



## Maltraitance sur les enfants : aspects épidémiologique et médico-légal à l'hôpital national de Donka (Guinée)

*Child abuse: epidemiological and medico-legal aspects at Donka National Hospital (Guinea)*

Diallo TMC<sup>1</sup>, Diallo S<sup>2</sup>, Diallo B<sup>2</sup>, Fofana H<sup>3</sup>, Soumah M<sup>1</sup>, Barry BB<sup>2</sup>, Ouendeno SM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de médecine légale, Hôpital national de Donka

<sup>2</sup>Institut de Nutrition et de Santé de l'enfant, Hôpital National de Donka

<sup>3</sup>Service de Pédiatrie, Hôpital National de Ignace Deen

**Correspondances** : Dr Diallo Thierno Mamadou Cherif, Assistant FSTS, Tel. : +224 622330775

Email : [drcherif2003@yahoo.fr](mailto:drcherif2003@yahoo.fr)

Reçu le 15 octobre 2021 - Accepté le 14 décembre 2021 - Publié le 3 avril 2022

**Mots clés** : maltraitance, enfant, aspect épidémiologique

### RESUME

**Introduction** : La maltraitance des enfants est un problème mondial qui a de graves conséquences, à vie pour ceux qui en sont victimes. Une femme sur 5 et un homme sur 13 déclarent avoir subi des violences sexuelles dans leur enfance. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence de la maltraitance chez l'enfant, de décrire ses caractéristiques socio-démographiques et médico-légales et analyser le contexte de survenu.

**Méthodes** : Il s'agissait d'une étude transversale de type descriptif concernant tous les mineurs victimes de maltraitance reçus en consultation à l'unité de médecine légale de l'hôpital national de Donka. Nous avons procédé à un recrutement exhaustif. Les données ont été recueillies à partir d'une fiche d'enquête préétablie et des dossiers médicaux. Les caractéristiques sociodémographiques (âge, profession, niveau d'étude, situation matrimoniale, le lieu de l'agression, le nombre d'agresseur, le lien avec l'agresseur, la date des faits allégués par les victimes après l'agression, les données de l'examen physique (siège des lésions génitales et nature des lésions associées) ont été recueillies. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi.info version.6.

**Résultats** : Sur 1435 patients ayant consulté pour violence dans le service de médecine légale durant la période d'étude, deux cents dix-huit (265) soit 18,47% étaient des mineurs victimes de maltraitance. Parmi les 265 mineurs, 82,26% étaient victimes de violences sexuelles et 17,74 % étaient victimes de violences physiques.

**Conclusion** : Comme démontré dans cette étude, la maltraitance sur les enfants représente un problème de santé publique. Qu'elle soit intrafamiliale ou extrafamiliale, les chiffres sont éloquents.

**KEY WORDS** : child abuse, epidemiological aspect

### SUMMARY

**Introduction**: Child abuse is a global problem with serious, lifelong consequences for those who are abused. One in 5 women and one in 13 men report having experienced sexual abuse as a child. The objective of this study was to determine the prevalence of child maltreatment and to describe the characteristics of child maltreatment and analyze the family context. **Methods**: This was a descriptive cross-sectional study of all abused minors seen at the forensic medicine unit of the Donka National Hospital. We conducted an exhaustive recruitment. Data were collected from a pre-established survey form and medical records. Socio-demographic characteristics (age, profession, level of education, marital status, location of the assault, number of assailants, relationship to the assailant, date of the alleged events of the victims after the assault, physical examination data (site of genital lesions and nature of associated lesions). Data were entered and analyzed using Epi.info version.6 software. **Results**: Out of 1435 patients who consulted the forensic medicine department for violence during the study period, two hundred and eighteen (265) or 18.47% of minors had been victims of abuse. Among the 265 minors, 82.26% were victims of sexual violence and 17.74% were victims of physical violence. **Conclusion**: As demonstrated in this study, child abuse is a public health problem. Whether it is intrafamilial or extrafamilial, the figures speak for themselves.



