

Ministère de L'enseignement supérieur et de  
Scientifique

République du Mali Recherche

Un Peuple Un But- Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE  
BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE



**U.S.T.T-B**



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 - 2023

THESE

**Prise en charge médicale des survivantes de «viol » à  
l'unité «One Stop Center » du Centre de Santé de  
Référence de la Commune V de Bamako/Mali**

Présentée et soutenue publiquement le 23 /12 /2023 devant la Faculté de  
Médecine et d'Odontostomatologie.

**Par M. Issa TRAORE**

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

**Jury**

<b>Président</b>	M. Soumana Oumar TRAORE	Maitre de conférences agrégé
<b>Membres</b>	M. Abdoulaye SISSOKO	Maitre de conférences
	M. Saleck DOUMBIA	Gynécologue – Obstétricien
<b>Co-directrice</b>	Mme Saoudatou TALL	Gynécologue – Obstétricienne
<b>Directeur</b>	M. Alassane TRAORE	Maitre de conférences

# DEDICACE

## **DECICACE**

### **A ALLAH**

Louange à ALLAH Le tout puissant, l'omniscient, l'omnipotent qui nous a créé et nous a octroyé la santé et les moyens nécessaires pour faire ce travail.

Nous rendons également grâce à son Prophète Mahomet (Paix et Salut sur Lui).

### **A mon père Fabou Traore**

Cher père, je vous dédie ce travail car c'est grâce à ton engagement que j'ai pu commencer mon cursus scolaire. Ton engagement dans mon l'éducation est la meilleure des choses dont j'ai eu le plus besoin.

### **A mes mères Salimata Traore, Salimata Traore**

Chères mères vous m'avez tout donné pour que je puisse avoir une vie meilleure. Votre affection, votre disponibilité, votre encouragement et votre soutien m'ont beaucoup aidé. Je vous remercie pour tout.

Que le tout puissant ALLAH vous donne la chance de bénéficier du fruit de ce travail dans la santé et dans le bonheur.

# REMERCIEMENTS

## **REMERCIEMENTS :**

### **A la famille d'Issouf Traore point-g**

Merci de m'avoir accueilli les bras ouverts et d'avoir accepté de m'accompagner pour cette étude. Votre simplicité et votre principe de travail bien fait m'ont beaucoup aidé.

### **Mes chers maîtres formateurs:**

Pr Soumana O. Traore, Dr Oumar M. Traore, Dr Sylla Niagalé, Dr Doumbia Saleck, Dr Tall Saoudatou , Dr Diakité Nouhoum, Dr Traore Mahamadou, Dr Camara Aboudou, Dr Kokena Oumar, Dr Tamboura Belco. La rigueur scientifique et les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé notre admiration. Merci pour la qualité de l'enseignement et la disponibilité constante dont vous avez fait tout au long de l'élaboration de cette thèse. Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs et la réussite dans toutes vos entreprises.

### **A tous mes frères et sœurs Abdoulaye Traore, Mahamadou Traore, Issiaka Traore et Bada Traoré**

Merci pour vos soutiens moraux et matériels. Vous avez été toujours présents à mes côtés même dans les moments difficiles. Puisse Allah l'omnipotent perdurer entre nous l'entente, l'entraide et la solidarité.

### **A mes amis :**

La famille Coulibaly point-g, Dr Dramane Sogodogo, Dr Christophe kamissoko, Dr Abdine Kassambara, Dr Dieudonne Traore, Dr Mohamed Traore, Interne Adama Tamboura, Dr Issiaka Traore, Tonton Ousmane Diallo. merci pour votre soutien et votre collaboration depuis le début de ce cursus universitaire.

### **A mes amis médecins et internes du CSRéf CV**

A tous les DES, les internes, les sages-femmes et les infirmières du service de gynécologie obstétrique du Csréf CV et particulièrement à mon équipe de garde

A tous mes camarades de la promotion du numerus clausus, pour les bons moments passés ensemble dans la joie et le bonheur.

A toutes les personnes qui m'ont soutenu de près ou de loin Merci pour votre soutien

**HOMMAGE AUX  
MEMBRES DU  
JURY**

## **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

### **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

#### **Professeur Soumana Oumar Traoré**

- 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
- Certifié en programme GESTA Internatinal (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 maitre,**

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre bonne humeur, votre désir de vouloir toujours l'excellence et votre rigueur dans le travail font de vous un modèle admiré de tous. Que ce travail soit le témoin de notre sincère reconnaissance et de notre profonde estime.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

### **Docteur Abdoulaye Sissoko**

- ✓ Maître-Assistant de gynécologie-obstétrique à la FMOS,
- ✓ Médecin militaire,
- ✓ Ancien interne des hôpitaux de Bamako
- ✓ Chef de service de la gynécologie-obstétrique à la clinique périnatale Mohammed VI de Bamako,
- ✓ Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),
- ✓ Membre de la SOMAMEM.
- ✓ Past Ségala adjoint de la SAGO.

