

Ministère de L'Enseignement supérieur et
de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



**Violences basées sur le genre à l'unité de
«ONE STOP CENTER » au Centre de Santé
de Référence de la Commune V de
Bamako/Mali**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 20/11/2023. Devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par : Mme Maimouna CAMARA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'État).

Jury

Président:	Pr Alassane TRAORÉ	Professeur
Membres:	Dr Abdoulaye SISSOKO	Maitre-assistant
	Dr Saleck DOUMBIA	Médecin
Co-directrice:	Dr Saoudatou TALL	Médecin
Directeur :	Pr Soumana Oumar TRAORÉ	Maitre de conférences

Je dédie ce travail

A ALLAH, le tout puissant, le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux pour m'avoir donné la santé, la capacité, le courage de mener à bien ce travail et de m'avoir guidé pendant ces longues périodes d'étude.

Au prophète Mohamed (PSSL), paix et salut sur lui, sur sa famille, ses compagnons et tous ceux le suivent jusqu'au jour de la résurrection.

Puisse votre lumière éclairer et guider nos pas

A mon pays le Mali

Chère patrie, que la paix et la propriété puissent te couvrir. Puisse le MALI rester uni à jamais (LE MALI UN ET INDIVISIBLE).

A mon père Lassana Camara

Vous étiez toujours prêt à tout sacrifier pour que nous devenions meilleurs. Comme vous auriez aimé voir ce jour, mais hélas nul ne peut résister à la volonté divine. Cependant aucune expression orale ou écrite ne saurait déterminer notre niveau de reconnaissance en votre endroit pour la bonne éducation de votre part qui est le meilleur des héritages à préparer pour sa descendance.

A ma Mère : Djouma Diakité

Après nous avoir donné naissance tu nous as aimé, éduqué et dorloté ; tout en nous apprenant la bonté, la modestie, la tolérance, le pardon et l'amour du prochain. Tu nous as appris à rester unis comme un seul homme. Comme le dit ce proverbe « Unissez-vous comme un fagot et il sera difficile de vous briser, mais pris séparément vous serez faciles à écraser ». Soyez surs que les leçons dispensées ont été bien apprises.

Longévité dans la foi et le bonheur !

A mes Tontons: Adama , Abdoulaye, Moussa, Biry, Bakary

Le moment est venu pour moi de vous remercier, la sagesse de vos conseils, la confiance et l'attention que vous m'avez portées me resteront inoubliable.

Jamais je ne saurai vous rendre un hommage à la hauteur de vos efforts consentis. Trouver ici ma gratitude qu'Allah vous donne une longue vie.

A mes frères et sœurs : Tama, Mohamed, Oumar, Sidi Bakayi, Babou, et Yaba.

J'ai toujours pu compter sur vous quel que soit le moment. La vie est un dur combat que nous devons surmonter avec courage et persévérance. L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible. Restons unis et soyons à la hauteur de nos parents.

A la famille Camara :

Vous m'avez adopté depuis le premier jour de notre rencontre. Vos conseils et soutiens affectifs ont été d'une importance capitale pour moi. Les moments agréables passés en famille surtout pendant les fêtes resteront à jamais gravés dans mon cœur. Merci pour tout.

A mes tantes: Kamissa, Maimouna, Adiaratou, Awa, Moussokoro, Ouelematou,

Vous avez été plus qu'une mère pour moi. Brave femme, femme dévouées, courageuses, croyante et généreuses. Tu m'as toujours rassuré, et réconforté. Que Dieu vous donne une longue vie pleine de santé et de bonheur Amen

A mon cher époux Cheick Mamadou Keita

Merci pour ton amour, ta patience, tes encouragements pendant toute cette période de formation et ta présence à mes côtés dans les moments de peine et de joie. Je prie Allah le tout puissant de préserver notre attachement mutuel et d'exaucer tous nos vœux.

A mon fils Famory Maouloud Keita

Tu as été présent durant ce voyage, soit rassuré de mon amour, je prie que tu fasses plus que moi. Merci pour tous les moments de joies.

A ma tante Kamissa Mariko

Ta générosité, ton amour pour ton prochain, ton humilité ont beaucoup contribué dans ma formation. Tu restes un modèle pour moi qu'Allah exauce tout tes vœux et te donne longévité.

A mes cousins et cousines :

En témoignage de l'affection qui nous unit par le lien paternel et maternel, je voudrais que vous trouviez dans ce travail, le fruit des efforts que vous avez consenti à mon égard.

A mon ami Amakéné Yebeizé

Aucun mot ne saurait exprimer ma reconnaissance pour ton temps tes conseils pendant cet internat. Je te souhaite une vie pleine de bonheur et sante.

REMERCIEMENTS

FAMILLE CAMARA et DIAKITE, de Bamako, Sandaré, Paris, Libreville.

Je ne saurais vous remercier par des mots, pour vos conseils, vos bénédictions.

LA FAMILLE KEITA de Sabalibougou, Kenieba. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A tous les enseignants de l'école fondamentale de l'ENSET / A a Libreville

Au corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) pour La rigueur et la qualité des cours dispensés.

A toute la promotion la 12^e Promotion de FMPOS, ainsi que la Pro Baccalauréat 2014 au Lycée d'Application Nelson Mandela de Libreville.

- A tous les DES, les internes, les sages-femmes et les infirmières du Csréf CV et particulièrement à mon équipe de garde : Francis, Bourama, Amadou K, konate, Dicko, Fofana , Diarra, Kone

- Tahirou Bah et équipe

- Ousmane Sissoko et équipe

- Sandiakou Fofana et équipe

-Alfousseyni Coulibaly et équipe

- Merci pour la bonne collaboration, la chaleur, la confiance et l'estime tout au long de ces stages internés

Mes maîtres formateurs:

Pr Soumana O. TRAORE, Dr Oumar M. TRAORE, Dr Niagalé SYLLA, Dr Saleck DOUMBIA, Dr Saoudatou TALL, Feu FA ISSIF KOUYATE, Dr Nouhoum DIAKITÉ, Dr Mahamadou TRAORE Dr Belco TAMBOURA, Dr Aboudou CAMARA. Votre rigueur scientifique et les qualités humaines qui vous caractérisent ont marqué mon admiration. Merci pour la qualité de l'enseignement et la disponibilité constante dont vous avez fait montre tout au long de l'élaboration de cette thèse.

A mes aînés et anciens internes du service : Dr Doumbia Adama, Dr Ali Guindo, Dr Roméo Hounnade, Dr Telly Moussa. Particulièrement à Dr Doumbia Adama, merci pour tout ce que tu as fait pour l'élaboration de ce travail. Que Dieu te bénisse.

Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs et la réussite de toutes vos entreprises.

Aux sages-femmes et infirmières du CS Réf CV du District de Bamako
Merci pour les conseils, la disponibilité constante et la qualité de la collaboration.

Aux anesthésistes et réanimateurs du CSREF CV du District de Bamako.
Merci pour les conseils

Aux aides du bloc du CS Réf CV du District de Bamako La disponibilité et le sens élevé du travail qui vous caractérise forcent l'admiration.

Sincère remerciement à vous

Mes remerciements à vous qui avez toujours été à mes côtés pour des échanges scientifiques et autres, pour vos soutiens et vos conseils.

A tous ceux dont l'oubli de la plume n'est pas celui du cœur.

A notre Maitre et Président du jury

Professeur Alassane TRAORE

- ✓ **Gynécologue-Obstétricien,**
- ✓ **Chef du service de gynécologie de l'hôpital du Mali,**
- ✓ **Maître de conférences à la faculté de médecine et
odontostomatologie**
- ✓ **Praticien Hospitalier à l'hôpital du Mali**
- ✓ **Membre de la Société malienne de gynécologie-obstétrique
(SOMAGO)**

Cher Maitre

Nous vous sommes très reconnaissants pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Vos remarques et suggestions ont su conduire ce travail à son terme. Votre abord facile, votre rigueur scientifique, vos qualités humaines font de vous un maitre exemplaire.

Cher maitre, trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude. Puisse Allah vous accorde sante, longévité et bonheur Amina

À notre maitre et juge

Docteur Abdoulaye Sissoko

- **Maitre-Assistant de Gynécologie-Obstétrique à la FMOS,**
- **Praticien hospitalier à la clinique périnatale Mohammed VI,**
- **Ancien chef de service de gynécologie obstétrique au CHU mère-enfant « le Luxembourg »**
- **Chef de service de Gynécologie-Obstétrique de la garnison militaire de KATI,**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**
- **Ancien Secrétaire général adjoint de la Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique,**
- **Capitaine des Forces Armées du Mali.**

Cher Maitre,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations. Votre gentillesse, votre passion du travail bien fait font de vous un modèle à suivre.

Veillez recevoir en cette occasion solennelle, cher Maître, l'expression de notre très haute considération.

A notre Maitre et juge

Docteur Saleck DOUMBIA

- **Gynécologue-Obstétricien ;**
- **Praticien hospitalier au CSREF CV**
- **Détenteur d'un DU en VIH obtenu à la FMOS ;**
- **Détenteur d'un Master en Colposcopie obtenu en Algérie ;**
- **Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en Epidémiologie-
Biostatistique à l'institut Africaine de Santé Publique ;**
- **Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en sénologie a la
FMOS.**

Cher Maitre,

Nous nous réjouissons de votre présence au sein de ce jury. Vous n'avez cessé de faire preuve de patience, de courtoisie et de grande serviabilité au cours de la réalisation de ce travail. Votre rigueur dans la démarche scientifique nous ont beaucoup impressionnés.

Cher maitre, dans ce travail vous trouverez la marque de nos profonds sentiments de respect, de reconnaissance et de remerciement.

Nous sommes fiers d'être votre élève

A notre Maitre et Co-directrice de thèse

Docteur Saoudatou TALL

- **Gynécologue-obstétricienne**
- **Praticienne hospitalière en gynécologie obstétrique au CSREF CV**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**
- **Chargé de recherche.**

Cher Maitre,

C'est un honneur pour nous d'avoir appris à vos cotes. Votre disponibilité et votre participation active ont été très importantes pour l'amélioration de la qualité de ce travail qui est le fruit de votre volonté parfaite et de votre savoir-faire. Votre caractère social, votre simplicité et la clarté de votre enseignement font de vous un personnage de classe exceptionnelle.

Nous espérons être à la hauteur de votre confiance et nous vous prions, cher maitre, d'accepter notre profonde et sincère reconnaissance.

A notre Maitre et Directeur de thèse

Professeur Soumana Oumar TRAORE

- **Professeur agrégé en gynécologie-obstétrique à la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au CSREF CV ;**
- **Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009 ;**
- **Certifié en programme GESTA International (PGI) de la société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGOC) ;**
- **Leaders d'Opinion local de la surveillance des décès maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako ;**

Cher Maître

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez faite en nous confiant ce travail.

Votre pédagogie à transmettre vos connaissances et votre attachement au sens de l'éthique et de la déontologie font de vous un maitre admiré et respecté.

Vous avez cultivé en nous, l'esprit du travail bien fait, la persévérance et la précision.

Qu'Allah vous donne une santé de fer et vous garde longtemps à nos côtés.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	17
II. OBJECTIFS	20
1. Objectif général :.....	20
2. Objectifs spécifiques :.....	20
III. GENERALITES	22
.....	30
IV. METHODOLOGIE.....	53
1. Cadre d'étude et lieu d'étude :.....	53
2. Type d'étude	57
3. Période d'étude	57
4. Variables étudiées :.....	57
5. Population d'étude	57
6. Echantillonnage.....	58
V. RESULTATS.....	63
1. Fréquence des Violences sexuelles et physiques.....	63
2. Profil socio-démographique des survivant (es)	64
3. Les aspects cliniques des survivant (es)	69
4. Prises en charge holistique des survivantes	75
VI. Commentaires et discussion :	82
CONCLUSION	88
5. Au personnel de la santé	91
6. A l'unité ONE STOP CENTER.....	91
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	93
ANNEXES	99

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des survivant (es) selon l'année de la violence	64
Tableau II: Répartition des survivant (es) selon l'âge, le sexe et le type d'incident.....	64
Tableau III: Répartition des survivant (es) selon la profession	66
Tableau IV: Répartition des survivant (es) selon l'ethnie	67
Tableau V: Répartition des survivant (es) selon le statut matrimonial.....	67
Tableau VI: Répartition des survivant (es) selon la notion d'instruction.....	68
Tableau VII: Répartition des survivant (es) selon le niveau d'instruction	68
Tableau VIII: Répartition des survivant (es) selon le document apporté à la consultation.....	69
Tableau IX: Répartition des survivant (es) selon l'état psychologique a l'admission	69
Tableau X: Répartition des survivant (es) selon la nature du contact sexuel	70
Tableau XI: Répartition des survivantes selon la notion d'éjaculation.....	70
Tableau XII: Répartition des survivant (es) selon le délai de consultation	71
Tableau XIII: Répartition des survivant (es) selon le nombre d'agresseurs.....	71
Tableau XIV: Répartition des survivant (es) selon le lien avec le ou les auteurs présumés	72
Tableau XV: Répartition des survivant (es) selon le lieu d'agression	73
Tableau XVI: Répartition des survivant (es) selon que leurs habits et ou dessous au moment des faits qui ont été présentés à la consultation	73
Tableau XVII: Répartition de survivant (es) selon la nature des lésions corporelle.....	74
Tableau XVIII: Répartition de survivantes selon la nature des lésions génito- anales retrouvées des survivantes selon le contexte du déroulement des faits ...	75
Tableau XIX: Répartition du survivant (es) selon le moyen de menace utilisé par le ou les auteur (s) présumé (s)	75
Tableau XX: Répartition des survivantes selon le résultat du bilan de routine.	76
Tableau XXI: Répartition des survivantes selon le résultat du bilan effectué ..	76
Tableau XXII: Répartition des survivantes selon les demandes et réalisations de l'échographie abdomino-pelvienne.....	77
Tableau XXIII: Répartition des survivant (es) selon le traitement médical curatif.....	77
Tableau XXIV: Répartition des survivant (es) selon la nature de la prise en charge chirurgicale	78
Tableau XXV: Répartition des survivantes selon l'administration de la pilule d'urgence	78

Tableau XXVI : Répartition des survivant (es) selon la prévention du VIH/SIDA.....	79
Tableau XXVII : Répartition des survivant (es) selon l'assistance psychologique/psychiatrique.....	79
Tableau XXVIII: Répartition des survivant (es) selon l'assistance juridique ..	80
Tableau XXIX: Répartition des survivant (es) selon l'assistance sécuritaire ...	80

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Région périnéo vulvaire.....	22
Figure 2: Différents types d'hymen	30
Figure 3: Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako.	55
Figure 4: schema de la prise charge du cadre conceptionnel.....	57
Figure 5: Fréquence des violences	63
Figure 6: Répartition des survivantes selon la gestité.....	65
Figure 7: Répartition des survivantes selon la parité	65
Figure 8: Répartition des survivant (es) selon le moment de déroulement des faits.	74

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La Déclaration des Nations Unies sur les violences à l'égard des femmes a défini dans son article 1^{er} la violence comme « tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin causant et /ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » [1].

La locution « violences basées sur le genre » (VBG) appelées aussi « violences sexo-spécifiques » est une expression générique décrivant les actes préjudiciables commis contre le gré de quelqu'un en se fondant sur les différences dues aux préceptes sociétaux liés au genre [1].

Les Hommes y sont exposés depuis la naissance jusqu'à la mort, en temps de paix comme en temps de guerre ; la violence sexuelle spécifique peut avoir les conséquences directes ou indirectes sur la santé sexuelle et génésique d'une femme : grossesses non désirées, la frigidité, avortements clandestins et ses complications, les infections sexuellement transmissibles et VIH/SIDA (Virus de l'Immunodéficience Humaine/syndrome d'Immunodéficience acquise) etc. [2].

Dans le monde ; d'après le sondage Eurobaromètre, une femme européenne sur cinq a été, au moins une fois dans sa vie, victime de violence de son compagnon et 25% des crimes commis concernent un homme ayant agressé sa partenaire [2].

Les estimations de la prévalence des abus sexuels varient de 23,2% dans les pays à revenu élevé et de 24,6% dans la région du Pacifique occidental à 37,7% dans la région de l'Asie du Sud Est [3].

En Afrique du Sud, on estime qu'une femme est violée toutes les 83 secondes, sachant qu'un seul cas sur vingt sera rapporté à la police.

Au Zimbabwe, dans la province des Midlands, 25 % des femmes ont dit avoir été victimes de viol ou de tentative de viol par leur partenaire [4].

En Afrique du Sud le « South African Institute for Race Relations » affirme qu'en 2003, 147 femmes ont été violées par jour. La violence faite aux femmes dans le monde a conduit le 18 décembre 1979 à l'adoption de la convention sur l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes par l'Assemblée des Nations Unies et entrée en vigueur en 1981 [5].

Dans la sous-région, plus particulièrement à Dakar(Sénégal) et à Bamako (Mali), des fréquences de 1,8% et 2% ont été rapportés par les auteurs [6, 7].