## INTRODUCTION

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) « La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. » [1]. La maltraitance des enfants est un problème mondial qui a de graves conséquences, à vie pour ceux qui en sont victimes. Malgré l'existence de plusieurs études menées dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, les données font encore défaut pour de nombreux pays. Néanmoins, des études internationales révèlent qu'un quart des adultes déclarent avoir subi des violences physiques dans leur enfance et qu'une femme sur 5 et un homme sur 13 déclarent avoir subi des violences sexuelles dans leur enfance [2]. Les victimes de maltraitance sur mineur souffriraient de différents types de problèmes de santé physique plus tard dans leur vie. Certains de ces problèmes rapportés incluraient notamment des maux de tête et des douleurs abdominales ou musculaires sans aucune raison apparente. Les enfants souffrant de négligences et de maltraitance sont susceptibles de souffrir de problèmes psychiatriques [3] ou troubles de l'attachement affectif [4]. La République de Guinée est signataire de la convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) depuis le 13 juillet 1990. En ratifiant la convention relative aux droits de l'enfant, les Etats s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées pour protéger l'enfant contre toutes les formes de violence. Dans toutes les décisions administratives, législatives ou juridiques qui concernent les enfants, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale. En Guinée, le principal instrument législatif de protection de l'enfance est le code de l'enfant adopté en 2008. D'après l'UNICEF « le code de l'Enfant se présente comme une compilation de toutes les dispositions contenues dans les conventions internationales que la Guinée a ratifiées et dans des textes nationaux que le pays a élaborés. [5]. L'Etat constitue selon le code de l'enfant, le principal responsable de la protection de l'enfant, de la répression et de la sanction de quiconque contreviendrait aux dispositions émises par le code.

Plusieurs départements ministériels interviennent dans le cadre de la protection et de la promotion des droits de l'enfant. Le Ministère des Affaires Sociales de la Condition Féminine et de l'Enfance est le principal ministère chargé de la protection de l'enfance, il abrite en son sein la Direction Nationale de l'Education préscolaire et de la protection de l'Enfance. Le ministère l'Enseignement Pré-Universitaire, de la Santé et de l'Hygiène publique, de la Jeunesse et de l'Emploi des Jeunes, ainsi que le ministère de la Justice qui abrite la Direction Nationale des Droits de l'Homme et les tribunaux pour Enfants ont également une responsabilité dans le suivi et l'application des lois et mesures de protection du droit des enfants. La maltraitance des enfants dans leur famille, naturelle ou adoptive, semble être une forme importante de violence faite aux enfants en Guinée. Selon le Parlement des Enfants de Guinée, environ 80% des enfants guinéens sont victimes de châtiments corporels et de maltraitance dans les foyers. [6]. Néanmoins, il n'existe à priori aucune étude approfondie sur cette forme de violence en Guinée. Malgré les chiffres alarmants de maltraitance envers les enfants en Guinée, le vote du code de l'enfant et l'obligation d'harmonisation des lois avec la Convention des droits de l'enfant, la protection de l'enfance reste largement sous-financée et avec un taux d'exécution du budget très en deçà des prévisions budgétaires. [7]. L'objectif de cette était de déterminer la prévalence de la maltraitance chez l'enfant et décrire les caractéristiques de cette maltraitance et analyser le contexte familial.

## MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude transversale de type descriptif concernant tous les mineurs victimes de maltraitance reçus en consultation à l'unité de médecine légale de l'hôpital national de Donka. Nous avons procédé à un recrutement exhaustif. Elle s'est réalisée sur une période de 18 mois, du 01 janvier au 01 août 2019. Toutes les consultations ont été réalisées sur réquisition judiciaire. Les raisons de l'interrogatoire et de la nécessité de l'examen clinique ont été clairement expliquées à la victime ou au représentant légal de la victime, afin que ceci ne constitue pas une seconde agression. Les données ont été recueillies à partir d'une fiche d'enquête préétablie et dossiers médicaux. Les caractéristiques sociodémographiques (âge, profession, niveau



d'étude, situation matrimoniale, le lieu de l'agression, le nombre d'agresseur, le lien avec l'agresseur, la date des faits allégués par les victimes après l'agression ont été recueillis. Les données de l'examen physique (siège des lésions génitales et nature des lésions associées) l'ont également été. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi.info version.6.