Cher Maître,

Tout au long de ce travail, nous avons apprécié vos qualités humaines et scientifiques.

Votre disponibilité constante et votre engagement pour le travail bien fait font de vous un maître respecté et respectable.

Permettez-nous, cher Maître, de vous adresser l'expression de notre immense gratitude et de nos sincères remerciements.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

### **Docteur Saleck DOUMBIA**

- Gynécologue obstétricien,
- Praticien hospitalier au CSRef de la Commune V,
- Détenteur d'un DIU en VIH obtenu à la FMOS,
- Détenteur d'un Master en Colposcopie obtenu en Algérie,
- Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en épidémiologie-bio statistique à l'Institut africain de santé public.

Cher Maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Votre compétence, votre rigueur scientifique et votre discrétion nous ont émerveillés. Recevez ici cher Maître, notre reconnaissance et notre plus grand respect. Qu'Allah vous donne une longue vie. Amen !

## **A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE**

### **Docteur Saoudatou TALL**

- Gynécologue obstétricienne au Centre de Santé de Référence de la Commune V

Cher Maître,

C'est un honneur pour nous d'avoir appris à vos côtés. Ce travail est le fruit de votre volonté, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre rigueur scientifique votre caractère sociable, votre simplicité, votre abord facile et la clarté de votre enseignement font de vous un maître exemplaire

Veillez accepter, cher Maître l'expression de notre respect et de notre éternelle reconnaissance.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE**

### **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 Osbtetrique (SOMAGO)

Cher maitre,

C'est un grand honneur et privilège pour nous d'avoir travaillé à vos côtés. Votre rigueur scientifique, votre large ouverture d'esprit, votre gentillesse font de vous un grand homme scientifique exceptionnel. Au-delà de votre compétence, votre disponibilité et votre engagement pour un travail bien fait, nous ont beaucoup aidés.

Cher Maître, permettez-nous, de vous exprimer notre gratitude et nos sincères remerciements.

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

<b>ADN</b>	Acide Désoxyribonucléique
<b>AgHBS</b>	Antigène Hépatite B
<b>ARV</b>	Anti Retro Viral
<b>BW</b>	Bordeau de Westerman
<b>CSRéf</b>	Centre de Santé de Référence
<b>CV</b>	Commune V
<b>DCA</b>	Domicile des Agresseurs
<b>DCS</b>	Domicile des Survivants
<b>ECBU</b>	Examen Cyto Bactériologique de l'Urine
<b>EFH</b>	Egalité Femmes-Hommes
<b>ENSP</b>	Ecole Nationale de Santé Publique
<b>GBVIMS</b>	système de gestion inter organisation des informations sur la violence basée sur Genre.
<b>HCG</b>	Hormone Chorionique Gonadotrope
<b>HCR</b>	Haut-Commissariat des Réfugiés
<b>IIG</b>	Indice d'Inégalité de Genre
<b>INSP</b>	Institut Nationale de Prévoyance Sociale
<b>ISP</b>	Institut de Santé Publique
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>MGF/E</b>	Mutilation Génitale Féminine/ Excision
<b>MIG</b>	Maternité Issaka Gazobi (Niamey au Niger)
<b>MPFEF</b>	Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
<b>OMS</b>	Organisation Mondial de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>OOAS</b>	Organisation Ouest Africaine Saharienne

<b>OSC</b>	One Stop Center
<b>PE</b>	Polynucléaires Eosinophile
<b>PEC</b>	Prise En Charge
<b>PF</b>	Planification Familiale
<b>PNG</b>	Politique Nationale Genre
<b>PNLE</b>	Programme National de Lutte contre la Pratique de l'Excision
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PNVBG</b>	Programme National pour l'Abandon des Violences Basées sur le Genre
<b>PUB</b>	Produit Intérieur Brut
<b>RUF</b>	Revolutionary United Front
<b>SGON</b>	Société de Gynécologie Obstétricale du Niger
<b>SMIG</b>	Salaire Minimum interprofessionnel
<b>UCG</b>	User- Generated Content Garanti
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>UNIFEM</b>	Fonds de Développement des Nations Unies pour la Femme
<b>US</b>	Usages traditionnels
<b>USAC</b>	Unité de Soins et d'Accompagnement
<b>VBG</b>	Violence Basées sur le Genre
<b>VIH</b>	Virus Immuno- Humain
<b>VSS</b>	Violence sexuelle et sexiste