Au Mali, parmi les femmes qui ont subi des violences physiques ou sexuelles, 68 % n'ont jamais recherché d'aide et n'en ont jamais parlé à personne, 12 % n'ont jamais recherché d'aide mais en ont parlé à quelqu'un et seulement 19 % ont recherché de l'aide pour mettre fin à cette situation [8]

Selon l'étude de K. SIDIBE [9] réalisé à l'unité One Stop Center du CSRéf de la commune V en 2021, les violences sexuelles ont représenté 3,36% des consultations aux urgences gynécologiques et 54,62% de l'ensemble des violences basées sur le genre (VBG). [9]

Devant ces constats, il nous a paru nécessaire d'entreprendre une étude sur les VBG à l'unité de « One Stop Center » au CSRef CV du district de Bamako avec comme objectifs :

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

1. Objectif général :

Etudier les violences basées sur le genre à l'unité de « One stop center » au centre de santé de référence de la commune V de Bamako/ Mali.

2. Objectifs spécifiques :

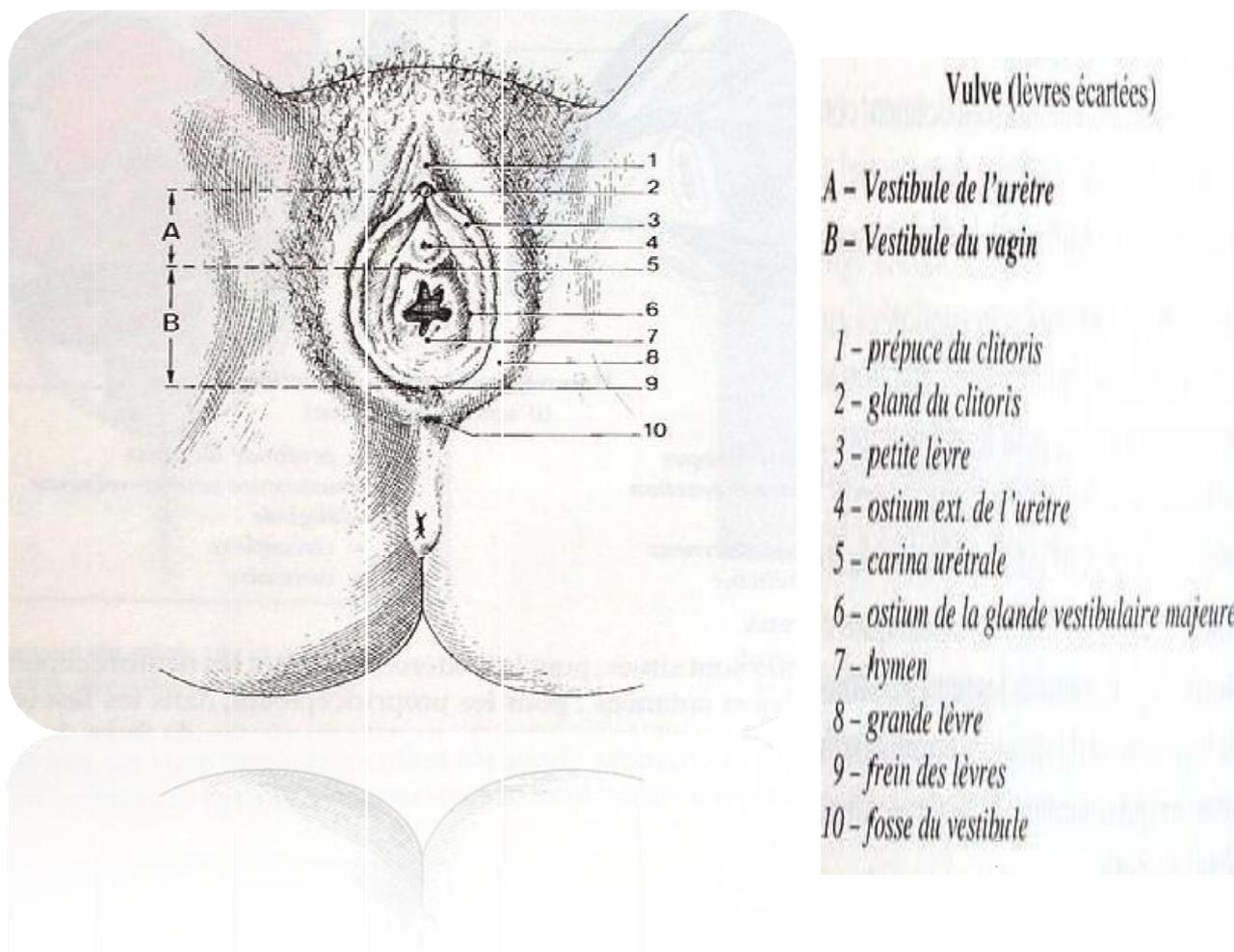
- Déterminer la fréquence des violences basées sur le genre au centre de santé de référence de la commune V ;
- Décrire le profil socio démographique des survivant (es) ;
- Décrire l'état clinique des survivantes à l'admission ;
- Décrire la prise en charge holistique des survivant (es).

GENERALITES

III. GENERALITES

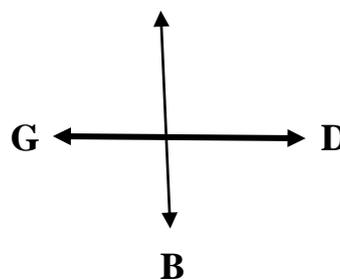
A. Appareil génital féminin :

a.1 Organe génitaux externes : [10]



H

Figure 1: Région périnéo vulvaire



Vulve : La vulve désigne le cloaque uro-génital féminin et les formations tégumentaires voisines qui le masquent plus ou moins. En terme plus commun,

elle représente l'ensemble des formations génitales externes de la femme, c'est à-dire : le Mont du pubis, les formations labiales, le vestibule, les organes érectiles et les glandes vulvaires (Fig1)

➤ **Le Mont du pubis** : c'est une saillie arrondie, triangulaire à sommet inférieur, situé devant la symphyse pubienne, et limité latéralement par les plis de l'aîne. Glabre chez l'enfant, il couvre de poils longs, plus ou moins frisés à la puberté. Cette toison de la couleur des cheveux du sujet s'arrête chez la femme au niveau du sillon horizontal pubo-hypogastrique ou sillon de venus qui sépare les régions hypogastrique et pubienne.

Le Mont du pubis se compose essentiellement d'un amas cellulo-adipeux recouvert d'un revêtement cutané. Ce coussinet pré-pubien de 35mm d'épaisseur est en continuité avec la graisse abdominale et les grandes lèvres.

➤ **Les formations labiales :**

□ **Les grandes lèvres** ce sont deux replis cutanés allongés transversalement du mont du pubis à la région pré-anale. Elles sont variables d'aspect :

Chez la fillette et la jeune nullipare, elles sont fermes, épaisses, résistantes et unies. Ces caractères s'accusent s'il existe un certain embonpoint,

-Chez la multipare, la femme âgée ou amaigrie, elles sont minces, flasques, ridées, flottantes, l'espace qui les sépare est entrebâillé. Elles ont en moyenne, une longueur de 7 à 8cm, une épaisseur de 2 à 3cm à leur base, et à l'union de leur un tiers antérieur et leurs deux tiers postérieur, une hauteur 1,5 à 2cm.

□ **Les petites lèvres** ce sont deux replis cutanés, d'apparence muqueuse, situés en dedans des grandes lèvres. Aplaties transversalement, les petites lèvres sont rosées, unies, humides et dépourvues de poils.

Chez l'adulte, en période d'activité génitale, elles font souvent saillies en dehors de la fente vulvaire (50%) ; elles prennent alors une coloration brune, plus

foncée pendant la grossesse. Dans 30% des cas elles affleurent les grandes lèvres.

Après la ménopause, elles tendent à s'atrophier et à se cacher entre les grandes lèvres. Elles ont en moyenne une longueur de 30 à 35mm, une hauteur de 10 à 15mm, une épaisseur de 3 à 4mm, une épaisseur de 3 à 4mm à leur base.

□ L'espace inter labial ou canal vulvaire

C'est l'espace limité par la face interne des petites et grandes lèvres. Virtuel à l'état normal, cet espace devient, lorsqu'on écarte les formations labiales un véritable canal de 6 à 7cm de long et de 2 à 3cm de large. Le fond du canal vulvaire constitue le vestibule. Celui-ci est limité en avant par le clitoris et en arrière par la commissure postérieure des petites lèvres, il dessine un ovale qui sépare les petites lèvres par le sillon vestibulaire. Il présente à décrire deux régions: en avant le vestibule de l'urètre en arrière le vestibule du vagin.

➤ Les organes érectiles

L'appareil érectile comprend classiquement le clitoris et les bulbes vestibulaires, mais il faudrait y adjoindre l'appareil semi-érectile des lèvres.

□ Le clitoris

C'est l'homologue, en moins volumineux, des corps caverneux de l'homme. Le clitoris s'attache en arrière sur la partie moyenne de la face interne des branches ischio-pubiennes. Ces deux moitiés latérales du clitoris ou piliers convergent en avant, en haut et en dedans. Au-dessous de la symphyse, elles s'adosent sur la ligne médiane pour former un seul organe presque cylindrique : le corps du clitoris. A l'état de flaccidité sa longueur est en moyenne de 6 à 7 cm dont environ 3cm pour les piliers 2,5cm pour le corps et 0,6cm pour le gland ; son diamètre est de 0,6 à 0,7cm. A l'état d'érection ses dimensions augmentent très peu et le corps garde la même direction.

□ Les bulbes vestibulaires

Ils sont similaires d'un corps spongieux masculin qui aurait été dédoublé par l'interposition du vagin. Comparés à deux sangsues gorgées de sang par KOBELT, les bulbes forment, de chaque côté du vagin un ovoïde de 3,5cm de longueur environ. Leur rupture au cours de l'accouchement entraîne un hématome vulvaire énorme ou thrombus vulvaire. La grosse extrémité de l'ovoïde confine en arrière à la glande vestibulaire majeure de Bartholin.

➤ **Les glandes vulvaires**

Nombreuses elles sont de dimensions et de fonctions différentes : les glandes vestibulaires mineures, les glandes urétrales et les glandes vestibulaires majeurs (de Bartholin)

➤ **L'hymen**

Chez la vierge, le vagin est séparé de la vulve par une membrane : l'hymen. Celle-ci est un repli muqueux incomplet, se place horizontalement quand le sujet est debout.

L'hymen, septum transversal, est une formation anatomique spécifiquement humaine. On n'en signale en effet que des traces, sous formes de bourrelet rudimentaire chez certains animaux. Sa résistance est très variable et est inexacte de croire qu'elle augmente avec l'âge. Sa forme est très variable ; toutes ces variétés peuvent être groupées, selon Testut, en trois types anatomiques :

- L'hymen semi-lunaire ou falciforme a la forme d'un croissant à concavité antérieure, dont le bord convexe adhère à la paroi postérieure du vagin et aux bords latéraux. Les cornes se perdent sensiblement en avant,
- L'hymen annulaire revêt la forme d'une membrane percée d'un trou.

Lorsque la membrane présente de multiples orifices punctiformes, il s'agit d'un hymen cribriforme,

- L'hymen labié présente une fente antéropostérieure séparant deux lèvres latérales. L'hymen est dit frange lorsque les lèvres sont dentelées. Son bord adhérent est séparé des petites lèvres par un sillon circulaire, le sillon vulvo-hyménéal ou nympho-hyménéal. Sa face supérieure ou vaginale est irrégulière ; sa face inférieure ou vulvaire est lisse.

Au premier coït complet l'hymen se déchire le plus souvent, et les lambeaux cicatrisés sont nommés caroncules hyménaux ; parfois il se dilate seulement, sans écoulement de sang (c'est « l'hymen complaisant » des légistes).

a.2 -Organes génitaux internes : [10]

Les organes internes du système de reproduction féminin siègent dans la cavité pelvienne ; il s'agit du vagin, de l'utérus, des deux trompes utérines, et des ovaires.

➤ Le vagin

C'est un conduit musculo-membraneux qui s'étend de l'utérus à la vulve. Organe de la copulation chez la femme, c'est aussi la voie d'exploration gynécologique par excellence. Voie de passage des sécrétions utérines, du fœtus pendant l'accouchement et des annexes fœtaux au moment de la délivrance, le vagin représente le mat de viscères pelviens. Récepteur hormonal particulièrement sensible aux incitations oestrogéniques qui assurent sa trophicité, le vagin permet en outre, chirurgicalement, une voie d'abord dite basse, d'un certain nombre d'interventions gynécologiques. Organe impair, médian, situé en partie dans l'excavation pelvienne, en partie dans l'épaisseur même du périnée.

A l'état de vacuité, le vagin est dans sa plus grande longueur aplati d'avant en arrière ; ses parois antérieure et postérieure sont accolées l'une contre l'autre. Son extrémité supérieure, cylindroïde, se moule sur le col utérin. La longueur moyenne est de 8cm. Elle varie entre 4cm et 14cm. La paroi antérieure (7cm) est

plus courte que la paroi postérieure (9cm) reliant les organes de reproduction externes et internes. Il se dirige obliquement en haut et en bas.

➤ **L'utérus**

C'est un organe musculaire creux en forme de poire, aplati d'avant en arrière. Il siège dans la cavité pelvienne entre la vessie et le rectum. Il mesure entre 7 et 10cm, l'embryon s'y développe pendant la grossesse. Ces parties sont : le fond utérin, le corps utérin et le col utérin. Sa paroi est faite de trois couches tissulaires : le périmètre, le myomètre et l'endomètre. Les cellules de ce dernier sont destinées à desquamer à la fin du cycle menstruel et constituent la menstruation.

➤ **Trompe utérines ou trompes de Fallope**

Les tubes utérines longues d'environ 10cm s'implantent chacun d'un côté de l'utérus entre le corps et le fond utérin. L'extrémité de chaque trompe a des projections en doigts appelées franges. La plus longue d'entre elles est la frange ovarienne, étroitement associée à l'ovaire. Elles conduisent l'ovule de l'ovaire à l'utérus par péristaltisme et mouvement ciliaire. La fertilisation de l'ovule se produit habituellement dans la trompe utérine et le zygote est propulsé dans l'utérus où il s'implante.

➤ **Les ovaires :** Ce sont les gonades féminines ; ils siègent chacun dans une fosse peu profonde sur la paroi latérale du pelvis. Chacun est attaché à la partie supérieure de l'utérus par le ligament ovarien et à l'arrière du ligament large par une large bande de tissu, le mésovarium. Ils ont deux couches tissulaires ; la

médullaire et le cortex. Les ovaires produisent les ovules selon un cycle. Ils secrètent également les hormones sexuelles : œstrogènes et progestérone.

1. La défloration : La défloration se définit comme la rupture de l'hymen par la pénétration du pénis dans la cavité vaginale [11].

La rupture varie selon la forme de l'hymen.

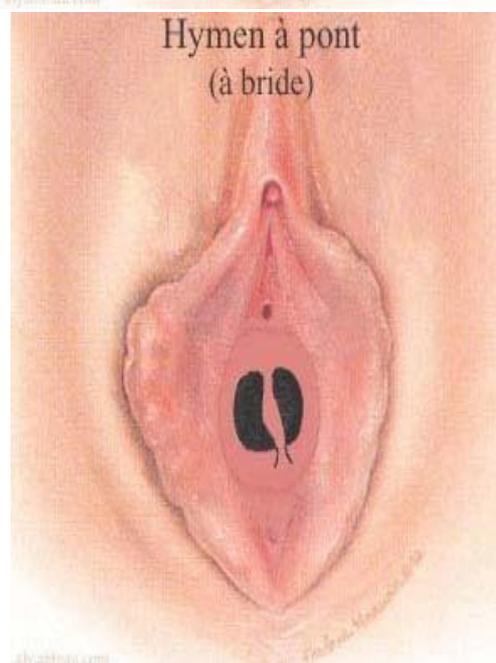
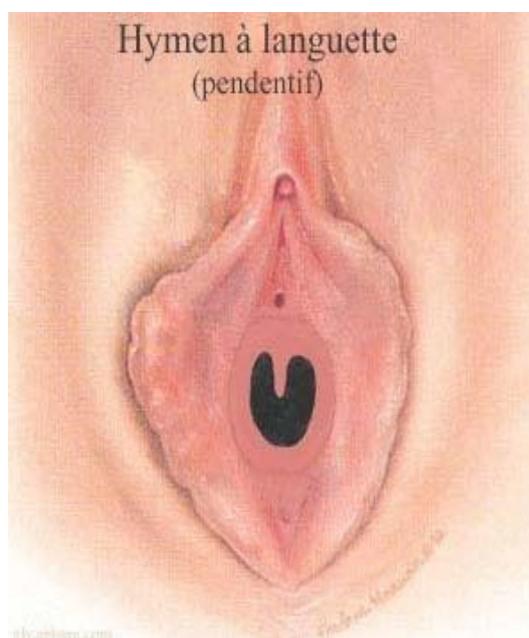
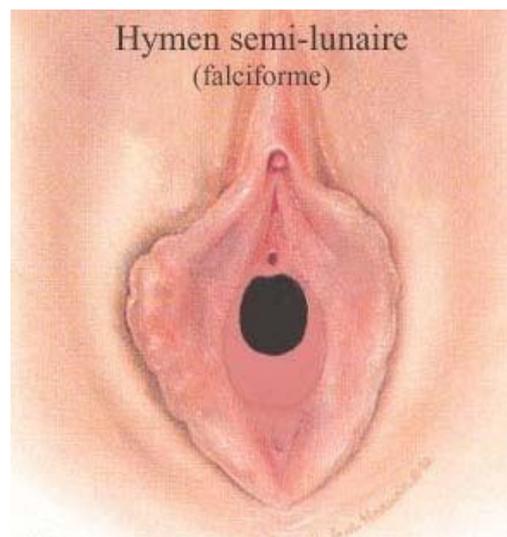
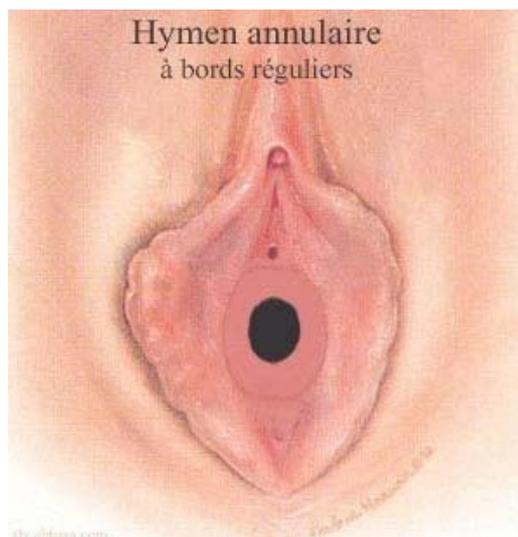
En cas d'hymen en anneau, l'hymen se déchire en haut ou en bas selon la position sexuelle adoptée.