## RESULTATS

Sur 1435 patients ayant consulté pour violence dans le service de médecine légale durant la période d'étude, deux cents dix-huit (265) soit 18,47% de mineurs avaient été victimes de maltraitance. Parmi les 265 mineurs, 82,26% (218/265) étaient victimes de violences sexuelles et (47/265) soit 17,74 % étaient victimes de violences physiques. L'âge moyen des victimes était de 8,52 ans avec les extrêmes de 1 an et 18 ans et la tranche d'âge de 11 à 15 ans était la plus représentée (32,83%). Les élèves et les étudiants représentaient 79,63% des victimes. Près de soixante pour cent (55,47%) avaient un niveau d'étude faible (primaire). Plus de 92 % des victimes étaient de sexe féminin (tableau.1).

**Tableau I : répartition des victimes selon les caractéristiques sociodémographiques**

Caractéristiques	Effectif	%
<i>Age (an)</i>		
≤ 5	28	10,57
6-10	65	24,53
11-15	87	32,83
≤ 18	85	32,07
<i>Profession</i>		
Couturière	22	8,30
Elève/étudiant	211	79,63
Commerçante/marchande	10	3,77
Ménagère	6	2,26
Sans profession	13	4,91
Coiffeuse	3	1,13
<i>Niveau d'instruction</i>		
Aucun	32	12,07
Primaire	147	55,47
Secondaire	83	31,32
Supérieur	3	1,13
<i>Etat matrimonial</i>		
Marié	9	3,40
Célibataire	242	91,32
Non renseigné	14	5,28
<b>Sexe</b>		
Masculin	22	8,30
Féminin	243	91,70

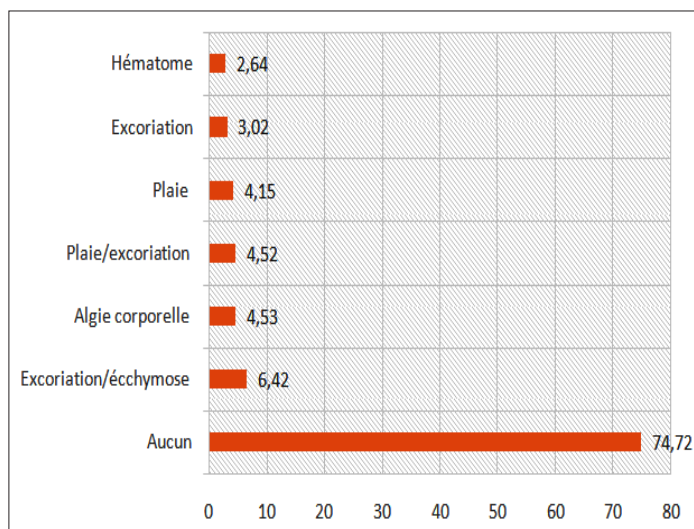
Dans la majorité des cas, l'agresseur était unique (89,43 %). Plus de 86,79% alléguaient connaître leur agresseur, dont 5,50% soit (12/218) cas d'agression sexuelle intrafamiliale. Près de 60 % (59,62%) des agressions ont lieu au domicile de l'agresseur. Cinquante-cinq pour cent (50,19%) des victimes n'avaient consulté qu'à partir du 5<sup>ème</sup> jour des faits. La maltraitance était récurrente dans 46,04% des cas (tableau.2).

**Tableau. II : répartition des victimes selon les circonstances de l'agression**

Caractéristique d'agression	Effectif	%
<i>Lieu de l'agression</i>		
Domicile de l'agresseur	158	59,62
Domicile de la victime	60	22,64
Ecole	11	4,15
Lieu de culte	1	0,38
Rue	27	10,19
Terrain vague	3	1,13
Marché	5	1,89
<i>Nombre d'agresseur</i>		
	237	89,43
	19	7,17
≥ 3	9	3,40
<i>Heure d'agression</i>		
8H-15H59 mn	22	8,31
16H-23H59 mn	184	69,43
00H- 7H 59 mn	59	22,26
<i>Lien avec l'agresseur</i>		
Ami	2	0,75
Beau-frère/beau-parent	5	1,89
Connaissance	25	9,43
Cousin	13	4,91
Enseignant	5	1,89
Père	2	0,75
Petit t'ami	78	29,43
Tuteur	1	0,38
Voisin	62	23,40
Aucun	35	13,21
Gardien	9	3,40
Oncle	13	4,90
Médecin traitant	1	0,38
Frère/sœur	10	3,77
Non renseigné	4	1,51
<i>Délai de consultation</i>		
< 5 jours	133	50,19
≥ 5 jours	132	49,81
<i>Réurrence</i>		
Une fois	143	53,96
Deux fois	113	42,64
Trois fois	9	3,40