## Liste des tableaux

Tableau I: Répartition des survivantes selon la profession.....	48
Tableau II: Répartition des survivantes selon le statut matrimonial.....	48
Tableau III: Répartition des survivantes selon le nombre d'agresseur .....	49
Tableau IV: Répartition des survivantes selon le lieu d'agression.....	49
Tableau V : Répartition des survivantes selon le moment de déroulement des faits. ....	50
Tableau VI : Répartition des survivantes selon le mode de pénétration.....	51
Tableau VII : Répartition des survivantes selon la notion d'éjaculation. ....	51
Tableau VIII: Répartition des survivantes selon le temps écoulé avant la consultation.....	52
Tableau IX: Répartition des survivantes selon l'état psychologique.....	52
Tableau X: Répartition de survivantes selon la nature des lésions génitales retrouvées .....	53
Tableau XI: Répartition des survivantes selon le bilan biologique .....	53
Tableau XII: Répartition des survivantes selon le traitement médical curatif ...	54
Tableau XIII: Répartition des survivantes selon le pronostic vital.....	54

## Liste des figures

Figure 1: Répartition des survivantes selon la tranche d'âge..... 47

## Table des matières

1	INTRODUCTION :	1
2	OBJECTIFS	4
2.1	OBJECTIF GENERAL :	4
2.2	OBJECTIFS SPECIFQUES :	4
3	GENERALITES.	6
4	METHODOLOGIE.	37
4.1	Cadre d'étude	37
4.2	Type d'étude.	43
4.3	Période d'étude.	43
4.4	Variables étudiées :	43
4.5	Population d'étude	43
4.6	Critère d'inclusion :	43
4.7	Critère de non inclusion :	43
4.8	Echantillonnage.	44
4.9	Outils de collecte de données.	44
4.10	Traitement et analyse des données :	44
4.11	Considérations éthiques et déontologiques	44
4.12	Définitions opérationnelles des concepts :	45
5	RESULTATS	47
6	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	56

7	CONCLUSION.....	61
8	RECOMMANDATIONS .....	63
9	REFERENCES.....	66
10	ANNEXES .....	71

# **INTRODUCTION**

## **1 Introduction :**

La « violences basées sur le genre » (VBG) appelées aussi « violences sexospécifiques» 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].

Selon les Nations Unies la violence à l'égard des femmes est “ Tout acte de violence dirigé contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée” [2].

La violence sexuelle est une expression englobant qui désigne « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avance de nature sexuelle dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition » (Organisation mondiale de la santé [3]. Le Code Pénal Français définit « le viol comme tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte ou surprise » [4].

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]. 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 [5, 6].

Au Mali, selon EDS VI (2018) [7], les femmes ayant subi des actes de violence sexuelle ou physique à un moment quelconque, 33 % ont été blessées. Au cours des 12 derniers mois, ce pourcentage atteint 41 %. Selon la même source, 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.

Malgré un dispositif réglementaire et législatif imposant, force est de reconnaître que le phénomène gagne en ampleur et en gravité. C'est ainsi, qu'avec l'aide des partenaires techniques et financiers, une unité de prise en charge holistique (psychosociale, médicale, sécuritaire, économique, juridique / judiciaire) de ces violences basées sur le genre (VBG) y compris les violences sexuelles a été créé en Juin 2017 au Centre de Santé de Référence de Commune V (CS Réf CV) et dénommé <One Stop Center> (OSC), dont une des missions essentielles est la réhabilitation des femmes victimes de ces atrocités.

Nous avons initié ce travail afin de faire l'état de la prise en charge médicale des survivantes d'agression sexuelle. Pour ce faire, nous nous sommes assigné les objectifs qui suivent :

# OBJECTIFS

## **2 OBJECTIFS**

### **2.1 OBJECTIF GENERAL :**

Etudier la prise en charge médicale des survivantes de viol à l'unité de «One Stop Center » au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako/Mali

### **2.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES :**

- Déterminer la fréquence des viols au centre de sante de référence de la commune V ;
- Décrire le profil socio démographique des survivantes ;
- Décrire l'état clinique des survivantes à l'admission dans l'unité de « One stop center » ;
- Décrire la prise en charge des survivantes.

# **GENERALITES**

### **3 GENERALITES**

#### **A. SITUATION**

Les violences basées sur le genre peuvent advenir sous la forme physique, sexuelle ou psychologique et ont souvent des implications dramatiques sur l'intégrité physique ou la santé mentale de la femme d'où la nécessité de création de l'unité « One Stop Center » pour une prise en charge correcte et efficace [8].

Aucune femme, aucune fille dans le monde n'est à l'abri de subir des violences. À tout moment de leur vie, dans leur enfance, leur adolescence ou à l'âge adulte les femmes peuvent subir de violences sexuelles, physiques ou morales et vivre dans la peur. Aucun espace de vie des femmes et des filles n'est protégé. Les espaces habituellement considérés comme les plus protecteurs tels que la famille, le couple, où amour, soins et sécurité devraient normalement régner, sont lieux où se produisent le plus de violences [8].