En cas d'hymen cribiforme l'hymen se déchire au centre ; s'il est semi-lunaire il peut se déchirer latéralement.

Cette déchirure s'accompagne d'une douleur variable qui dure quelques secondes et d'un saignement chez les jeunes femmes car l'hymen est richement vascularisé.

3- Le Coït : ou copulation est l'union charnelle entre l'homme et la femme. Il évoque deux concepts : la pénétration vaginale, la pénétration anale [12].

□ **Différents types d'hymen selon Dr Aly Abbara[13]:**



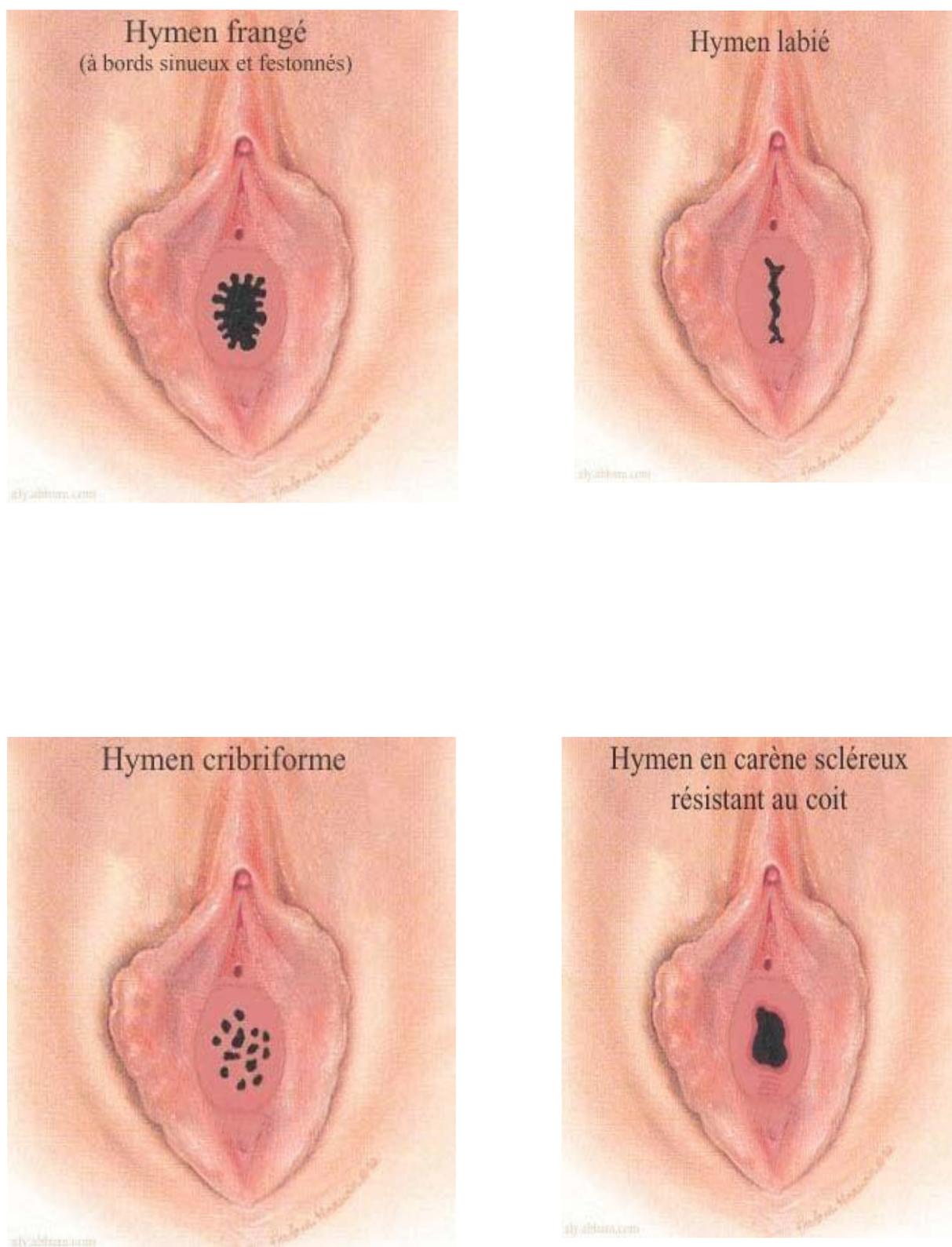


Figure 2: Différents types d'hymen

B. GENERALITES SUR LES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE

a-Définitions :

Les violences sexuelles englobent plusieurs concepts : le viol, l'attentat à la pudeur, l'attouchement, l'outrage public, le harcèlement sexuel.

1-Genre : ensemble d'êtres, ou de choses, caractérisé par un ou des traits communs

2- Le viol : est un acte de pénétration sexuelle par violence, contrainte, menace ou surprise. Il s'agit d'un acte pénal, donc puni par la loi.

3- L'attentat à la pudeur est un acte impudique commis sur une personne non consentante ou incapable d'un consentement valable, de nature à offenser sa pudeur en lieu privé ou public (exemple : la pédophilie).

4- L'outrage public : est un ensemble de faits et gestes attentatoires à la pudeur commis en public par un individu sur lui-même (exemple : L'exhibition) ou sur une autre personne.

5- L'attouchement : est l'action de toucher en particulier avec la main. Il s'agit de caresses abusives.

6-Appels obscènes : anonymes la plupart du temps, ces appels sont constitués de propos à caractère sexuel, dans le but d'intimider la personne.

7-Exhibitionnisme : provoqué de la gêne ou de la peur en montrant des comportements sexuels et ce sans nécessairement rechercher de contacts physiques par exemple : exhiber ses organes génitaux, montrer des illustrations ou des vidéos pornographiques.

8-Harcèlement sexuel : il peut s'agir de paroles grossières, d'attitudes, d'actions, voire même de comportement provoquant l'inconfort et la crainte, menaçant ainsi le bien être de la personne. Le harcèlement sexuel est une forme de discrimination, d'abus de pouvoir et violence qui implique habituellement la notion de répétition.

9-Inceste : agression sexuelle commise par un adulte sur un enfant avec lequel il a un lien biologique ou par un adulte qui représente une figure parentale pour cet enfant.

10-Voyeurisme : le voyeur observe les gens à leur insu, il cherche à les surprendre dans leur intimité.

b- Epidémiologie :

La fréquence est diversement appréciée dans la littérature Africaine ou Mondiale du fait de la rareté des études hospitalières sur le sujet. Les violences sexuelles affectent des millions de femmes dans le monde par an. Ce taux de violence sexuelle a doublé entre 2002 et 2004 aux Etats-Unis [14]

Passant de 34% à 69% de la population générale tous sexes confondus, les données rapportées dans la littérature sont disparates et proviennent des cas rapportés par la police, des structures de santé, des organisations internationales et des centres de recherche.

Le département de la justice aux Etats Unis en 2003 a rapporté que 39% de cas des violences sexuelles ont été commis sur des femmes au cours de l'année 2002. Le département de santé des enfants aux Etats -Unis en 2005 rapporte que 2/1000 enfants reçus dans les structures de protection des enfants sont victimes d'abus sexuels, et dans 6% des cas il s'agit des cas d'étudiants [15].

Les études Africaines font surtout état de cas survenus dans des écoles comme en Afrique du Sud (5%), ou ceux rapportés par les tribunaux comme au Rwanda (15%) [16], car les violences sexuelles ne sont pas adressées systématiquement aux structures de santé.

c-Classification des violences basées sur le genre :

-Type 1 : Viol : pénétration vaginale, anale ou buccale sans consentement même superficielle, à l'aide du pénis ou d'une autre partie du corps. S'applique également à l'insertion d'un objet dans le vagin ou l'anus.

-Type 2 : Agression sexuelle : toute forme de contact sexuel sans consentement ne débouchant pas ou ne reposant pas sur un acte de pénétration. A savoir : les tentatives de viol, ainsi que les baisers, les caresses ; et les attouchements non désirés aux parties génitales ou aux fesses.

-Type 3 : Agression physique : Violence physique n'étant pas de nature sexuelle.

Exemples : coups, gifles, strangulation, coupures, bousculades, brûlures, tirs ou usage d'armes, qu'elles soient, l'attaques à l'acide ou tout autre acte occasionnant des douleurs, une gêne ou des blessures.

-Type 4 : Mariage forcé / d enfant : Mariage d'une personne contre sa volonté et mariage d'un enfant /mineur de moins de 18 ans.

-Type 5 : Déni de ressources, d'opportunités ou de services : Déni de l'accès légitime à des ressources/actifs économiques ou à des opportunités de subsistance, et à des services éducatifs, sanitaires ou autres services sociaux. Il y'a de déni de ressources, d'opportunités et de services, dans plusieurs cas, lorsqu'on empêche à une veuve de recevoir un héritage, ou lorsque les revenus d'une personne sont confisqués de force par son compagnon intime ou un membre de sa famille,

- Lorsqu'une femme se voit interdire l'usage des moyens de contraception,
- Lorsqu'on empêche une fille d'aller à l'école, etc.

Les cas de pauvreté générale ne devraient pas être consignés.

-Type 6 : violences psychologiques et émotionnelles

Elles couvrent, infliction de douleurs ou de blessures mentales ou émotionnelles. Entre autres : menaces de violence physique ou sexuelle, intimidation, humiliation, isolement forcé, poursuite, harcèlement verbal, attention non souhaitée, remarque, gestes ou écrit de nature sexuelle et/ou menaçant, destruction de biens précieux, etc. [17].

d- Bases légales des agressions sexuelles : [11]

d-1-Paragraphe I: de l'outrage à l'ordre public

Article 224 : L'outrage à l'ordre public, commis publiquement et intentionnellement sera puni de trois mois à deux ans d'emprisonnement et d'une amende de 20 000 à 200 000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement.

d-2- Paragraphe II: de l'attentat à la pudeur

Article 225 : Tout attentat à la pudeur, consommé ou tenté sans violence sur la personne d'un enfant de l'un ou l'autre sexe, âgé de moins de quinze ans, sera puni de cinq à dix ans de réclusion, et facultativement de un à vingt ans d'interdiction de séjour.

d-3- Paragraphe III: du viol

Article 226 : tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. Le viol sera puni de cinq ans à vingt ans de réclusion et facultativement d'un à cinq ans d'interdiction de séjour.

Si le viol a été commis à l'aide de plusieurs personnes ou sur la personne d'un enfant de moins de quinze ans, le coupable sera condamné à vingt ans de réclusion, à l'interdiction de séjour de cinq à vingt ans, et les juges ne pourront, en déclarant l'existence de circonstances atténuantes, réduire le peine de cinq années d'emprisonnement.

Si le viol a été commis avec les deux circonstances aggravantes prévues à l'alinéa précédent, la peine sera celle de la réclusion à la perpétuité. Si les coupables sont les ascendants de la personne sur laquelle a été commise le viol, s'ils sont de ceux qui ont autorité sur elle, ou s'ils sont chargés de son éducation, de sa surveillance ou s'ils sont employés des personnes ci-dessus désignées, il ne pourra être prononcé de sursis à l'exécution de la peine.

Article 227 : L'individu qui aura accompli ou tenté d'accomplir l'acte sexuel autorisé coutumièrement sur une fille âgée de moins de quinze ans, sera puni d'un à cinq ans d'emprisonnement sans préjudice de peine qu'il en courra pour les crimes ou délits commis à l'occasion de cet acte.

Seront punies complices les personnes, y compris les parents qui auront sciemment provoqué aux actes visés au présent article, ou auront, avec

connaissance, aidé ou assisté l'auteur dans les faits qui les ont préparé ou facilité.

d-4- Paragraphe IV: de la pédophilie :

Article 228 : Constitue le crime de pédophilie est puni de cinq à vingt ans de réclusion et de vingt mille à un million de francs d'amende, tout acte de pénétration sexuelle ou d'attouchement sexuel de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'un mineur de moins de treize ans, ou toute exploitation aux fins commerciales ou touristiques de pornographies, films ou dessins à caractère pornographique mettant en scène une ou plusieurs personnes mineures âgées de moins de treize ans.

Si les coupables sont les descendants de la personne sur laquelle le crime a été commis, s'ils sont de ceux qui ont autorité sur elle, ou s'ils sont chargés de son éducation, de sa surveillance ou s'ils sont employés des personnes ci-dessus désignées, ou si le crime a été commis à l'aide de plusieurs personnes, la peine sera la réclusion à perpétuité et une amende de vingt mille à un million de francs. Toutefois, le crime ci-dessus n'est pas constitué si la différence d'âge entre l'auteur et la victime ne dépasse pas cinq ans.

E. Généralités sur les violences physiques

a. Les coups et blessures volontaires :

a.1 Historique :

A propos des coups et blessures volontaires perpétrés sur les femmes on trouve des articles qui font écho des quotidiens d'information. Ces articles se sont préoccupés de cette violence seulement au plan apparent n'apportant aux lecteurs que de simples informations ayant un caractère de fait social sans toutefois faire preuve de profonde analyse du phénomène.

Un autre article sur la violence à l'égard des femmes aux Etats Unis, publié dans un article (Journal of the American Médical association) note que «les études démontrant qu' aux united statist of america (USA), les femmes risquent plus

d'être agressées et blessées, violées ou tuées par leurs partenaires actuels ou passés que par d'autres types d'assaillants» [18].

Il est vrai que la violence à l'égard des femmes suscite toujours des inquiétudes dans la société de la part des organismes internationaux et nationaux, qui s'intéressent aux phénomènes en donnant des chiffres pour caractériser l'ampleur de cette violence à l'égard des femmes.

Concernant les recherches qui ont été faites sur ce thème, plusieurs institutions nationales et internationales dont la banque mondiale ont publié des articles concernant le phénomène de la maltraitance des femmes dans le monde.

Au cours des années 1990 la violence contre les femmes va figurer parmi les éléments qui ont polarisé l'attention des milieux internationaux.

Et d'importantes mesures sont prises en faveur des femmes pour la reconnaissance de leur droit.

Ensuite, lors de la conférence internationale sur la population et le développement de 1994 au Caire et de la 4ème conférence mondiale tenue en 1995 sur la femme mention fut faite d'accorder une grande audience aux mesures visant à mettre fin à la violence entre les sexes.

Le fonds des Nations Unies pour la population en 1999 déclare que la violence contre les femmes est une priorité de sante [19].

Ce sujet continue d'être traité par d'autre personne du faite de son importance et de son actualité.

Nous assistons aussi à la naissance de plusieurs Organisations Non Gouvernementales de lutte et de défense des droits de la femme et l'innovation de la journée mondiale de la femme célébrée chaque 08 mars depuis le 08 mars 1857.

a.2 Définitions :

a-2-1- Concepts explicites :

Ce sont des concepts qui apparaissent dans la formulation du sujet.

- Maltraitance : d'après Y Michaud (1973) c'est : « une action directe ou indirecte massée ou distribuée à porter atteinte à une personne ou à la détruire, soit dans son intégrité physique, psychique, soit dans ses possessions, soit dans ses participations symboliques » [20].
- Femme : d'après le petit Larousse Illustré, c'est un être humain adulte de sexe féminin [21].

Cependant notre étude a concerné les violences orchestrées à l'égard des femmes par leurs époux, par une tierce personne en l'occurrence des amis, des parents ou par des étrangers, c'est-à-dire que ce soit oui ou non dans la vie conjugale, dans la rue ou dans toute autre circonstance.

a-2-2- Concepts implicites:

En septembre 1992, la commission de la condition de la femme aux Nations Unies a convoqué un groupe de travail spécial chargé de rédiger un projet de déclaration contre la violence à l'égard des femmes.

Cette déclaration adoptée par l'Assemblée Générale à l'automne de 1993 contient la première définition officielle du phénomène par les Nations Unies.

D'après l'article premier de cette déclaration, le terme « violence à l'égard des femmes » désigne « tout acte de violence dirigé contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques,

sexuelles, ou psychologique, y compris les menaces, de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée » [22].