Figure.1 : répartition des victimes selon les plaintes et les lésions corporelles associées.



Plus de quatre pour cent (4,53%) soit 12/265 des victimes avaient subi de séquestrations contre 95,47% soit (253 /265) qui n'en n'avaient pas subi. Les différents types de contraintes subis par les victimes par ordre de décroissance étaient : morale (27,55% [73/265]), physique (11,70% [31/265]), physique/morale (3,02% [8/265]). La notion de soumission a été notée dans 42,64% (113/265) des cas. Parmi les victimes, 6,42 % soit (17/265) présentaient des ecchymoses/hématomes et 4,53% soit (12/265) des algies corporelles, (figure1). Les leucorrhées étaient le symptôme le plus fréquents (17,73%) suivis de douleurs (11,32%) soit 30/265 et de leucorrhées/ulcération 10,19 % soit 27/256 (figure.2).

Figure.2 : répartition des victimes selon les plaintes de la victime.

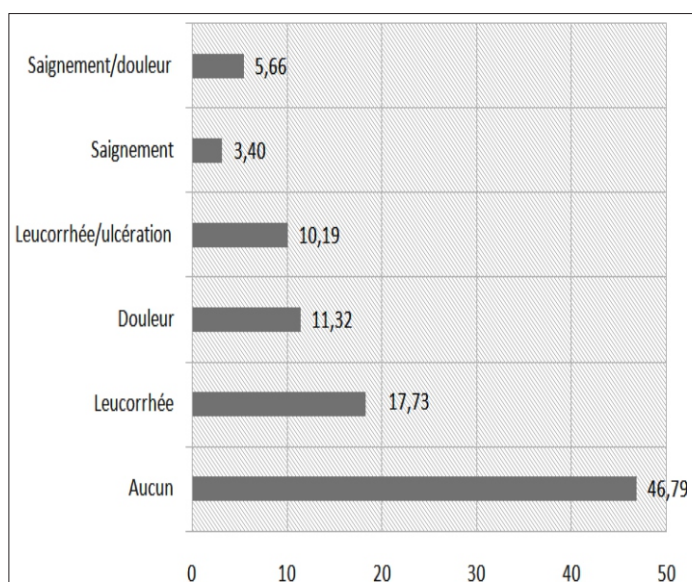


Tableau. III : Répartition des victimes selon le type de pénétration, le siège des lésions et le délai de consultation (n = 218)

Typologie de violence	Effectif	%
<i>Type de pénétration</i>		
Pénio-vaginale	102	46,79
Pénio-anale	4	1,83
Digito-vaginale	86	39,45
Pénio-buccale	5	2,29
Attouchement	21	9,63
<i>Sièges des lésions génito-anales</i>		
Anus	4	1,83
Périnée	32	14,68
Vagin/vulve	13	5,96
Vulve	33	15,14
Vulve/périnée	19	8,72
Aucun	117	53,67
<i>L'état de l'hymen</i>		
Défloration hyménale récente	22	10,09
Défloration hyménale ancienne	171	78,44
Pas de défloration	25	11,47

