbain ou en milieu rural. En effet, cette fréquence dépendait surtout de l'épidémiologie du pays ou de la ville dans laquelle l'étude a été menée. La recherche systématique de l'infection par le VIH n'a pas été signalée dans la majorité des études. Nous avons retrouvé uniquement deux études prospectives au cours desquelles la sérologie VIH a été systématiquement faite à tous les enfants victimes d'abus sexuel : une série camerounaise de 71 enfants et une étude togolaise de 33 enfants ayant acquis une infection à VIH respectivement dans 37,5% et 3% des cas (18, 26). Angyo et Coll dans une étude rétrospective portant sur une série d'enfants infectés par le VIH au Nigéria notaient que 2% d'entre eux avaient été contaminés par abus sexuel (10).

Les circonstances de découverte d'ASE en Afrique sub-Saharienne étaient très variables d'un auteur à un autre : découverte fortuite à l'occasion d'un examen, d'un viol, d'une plainte ou d'une dénonciation par l'enfant ou par un tiers ; parfois il s'agissait de prostitution d'enfants. Les enfants victimes de ces abus étaient majoritairement issus des couches sociales défavorisées où sont mêlés pauvreté, promiscuité, analphabétisme, chômage, divorce et/ou prostitutions des parents (7,15, 17, 18, 27, 28). Les auteurs pré-

sumés d'abus sexuel étaient des adultes jeunes majoritairement de sexe masculin. La majorité de ces auteurs présumés étaient connus des enfants victimes. Il s'agissait d'un membre de la famille dans 30 à 70% selon les auteurs (7, 8,15, 16, 18, 21-23, 26), des éducateurs, notamment des enseignants, des domestiques ou des voisins (7, 15, 16, 18, 27). Les viols par des personnes inconnues n'étaient pas négligeables dans certaines études en Afrique Australe (11, 28, 29-30).

Les motivations avancées pour expliquer ces ASE étaient très diverses, certaines avaient quelques spécificités liées à la «culture africaine» :

- croyances que des relations sexuelles avec un enfant permettrait guérir les IST/VIH/SIDA ou permettrait de devenir riche ou procurerait des pouvoirs magiques ont été signalées en Afrique du Sud, au Malawi, au Zimbabwe et au Nigéria (12, 14, 24, 28-32) ;

- enlèvement de filles ou adolescentes par les « futurs époux » sans attendre l'âge de la puberté ; en effet, les mariages précoces et forcés sont tolérés ou admis dans certaines sociétés depuis des siècles en Ethiopie, en Somalie et dans certains pays d'Afrique de l'Ouest (14, 18, 24, 27, 28, 33).

DISCUSSION

Ce travail nous a permis de faire une synthèse sur le phénomène des abus sexuels d'enfants et l'une de ses conséquences médicales que constituent les infections sexuellement transmissibles et l'infection par le VIH en Afrique sub-Saharienne. Les ASE sont rencontrés dans toutes les zones géographiques de l'Afrique sub-Saharienne, mais restent largement plus documentés en Afrique Australe plus particulièrement en Afrique du Sud. Par contre, ce phénomène est peu documenté en Afrique centrale (excepté le Cameroun) et en Afrique de l'Ouest (en dehors du Nigéria, du Sénégal et du Togo) (10, 16, 18, 20, 22, 26-28). Les principales caractéristiques relevées sont : la fréquence élevée des IST au cours des ASE, le type d'abus sexuel caractérisé par une nette prédominance des rapports génitaux par pénétration, la large prédominance des victimes filles, la fréquence de l'inceste et une fréquence non négligeable de l'infection par le VIH quand elle a été systématiquement recherchée.