« Discrimination à l'égard des femmes » : Selon l'article premier de la convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard de la femme, cette expression vise toutes distinctions d'exclusion ou de restriction fondée sur le sexe qui a pour but de compromettre ou de détruire la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice par les femmes, quel que soit leur état matrimonial sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme , des droits

de l'Homme et des libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, socioculturel, civil ou tout autre.[22].

- Maltraitance sexiste : Ce terme décrit les actions ou les commissions qui surviennent au cours des différentes relations.

Elles couvrent les agressions tels que les viols, l'inceste, le harcèlement sexuel, le meurtre et les violences psychiques telles que les propos insultants, la privation de jouissance des biens et de ressources personnelles [23].

- Violence : Au sens courant du terme, la violence désigne le fait d'agir sur quelqu'un ou de faire agir contre sa volonté en employant la force ou l'intimidation. Elle désigne aussi l'acte par lequel s'exerce la violence.
- Déviance : Quand on parle de déviance, on doit se situer par rapport à une norme et à un lieu fixe. Le crime est une déviance par rapport aux normes légales.

Toutes fois il y a lieu de noter qu'il existe d'autres normes que l'individu peut dévier, celle ne figurant pas dans les textes (ce qui n'est pas prévu par la loi).

- Délinquance juvénile : Du point de vue médico-légal, « la délinquance juvénile désigne les infractions commises par les adolescents et qui sont punissables aux termes du code pénal puisqu'elles causent des dommages et préjudices évidentes reconnus comme tel à autrui » [24].

Du point de vue psychologique, R. Michelle, définit la délinquance comme des sociopathes, c'est à dire des inadaptés sociaux au sens où le délinquant a un comportement inadéquat aux buts et aux normes de la société qui à un moment donné le met en rupture ou en conflit avec son environnement.

Y. Castellan, définit la délinquance strictement par rapport à la loi. L'action délinquante est celle qui cause des dommages à autrui et l'auteur même de l'action [25].

- Marginalité : La marge c'est ce qui est situé hors, est marginal celui qui est hors de la norme de la société.
- Acteur : C'est une personne qui prend une part déterminante à une action [21].
- Attouchement sexuel : est l'action de toucher légèrement en particulier avec la main. Il s'agit de caresses abusives.
- Coup et blessures volontaires : il s'agit de coup et de blessures avec atteinte à la vie ou à la santé de la victime.
- Excision : L'excision désigne toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation des organes génitaux féminins poudres raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques.
- Pédophilie : l'article 228 du code pénal la définit comme tout acte de pénétration sexuelle ou d'attouchement sexuel de quelque nature qu'il soit commis sur la personne d'un mineur de treize ans (13 ans) ou toute exposition ou exploitation aux fins commerciales ou touristiques de photographies films ou dessins à caractères pornographiques mettant en scène une ou plusieurs personnes mineures âgées de moins de treize ans [11]
- Viol : selon l'article 226 du code pénal elle est définie comme tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise [11].
- Violences physiques : dans notre étude elles concernent uniquement les coups et blessures volontaires.
- Violences sexuelles : dans notre étude les violences sexuelles concernent le viol, la pédophilie et les agressions sexuelles

a. 2-3- Définition de quelques terminologies

- Les termes des coups et blessures : peuvent se définir comme toute atteinte à la vie ou à la santé d'un sujet résultant d'une cause extérieure à l'organisme humain.
- Le coup : est un choc donné à un organisme par un objet en mouvement.
- La blessure : est une lésion produite dans l'organisme par un coup.
- La victime : on appelle victime un tué, un blessé grave, un blessé léger par la suite des coups et blessures volontaires.
- Un blessé grave : personne ayant subi un traumatisme nécessitant une hospitalisation.
- Un blessé léger : personne ayant subi un traumatisme ne nécessitant pas d'hospitalisation.
- Partie adverse : c'est la partie contre laquelle la victime s'oppose (auteur de l'acte).

a. 3-Les lésions traumatiques issues des coups et blessures volontaires

a. 3-1- L'érosion épidermique : il s'agit d'une simple perte de substance au niveau de l'épiderme. Il traduit des violences légères, mais le plus souvent des lésions d'accompagnement.

Intérêt : les érosions épidermiques indiquent la partie du corps où se sont exercées les violences et peuvent reproduire la forme de l'instrument en cause.

a.3-2- L'ecchymose : est le signe essentiel de la contusion, c'est la lésion contusive la plus élémentaire.

Elle est due à l'occasion du traumatisme, à la déchirure des vaisseaux et à l'infiltration du sang extravasé et coagulé dans les tissus [26].

L'intérêt médico-légal de l'ecchymose est très grand :

- c'est le plus fréquent des signes de violences.
- Elle témoigne généralement que le blessé était vivant au moment de sa production.

- Elle indique le point où s'est produite une violence (coup, choc, chute).
- Elle peut révéler la forme de l'instrument.
- Les ecchymoses peuvent aider à préciser la date de la violence.

Les ecchymoses peuvent s'observer partout sur le corps : sur la peau, dans les tissus cellulaires sous cutanés, sur les muqueuses, sur les séreuses et les viscères.

Sur le cadavre : les ecchymoses sont mises en évidence par la pratique systématique de nombreuses incisions dans les diverses régions du corps. Le sang de l'ecchymose coagulé est difficilement détachable, il ne disparaît pas au lavage.

Ces caractères permettent de les distinguer :

- Des blessures post-mortem : le sang y est liquide, ne coagule pas, disparaît
- Des lividités cadavériques : tache bleue violette située aux parties déclives du cadavre due à la descente passive du sang, sans extravasations. Faites de sang non coagulé et disparaît au lavage.
- Des taches violacées de la putréfaction : disparaissent aussi au lavage.

a.3-3- L'hématome : c'est du sang extravasé qui forme une collection plus importante et profonde que l'ecchymose, en dilacérant les tissus.

a. 3-4- La plaie : se définit comme une solution de continuité de la peau ou des muqueuses des tissus sous-jacents.

a. 3-5- La fracture : c'est toute solution de continuité d'un segment osseux ou d'un cartilage dur elle peut se rencontrer dans tous les genres de contusions. Elle résulte aussi bien de l'action d'instruments qui produisent une fracture directe, que de chutes ou d'accidents qui sont à l'origine de fractures indirectes.

a. 3-6- Les lésions des organes internes : le mécanisme des lésions anatomiques des organes internes, leurs sièges, leur nature, leur gravité sont très

variables, selon les conditions et les circonstances dans lesquelles la victime est atteinte.

a. 3-7- Les lésions viscérales diverses concernent :

- Les organes de la cavité thoracique.
- Les organes de la cavité abdomino-pelvienne.
- Les lésions cranio-cérébrales.
- Les ruptures vasculaires des gros vaisseaux.

a.4- Aspects judiciaires :

a. 4-1- Au pénal : Il n'est pas rare que les violences physiques entraînent dans certaines circonstances la mort de la victime.

Cet homicide est réprimé différemment selon qu'il ait été commis avec intention de tuer ou non.

S'il y a eu intention de tuer, il s'agit alors d'un meurtre dans ce cas contraire, il est la conséquence découpes et violences sans qu'il y ait intention de donner la mort. Dans les deux cas l'acte est volontaire mais dans le second le résultat a dépassé le but poursuivi par le coupable [16].

« Tout homme peut commettre, si les circonstances exceptionnelles s'y incitent, un crime » écrivait Scherrer [27].

A cotée nous avons des coups et blessures involontaires ou des homicides involontaires qui sont définis par le code pénal malien : Celui qui aussi par maladresse, imprudence, inattention négligence ou inobservation des règlements, aura involontairement porté des coups ou occasionné des maladies à autrui, est réprimé d'homicides involontaires ou pour coups et blessures involontaires.

Les coups et blessures volontaires étant des délits, ou même des crimes si morts s'en suivait sont réprimés par le code pénal du Mali.

4-1-1 Des coups et blessures volontaires mortels :

Article a 199 : L'homicide commis volontairement est qualifié de meurtre.

Tout meurtre commis avec préméditation ou guet-apens est qualifié d'assassinat.
(Premier alinéa)

Article 200 : Tout coupable d'assassinat, de parricide ou d'empoisonnement sera puni de mort. (Premier alinéa)

Article 202 : les coups, blessures et violences volontaires, exercés sans intention de donner la mort, mais l'ayant cependant occasionnée, seront punis de cinq à vingt ans de réclusion et facultativement d'un à vingt ans d'interdiction de séjour.

En cas de préméditation ou de guet-apens la peine sera celle de la réclusion à perpétuité.

a. 4-1-2 Des coups et blessures volontaires non mortels :[11]

Article 207 : Tout individu qui volontairement, aura porté des coups ou fait des blessures ou commis toute autre violence ou voie de fait, S'il est résulté de ces sortes de violences une maladie ou incapacité de travail personnel pendant plus de vingt jours sera puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 20 000 à 500 000 F CFA [11].

S'il y a eu une préméditation ou guet - apens, la peine sera de cinq à dix ans de travaux forcés.

Quand les violences, les blessures ou les coups auront été suivis de mutilation, amputation, privation de l'usage d'un membre ou d'un sens, cécité, perte d'un oeil ou autres infirmités ou maladies, la peine sera de cinq à dix ans de travaux

forcés. S'il y a eu préméditation ou guet-apens, la peine sera de cinq à vingt ans de travaux forcés.

Dans les cas prévus aux alinéas 2, 3, 4, l'interdiction de séjour d'un à dix ans pourra être prononcée.

Article 208 : Lorsque les blessures, les coups, les violences ou voie de faits, n'auront occasionné aucune maladie ou incapacité de travail personnel de l'espèce mentionné à l'article 207, le coupable sera puni d'un emprisonnement de onze jours à deux ans et d'une amende de 20 000 à 100 000 F CFA ou de l'une de ces deux peines seulement.

S'il y a préméditation ou guet-apens, l'emprisonnement sera d'un à cinq ans et une amende de 25 000 à 150 000 F CFA [11].

L'interdiction de séjour d'un à dix ans pourra en outre être prononcée.

Par ailleurs il faut noter que toute tentative de crime, manifestée par un commencement d'exécution et suspendue ou n'ayant manqué son effet que par des circonstances indépendantes de la volonté de son auteur, est considérée comme le crime lui-même.

Cependant les tentatives de délits ne sont considérées comme délits que dans les cas déterminés par une disposition spéciale de la loi.

F. PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE DES SURVIVANTES [15]

1. Prise en charge psycho-sociale

Le soutien psychosocial est essentiel pour les personnes survivantes à se sentir immédiatement à donner un sens à leur expérience, à réaffirmer leurs droits et à atténuer les sentiments culpabilités :

- ✓ Accueillir, écouter, rassurer, compatir, informer, sur les droits et les services disponibles, orienter les survivants à d'autres services avec le consentement éclairé de la personne survivante ;
- ✓ Fournir un soutien psychologique gratuit ;
Ecouter attentivement en faisant preuves d'empathie ;
- ✓ Ecouter sans douter ou porter un jugement sur les survivants ;
- ✓ Etablir un diagnostic psychosocial initial ;
- ✓ Evaluer les besoins des survivants et développer un plan d'action pour y répondre;
- ✓ Mettre en œuvre le plan d'action jusqu'au rétablissement des survivants ;
- ✓ Faciliter aux survivants l'accès à d'autres services ;
- ✓ Suivre et évaluer les résultats obtenus dans le plan d'action ;
- ✓ Arrêt de la prise en charge psychosociale

2. Prise en charge médicale

L'assistance médicale des cas de VBG nécessitent plus l'implication ou la connexion d'institutions à vocations différentes. Le circuit de prise en charge d'un cas de VBG peut commencer par les soins médicaux et par l'établissement d'un certificat médical. Cette étape peut être suivie par l'introduction du dossier à la police, la gendarmerie et au tribunal. Les victimes de VBG peuvent bénéficier de l'assistance de One Stop Center qui appuie et assiste les victimes de VBG sous forme d'assistance judiciaire et/ou médicale. C'est ce qui explique quelque part que 14,7 % des services conseil sont proposés par les tribunaux surtout départementaux et 18,8 % des services d'assistance judiciaire par les One Stop Center. Il faut souligner ici que les conseils fournis par les tribunaux se présentent souvent par l'orientation des victimes ou des parents des victimes de VBG vers le centre One Stop Center qui est identifié par ces structures

comme œuvrant dans la lutte contre le phénomène. Ces orientations permettent surtout aux victimes ou à leurs parents de s'adresser à des structures ou individualités qui leur facilitent la constitution des dossiers nécessaires pour des actions en justice.

La prise en charge des victimes des VBG se présente sous la forme de schéma où, les parents des victimes sont les premiers acteurs à intervenir dans l'évacuation de la victime dans les structures de santé. A ce niveau il faut retenir que, selon la gravité de la violence, tous les acteurs, tels que la santé, le psychologue, la police et la justice, les ambulanciers etc. peuvent participer à la prise en charge des victimes. D'autre part la victime peut se rendre elle-même dans les structures de One Stop Center. Cette étape du processus est sanctionnée par un certificat médical avant que le dossier ne soit acheminé aux services de la police, de la gendarmerie ou au tribunal. Seulement faut-il constater que ce certificat médical qui est une obligation en cas de viol ou d'agressions sexuelles, dont la crédibilité est garantie. En plus, les victimes rencontrées sont prises en charge à 100%. C'est à ce stade du processus où réside toute l'importance du rôle des One Stop Center qui se saisissent du dossier et constituent l'interface entre les survivants et les tribunaux afin de suivre les cas jusqu'à la décision de justice. L'assistance des victimes de VBG dans le suivi des dossiers est assurée. Le travail en synergie entre services impliqués dans les stratégies de prévention et de prise en charge des VBG est plus que nécessaire [28].

3. La prise en charge sécuritaire

Quelques exemples de services de sécurité pour les personnes survivantes des VBG ;

- ✓ Accueillir, écouter, rassurer, compatir, informer, sur les droits et les services disponibles, orienter les survivants à d'autres services avec le consentement éclairé de la personne survivante ;
- ✓ Relocaliser vers une maison sécurisée si sa sécurité est en danger

Evaluer le risque de sécurité que court la personne survivante et sa famille ou la personne témoin qui l'accompagne

- ✓ Planifier la sécurité avec la survivante afin de réduire le risque de préjudice de la part de l'auteur de la VBG, les membres de sa famille ou de sa communauté ;
- ✓ Assurer la sécurité avec une protection physique si nécessaire ;
- ✓ Evaluer le risque de suicide chez la survivante ;
- ✓ Etablir un plan pour renforcer la sécurité de la survivante au sein de la famille et la communauté ;
- ✓ Offrir aux survivants une assistance juridique (information sur les procédures et leur fonctionnement) et conduire une enquête si besoin.

4. Les responsabilités du secteur judiciaires sont les suivants

La protection doit relever de la personne/du groupe menacé à l'issue d'une prise en compte prudente, participative et consultative de la situation. La réponse minimale à la violence sexuelle consiste notamment à garantir la confidentialité, la sûreté et la sécurité des personnes survivantes. Tous les acteurs doivent garder à l'esprit que la tendance à culpabiliser le survivant est très généralisée et que les personnes survivantes souffrent d'une extrême stigmatisation sociale et d'une vulnérabilité.

- ✓ Évaluer la sécurité et définir une stratégie de protection ;
- ✓ Fournir une sécurité conforme aux besoins ;
- ✓ Plaider en faveur de l'application et du respect des instruments nationaux et internationaux

Assurer l'accès à un refuge sûr au sein de la communauté ;

- ✓ Information et orientation sur le droit de la personne survivante
- ✓ Donner des informations sur la procédure
- ✓ Assurer l'accès à un abri sûr à court terme ;
- ✓ Formation et engagement des secteurs concernés, notamment les forces de l'ordre, les juges, les avocats et autres praticiens du droit, les praticiens de la santé et les autres prestataires de services ;

- ✓ Donner des informations sur les choix disponibles aux survivants et ses conséquences
- ✓ Accompagner la personne survivante à la police pour le dépôt de la plainte si la victime est d'accord
- ✓ Garder la personne survivante toujours informée des progrès du dossier
- ✓ Assurer le suivi de l'exécution de la peine et en général des décisions de justice
- ✓ Conduire un plaidoyer pour la ratification des instruments internationaux non encore ratifiés
- ✓ Déposer la plainte au nom de la personne survivante au bureau du procureur de la république
- ✓ Conduire un plaidoyer pour l'harmonisation des lois nationales aux instruments internationaux et leurs applications ;
- ✓ Conduire un plaidoyer pour l'institution d'un juge chargé de la protection de la femme à l'instar du juge des enfants ;
Vulgariser les textes de droit international pertinent pour la protection légale des survivants et formation sur l'application des instruments juridiques nationaux internationaux au Mali
- ✓ Conduire un plaidoyer pour l'organisation d'assises spécifiques aux cas de violences sexuelles (voir assises pour les enfants) ;
- ✓ Conduire un plaidoyer pour l'institution de points focaux VBG au niveau des commissariats de police et brigades de gendarmerie
- ✓ Demander au juge d'assurer les audiences à huit clos pour les cas de violence sexuelle
- ✓ Trouver des endroits sécurisés pour aider la personne survivante, sa famille (si requis) et les témoins
- ✓ En cas des menaces avérées demander au procureur l'interdiction de contact de certaines personnes avec la personne survivante /mesures additionnelles de protection pour la victime (éloignement des certaines personnes, etc.)
- ✓ Participer activement aux réunions trimestrielles de suivi des cas ;

- ✓ S'impliquer dans l'utilisation des outils de collecte des données VBG.