### Discussion

Cette étude n'est pas exhaustive dans la mesure où elle se base sur les données hospitalières. Ainsi, certaines formes de violence largement répandues tels que la maltraitance psychologique, la violence basée sur le genre, le mariage précoce, les mutilations génitales féminines, le travail forcé, la traite des enfants et la négligence ne sont pas traitées dans cet article. Néanmoins cet article a permis de mettre en exergue plusieurs formes de violences dont sont victimes les enfants en Guinée. Comme démontré ici, 18,47% de mineurs avaient été victimes de maltraitance. Cette prévalence enregistrée pourrait être sous-estimer car dans le contexte guinéen, les familles des victimes préfèrent généralement régler les problèmes de violences au sein de leur famille que de porter plainte. Parmi les enfants victimes de maltraitance, 82,26% étaient victimes de violences sexuelles contre 17,74 % pour ceux victimes de violences physiques. Concernant cette violence sexuelle, les filles étaient plus concernées (99,08%) que les garçons (0,92%). En Irlande, McGee et al [8] l'ont évalué à 20,4% pour les garçons et 16,2% pour les filles avant 17 ans sur un échantillon national de 3118 adultes. En Chine, Chen et al. [9] ont noté que 16,7% des filles en étaient victimes avant l'âge de 17 ans contre 10,5 % de garçons avant de 16 ans sur une population de 2300 élèves des lycées. En Afrique du sud, Collings [10] a trouvé que 34,8% de filles étaient victimes de violences sexuelles sur un échantillon de 640



étudiantes d'université avant 18 ans. Worku et al. [11] ont signalé un taux de 68,7% sur un échantillon de 323 filles de lycées et collèges en Ethiopie. Quant à la violence sexuelle intrafamiliale cette étude montre une prévalence de 5,50%. Ce faible taux dans notre étude ne constitue que le côté visible de l'iceberg puisque peu de victimes osent en parler compte tenu de la complexité des liens familiaux en Afrique où, la vérité est souvent sacrifiée pour la stabilité du groupe [12]. Une revue des statistiques observées en France [13], montre qu'en 1996, sur 1038 cas de viols sur mineurs, 639 étaient intrafamiliaux (61,5%) et 399 extrafamiliaux (38,5%). Dupont et al. [14] ont montré que 48,2% des agressions sexuelles se déroulent au sein de la famille sur 220 mineurs suspects d'agressions sexuelles reçus sur réquisition judiciaire à l'unité médico-judiciaire (UMJ) de l'hôtel Dieu à Paris. Ces deux études montrent une prépondérance de violences sexuelles intrafamiliales. A l'inverse dans notre série, elles sont essentiellement extrafamiliales (94,5%). Comme démontré ici, la frange la plus importante des patientes (Tableau III) présentaient une défloration hyménales ancienne. Nos résultats sont supérieurs à ceux enregistrés dans d'autres séries africaines avec respectivement 49% pour Cissé C. et Coll. et 54,5% pour Faye D. et coll. [15, 16]. Par contre, la défloration récente était constatée dans 10,09% des cas. Ce résultat est inférieur à ceux observé par d'autres chercheurs [17, 18, 19]. Pour expliquer cette différence, on peut émettre l'hypothèse selon laquelle le délai de consultation était plus long dans notre contexte comparé aux pays développés [20]. Il semble important d'insister sur la nécessité de mettre en place en Afrique à l'instar des pays développés des structures spécialisées dans la prise en charge des violences sexuelles [16]. Toutes violences confondues, 50,19% des victimes consultaient entre le 1<sup>er</sup> et le 5<sup>ième</sup> jours contre 49,81% après le 5<sup>ième</sup> jours. Parmi les victimes de violences sexuelles, plus de la moitié avaient consulté 5 jours après les faits. Faye D. et coll. dans leur série en 2008 [5] avaient observé que les patientes venaient consulter le plus souvent entre le 1<sup>er</sup> et le 7<sup>e</sup> jour (37,1%), alors que Cissé C et coll. [16] rapportaient que 70% des victimes d'abus sexuels consultaient entre le 1<sup>er</sup> et le 4<sup>e</sup> jour. Ces délais de consultations restent élevés si on les compare à celui enregistré en France de l'ordre de 48 heures [20]. Ce long délai pourrait s'expliquer par le jeune âge des victimes qui ont tendance à cacher leur mésaventure [16] d'une part, d'autre part par l'influence de l'environnement et les liens avec l'agresseur [21, 22]. Plus le délai de consultation est long, plus le diagnostic est difficile et la prise en charge aléatoire [23].