Notre travail n'est pas exempt de biais. En effet en choisissant de ne consulter que deux grandes bases de données, fussent-elles les plus importantes, certaines études non publiées ou non référencées dans ces bases de données ont pu nous échapper. Ceci peut rendre notre travail non exhaustif sur le problème des abus sexuels de l'enfant en Afrique sub-Saharienne et expliquer, peut être en partie, l'absence d'études dans de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. Par ailleurs, le choix de nous limiter uniquement à l'association entre les IST/VIH et les ASE est discutable, car nous n'avons traité qu'un aspect des ASE. En effet la majorité des abus sexuels ne s'accompagnent pas d'une IST (33, 34). Les abus sexuels de l'enfant comportent plusieurs aspects (social, psychologique, médical, et judiciaire) et un seul travail ne peut raisonnablement prendre en compte tous ces aspects. Malgré ces biais, notre travail permet de rendre compte de l'aspect médical des ASE en particulier les IST/VIH/SIDA, qui doit interpeller actuellement tout personnel soignant en Afrique sub-Saharienne.

Selon l'Académie Américaine de Pédiatrie, l'abus sexuel survient quand l'enfant est engagé dans des activités sexuelles qu'il ne peut comprendre, pour lesquelles son développement psychomoteur n'est pas préparé, et ne peut donner un consentement et/ou lorsque ces activités violent la loi ou les tabous de la société (1, 35). Ces activités sexuelles incluent toutes les formes de contacts sexuels : rapports génitaux (œo-génitaux, ano-génitaux, génito-génitaux), les attouchements, le voyeurisme ou l'usage de l'enfant dans la production de pornographie. Ainsi définis les ASE constituent un spectre assez large d'activités à connotation sexuelle au cours desquelles un enfant peut être impliqué à des degrés divers et selon le type d'activités imposées par les auteurs de ces abus. Pendant longtemps les ASE étaient considérés comme un phénomène occidental. En effet l'aspect le plus visible de maltraitance de l'enfant en Afrique, est le travail des enfants et les violences physiques (coup et blessures, excisions ou mutilations sexuelles des petites filles, enfants soldats, trafic d'enfants). Mais grâce aux médias et surtout avec la pandémie VIH, plusieurs auteurs, surtout anglophones, ont commencé à documenter ce phénomène (6, 8, 17). D'ailleurs, en Afrique du Sud, il existe déjà des centres spécialisés pour la prise en charge des abus sexuels de l'enfant (17). Progressivement d'autres auteurs en Afrique de l'Est, de l'Ouest et du Centre ont rapporté des séries sur ce phénomène (10, 16, 18, 22).

Premier fait important, contrairement aux études occidentales où les attouchements et les rapports œo-génitaux constituent le type d'activités sexuelles les plus fréquemment subies par les enfants, la majorité des auteurs africains a relevé très tôt que le type d'ASE par pénétration était le plus répandu et exposait les victimes, en dehors des conséquences classiques de ce phénomène (traumatismes physique et psychologique), à un risque de contracter une IST mais aussi une infection par le VIH (8, 18, 25). Le risque de contracter une IST/VIH est d'autant plus élevé pour les enfants africains qu'ils ont de rapports génitaux avec des adultes jeunes sexuellement les plus actifs de la société (donc les plus exposés) dans un contexte élevé d'épidémie des IST/VIH/SIDA. La fréquence des IST/VIH/SIDA et le type d'ASE montrent qu'en Afrique sub-Saharienne plus qu'ailleurs dans le monde, les enfants victimes d'abus sexuels sont exposés à un risque élevé de contracter une infection par le VIH.

Un deuxième fait relevé par l'ASE en Afrique sub-Saharienne est la large prédominance des petites filles parmi les enfants victimes. Ainsi dans cette population féminine, en dehors du risque immédiat de contracter une IST/VIH, le risque de développer plus tard des complications des IST non diagnostiquées ou mal traitées (salpingite, infertilité ou stérilité, cancer du col) n'est pas négligeable (17). Il existe aussi pour cette population un risque de contracter prématurément une grossesse indésirable. Ces problèmes sont d'autant plus plausibles et préoccupants en Afrique sub-Saharienne que les populations n'ont pas facilement accès (accessibilité géographique et économique) aux centres de soins de qualité (29).