5. Réinsertion socio-économique

5.1 Réinsertion sociale

C'est le processus par lequel un(e) survivant(e) aux violences sexuelles retrouve une place dans sa société qui l'a rejeté au préalable et/ou d où il/elle se serait auto-exclu/e. cette réinsertion lui permet de jouer un rôle actif et rétablir des liens essentiels a son développement.

5.2 Réinsertion économique

C'est un processus par lequel le (la) survivant(e) adulte ou partir de 16ans bénéficie d'un accompagnement et d'un soutien afin qu'il/elle puisse avoir accès à une activité économique.

6. Prise en charge clinique des cas

Les différents types de soins prodigués dès l'admission des survivants :

- **Examens cliniques :** dès leur arrivée les consultations médicales sont faites pour évaluer l'état physique et les plaies dans les différentes parties du corps à afin de procéder à la réparation de certains cas ; s'il n'y'a pas de gravité de plaie. Des analyses à la recherche des preuves médico-légales qui sont :
- **Examens complémentaires :** ECBU, BW, prélèvements vaginaux, échographie obstétricale.
- En cas de grossesse les suivis seront assurés par les Sages-femmes du **OSC** : jusqu'à l'accouchement. Les bébés sont examinés par les pédiatres pour les prises en charge immédiats des nouveau-nés et des soins aux nouveau-nés.
- **Prévention des infections et/ou des grossesses ou kits post viol :** Donner les pilules du lendemain, réalisation d'un test de grossesse, test IST, vaccinés contre les tétanos, traitement IST, puis on donne des ARV.
- **Traitement :** les anti inflammatoires, antispasmodiques, antalgiques ; des ARV, des Bétadine dermiques, des compresses en cas de plaies etc.

Hospitalisation si nécessaire : en cas de déchirures des parties intimes nécessitants une intervention chirurgicale pour la réparation et ou sous

anesthésie locale ou générale, ils seront mis en observation jusqu'à l'amélioration de leur état de santé c'est ainsi qu'un kit de dignité les seront remis composé de : coton hygiénique, pâte dentifrice, des pagnes, des tee-shirts, des draps, des savonniers etc.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude et lieu d'étude :

- **Présentation du milieu de l'étude**

La Commune V fut créée en même temps que toutes les autres Communes du District de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et régie par les textes suivants :

- L'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 fixant les limites et le nombre de Communes ;
- La loi N°93-008 du 11 Février 1993 portant code des collectivités territoriales.

La Commune V est limitée, au Nord par le fleuve Niger, au Sud-Ouest par la Commune rurale de Kalaban Coro (Préfecture de Kati), à l'Est par la Commune VI du District de Bamako.

Située sur la rive droite du fleuve Niger, la Commune V a une superficie de 41.59 km² (source Direction Nationale des Collectivités Territoriales : DNCT).

Selon les résultats du 4^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population résidante était estimée à **603 056** habitants en 2022, une densité de **14 500** habitants au Km² avec un taux d'accroissement 5,1%.

Dans sa très grande totalité, la population de la Commune V est sédentaire.

Cette population est inégalement répartie entre les 8 quartiers de la Commune.

Ainsi on note une forte concentration de la population dans les quartiers Sabalibougou, Daoudabougou et Kalabancoura et Bacodjicoroni.

Les ethnies du Mali sont représentées en Commune V sont les Bambaras, Peulhs, Sonhaïs, Sénoufos, Malinkés, Dogons, Soninkés. On y rencontre également des ressortissants de pays étrangers.

L'économie de la Commune est dominée par le secteur tertiaire (commerce, transport, tourisme, l'hôtellerie, la restauration, les maisons closes, les marchés publics etc.) suivi du secteur secondaire (PME à travers de petites industries de

transformation), malgré le rôle relativement important du secteur primaire (agriculture, élevage, la pêche, l'artisanat, le maraîchage).

La couverture sanitaire de la Commune est assurée par deux niveaux de contact de la population avec le système de santé :

- Centres de Santé Communautaire : premier niveau de contact. A ceux-ci s'ajoutent les structures sanitaires privées, parapubliques, confessionnelles et les tradithérapeutes,
- Centre de Santé de Référence : deuxième niveau de contact et premier niveau de référence.

La carte sanitaire de la Commune comprend treize aires de santé ayant chacune son Association de Santé Communautaire. Les treize aires de santé disposent d'un Centre de Santé Communautaire fonctionnel avec un PMA complet. Les aires de santé se répartissent comme suit :

- Trois aires de santé à Daoudabougou disposent d'un CSCCom avec un PMA complet (ASACODA, ADASCO, ASCODA) ;
- Trois aires de santé à Sabalibougou disposent chacune d'un CSCCom avec un PMA complet (ASACOSAB1, ASACOSAB2, ASACOSAB3) ;
- Quatre aires de santé à Kalabancoura disposent d'un CSCCom avec PMA complet (ASACOKAL, ASACOGA, ASACOKALA KO et ASACOKALA ACI) ;
- Une aire de Santé pour les quartiers de Torokorobougou et Quartier Mali dispose d'un CSCCom avec un PMA complet (ASACOTOQUA) ;
- Une aire de Santé à Bacodjicoroni dispose d'un CSCCom avec un PMA complet (ASCOM-BACODJI) ;
- Une aire de santé à Badalabougou SEMA I (ASACOBADA SEMAI) d'un CSCCom avec un PMA complet.

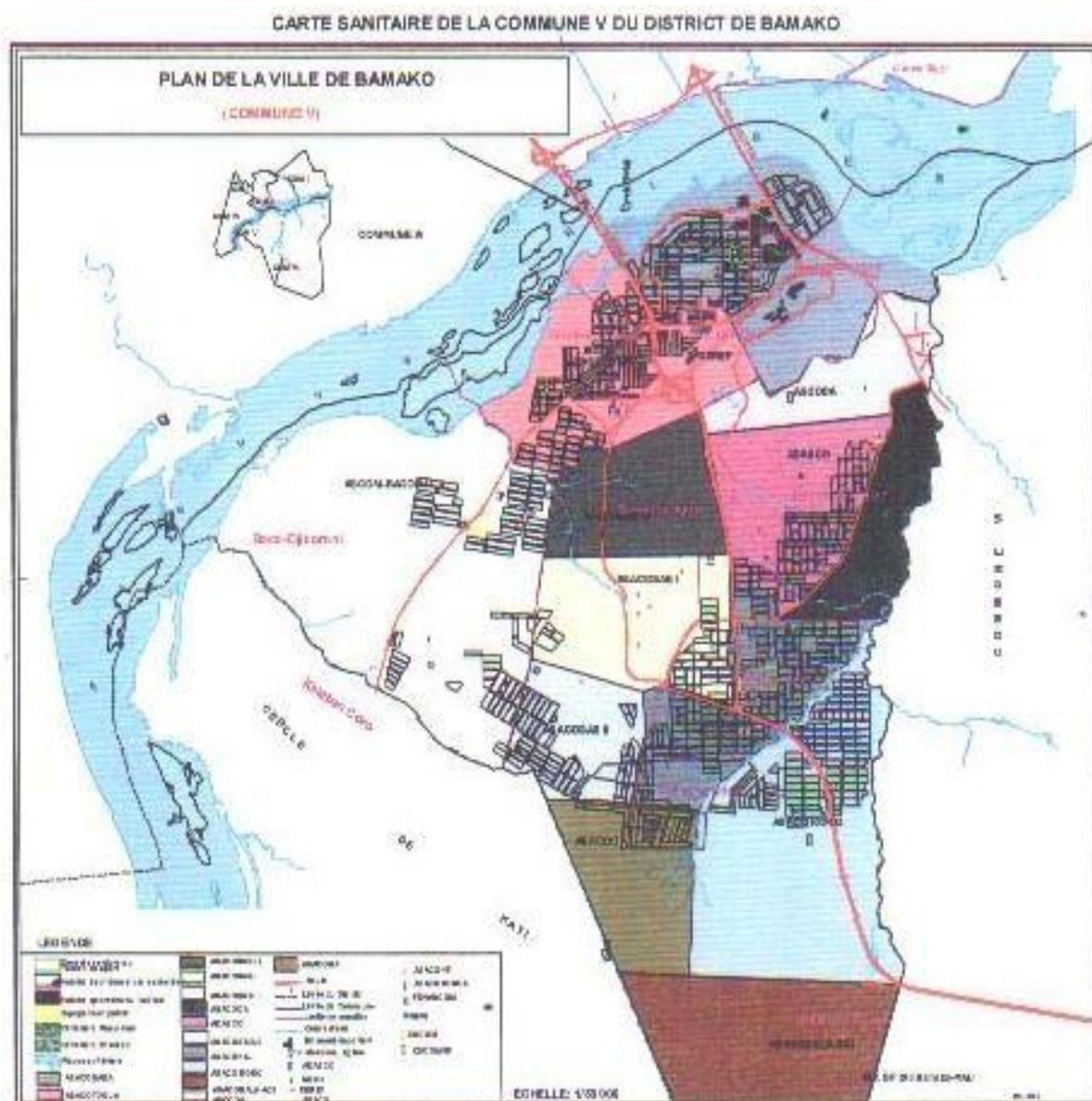


Figure 3: Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako.

Le fonctionnement du service de gynécologie-obstétrique

Les consultations prénatales sont effectuées par les sage-femmes tous les jours ouvrables.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les gynécologues obstétriciens.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les vendredis par deux sage-femmes ayant reçu une formation dans le domaine.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynéco-obstétricales

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours ouvrables et vingt-quatre heures sur vingt-quatre, pour les interventions chirurgicales gynéco-obstétricales.

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de service ou par un médecin gynécologue obstétricien.

Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.

Une séance d'audit de décès maternel a lieu au moins une fois par mois.

Schéma du Mécanisme de référencement des personnes survivantes/ victimes de VGB en Commune V

- ✓ Ne pas informer quelqu'un de l'incident sans avoir d'abord demandé la permission de la personne survivante
- ✓ Aucune action ne sera entreprise sans la personne survivante
- ✓ Ne jamais blâmer la personne survivante
- ✓ Conduire des discussions en privé avec du personnel de même sexe
- ✓ Ecouter attentivement, sans jugement
- ✓ Posez uniquement des questions pertinentes
- ✓ Soyez patient : ne demandez pas d'informations qu'il/ elle ne veut pas partager

- ✓ Ne riez pas ou montrez un manque de respect ou de doute
- ✓ À tout moment, donner la priorité à la sécurité des personnes survivantes et du personnel
- ✓ Assurer la sécurité de la personne survivante à tout moment, même après la prise en charge, si besoin.
- ✓ Respecter toujours les principes directeurs de confidentialité, sécurité, respect, dignité et de la non-discrimination.

APRES LES HEURES DE SERVICE OU S'IL Y A CONTRAINTE DE

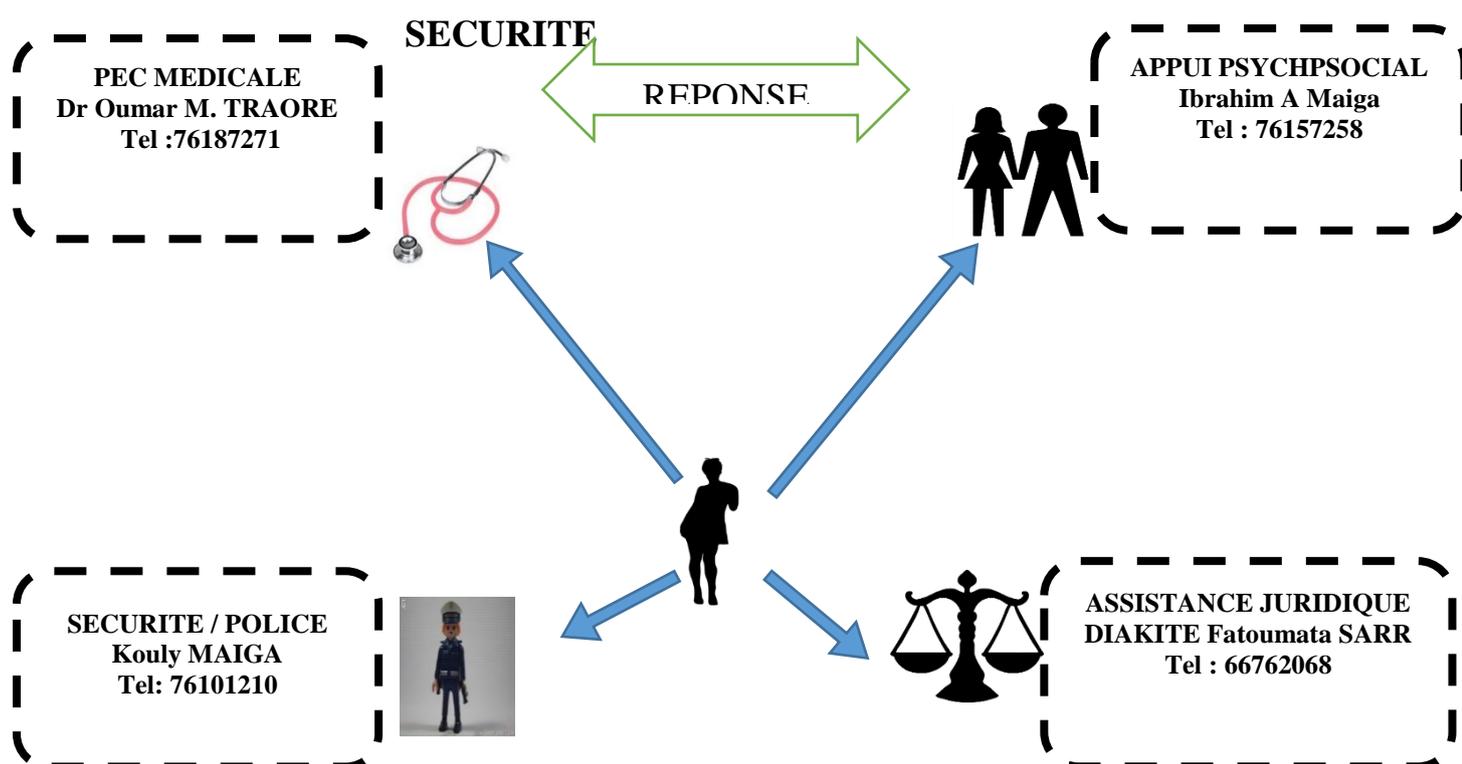


Figure 4: schema de la prise charge du cadre conceptionnel

2. Type d'étude

Nous avons effectué une étude transversale (descriptive et analytique) à collecte des données rétrospective.

3. Période d'étude

Notre étude s'est étendue du 17 octobre 2017 au 16 septembre 2023 soit une période de 6 ans.

4. Variables étudiées :

Les variables étaient le sexe, l'âge, l'auteur, la profession, le statut matrimonial, le type de violence, le nombre des auteurs présumés, le lieu de déroulement des faits, la provenance, le motif de consultation, les lésions occasionnées, le mode d'admission, violence, la prise en charge, genre

5. Population d'étude

Notre étude a porté sur les patient (es), reçu (es) en consultation dans le service de gynécologie-obstétrique du CS Réf CV et enregistré (es) à l'unité « One Stop Center » du CS Réf CV.

a. Critère d'inclusion :

Ont été incluses dans cette étude, toutes les survivant (es) de violences sexuelles et physiques qui ont été admis(es) dans l'unité de « One Stop Center » du CSRéf CV de Bamako durant la période d'étude.

b. Critère de non inclusion :

N'ont pas été pas incluses dans cette étude :

- Mutilations génitales féminines posant un problème de classification
- Mariages forcés ou d'enfants
- Dénis de ressources d'opportunités ou de services
- Violences psychologiques et émotionnelles

6. Echantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif de tous les cas de violences physiques et sexuelles.

7. Techniques et outils de collecte des données :

i. Techniques de collecte des données

Le recueil des données était basé sur l'analyse documentaire des différents supports d'enregistrement des informations sur les survivantes. L'accès à ces données de « **One Stop Center** » nous a permis d'avoir la liste des survivantes de violences physiques et sexuelles ayant eu recours à nos services

ii. Outil de collecte de données

Les données ont été extraites des dossiers médicaux des survivantes et du registre d'admission de l'unité de « One Stop Center » à travers l'outil GBVIMS et le registre de consultation des urgences.

8. Traitement et analyse des données :

Le traitement et l'analyse des données sont été faits à l'aide du logiciel SPSS Version 22.0. Le test de Chi-2 a été calculé avec le seuil de signification de $p < 0,05$.

9. Considérations éthiques et déontologique

La confidentialité et l'anonymat ont été respectés. Les dossiers du One Stop Center sont classés dans un lieu sûr et sécurisé et l'accès n'est possible qu'avec l'autorisation du coordinateur et cela après l'acceptation d'une demande formalisée.

La confidentialité : Droit d'un individu au respect du caractère privé des informations personnelles, notamment les informations contenues dans des dossiers de soins de santé.

Le respect : L'attitude d'acceptation, de consentement et de considération, souvent codifiée, envers une personne, une chose ou une idée.