En ce qui concerne les violences physiques, dans

20,75% des cas il s'agissait de lésions corporelles à type d'excoriations, d'ecchymoses, ou de plaies siégeant aux membres supérieurs, au visage et à la poitrine en l'absence de toute lésions génitales. Il faut souligner que la bastonnade des enfants est un phénomène récurrent dans le monde, surtout en Afrique où l'usage de la violence à des fins éducatives avec les enfants est souvent considéré comme normal. Bien que cette violence soit interdite par le code de l'enfant guinéen car considérée comme une forme de maltraitance, peu de parents sont conscients que la bastonnade constitue une grave forme de maltraitance qui peut fortement nuire au développement des enfants. Sur un continent comme l'Afrique, il n'y a que moins de 10% des parents qui ne frappent pas leurs enfants. En Guinée, Sur 17 723 appels concernant la violence physique, 17 483 appels concernent la violence physique au sein de la famille (père, mère, oncle, tante, famille adoptive, etc...) soit 98 % des cas [24]. Dans plus de la moitié des violences sexuelles, aucune violence physique autre que l'agression sexuelle elle-même n'est simultanément exercée, ce qui ne devrait pas remettre en question la réalité de l'agression [21]. Dans la majorité des cas, l'agresseur était unique (89,43%). Dans l'étude sénégalaise [25], il était en grande majorité réduit à une seule personne (83%) au moment de l'agression. La tranche d'heure de 16h-23 heures 59' était la plus concernée par les violences (69,43%) et 86,79% de ces violences avaient été commises dans les endroits familiaux (tableau. II). Dans l'étude de N. Gaddour et al., 58,2% alléguaient être victimes d'agression sexuelle entre 7heures et 18 heures, donc pendant les heures du travail [25].

## CONCLUSION

Au cours de cette étude, nous avons recensé 18,47% de mineurs victimes de maltraitance. Parmi eux, 82,26% étaient victimes de violences sexuelles, ce qui représente un problème de santé publique. Qu'elle soit intrafamiliale ou extrafamiliale, les chiffres sont éloquents. En Guinée L'Etat constitue selon le code de l'enfant, le principal responsable de la protection de l'enfant, de la répression et de la sanction de quiconque contreviendrait aux dispositions émises par le code. S'attaquer au problème de la maltraitance à l'encontre des enfants implique donc la mise en œuvre de mesures pour :

- Faire évoluer les attitudes et pratiques culturelles qui favorisent le recours à la violence ;
- Faire en sorte que les cadres législatifs interdisent toutes les formes de violence à l'encontre des enfants.
- Lutter contre les inégalités entre les sexes dans les



relations, à la maison à l'école, sur le lieu de travail etc...

· Coordonner les mesures des différents secteurs qui jouent un rôle dans la prévention et la répression de la violence à l'encontre des enfants.