Dans le monde, 10 à plus de 79% des femmes signalent qu'elles ont été frappées ou maltraitées physiquement par un partenaire intime, à un moment donné de leur vie [9].

Une femme sur trois subit des violences sexuelles ou physiques au moins une fois dans sa vie [10]. Si les hommes peuvent également être victimes de violence sexuelle, ce type de violence touche les femmes de manière disproportionnée. Généralement parmi les hommes et les femmes qui signalent des contraintes sexuelles, la majorité des victimes sont des femmes, et la plupart des agresseurs sont des hommes [11,12]. Mais néanmoins, le cas des hommes battus ou maltraités est moins exceptionnel qu'on pourrait le croire. Cette violence, plus tabou, est mal représentée par les statistiques. Les hommes en parlent moins, le déclarent moins [13].

En 2013 selon un rapport de l'OMS [3], 35% des femmes ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire intime, ou des violences exercées

par d'autres que leur partenaire, et suivant les pays jusqu'à 71 % des femmes subissent des violences. Toujours selon ce rapport la plupart de ces violences sont commises dans le cadre de la famille et du couple, presque un tiers de toutes les femmes ayant eu une relation de couple ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire intime et 38% du total des meurtres de femmes sont commis par des partenaires intimes.

L'effrayante réalité est que la violence contre les femmes et les filles est présente dans tous les pays, les maisons, les lieux de travail, les écoles et les communautés [3].

Selon la Banque Mondiale (1993), les VBG chez les femmes entre 15 et 44 ans, font autant de morts et de malades que le cancer du col utérin. L'Organisation Mondiale de la Santé a reconnu que si nous échouons dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes, beaucoup des objectifs mondiaux d'éradication de la pauvreté seront compromis [14]. Les VBG ne sont pas seulement une violation des droits humains, elles ont aussi un coût économique gigantesque. Les recherches menées par la Banque Mondiale montrent que la violence domestique a un impact significatif sur les PIB des pays. Selon des estimations, la perte de la productivité due à la violence domestique va de 1,2 % du PIB au Brésil et en Tanzanie à 2% du PIB au Chili [15].

Non seulement les femmes sont soumises à une morbidité et mortalité sérieuse suite à la violence physique et sexuelle mais la violence aggrave également d'autres conditions de santé, notamment la transmission du VIH [16].

En dépit des accords internationaux pour faire face aux problèmes des VBG, il reste beaucoup de pays où elles ne sont pas encore considérées comme un crime. Or c'est essentiel car si les gouvernements ne mettent pas en œuvre les lois et politiques publiques nécessaires contre les VBG, les violences contre les femmes continueront, et les sources de discriminations s'aggraveront. Les VBG sont souvent cachées et leurs auteurs sont rarement poursuivis en justice. Même dans les pays où la violence à l'égard des femmes est interdite par la loi, de tels

actes ont beaucoup de chances de passer inaperçus et de ne pas être dénoncés, puisque la société perçoit les VBG comme acceptables et choisit plutôt de stigmatiser et de blâmer les femmes qui en sont victimes. Le manque de services de soutien adaptés en matière de sécurité, santé, aide psychologique, sociale et juridique empêche également celles et ceux qui ont besoin d'aide de dénoncer les violations et de chercher une assistance [14]. Soigner les femmes et les filles victimes de violence, et les enfants témoins de ces violences, c'est non seulement respecter leurs droits à la santé, reconnaître leurs préjudices, les libérer d'une souffrance et d'une culpabilité permanentes délibérément voulues par les agresseurs mais c'est également leur rendre une valeur, une dignité, une liberté d'être soi et de s'appartenir que les agresseurs, dans leurs mises en scène, leur avaient déniées [17].

En Afrique, les données sur les violences basées sur le genre sont rares. La majorité des victimes de violences ne vont pas à l'hôpital, et ne portent pas plainte. Mais certaines enquêtes ont révélé que les causes les plus fréquentes de la brutalité masculine sont toutes liées à la façon dont les femmes remplissent leur rôle d'épouse et de mère, et leur soumission aux désirs du mari, qu'ils soient d'ordre sexuel, alimentaire ou autre [18].

La principale forme de violence dont les femmes sont victimes à lieu dans la famille. C'est aussi dans la famille que beaucoup d'hommes ont appris à être violents. Enfants, ils ont vu leur père battre leur mère, et beaucoup de femmes battues viennent elles-mêmes de familles où le père était violent. Les victimes qui pensent que les coups et les brimades font partie du destin d'une femme mariée n'en parlent pas volontiers, même si elles se sentent embarrassées, honteuses et humiliées [18].