L'empathie : c'est la capacité à se mettre à la place de l'autre par rapport au récit qu'elle fait de ce qu'elle vit.

La non-discrimination : Droit de tout adolescent de recevoir des soins de santé de niveau et de qualité optimaux, sans discrimination d'aucune sorte à l'égard de l'adolescent ou de ses parents ou tuteurs légaux.

10. Définitions opérationnelles des concepts :

- **Prise en charge holistique** : c'est une prise en charge globale dans tous ses aspects (prise en charge psychosociale, médicale, sécuritaire, juridique et la réinsertion socio-économique.
- **Genre** : C'est ce qui différencie les hommes et les femmes dans leurs relations sociales.
- **Violences basées sur le Genre** : c'est tout acte dirigé contre un homme ou une femme du fait des rapports sociaux inégalitaires régissant la communauté et défavorisant un groupe ». La Violence Basée sur le Genre est aussi un terme générique pour désigner tout acte nuisible/préjudiciable perpétré contre le gré d'autrui, et qui est basé sur des différences socialement prescrites entre hommes et femmes/filles et garçons.
- **Violences physiques** : c'est tout acte avec pour intention ou conséquence la douleur et/ou une blessure physique. Ou peut ne pas être seulement de causer une souffrance physique, mais aussi de réduire la maîtrise de soi de l'autre.
- **Violences sexuelles** : dans cette étude, nous avons désigné sous ce vocable de violences sexuelles, pour des raisons sémantiques, les cas de viols avec pénétration sexuelle, buccale ou anale par le pénis avec ou sans éjaculation.
- **Survivantes** : sont considérés comme les personnes ayant été « victimes » de violences, ayant risqué la perte de leur vie et ayant gardé sur elles les séquelles d'actes de violence qu'elles ont subis.
- **ONE STOP CENTER** : c'est une unité qui assure la prise en charge des violences basées sur le genre.
- **Auteur présumé** : c'est personne qui a pu commettre l'acte de violence mais qui bénéficie jusque-là de la présomption d'innocence.

-Abus sexuel : c'est toute utilisation du corps d'un enfant pour le plaisir d'une personne plus âgée que lui, quelles que soient les relations entre eux, et même sans contrainte ni violence.

RESULTATS

V. RESULTATS

1. Fréquence des Violences sexuelles et physiques

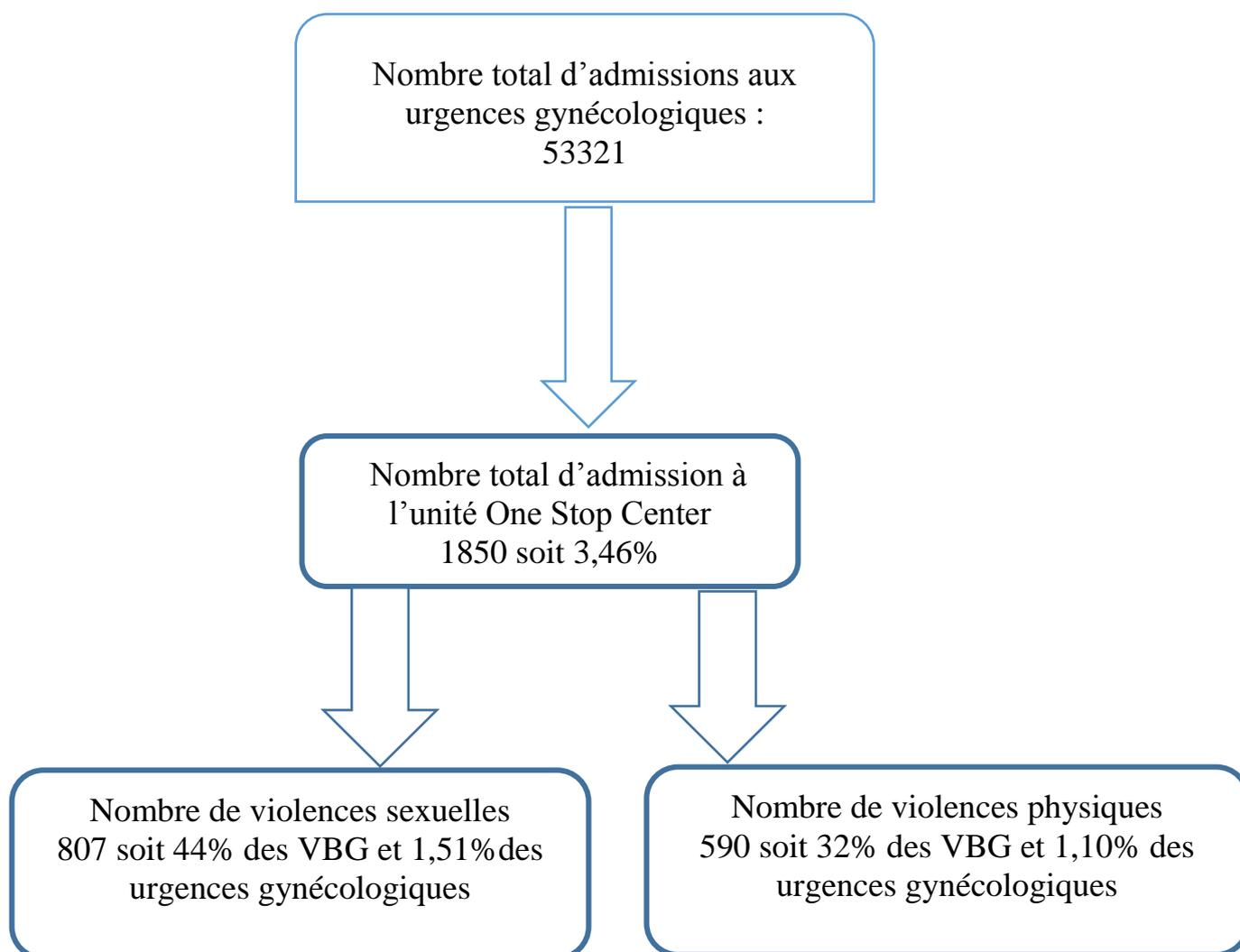


Figure 5: Fréquence des violences

Tableau I: Répartition des survivant (es) selon l'année de la violence

Année	Types de violence		Total	P
	Violence sexuelle Effectif (%)	Violence physique Effectif (%)		
2017	25(66%)	13(34%)	38	0,310
2018	98(58%)	72(42%)	170	0,973
2019	130(59%)	92(41%)	222	0,794
2020	132(57%)	101(41%)	233	0,705
2021	213(66%)	111(34%)	324	0,0009
2022	152(53%)	136(47%)	288	0,054
2023	57(47%)	65(53%)	122	0,009
Total	807	590	1397	

Durant notre étude , la majorité des violences sexuelles ont été faite en 2021 avec un taux de 66%.

2. Profil socio-démographique des survivant (es)

Tableau II: Répartition des survivant (es) selon l'âge, le sexe et le type d'incident

Sexe	Tranche d'âge	Violence sexuelle	Violence physique	Total général	P		
F	1-11 ans	227	28%	36	6%	263	10 ⁻⁷
	> 18 ans	146	18%	471	83%	618	10 ⁻⁷
	12-17 ans	430	54%	59	10%	489	10 ⁻⁷
	Total F	803	100%	566	96%	1369	
M	1-11 ans	2	50%	5	21%	7	0,212
	>18 ans	1	25%	18	75%	19	0,047
	12-17 ans	1	25%	1	4%	2	0,134
	Total M	4	0%	24	4%	28	
Total général		807	100%	590	100%	1397	

La violence physique a concerné les Hommes dans une proportion de 4% des cas avec une tranche d'âge supérieur à 18ans.

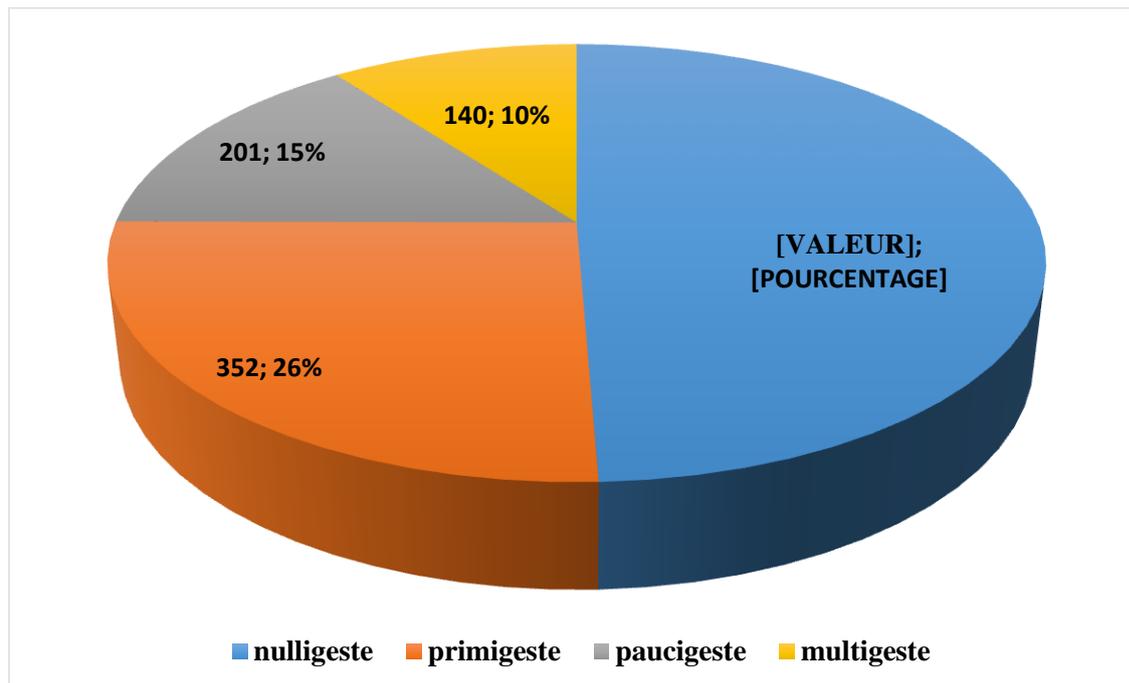


Figure 6: Répartition des survivantes selon la gestité

Les nulligestes étaient majoritaires dans 49% des cas.

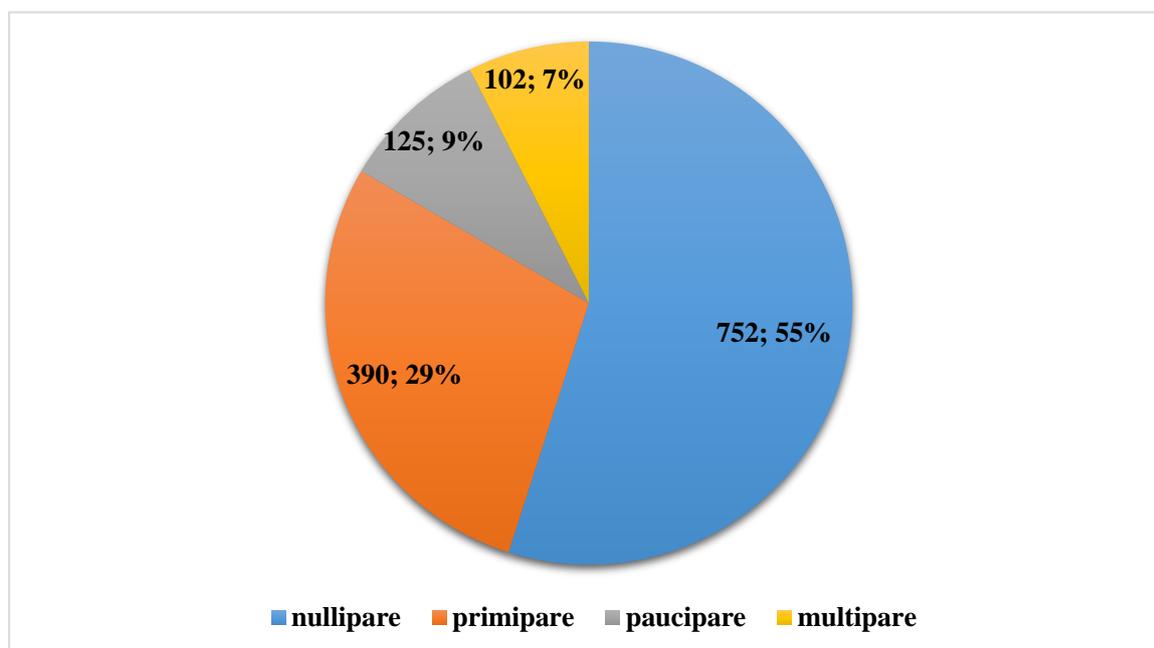


Figure 7: Répartition des survivantes selon la parité

Les nullipares étaient majoritaires dans 55% des cas.

Tableau III: Répartition des survivant (es) selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Aide-ménagère	328	23,5%
Commerçant(e)	64	4,6%
Vendeur (euse)	250	17,9%
Elève/Étudiant (e)	515	36,9%
Ménagère	220	15,7%
Travailleuse de sexe	6	0,4%
Fonctionnaire	14	1,0%
Total	1397	100,00%

La profession la plus représentée était celle des élève/étudiant dans 36, 9% des cas.

Tableau IV: Répartition des survivant (es) selon l'éthnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Minianka	46	3,3%
Bambara	570	40,8%
Bobo	35	2,5%
Dogon	54	3,9%
Kassonké	10	0,7%
Malinké	170	12,2%
Peulh	250	17,9%
Sarakolé	100	7,1%
Sénoufo	60	4,3%
Sonrhai	10	0,7%
Autres	92	6,6%
Total	1397	100,00%

L'éthnie Bambara était majoritaire dans 48,8% des cas.

Tableau V: Répartition des survivant (es) selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Sexuelle n (%)	Physique n (%)	P
Célibataire	692 (85,7)	188 (31,9)	10^{-7}
Divorcé (e)	29 (3,6)	59 (10)	1×10^{-6}
Marié (e)	83 (10,3)	317 (53,7)	10^{-7}
Veuf (ve)	3 (0,4)	26 (4,4)	2×10^{-7}
Total	807(100)	590(100)	

85,7% des violences sexuelles concernaient les célibataires.

Tableau VI: Répartition des survivant (es) selon la notion d'instruction

Notion d'instruction	Sexuelle n (%)	Physique n (%)	P
Oui	658 (81,5)	482 (81,7)	0,939
Non	149 (18,5)	108 (18,3)	0,939
Total	807 (100)	590 (100)	

La notion d'instruction était la plus représentée dans nos deux types de violence avec respectivement 81,5% et 81,7%.

Tableau VII: Répartition des survivant (es) selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Sexuelle n (%)	Physique n (%)	P
Primaire	469 (71,3)	320 (66,4)	0,077
Secondaire	180 (27,3)	150 (31,1)	0,175
Supérieur	09 (1,4)	12 (2,5)	0,164
Total	658 (100)	482 (100)	

Les survivant (es) de violence sexuelle et physique avaient un niveau primaire avec respectivement 71,3% et 66,4%

Tableau VIII: Répartition des survivant (es) selon le document apporté à la consultation

Document apporté	Sexuelle n (%)	Physique n (%)	p
Réquisition	728 (91,2)	522 (91,3)	0,984
Fiche de premiers soins	70 (8,8)	50 (8,7)	0,984
Total	798 (100)	572 (100)	

La majorité de nos survivant (es) de violence sexuelle et physique avait apporté une réquisition avec respectivement 91,2% et 91,3%

3. Les aspects cliniques des survivant (es)

Tableau IX: Répartition des survivant (es) selon l'état psychologique a l'admission

Etat psychologique	Sexuelle n (%)	Physique n (%)	p
Peur/ Panique	92 (11,4)	53 (9)	0,143
Anxiété	90 (11,2)	52 (8,8)	0,153
Dépression	15 (1,8)	20 (3,4)	0,070
Confusion	3 (0,4)	5 (0,8)	0,244
Stable	607 (75,2)	460 (78)	0,232
Total	807 (100)	590 (100)	

L'état psychologique était stable dans les cas de violence sexuelle et physique avec respectivement 75,2% et 78%

Tableau X: Répartition des survivant (es) selon la nature du contact sexuel

Nature de la pénétration sexuelle	Effectif	Pourcentage (%)
Pénis -vagin	502	86
Pénis -Anus	25	4,3
Pénis-vagin-anus	57	9,7
Total	583	100

La voie vaginale était la plus représenté dans les cas de violences sexuelles avec 86%.

Tableau XI: Répartition des survivantes selon la notion d'éjaculation

Notion d'éjaculation	Violence sexuelle n (%)
Oui	386(47,8)
Non	421(52,2)
Total	807(100)

La notion d'éjaculation n'était pas ressortie dans 52, 2% des cas des violences sexuelles.

Tableau XII: Répartition des survivant (es) selon le délai de consultation

Délai de consultation	Sexuelle n (%)	Physique n (%)	P
Dans les 72h	241 (29,9)	360 (61)	10^{-7}
4-5 jours	156 (19,3)	107 (18)	10^{-7}
6-14 jours	111 (13,7)	70 (12)	0,788
2 semaines - 1 mois	98 (12,1)	23 (4)	10^{-7}
Plus de 1 mois	201 (25)	30 (5)	10^{-7}
Total	807 (100)	590 (100)	

Le délai de consultation était dans les 72h, dans les violences sexuelles avec 29,9% des cas et 61% dans les cas des violences physiques.