## REFERENCES

1. **OMS** « violence » op.cit
2. **OMS**. Maltraitance des enfants ;2020
3. **R Malisnovsky-Rummel et DJ Hansser**, « Long term consequence of childhood physical abuse psychological Bulletin, vol.144 juillet 1993, p.68-79.DOI 10.1037/0033-2909.114.1.68.
4. **J Solomon et C George**. Attachement Disorganization, New York, Guilford Press, 1999 (ISBN 1-57230-480-4)
5. **UNICEF**, « La Guinée à présent doté d'un code de l'enfant », Conakry, 11 mai 2008, [http://www.unicef.org/wcaro/2009\\_2308.htm](http://www.unicef.org/wcaro/2009_2308.htm)
6. Afrique Info : <http://www.afriquinfos.com/articles/2012/6/1/environ-enfants-guineens-sont-victimeschatiment-corporel-maltraitance-dans-foyers-203437.asp>.
7. Coalition des ONGs de protection et de promotion des droits de l'enfant Luttant contre la traite – colte/cde, Rapport alternatif/complémentaire des ONG sur la convention relative aux droits de l'enfant (cde) en guinée élaboré par la colte/cde au comité des nations unies pour les droits de l'enfant, 2009. Rapport disponible : [http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/GIN/INT\\_CRC\\_NGO\\_GIN\\_13911\\_F.pdf](http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/GIN/INT_CRC_NGO_GIN_13911_F.pdf).
8. **McGee H, Graravan R, de Barra M, Byrne J, Conroy R**. The SAVI report : Sexual abuse and violence in Ireland-A national study of Irish experiences, beliefs and attitudes concerning sexual violence. Dublin : The Liffey Press & Dublin Rape Crisis Center ;2002.
9. **Chen JQ, Dunne M, Han P**. Child sexual abuse China : a study of adolescents in four provinces. Child Abuse Neglect 2004 ; 28 (11) : 1171-86.
10. **Collings SJ**. Child sexual abuse in a sample of south African women students : prevalence, characteristics, and long-term affects. S Afr J P sychology 1997 ; 27 (1) : 37-42.
11. **Worku D, Gebremariam A, Jayalakssmi S**. Child abuse and its outcomes among high school students in Southwest Ethiopia. Tropical Doctor 2006 ; 36 : 137-40.
12. **Ezembé F**. L'enfant africain et ses univers. Paris : Karthala ; 2003, 405p.
13. **Bème D**. Les agressions sexuelles sur mineurs en chiffres, 2004 [http://www.doctissimo.fr/html/sexualite/mag\\_2004\\_mag0305/se\\_7530\\_abus\\_sexuels](http://www.doctissimo.fr/html/sexualite/mag_2004_mag0305/se_7530_abus_sexuels).
14. **Dupond M, Messerschmitt P, Vila G, Bohu D, Rey Salmon C**. Le processus de révélation dans les agressions sexuelles intrfamiliales et extrafamiliales sur mineurs. Ann Med Psychol 2014 ;172 :426-31.
15. **ME Faye Dieme, AL Traore, SMK Gueye, PM Moreina, A Diouf, J-C Moreau**. Profil épidémiologique et prise en charge des victimes d'abus sexuels à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar. Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la Reproduction (2008) 37, 358-364.
16. **Cisse CT, Niang M, SY A, Faye A, Moreau J-C**. Aspects épidémiocliniques, juridiques et coût de la prise en charge des abus sexuels chez les mineurs à Dakar, Sénégal. Journal de Gynécologie–Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2015 ; 44 : 825-831. Doi : 10.1016/j.jgyn.2014.10.010.
17. **Traore Y, Mounkoro N, Tiguete I, Djire M-Y, Diallo A, Bakayoko M, Sissoko A, Dolo T, Dolo A**. Aspects cliniques et médico-légaux des agressions sexuelles au CHU GABRIEL
18. **Daligaud L, Gonin B**. Les violences sexuelles. J Androl. 1999 ; 9 :519-27.
19. **Marsaud O**. Les viols, plaies des écoles sud-africaines. Ed. OMS. 2001; 222-30.
20. Barret P. Agressions sexuelles. Paris : Mise à jour CNGOF. 2004 ; 275-81.
21. **Chariot P, Scius M, Lorin A-S, Belmenouar O, Tedlaouti M, Boraud C**. Violences sexuelles : examen médical des victimes ayant déposé plainte en 2009 en Seine-Saint-Denis (France). BEH.2010 ; 40-41 : 418-420.
22. **Kolopp M, Delbaere-crespo E, Lecossec C, Guillet-may F, Coudane H, Martrille L**. Examen médico-légal des victimes d'agression sexuelle : caractéristiques et liens avec les suites judiciaires. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie.2017 ; xxx : 1-6. [Doi : 10.1016/j.gofs.2017.01.006]
23. **Blanc A, F. Savall F, Dedouit, Telmon N**. Victimes féminines mineures d'agressions sexuelles : guide pratique pour l'examen et l'interprétation des lésions génitales. Gynéco-Obstétrique & Fertilité. 2014; 42: 849-855. [Doi.org/10.1016/j.gyobfe.2014.10.003]
24. **Hélène Délomez**. Etude sur les violences faites aux enfants en République de Guinée. Search for Common Ground ; 2014.
25. **N. Gaddour, A. Mechri, S. Lahbib, L. Gaha**. Profil épidémiologique et criminologique des abus sexuels dans une région du centre-est Tunisienne. Journal de médecine Légale, 2003, Vol.46, Numéro 7-8, 000-000.