En Afrique, si des violences graves comme les blessures, les meurtres ou l'inceste sont considérées comme telles et punies par la loi, beaucoup d'autres, comme les gifles, les coups, le viol, les menaces, l'humiliation, l'excision ou l'infibulation ne sont pas considérées par tout le monde comme des violences.

Or elles le sont.

La violence contre les femmes pose une question fondamentale, qui est celle du pouvoir que la société donne aux hommes sur elles [18]. Selon le rapport sur le développement humain en Afrique 2016 du PNUD l'indice d'inégalité du genre (IIG) du Mali est 0,677, ce qui le place à la 150ème position sur l'indice d'inégalité du genre (IIG). Cette situation favorise plusieurs types de VBG tels que retenus par l'outil de classification des VBG du système de gestion inter organisations des informations sur la violence basée sur le genre (GBVIMS) à savoir le viol, les agressions sexuelles, y compris les MGF/E, les agressions physiques, le mariage forcé (y compris le mariage d'enfant), le déni de l'accès légitime à des ressources, d'opportunités ou de services, les violences psychologiques/émotionnelles [19].

La violence à l'endroit des femmes et des enfants est souvent liée à des aspects de la culture et de la tradition. Elle est perçue comme acceptable, surtout dans les situations où la femme est pressentie d'avoir transgressé les normes sociales et culturelles établies. Les femmes, en général, sont censées être soumises et obéissantes à leurs maris. Par la suite, ces normes sont internalisées et acceptées comme pratiques courantes dans les attitudes, le rôle, la responsabilité et les relations dans la communauté/la famille. D'où la banalisation de la violence basée sur le genre dans certaines régions du Mali [10].

Ces violences sont encore en grande partie cachées pour plusieurs raisons ; Elle peut aussi être intimement liée à la stigmatisation qui entoure souvent le fait de dénoncer la violence, notamment dans les milieux où « l'honneur de la famille » est placé au-dessus de la sécurité et du bien-être de la femme ou de l'enfant. En particulier, le viol ou d'autres formes de violence sexuelle peuvent entraîner l'exclusion, d'autres violences ou la mort [20].

- Le manque de confiance fait que la violence est invisible aussi lorsqu'il n'existe pas de moyen sûr ou inspirant confiance de permettre aux femmes, aux

enfants ou à leurs parents de la dénoncer. Dans certains pays, les gens n'ont pas confiance en la police, la justice, les services sociaux ou les autres responsables ; ou bien, notamment en milieu rural, il n'existe pas d'autorités accessibles vers lesquelles on peut se confier.

-L'acceptation de la violence par la société constitue aussi un facteur important :

Autant les victimes, femmes ou enfants, que les auteurs de violences peuvent accepter la violence physique, sexuelle et psychologique comme quelque chose d'inévitable et de normal. La discipline imposée par des châtiments physiques et humiliants ainsi que la brutalité et le harcèlement sont souvent perçus comme étant normaux, en particulier lorsqu'il n'en résulte aucune blessure « visible » ou durable.

- La honte empêche les femmes et les enfants de rechercher une assistance et réparation. L'étude de l'OMS précitée précise que 55 % à 95 % des femmes qui avaient fait l'objet de violence physique conjugale n'ont jamais contacté la police, une ONG ou un refuge pour obtenir de l'aide. Or la sous-notification complique la collecte des données. Non dénoncées, ces violences restent alors également invisibles dans les indicateurs et les statistiques, trop peu nombreux. Désagrégés par le sexe, ils permettraient de rendre davantage compte des inégalités envers les femmes et les hommes [21].

La république du Mali est un vaste pays sahélo-saharienne dont la population résidente est estimée à 20.933.072 habitants en 2019 [21].

La pluralité ethnique et la diversité linguistique et religieuse est une caractéristique de la population malienne [19]. Cette diversité ethnique, culturelle et religieuse au Mali a une forte influence sur la caractérisation et l'organisation de la société. De ce fait, les normes et règles qui régissent cette société sont fortement influencées par les us, les coutumes et les religions. Le rôle principal attribué par les communautés à la femme est celui de la femme au

foyer dévouée à son mari, qui est le chef de famille.

Aussi, les facteurs socioculturels pèsent lourdement sur le statut de la femme dans la famille et dans la société, limitent ses capacités à prendre des décisions et à participer à la vie de sa communauté avec les mêmes chances que les hommes. 70% des femmes actives ont un revenu inférieur au salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) contre 30% pour les hommes [19]. Même si le principe de séparation des biens et revenus est respecté au niveau des ménages et que la majorité des femmes gèrent elles-mêmes les revenus qu'elles ont gagnés, les décisions au niveau du ménage sont principalement prises par le mari. A titre d'exemple, dans 84% des cas, l'homme décide principalement pour les soins de santé de la femme, dans 80% des cas pour les achats importants pour le ménage, et 75% des cas pour les visites de la femme à sa famille [19, 22].