En dehors des conséquences purement médicales, il existe des conséquences psychosociales parfois désastreuses pour les victimes : dépression, anxiété, tentative de suicide, chute des résultats scolaires (36-38). En effet, dans une étude menée en Afrique du Sud sur une cohorte d'enfants victimes

suivis pour abus sexuel dans un centre spécialisé, 22 % avaient des difficultés scolaires, 11 % étaient dépressifs (36). Dans une autre série Sud-Africaine, les enfants abusés sexuellement font deux fois plus de dépression avec des idées suicidaires que les autres enfants suivis pour d'autres abus (37). Malgré la documentation des conséquences médicales et psychosociales de ce phénomène aussi bien en Occident qu'en Afrique, les ASE restent un grand tabou dans les sociétés africaines. Ce phénomène est d'autant plus tabou que les auteurs présumés sont les parents de l'enfant ou les proches de la famille. La famille n'ose pas porter plainte pour « protéger » leur enfant. En fait les familles se protègent elles-mêmes pour éviter « le scandale, et l'opprobre ». En effet, de nombreuses familles ne veulent pas porter plainte et préfèrent régler le problème de façon confidentielle ou par des compensations financières sans préjudice pénal pour les auteurs présumés (18, 39, 40). Il faut aussi souligner que le problème d'ASE n'est pas entièrement défini dans le dispositif législatif de la majorité des pays africains. C'est ainsi que dans la plupart de ces pays, le praticien n'est pas tenu par la loi d'informer le pouvoir judiciaire devant un cas d'abus sexuel (40). Le praticien informe le parent ou le tuteur de l'enfant, à charge pour la famille de porter plainte si elle le désire. Ces types de lacunes juridiques et sociales laissent une lourde responsabilité aux praticiens en Afrique sub-Saharienne. Ils doivent d'une part savoir diagnostiquer un abus sexuel et prendre en charge les conséquences médicales et psychologiques à court et moyen terme, et d'autre part soustraire l'enfant à ce phénomène en sensibilisant les parents ou la famille (parfois coupable de cet abus).

En Europe et aux Etats-Unis, il existe des conférences de consensus et des directives nationales pour aider le personnel soignant à mieux prendre en charge ce phénomène comme en témoignent les différentes études et recommandations édictées par les sociétés savantes et les pouvoirs publics (5, 35, 41-43). En Afrique sub-Saharienne, en dehors de l'Afrique du Sud, il n'y a pas encore de politiques consensuelles définies ni de directives nationales édictées par les sociétés savantes et/ou par les pouvoirs publics. Ce qui, en pratique, ne facilite pas le travail du personnel soignant dans ce genre de problème. Le déni de ce problème par la société mais aussi par un certain nombre du personnel soignant en Afrique explique, en partie, l'absence d'initiatives prises par les pouvoirs publics. La non prise en compte du problème d'ASE constitue l'une des faiblesses des programmes de lutte contre les IST/VIH/SIDA (44). En effet, le phénomène d'ASE devrait être pris en compte par tous les acteurs intervenant dans la prise en charge des IST/VIH/SIDA sur le terrain en Afrique sub-Saharienne. Les messages de sensibilisation et de prévention doivent intégrer les spécificités de ce phénomène (type d'ASE, risque médical, motivations socio-culturelles des auteurs de ces abus). En effet, condamner et réprimer la pédophilie ne suffirait pas pour lutter contre ce phénomène en Afrique si on n'explique pas le caractère néfaste pour les enfants et adolescents de certaines pratiques coutumières (mariages précoces et forcés) et si on ne démythifie pas certaines croyances (bénéfices supposés d'un rapport sexuel avec un enfant). Tout cela montre la complexité et la multidisciplinarité de ce problème.

La connaissance de l'ampleur des problèmes posés par les ASE et ses particularités en Afrique sub-Saharienne permettra aux pouvoirs publics de mener une réflexion prag-

matique et des actions concrètes adaptées à chaque contexte. En effet, la prévention et la prise en charge de l'ASE nécessitent :

- des campagnes de sensibilisation de la population ;
- l'élaboration des normes et procédures en matière de prise en charge (médicale, psychologique et sociale) des enfants victimes, de leur famille, et des auteurs d'agression sexuelle ;
- la formation du personnel soignant et des travailleurs sociaux ;
- l'élaboration ou le renforcement des textes législatifs pour la protection des enfants.