Tableau XIII: Répartition des survivant (es) selon le nombre d'agresseurs

Nombre d'agresseur	Violence sexuelle n (%)	Violence physique n (%)	P
1	523 (64,8)	420 (71,2)	0,011
2	216 (26,8)	70 (11,9)	10^{-7}
3	38 (4,7)	39 (6,6)	0,124
4 et plus	20 (2,5)	49 (8,3)	7×10^{-6}
Non précisé	10 (1,2)	12 (2,0)	0,236
Total	807 (100)	590 (100)	

La majorité des agressions étaient commises par une seule personne avec respectivement 64,8% et 71,2% des violences sexuelles et physique.

Tableau XIV: Répartition des survivant (es) selon le lien avec le ou les auteurs présumés

Le lien	Sexuelle n (%)	Physique n (%)	P
Partenaire intime / ex partenaire	60 (7,4)	251 (42,5)	10^{-7}
Tuteur de la survivante	22 (2,7)	20 (3,4)	0,473
Autre membre de la communauté résidente	41 (5,1)	21 (3,6)	0,172
Colocataire	52 (6,4)	50 (8,5)	0,149
Superviseur/Employeur	0 (0)	2 (0,3)	0,097
Enseignant/ responsable scolaire	9 (1,1)	3 (0,5)	0,244
Camarade de classe	26 (3,2)	3 (0,5)	4×10^{-4}
Sans lien	286 (35,5)	80 (13,6)	10^{-7}
Ami de la famille	99 (12,3)	41 (6,9)	0,001
Autre membre de la famille	86 (10,7)	82 (13,9)	0,065
Inconnu	126 (15,6)	37 (6,3)	1×10^{-7}
Total	807 (100)	590 (100)	

Il y avait une corrélation entre l'auteur présumé des violences sexuelle et physique et le partenaire intime ($P=10^{-7}$).

Le fait d'être (sans lien) était un cofacteur de survenue de violence.

Tableau XV: Répartition des survivant (es) selon le lieu d'agression

Lieu de déroulement des faits	Sexuelle n (%)	Physique n (%)	P
Domicile de l'auteur présumé	386 (47,8)	330 (55,9)	0,002
Maison en chantier	199 (24,7)	72 (12,2)	10^{-7}
Domicile de la survivante	50 (6,2)	67 (11,4)	5×10^{-4}
Locaux d'école	35 (4,3)	11 (1,9)	0,010
Gare routière	20 (2,5)	42 (7,1)	3×10^{-5}
Marché	95 (11,8)	18 (3,1)	10^{-7}
Bord du fleuve	22 (4,7)	50 (8,5)	1×10^{-6}
Total	807 (100)	590 (100)	

Le domicile de l'auteur présumé était le plus représenté dans les cas de violence sexuelle et physique avec respectivement 47,8% et 55,9% et **p=0,002**

Tableau XVI: Répartition des survivant (es) selon que leurs habits et ou dessous au moment des faits qui ont été présentés à la consultation

Preuve présentée	Sexuelle n (%)	Physique n (%)	P
Oui	96 (11,9)	287 (48,6)	10^{-7}
Non	711 (88,1)	303 (51,4)	10^{-7}
Total	807 (100)	590 (100)	

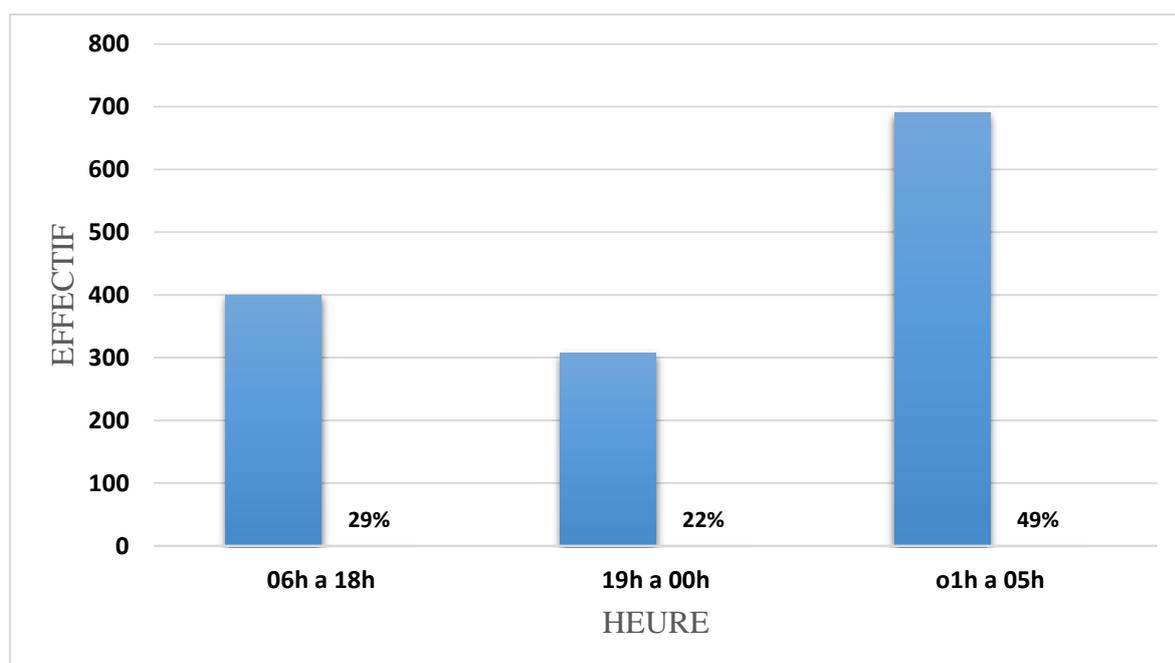


Figure 8: Répartition des survivant (es) selon le moment de déroulement des faits.

Tableau XVII: Répartition de survivant (es) selon la nature des lésions corporelle.

Nature du traumatisme	Sexuelle n (%)	Physique n (%)	P
Hématome	12 (6,1)	80 (16,3)	3×10^{-4}
Brulure	2 (1)	8 (1,6)	0,532
Ecchymose	22 (11,1)	218 (44,5)	10^{-7}
Egratignure	92 (46,2)	85 (17,3)	10^{-7}
Plaie	71 (35,6)	96 (19,6)	10^{-7}
Fracture	0	3(0,6)	0,268
Total	199 (100)	490 (100)	

L'ecchymose était plus représentée dans les cas de violence physique avec 44,5% des cas.

Tableau XVIII: Répartition de survivantes selon la nature des lésions génito-anales retrouvées des survivantes selon le contexte du déroulement des faits

Nature des lésions	Effectif	Pourcentage(%)
Déchirures vaginales	20	(2,7)
Déchirures hyménales récentes	90	(12,5)
Lésions hyménales anciennes	590	(81,8)
Déchirures vulvaires + fissures anales	19	(2,7)
Rupture du Douglass	2	(0,3)
Total	721	(100)

Les lésions hyménales anciennes étaient majoritaire dans 81,8% des cas de violence sexuelle.

Tableau XIX: Répartition du survivant (es) selon le moyen de menace utilisé par le ou les auteur (s) présumé (s)

Moyen de menace	Sexuelle n (%)	Physique n (%)	P
Arme à feu	12 (1,5)	19 (3,2)	0,029
Arme blanche	187 (23,2)	74 (12,5)	5×10^{-7}
Bâton de fer	92 (11,4)	102 (17,3)	0,001
Force physique	526 (65,2)	401 (68)	0,276
Total	807 (100)	590 (100)	

La force physique était majoritaire dans les cas de violence sexuelle et physique avec respectivement 65,2% et 68%.

4. Prises en charge holistique des survivantes

Tableau XX: Répartition des survivantes selon le résultat du bilan de routine

Bilan de routine	Sexuelle n=584 (%)		Physique n=590 (%)	
	Positif	Négatif	Positif	Négatif
Test de grossesse	10 (1,7)	(98, 3)	70 (11,9)	(88, 1%)
Test de dépistage de HIV	1 (0,2)	(99,8)	1 (0,2)	(99, 8%)
AgHBS	20 (3,4)	(96,6)	-	-
Sérologie Syphilis	1 (0,2)			
Total	32(5,5)		71(12,1)	

L'AgHBS était positif dans 3,4% des cas de violence sexuelle.

Tableau XXI: Répartition des survivantes selon le résultat du bilan effectué

Bilan de routine (n=807)	Positif n(%)	Négatif (%)
PV+ATB	60 (7,4)	(92, 6)
ECBU+ATB	90 (11,1)	(88,9)
Recherche de spermatozoïdes	10 (1,2)	(98,8)
Total	160 (19,7)	(80,3)

La recherche de spermatozoïde était positive dans 1,2% des cas de violence sexuelle.

Echographie	Effectif	Pourcentage
--------------------	-----------------	--------------------

	Aucune particularité (n=310)	38,4%
Demandée et faite (n =370)	Grossesse normale (n=60)	7,4%
Demandée non faite	230	28,5
Non demandée	207	25,7
Total	807	100%

Tableau XXII: Répartition des survivantes selon les demandes et réalisations de l'échographie abdomino-pelvienne

38,4% des cas des échographies réalisés étaient sans particularités.

Tableau XXIII: Répartition des survivant (es) selon le traitement médical curatif

Traitement général	Sexuelle n(%)	Physique n(%)	P
Antibiotique	486 (62,5)	108 (20,4)	10^{-7}
Anti inflammatoire / Antalgique	270 (34,7)	396 (74,7)	10^{-7}
Antifongique	22 (2,8)	26 (4,9)	0,049
Total	778 (100)	530(100)	

Les antibiotiques étaient utilisés dans 62,5% des cas de violence sexuelle et les anti inflammatoires/antalgiques dans 74,7% des cas de violence physique.

Tableau XXIV: Répartition des survivant (es) selon la nature de la prise en charge chirurgicale

Traitement général	Sexuelle n (%)	Physique n (%)	P
Suture hémostatique des lésions	92 (37,9)	67 (16,4)	10 ⁻⁷
Pansement simple à l'antiseptique	125 (51,4)	221 (54,2)	10 ⁻⁷
Tamponnade	22 (9)	120 (29,4)	10 ⁻⁷
Laparotomie d'urgence	4 (1,7)	0 (0)	0,009
Total	243 (100)	408 (100)	

Nous avons eu recours à des pansements simples dans 51,4% des cas de violences sexuelles et 54,2% des cas de violences physiques.

Tableau XXV: Répartition des survivantes selon l'administration de la pilule d'urgence

Administration de la pilule	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	107	13,3
Non	700	86,7
Total	807	100

13,3% de nos survivant (es) ont bénéficié de la pilule d'urgence dans les cas de violence sexuelle.

Tableau XXVI : Répartition des survivant (es) selon la prévention du VIH/SIDA

Prévention du VIH	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	494	61,2
Non	313	38,8
Total	807	100

61,2% des survivantes avaient bénéficié des ARV.

Tableau XXVII : Répartition des survivant (es) selon l'assistance psychologique/psychiatrique

Assistance	Effectifs	Pourcentage (%)
Psycho-sociale	652	89,1
Psychiatrique	80	10,9
Total	732	100

89,1% de nos survivant (es) ont bénéficié d'une assistance psychologique/psychiatrique.

Tableau XXVIII: Répartition des survivant (es) selon l'assistance juridique

Assistance juridique	Sexuelle n (%)	Physique n (%)	P
Oui	704 (87,2)	300 (50,8)	10^{-7}
Non	183 (22,7)	124 (21,0)	0,459
Indécise	69 (8,6)	166 (28,1)	10^{-7}
Total	807 (100)	590 (100)	

L'assistance juridique était majoritaire dans les cas de violences sexuelles avec 87,2%.

Tableau XXIX: Répartition des survivant (es) selon l'assistance sécuritaire

Assistance sécuritaire	Sexuelle n (%)	Physique n (%)	P
Oui	289 (35,8)	492 (83,4)	10^{-7}
Non	518 (64,2)	98 (16,6)	10^{-7}
Total	807 (100)	590 (100)	

L'assistance sécuritaire était plus représentée dans les cas de violences physiques avec 83,4% des cas et dans 35,8% des violences sexuelles.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. Commentaires et discussion :

1. Les limites de l'étude : Au cours de notre étude, nous avons rencontré des difficultés surtout dans la recherche des issues judiciaire. En effet, nous avons trouvé peu d'auteurs ayant travaillé sur le thème avec analyse statistique. Aussi Les issues judiciaires ne figurent pas dans le présent travail.

2. Fréquence :

Durant la période sur laquelle s'est étendue notre étude (17 octobre 2017 au 16 septembre 2023), les violences sexuelles ont représenté 1,51% des consultations gynécologiques et 44% de l'ensemble des violences basées sur le genre (VBG). Sidibé K [9] a rapporté une fréquence de 54,62% de l'ensemble des violences basées sur le genre (VBG) dans la même structure. Les violences physiques ont représenté 1,10% des consultations gynécologique et 32% de l'ensemble des violences basées sur le genre, Diallo AA [29] a trouvé un taux de 41% de violences physiques.

3. Le profil sociodémographique des survivantes

▪ L'âge :

La tranche d'âge comprise entre 12 et 17 ans était la plus représentée avec 54% des violences sexuelles, et la tranche d'âge supérieur à 18 ans était la plus représentée avec 83% des violences physiques.

L'âge moyen de nos survivantes était de $20,85 \pm 9,51$ avec des extrêmes allant d'un an (1an) à 82 ans. Traoré T [12] a trouvé un âge moyen de 21 ans avec des extrêmes de 2 à 40 ans. C'est la couche la plus fragile de la population car il s'agit de mineures qui n'ont aucun sens de discernement vis -à-vis du danger auquel elles sont exposées.

▪ **La gestité et la parité :**

Dans notre étude, 49% des survivantes étaient des nulligestes et 55% des nullipares, Bah T [32] a rapporté 46,9% des nulligestes et 61,3% des nullipares.

▪ **La profession :**

Les élèves/étudiantes ont représenté 36,9% de notre échantillon contre 69,68% dans l'étude Sidibé K [9]. Dans certaines séries rapportées dans la littérature, environ un cas sur deux des survivantes étaient élèves Stoltenborgh M, EDSM, [6, 8]. Diallo AA [29] et Dakouo H [30] ont rapporté que les ménagères étaient majoritairement représentées avec respectivement 44,4% et 55%.

▪ **Le statut matrimonial :**

Les célibataires étaient majoritaires dans notre série avec 85,7% des cas de violence sexuelle. Traoré A [31] et Diallo AA [29] ont rapporté respectivement 87,8% et 65,7% de célibataires. Les femmes mariées dans 53,7 % des cas faisaient plus objet de violences physiques par rapport aux célibataires.

Le statut de célibataire peut être pris comme un facteur d'exposition aux violences physiques et sexuelles avec une différence statique significative $p=10^{-7}$.

▪ **Le niveau d'instruction :**

La quasi-totalité de nos survivant (es) étaient instruit (es) avec respectivement 81,5% et 81,7% des cas violences sexuelles et physiques.

Le niveau primaire était majoritaire dans notre série avec 71,3% dans les cas de violence sexuelle et 66,4% dans les cas de violence physique.

4. Etude clinique et para-cliniques :

▪ **Mo de d'admission :**

La quasi-totalité des survivant (es) étaient admis (es) avec une réquisition soit 91,2% des cas de violence sexuelle et 91,3% des violences physiques, Bah T

[32] a trouvé 70,40% des survivantes étaient accompagnées par un officier de police judiciaire avec seulement 24% des survivantes munies d'une réquisition.

▪ **Etat psychologique des survivantes:**

Dans notre étude, l'état psychologique était stable avec respectivement 75,2% et 78% des violences sexuelles et physiques.

▪ **Violences sexuelles :**

✓ **La nature de la violence sexuelle avec notion d'éjaculation :**

Au cours de notre étude, dans 47,8% des cas, l'agression était faite avec éjaculation. Diarra D [35] a trouvé 92,16% de cas de viol et 7,84% de cas d'attouchement sexuel. La littérature montre que le viol est le type le plus fréquent de violence sexuelle [15; 23; 31].

✓ **Mode de pénétration :**

Plus de la moitié des survivantes avaient subi une pénétration vaginale, soit 86%. Ce taux est légèrement supérieur à celui de Diallo AA [29] qui a trouvé 82% de pénétration génito- génitale.

✓ **Moyen de menace utilisé:**

La force physique était la plus représentée dans 65,2% des cas de violences sexuelles et 68% des cas de violences physiques. Sidibé K [9] a trouvé 66,5% de force physique.

Aspect clinique des auteurs présumés :

Dans notre étude, l'auteur présumé était un ami de la famille dans 12,3% des cas et un inconnu dans 15,6% des cas. Par ailleurs, il n'y avait pas de lien avec la survivante des violences sexuelles dans 35,5% des cas. Thiam O [7] avait rapporté dans 60,3% des cas, l'auteur présumé n'avait pas de lien avec la victime, qu'il était dans l'entourage familial dans 23,3% des cas.

Dans le présent travail que nous rapportons, 81,8% des lésions hyménales étaient anciennes. Les déchirures hyménales récentes ont été retrouvées dans 12,5% des cas.