Au Mali sous l'impulsion de la société civile, le gouvernement institua en 1993 un Commissariat à la promotion des femmes sous la direction d'une commissaire ayant rang de Ministre. Puis en 1997, le Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (MPFEF) est créé, démontrant ainsi la volonté politique du Mali de traduire les engagements pris lors de la Conférence de Beijing et d'accorder une priorité à ce domaine. La mission de ce ministère sera renforcée par la création en 1999 de la Direction nationale de la promotion de la femme. La question Genre est prise en compte dans le Plan Opérationnel du Programme de Développement Institutionnel (2010-2013) et précisément en termes d'Egalité Femmes-Hommes (EFH) dans l'administration publique malienne. Cette orientation englobe l'institutionnalisation de l'EFH dans dix (10) secteurs publics prioritaires, dont celui de la Réforme de l'Etat et la Fonction Publique [22].

En 2005, le Mali a élaboré une stratégie de lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles, accompagnée d'un plan d'actions afin de guider les

interventions et permettre la cohérence dans les stratégies adoptées. Toutefois, ce document de référence n'a pas été validé par l'ensemble des parties-prenantes. Les actions dans la lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles sont déterminées dans l'axe d'intervention prioritaire 1 de la Politique Nationale Genre 2009-2018 (PNG-Mali). Il est relatif à la consolidation de la démocratie malienne et l'État de droit par l'égalité d'accès et la pleine jouissance des droits fondamentaux pour les femmes et pour les hommes [23].

En termes de Dispositif légal, le Mali dispose d'un arsenal juridique disponible se prêtant à la répression de certaines formes de violences faites aux femmes. On relève notamment :

- La lettre N° 0019/MSPAS-SG du 16 janvier 1999 du Ministère de la Santé interdisant l'excision en milieu médical ;

- La loi N° 02-044 du 24 juin 2002 sur la santé de la reproduction par l'Assemblée Nationale du Mali dont l'excision est une des composantes ;

Sur le plan de la lutte, le Programme National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (PNLE) est un acquis important ;

L'exacerbation des cas de VBG au Mali qui sont entre autres :

- Assassinat d'une femme à Bamako, le 23 janvier 2016,
- Assassinat de la standardiste au Palais de Koulouba le 29 décembre 2017,
- Assassinat d'une fillette albinos à Fana le 12 mai 2018,
- Viol collectif d'une jeune fille à Bamako par quatre jeunes le 2 février
- Assassinat d'un Imam à Bamako, en janvier 2019,
- Violences conjugales : coups et blessures, injures, répudiations, dénis etc.

La restriction des missions de l'ex Programme National de Lutte contre la pratique de l'Excision (PNLE) pour faire face à la prévention et à la prise en charge de ces violences liées au genre a conduit à la création du Programme National pour l'abandon des Violences Basées sur le Genre (PNVBG).

- Loi n° 2019 - 014/ du 03 juillet. 2019 portant créations du

programme national pour l'abandon des violences basées sur le genre.

- La présente loi abroge l'Ordonnance n°02-053/P-RM du 04 juin 2002 portant création du Programme National de Lutte contre l'Excision.
- Le Code Pénale prévoit des sanctions variables contre les coups et blessures volontaires (articles 207 et 226), la pédophilie, l'abandon du foyer et d'enfant, l'enlèvement de personnes par fraude, violence ou menaces, la traite, le gage et la servitude des personnes, le trafic d'enfants, le viol, l'esclavage sexuel, la prostitution forcée et la grossesse forcée ;
- Le Code du Mariage et de la Tutelle qui punit le mariage forcé [24].

## **B. HISTORIQUE**

La violence vise la personne afin de l'assujettir au pouvoir de l'autre, qui puise sa légalité dans une culture humaine ancestrale. Elle représente par conséquent un phénomène universel qui s'exerce dans toutes les sociétés, qu'elles soient avancées ou sous-développées. C'est ainsi qu'en bâtissant en particulier des femmes de tout âge, et de tout niveau social, économique et culturel. La communauté internationale œuvre depuis plus de cinquante ans en vue de consolider l'arsenal des Droits de l'Homme, qui consacre en substance le droit à la liberté, à l'égalité et à la dignité. Malheureusement, la violence basée sur le genre constitue une violation de ces droits, en lui causant une dépendance, une privation et un préjudice. Partant de là, lors de la Conférence de Nairobi, tenue en juillet 1985 (Conférence chargée d'examiner et d'évaluer les résultats de la décennie des Nations Unies pour la femme) Nairobi se propose d'effectuer le suivi et l'examen des réalisations de la décennie des Nations Unies pour la femme ("Égalité, développement et paix").