RÉFÉRENCES

- 1 - KEMPE CH. Sexual abuse, another hidden pediatric problem: the 1977 C Andersen- Aldrich lecture. *Pediatrics* 1978; **62** : 382-389.
- 2 - FAGAN PJ, WISE TN, SCHIMDT CW Jr, BERLIN FS - Pedophilia. *JAMA* 2002; **288** : 2458-2465.
- 3 - SIEGEL RM, SCHUBERT CJ, MYERS PA, SHAPIRO RA - The prevalence of sexually transmitted diseases in children and adolescents evaluated for sexual abuse in Cincinnati: rationale for limited STD testing in prepubertal girls. *Pediatrics* 1995; **96** : 1090-1094.
- 4 - ROBINSON AJ, WATKEYS JE, RIDGWAY GL - Sexually transmitted organisms in sexually abused children. *Arch Dis Child* 1998; **79** : 356-358.
- 5 - AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY - Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *AACAP J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; **36** : 423-442.
- 6 - BELLO CS - Gonococcal vulvo-vaginitis in children. The Zaria experience. *Nigerian J Pediatr* 1982; **9** : 75-79.
- 7 - BARIBWIRA C, MUTEGANYA DN, NDIHOKUBWAYO JB *et Coll* - Un aspect des maladies sexuellement transmissibles chez l'enfant au Burundi. Les gonococcies secondaires aux sévices sexuels. *Med Trop* 1994; **54** : 231-233.
- 8 - DE VILLIERS FP, PRENTICE MA, BERGH AM, MILLER SD - Sexually transmitted disease surveillance in child abuse clinic. *S Afr Med J* 1992; **81** : 84-86.
- 9 - LARSEN JV, CHAPMAN JA, ARMSTRONG A - Child sexual abuse in KwaZulu-Natal, South Africa. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1998; **92** : 262-264.
- 10 - ANGYO IO, OKPEH ES, ONAH J - Paediatric AIDS in Jos, Nigeria. *West Afr J Med* 1998; **17** : 268-272.
- 11 - LARSEN JV, CHAPMAN JA, ARMSTRONG A - Child sexual abuse in a rural population. *S Afr Med J* 1996; **86** : 1432-1433.
- 12 - NHUNDU TJ, SHUMBA A - The nature and frequency of reported cases of teacher perpetrated child sexual abuse in rural primary schools in Zimbabwe. *Child Abuse Negl* 2001; **25** : 1517-1534.
- 13 - NDUATI RW, MUITA JW - Sexual abuse of children as seen in Kenyatta National Hospital. *East Afr J Med* 1992; **69** : 350-354.
- 14 - LAKEW Z - Alleged cases of sexual assault reported two Addis Ababa hospitals. *East Afr Med J* 2001; **78** : 80-83.
- 15 - MEURSING K, VOS T, COUTINHO O *et Coll* - Child sexual abuse in Matabeleland, Zimbabwe. *Soc Sci Med* 1995; **41** : 1693-1704.
- 16 - MENICK DM, NGOH F - Prévalence de l'infection par le VIH au cours des abus sexuels de l'enfant au Cameroun. *Med Trop* 2003; **63** : 155-158.
- 17 - De VILLIERS FP, PRENTICE MA - Accumulating experience in child abuse clinic. *S Afr Med J* 1996; **86** : 147-150.
- 18 - PITCHE P, KOMBATE K, GBADOE AD, TCHANGAI-WALLA K. - Les Maladies sexuellement transmissibles de l'enfant à Lomé (Togo). Rôle de l'abus sexuel. *Arch Pediatr* 2001; **8** : 25-31.
- 19 - ARCHIBONG AE - Anorectal trauma in children. *Cent Afr J Med* 2000; **46** : 93-96.
- 20 - PITCHE P, KOMBATE K, BARRUET K, TCHANGAI-WALLA K - Gonorrhoea in sexually abused young girls in Lomé (Togo). *Ann Dermatol Venereol* 2000; **127** : 711-714.
- 21 - ARGENT AC, LACHMAN PI, HANSLO D, BASS M - Sexually transmitted diseases in children and evidence of sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1995; **19** : 1303-1310.
- 22 - DADA-ADEGBOLA HO, ONIAA - Review of cases of children with gonorrhoea: source of infection. *Afr J Med Sci* 2001; **30** : 347-351.