Dans notre travail, 29,9% des survivant (es) ont consulté dans les 72h pour les violences sexuelles et 61% des survivant (es) pour les violences physiques, 25% des cas ont consulté après un mois.

6. Prise en charge :

Le dosage des β HCG urinaires a été systématique et nous a permis de diagnostiquer 10 cas de grossesse confirmée par une échographie. Le dépistage systématique du VIH chez les survivantes a permis de retrouver un cas positif qui a été mise sous traitement antiviraux à titre curatif. Les antirétroviraux ont été donnés à 61,2% des survivantes à but préventif. Thiam O [7] a rapporté respectivement 14,7% prophylaxie antirétrovirale HIV positif.

Les spermatozoïdes ont été identifiés dans le prélèvement vaginal dans 1,2% des cas dans notre travail. Sidibé K [9] a rapporté 2,48% des cas. Cette différence pourrait s'expliquer par le long délai de consultation avec risque de la réalisation de la toilette intime avant la consultation, et aussi et surtout du niveau de performance des laboratoires.

L'administration de la pilule du lendemain dans le cadre de la contraception d'urgence (levonorgestrel) en vue de prévenir d'éventuelle grossesse a été une attitude observée chez 13,3% des survivantes. Thiam O [7] au Sénégal a fait état de 15% de victimes d'agressions sexuelles ayant bénéficié de contraception hormonale d'urgence à base de Pregnon ou de Norlevo.

Nous avons eu recours aux antibiotiques dans 62,5% des cas de violences sexuelles. Il s'agissait essentiellement des bêta-lactames, des cyclines, des Imidazoles. Les anti inflammatoire/antalgiques ont été utilisés dans 74,7% des

cas des violences physiques. Sidibé K [9] a rapporté une antibiothérapie dans 52,82% des cas.

Nous avons pratiqué la suture hémostatique de certaines lésions hémorragiques (37,9%) des violences sexuelles et le pansement simple dans 54,2%% des cas de violence physique.

10.L'assistance psychosociale

L'assistance psychosociale des survivant (es) de violences sexuelles reste un point essentiel de la prise en charge holistique des survivant (es). Le soutien psychologique par un psychologue est essentiel pour les survivant (es) après un tel drame vécu. C'est une étape nécessaire de la prise en charge pour la reconstitution et la réhabilitation des survivantes. Dans notre travail, 89,1% des survivantes ont bénéficié de l'assistance psychosociale. GANHI Eminka [36] n'a rapporté aucun cas de consultation psychologique.

11.L'assistance juridique et judiciaire :

Ce volet de la prise en charge reste le plus complexe. 87, 2% des survivant (es) de violence sexuelle ont exprimé le souhait de l'option d'une résolution judiciaire Bah T a rapporté un taux de 36% dans son série. Beaucoup d'entre elles ont opté pour un règlement à l'amiable.

12.L'assistance sécuritaire :

L'assistance sécuritaire est assurée par la police qui était présente en permanence. Elle assure la sécurité des survivant (es) dans leur environnement et au « One Stop Center » si elles sont hospitalisées. Elle a concerné 83,4% des survivant (es) de violences physique.

CONCLUSION

CONCLUSION

Ce travail a permis d'observer que les violences sexuelles et physiques constituent un drame sociétal. Les victimes étaient majoritairement constituées des femmes mariées dans les cas de violence physique et des mineures fragiles à qui sont infligées des retombées à vie dans un contexte où la prise en charge holistique n'est pas disponible.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Compte tenu des résultats obtenus dans notre étude nous formulons les recommandations suivantes.

1. Aux autorités politiques et sanitaires

- Renforcer la coordination des activités entre les différents services de l'état impliqués dans la prise en charge afin d'éviter la stigmatisation des survivant (es) ;
- Redynamiser les capacités des acteurs intervenant dans le domaine par la formation continue (médicale, psychologique, sécuritaire, juridique et voir l'insertion social.

2. Aux partenaires techniques et financiers :

- Appuyer les structures de prise en charge holistiques des violences basée sur le genre ;
- Instaurer un système de gestion financière indépendant afin de continuer l'approvisionnement en médicaments, en réactifs et mêmes en matériels bureautiques des sites de prise en charge.
- Veiller à l'utilisation correcte des fonds alloués

3. Aux chefs coutumiers et religieux :

- Briser le silence en menant des actions de sensibilisation auprès du public sur la fréquence élevée de cas de violence sexuelle via les médias, conférences-débats, causerie dans les marchés, dans les écoles et dans tout autre lieu de rassemblement ;

- Sensibiliser la population sur l'existence et les missions de l'unité one stop center du CSRéfCV de Bamako ;
- Sensibiliser les acteurs de l'éducation aux problèmes des violences en milieu scolaire.

4. Aux survivant (es)

- Recourir tôt au centre de santé avant la disparition des preuves de violence sexuelle et physique
- Eviter de faire la toilette intime avant de se présenter à nos services ;
- Dénoncer les cas de violences sexuelles et physique
- Présenter à nos services les habits et/ou dessous portés au moment des faits.

5. Au personnel de la santé

- Réserver un bon accueil à l'endroit des survivant (es)
- Renforcer la confidentialité sur l'anonymat des survivant (es) ;
- Informer les survivant (es) sur leur droit et de la procédure à suivre
- Faire une sensibilisation sur la nécessité de la consultation après tout acte de violence sexuelle et physique
- Renforcer la communication avec les survivant (es) sur leurs droits et la procédure à suivre en cas de violence sexuelle et physique.

6. A l'unité ONE STOP CENTER

- Veiller à la réalisation des bilans demandes
- Renforcer les contenus des dossiers médicaux.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Déclaration des Nations Unies sur les violences à l'égard des femmes.** Rashid, Sabina ; Daruwalla, Nayreen ; Puri, Mabesh ; et al. (2012).
2. **J.Lansac \ Plecom, TE.** 5ème Edition, Edition Masson ; Accouchement et prise en charge obstétrical ; 2018, n° 175.
3. **Adejammip (EDS).** Jeune culture de la rue et de la violence urbaine en Afrique, Ibadan 2005 édition IFRA : 247-275.La santé de la femme à travers l'âge et les frontières.
4. **Rapport Québécois sur la violence et la santé.** Conséquences de la violence conjugale sur les femmes 14 nov. 2017. Page 367.
5. **Résolution de l'assemblée générale.** Pub: Côte d'Ivoire n°34/180 du 18 décembre 1979.
6. **Stoltenborgh M, Van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ.** A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. Child Maltreat. 2011 ; 16(2):79–101.
7. **Thiam O, Gassama O, Diallo M, Sow DB, Sarr SCT, Lo S, Ndiaye S, DiedhiouNF, Kasse M, Mbaye M, Moreau JC..** Les abus sexuels dans la région de saint louis (senegal) : Aspects epidemiologiques et prise en charge. JGOMF. Vol. 1 n°7 Mai 2019.
8. **EDSM-VI 2018.**Institut National de la Statistique(INSTAT), Cellule de planification et de Statistique Secteur Santé-Développement

- Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019.**
Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF. Page 643.
9. **SIDIBE K:** Violences sexuelles basées sur le genre à l'unité de « One Stop Center » au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako/Mali-FMOS 2021-121p-21M312.
 10. **Lansac.** Précis d'obstétrique, Masson, 3ème Edition, 1998, p.347-440
 11. **Emma Curtis, Camille San Lazaro.** Appearance of the hymen in adolescents is not well documented, British Medical Journal, Feb 27,1999
 12. **Traore.T.** Aspect épidémio-clinique et judiciaire des agressions sexuelles au centre de santé de Référence de la Commune IV de Bamako. Thèse de doctorat en médecine, Bamako, 2011, p.1-55.
 13. **Dr Aly Abbara.** Vulve - morphologie de l'hymen non défloré, 21 Octobre 2012.
 14. **Tournaud P M.** Bilan d'activité de la consultation médico-légale pour coups et blessures volontaires à l'hôpital général ; Thèse Université CLAUDE BERNARD, Lyon,UFR Faculté de médecine Lyon Nord. Année 1996; n°4.
 15. **Drame B.** Les abus sexuels au Centre de Sante de Référence de la Commune V du District de Bamako à propos de 48 cas, thèse de médecine, Bamako, 2008, n°251.
 16. **Berger D.** Violences sexuelles: conduite à tenir en présence d'une victime d'agression sexuelle ;Mise à jour CNGOF, Paris, 2000.
 17. **Care.** Relever le défi des violences basées sur le genre dans le monde : impact des programmes, stratégies, résultats et évaluation de l'impact période Cité par l'Organisation Mondiale de la Santé. 2011-2013. p. P.9.
 18. **Dictionnaire petit Larousse** Illustre Français Edition 2003, page 425-643, Editeur Larousse24-

19. **Droit de l'Homme.** Recueil d'instruments internationaux volume I, première partie, Nations Unies 2002, page 197.
20. **Document D'Amnesty International Revue.** Mettre fin à la peur et à la souffrance. Amnesty International : ACT77\002 ; 01 femme et torture.Index I ACT\04\001, 2001.
21. **Koudou R D.** Elément de psychologie de l'adolescent, Abidjan, éditeur PUCI, 1999.
22. **Castelan Y.** La psychologie sociale Edition 2006, Paris, pp 134-145. Editeur ARMAND Colin.
23. **Beridogo B** Etude sur les violences faites aux femmes au Mali, Bamako,2002,pp 12-25.
24. **Diakite M.** Les coups et blessures volontaires : aspect épidémiologique et médico-légal dans le service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique de l'Hôpital Gabriel Touré, thèse de médecine, Bamako 2008.
25. **OMS.** Les mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : Etude prospective concertée dans six pays d'Afrique de l'ouest. Edition Lancet2006, 367 : 1835- 1841.
26. **Traoré O.** MGF : mutilation génitales féminines, Module 2, CSRéf de la CV, Bamako, 2013.
27. **EDSM-V (Enquête Démographique et de la Santé)** 2012-2013.
28. **OMS.** 2012 Organisation mondiale de la santé (2012). Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : intervenir et produire des données. Organisation mondiale de la santé, Genève.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75201/1/9789242564006_fre.pdf(le

lien est externe) 26 juillet 2012.

29. **Diallo AA.** Etude épidémio- clinique des violences faites aux femmes reçues dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V (CSRéf C.V) du District de Bamako, thèse de médecine 2015, p64-69.
30. **Dakuo H.** Etude épidémio-clinique des traumatismes par coup et blessures volontaires perpétrés sur les femmes dans les foyers à propos de 100 cas, thèse de médecine, Bamako 2011 n°78.
31. **Traoré A.** Violences sexuelles : aspect clinique en consultation gynécologique dans le service de gynéco-obstétrique de L'Hôpital Gabriel Touré, à propos de 115 cas, thèse de médecine, Bamako, 2002, n°152.
32. **Bah T.** Les violences sexuelles reçues à l'unité one stop center dans le district sanitaire de la Commune V de Bamako/Mali. Mémoire de master en Santé Sexuelle et Reproductive à l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé, 2022, p62-65.
33. **Résolution de l'ONU.** La violence faite aux femmes et aux filles dans les conflits 44/444, 1993.
34. **Organisation Mondiale de la Santé Genève.** La santé de la femme à travers l'âge et les frontières.
35. **Diarra D.** Aspect épidémio-clinique des agressions Sexuelles en consultation gynécologique à L'Hôpital Fousseyni Dao de Kayes, thèse de médecine, Bamako, 2012.
36. **Ganhi., Eminkasiméon.** Problématique de la prise en charge des survivantes des VBG en Côte d'Ivoire cas du district des Montagnes. . Côte d'Ivoire : s.n. JANVIER 2018.

ANNEXES

ANNEXES

FICHE D'ENQUETTE

Violences basées sur le genre à l'unité de «ONE STOP CENTER » au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako

Date :.....N° :.....Nom enquêteur
:.....

IDENTIFICATION

Nom:.....

Prénom :.....

Adresse :.....

Q1 : Age :.....

Q2 : Profession :

- Aide-ménagère
- Commerçant (e)
- Vendeur (euse)
- Elève/étudiante
- Ménagère
- Travailleuse de sexe
- fonctionnaire

Si Autres à préciser.....

Q3 : L'Ethnie

- Minianka
- Bambara
- Bobo
- Dognon
- Kassonke
- Malinké
- Peulh
- Autres

Q4 : Statut matrimonial :

- Célibataire
- Divorcé (e)
- Marié (e)
- Veuf (ve)

Q5 : Notion d'instruction

- Oui
- Non

Q6 : Niveau d'instruction

- Primaire
- Secondaire
- Supérieur

Q7 : Document apporte à la consultation

- Avec réquisition
- Fiche de premiers soins

CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES

Q8 : Au cours d'une agression sexuelle

- Oui
- Non
-

Q9 : Au cours d'une agression physique

- Oui
- Non

Q10 : Nombre d'agresseur

- 1
- 2
- 3
- 4 et plus
- Non précisé

1. AGRESSION SEXUELLE :

Q11 : Attouchement : Oui Non Siège

Q12 : Caresse : Oui Non Siège

Q13 : Pénétration digitale ou avec objet : Oui Non

Si oui préciser l'objet :

Q14 : Attentat à la pudeur : Oui Non

Q15 : Tentative de viol : Oui Non

Q16 : Ejaculation : Oui Non

Q17 : Lésion(s) : Oui Non

Si oui nature(s) et siège :

Q18 : Mode de Pénétration

- Vaginale
- Anale
- Vagin-anus

2. AGRESSION PHYSIQUE

Q19 : Moyen de menace

- Arme à feu
- Arme blanche
- Force physique
- Bâton de fer

Q20 : Nature des lésions corporelle

- Hématome
- Egratignure
- Ecchymose
- Brûlure
- Plaie
- Fracture

Autres à préciser :

CLINIQUE

Signes généraux :

Q21 : Etat psychologique

- Stable
- Peur/Panique
- Confusion
- Autres

Examen général

Q22 : Traumatismes et siège : Fracture Plaie Contusion
Hématome Egratignure

Autres à préciser :

Examen gynécologique :

Inspection

Q23 : Saignement : Oui Non

Q24 : Hymen : Intact défloré

Q25 : Lésions vulvaires Oui Non

Q26 : Inflammation vulvo-vaginal : Oui Non

Examen sous spéculum

Q27: Etat du vagin : Normale Pathologique

Si pathologique préciser.....

Q28 : Etat du col : Normale Pathologique

Si pathologique préciser.....

Q29 : Douglas : Intact Sensible Rupture

Toucher + palper Utérus

Q30 : Taille : Normale Augmenté

Q31 : Consistance : Ferme Dure

Q32 : Contour : Régulier Irrégulier

Q33 : Annexes : Libre Sensible Masse annexielle

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Q34 : ECBU : Normale Pathologique

Si pathologique préciser les germes.....

Q35 : BW : Négatif Positif

Q36 : Prélèvement vaginal : Normal Pathologique

Q37 : Sérologie VIH : Négatif Positif

Q38: Test β HCG : Négatif Positif

Q39 : Echo pelvienne : Normale Pathologique

Si pathologique préciser.....

Q40 : Radiographie : Normale Pathologique

Si pathologique préciser.....

Q41 : Recherche de spermatozoïdes : Négatif Positif

TRAITEMENT

Q42 : Traitement général :

Antibiotique Anti –inflammatoire/Antalgique Antiseptique

Antifongique

Si autre préciser

Q43 : Traitement local :

Tamponnade Pansement Suture

Si Autres /Références à préciser

Q44 : Traitement préventif ARV

- Oui
- Non

Q45 : Assistance psychosociale

- Oui
- Non

Q46 : Assistance sécuritaire

- Oui
- Non

Q47 : Assistance juridique/judicaire

- Oui
- Non

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : CAMARA

Prénom : Maimouna

Nationalité : Malienne

Email: Maimounacamara123112@gmail.com

Tel: 00223 71182563

Titre de la thèse : violences basées sur le genre à l'unité de «One STOP CENTER» au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako/Mali

Année Académique 2022 – 2023

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS de Bamako

RESUME

Nous avons mené une étude transversale (descriptive et analytique) à collecte des données rétrospective au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako sur les Violences basées sur le genre qui s'étend du 17 octobre 2017 au 16 septembre 2023. Durant cette période, nous avons recensé 807 cas de violences sexuelles sur 1850 cas de violences basées sur le genre soit 44% et 590 cas de violences physiques soit 32% des cas de violences basées sur le genre.

La violence physique a concerné les Hommes dans une proportion de 4%. L'âge moyen de nos survivant (es) était de $20,85 \pm 9,51$ avec des extrêmes allant de 1 à 82 ans. Les célibataires étaient majoritaires dans notre série avec 85,7% des cas dans les violences sexuelles. Plus de la moitié des survivant (es) avaient subi une pénétration vaginale, soit 86%. 62,5% des survivant (es) de violences sexuelles ont bénéficié d'une antibioprofylaxie, 89,1% des survivant (es) ont bénéficié de l'assistance psychosociale, l'assistance sécuritaire a concerné 83,4% des survivantes de violences physiques contre 35,8% des survivantes de violences

sexuelles et 87,2% des survivantes de violences sexuelles ont exprimé le souhait de l'option d'une résolution judiciaire du différent.

Mots clés : Violences basées sur le genre, Violences sexuelles, Violences physiques, Survivantes, Bamako (MALI)

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.