Lors de cette conférence, il a été constaté que la violence à l'égard de la femme connaît une recrudescence sans précédent. Mais à ce jour, force est de constater que les résultats des différentes réponses au niveau des pays restent mitigés à cause de l'insuffisance de mécanismes et de cadre harmonisé de lutte ainsi que

des statistiques pour une mise en œuvre d'actions concrètes.

L'ampleur du phénomène à travers le monde a suscité l'instauration d'une journée internationale célébrée le 25 novembre de chaque année par les Nations Unies.

L'objectif poursuivi est de sensibiliser les populations et les gouvernements afin de réduire de manière significative ces violences et leurs conséquences [25].

## **C. EPIDEMIOLOGIE**

### **➤ FREQUENCE**

Les chiffres de la maltraitance pendant la grossesse varient entre 1% et 17%.

Au plan mondial, il est estimé que la violence contre les femmes constitue une cause de décès et d'invalidité au sein de la population féminine en âge de procréer aussi grave que le cancer et une cause de maladie plus importante que les accidents de la circulation et le malaria pris ensemble [4].

En France, en effet, la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique prévoit l'élaboration de cinq plans stratégiques de santé publique (2004-2008) et, parmi ceux-ci, figure un plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence. La loi définit un plan stratégique comme « un ensemble d'actions et de programmes cohérents » pluriannuels et cette démarche de planification stratégique doit « donner une meilleure lisibilité aux efforts consentis pour améliorer la santé [20].

Au cours de la guerre en Bosnie Herzégovine au début des années 1990, on estime entre 20.000 et 50.000 le nombre de femmes violées. Les femmes déplacées sont exposées à l'exploitation sexuelle de la part des travailleurs humanitaires comme le montrent les rapports sur l'Afrique de l'Ouest et les abus subis par les femmes Bhoutanaises dans les camps de réfugiés au Népal [5].

Une étude au Nicaragua a montré que 40 % des femmes en âge de procréer ont subi des violences physiques de la part de leurs partenaires. 70 % des violences

physiques étaient considérées comme graves tandis que 31 % des femmes au total ont été battues au cours d'au moins une de leurs grossesses.

En juin 2004, le haut-commissariat des réfugiés (HCR) estimait qu'environ 200.000 Soudanais avaient fui vers le Tchad et qu'un million d'autres personnes étaient déplacées à l'intérieur de leur propre pays en raison de l'augmentation de la violence dans la région du Darfour au Soudan. Les femmes et les hommes soudanais déplacés font état d'enlèvements et de viols généralisés des femmes au Darfour (Soudan) ; par les janjawid. Les femmes et jeunes filles revenant du Tchad vers le Soudan à la recherche d'eau, de vivres et de bois de chauffage sont également exposées à la violence sexuelle. En raison du recours au viol collectif systématique et exceptionnellement violent, les médecins en République Démocratique du Congo classent désormais la destruction vaginale dans la catégorie des crimes de combat. Des milliers de filles et femmes congolaises souffrent de fistule vaginale des déchirures dans le vagin, la vessie et le rectum – après être violées. Une étude sur les femmes réfugiées palestiniennes indique que 30 % des femmes ont été battues au moins une fois au cours de leur mariage, l'auteur principal de ces violences étant leur mari. 25% des femmes azéries interrogées par les centres de contrôle des maladies ont reconnu avoir été forcées de subir des rapports sexuels ; les femmes les plus exposées se trouvaient parmi les personnes déplacées à l'intérieur de l'Azerbaïdjan dont 23 % ont avoué être battues par leur mari [13].

Le taux de suicide est élevé chez les femmes tadjikes en raison de violences conjugales non maîtrisées et du manque d'information des victimes sur leurs droits. De janvier à septembre 2008, dernière période pour laquelle nous disposons de statistiques, 240 cas de suicide chez les femmes ont été enregistrés au Tadjikistan. Les experts pensent que les chiffres réels sont bien plus élevés dans la mesure où le rapport de certains décès est inexact [...]. D'après les activistes des droits de l'Homme, environ huit (8) actes de violence sur dix

surviennent au sein du foyer. Il est courant que les hommes agressent leurs femmes, celles-ci étant peu protégées par leurs proches qu'elles ont quittés pour intégrer la famille de leurs maris après le mariage [10].

Une étude montre que les violences physiques, sexuelles et conjugales sont très fréquentes au Niger. Ce sont entre 60% et 100% des autorités administratives et coutumières des quatre régions qui confirment l'ampleur des violences physiques à l'égard des femmes. Entre 36% et 100% des chefs de ménage estiment que les violences les plus récurrentes à l'égard des femmes sont les violences physiques. Les hommes sont les principaux auteurs de ces violences, surtout dans leur rôle de chef de ménage [15].