- 23 - PITCHE P, KOMBATE K, GBADOE AD, TCHANGAI-WALLA K - Les verrues ano-génitales du jeune enfant en consultation hospitalière à Lomé (Togo). Place de la contamination par abus sexuel. *Med Trop* 2001; **61** : 158-162.
- 24 - MULETA M., WILLIAMS G - Postcoital injuries treated at the Addis Ababa Fistula Hospital 1991-97. *Lancet* 1999; **354** : 2051-2052.
- 25 - VAN AS AB, WITHERS M, DU TOIT N, MILLAR AJ, RODE H. Child rape: patterns of injury, management and outcome. *S Afr Med J* 2001; **91** : 1035-1038.
- 26 - MENICK DM, NGOH F - Abus sexuels de l'enfant au Cameroun. *Med Trop* 1998; **58** : 249-252.
- 27 - DIOUFA, GAYE A, SANGARE M *et Coll* - Prise en charge médicale de victimes présumées d'agressions sexuelles à Dakar, Sénégal. A propos de 25 cas. *Contracept Fertil Sex* 1995; **23** : 267-270.
- 28 - OMORODION FI - Child sexual abuse in Benin City, Edo State, Nigeria: a sociological analysis. *Issues Compr Pediatr Nurs* 1994; **17** : 29-36.
- 29 - LEMA VM - Sexual abuse of minors: emerging medical and social problem in Malawi. *East Afr Med J* 1997; **74** : 743-746.
- 30 - JEWKES R, LEVIN J, MBANANGA N, BRADSHAW D - Rape of girls in South Africa. *Lancet* 2002; **359** : 319-320.
- 31 - BALETA A - Alleged rape of 9-month-old baby shocks South Africa. *Lancet* 2001; **358** : 1707.
- 32 - MEEL BL - The myth of child rape as a cure for HIV/AIDS in Transkei: a case report. *Med Sci Law* 2003; **43** : 85-88.
- 33 - AHMED HJ, ILARDI I, ANTOGNOLI A *et Coll* - An epidemic of *Neisseria gonorrhoeae* in a Somali orphanage. *Int J STD AIDS* 1992; **3** : 52-53.
- 34 - MURAM D - Child sexual abuse: relationship between sexual acts and genital findings. *Child Abuse Negl* 1989; **13** : 211-216.
- 35 - AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS - Guidelines for evaluation of sexual abuse of children: subject review American Academy of Pediatrics Committee on child abuse and neglect. *Pediatrics* 1999; **103** : 186-191.
- 36 - BERARD RM, BOERMEESTER F - Sexual abuse in adolescents: data from a psychiatric treatment centre for adolescents. *S Afr Med J* 1999; **89** : 972-976.
- 37 - PILLAY AL., SCHOUBBEN-HESK S - Depression, anxiety and hopelessness in sexually abused adolescent girls. *Psychol Rep* 2001; **88** : 727-733.
- 38 - PARAISE J, ROSE L, SLEPER LA, NATHANSON M - Behaviour, family function, school performance and predictors of persistent disturbance in sexually abused children. *Pediatrics* 1994; **93** : 452-459.
- 39 - MENICK DM - Problems of child sexual abuse in Africa or the imbroglio of a double paradox: the example of Cameroon. *Child Abuse Negl* 2001; **25** : 109-121.
- 40 - RAJANI RR - Child sexual abuse in Tanzania: much noise, little justice. *Sex Health Exch* 1998; **13** : 13-14.
- 41 - MURAM D - The medical evaluation of sexually abused children. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003; **16** : 5-14.
- 42 - THOMAS A, FORSTER G, ROBINSON A, ROGSTAD K - National guideline for the management of suspected sexually transmitted infections in children and young people. *Sex Transm Infect* 2002; **78** : 324-331.
- 43 - HAMMERSCHLAG MR - Sexually transmitted diseases in sexually abused children: medical and legal implications. *Sex Transm Infect* 1998; **74** : 167-174.
- 44 - GREENBERG JB - Childhood sexual abuse and sexually transmitted diseases in adults: a review and implication for STD/HIV programmes. *Int J STD AIDS* 2001; **12** : 777-783.