➤ **DIFFERENTES FORMES DE VBG [1,3].**

• **Viol/tentative de viol :**

Acte de rapport sexuel non consensuel (invasion de toute partie du corps de la victime ou de l'agresseur avec un organe sexuel ou l'ouverture génitale ou anale de la victime avec tout objet ou toute autre partie du corps, par force, menace de force ou coercition). Toute pénétration est jugée viol. Un acte qui n'aboutit pas toujours à une pénétration est jugée comme une tentative de viol.

Le consentement d'un mineur sera jugé selon les normes internationales précisant qu'avant l'âge de 18 ans, une personne n'est pas en mesure de donner un consentement donné en toute connaissance de cause.

Le viol ou la tentative de viol englobe les actes suivants :

- Viol d'une femme adulte ;
- Viol d'une femme ou d'un homme mineur, y compris l'inceste ;
- Viol collectif, s'il existe plus d'un agresseur ;
- Viol conjugal entre mari et femme ;
- Viol masculin, connu sous le nom de sodomie.

➤ **Abus sexuels :**

Autres actes sexuels non consentuels, non compris le viol ou la tentative de viol. L'abus sexuel comprend tout acte infligé sur un mineur. Tel que susmentionné, même si l'enfant donne son consentement, l'activité sexuelle avec un mineur peut être considérée comme un abus sexuel car il ou elle n'est pas jugée capable de donner son consentement en toute connaissance de cause.

**Exemples d'abus sexuel :**

- Forcer quelqu'un à retirer ses vêtements ;
- Forcer quelqu'un à s'engager dans des actes sexuels, par exemple, forcer à embrasser ou à toucher ;
- Forcer quelqu'un à observer des actes sexuels.

➤ **Exploitation sexuelle :**

L'exploitation sexuelle est une coercition et une manipulation sexuelle par une personne occupant une position de pouvoir et qui utilise ce pouvoir pour s'engager dans des actes sexuels avec une personne qui n'a pas de pouvoir.

L'exploitation s'accompagne quelque fois d'assistance en échange d'actes sexuels. Dans ces situations, la personne pourrait penser qu'il ou qu'elle n'a pas d'autre choix que de se prêter à cette exploitation peut-être pour protéger sa famille, pour recevoir des biens ou services, etc. et, par conséquent, même si le consentement est donné, c'est un consentement obtenu par manipulation ou coercition.

**Exemples :**

- L'agent humanitaire qui demande des rapports sexuels en échange d'assistance matérielle, de faveurs ou de privilèges ;
- L'enseignant qui demande des faveurs sexuelles pour faire passer l'élève ou l'admettre dans la classe ;
- Le leader de réfugiés qui demande des rapports sexuels en échange

de faveurs ou privilèges ;

- Le soldat ou l'agent de sécurité demandant des rapports sexuels pour escorter quelqu'un et la garder à l'abri du danger.

➤ **Mariage précoce / forcé :**

Il y'a mariage forcé lorsque les parents ou autres personnes prennent les arrangements et forcent un mineur à épouser quelqu'un.

- Ils peuvent le faire en exerçant une pression ou en donnant l'ordre à un mineur ou à une mineure de se marier, pour des raisons se rapportant à une dot ou autres.
- Le mariage forcé est une forme de violence sexuelle et sexiste (VSS), car le mineur ou la mineure n'est pas autorisé à faire un choix éclairé ou n'est pas suffisamment âgé pour le faire.

➤ **Violence familiale :**

La violence conjugale survient entre partenaires (époux, petits amis) et entre membres de la famille (belles-mères et belles-filles). Cette violence conjugale se traduit par des actes d'abus sexuels, physiques et psychologiques. Il est important de préciser clairement dans ce type de violence si elle a été commise par un partenaire intime ou un autre membre de la famille.

D'autres termes utilisés pour évoquer la violence conjugale commise par un partenaire intime sont « traitement abusif par l'époux » et « battre sa femme. »

**Exemples :**

Gifler, frapper, donner des coups de pied, utiliser des armes ;

- Abus verbal et émotionnel, dont l'humiliation publique, l'isolement forcé ;
- Meurtre ou menaces de mort ;
- Fait de priver son partenaire de nourriture, d'eau, d'abri, de vêtements, de soins de santé, contrôle sur la fécondité, grossesses et/ou avortements forcés

- La femme est battue ou maltraitée parce qu'elle n'a pas rempli ses obligations à l'égard du mari, a refusé des rapports sexuels, était en retard pour préparer la nourriture, etc. ;
- La femme est battue par sa belle-mère à cause de son statut subordonné dans le ménage.

➤ **Mutilation génitale féminine :**

La mutilation génitale concerne l'ablation d'un tissu génital sain chez la femme, généralement dans le cadre d'une cérémonie traditionnelle qui symbolise un rite de passage pour la victime.

- Les femmes adultes et les filles pourraient consentir à cette mutilation sous l'effet d'une pression sociale et culturelle ou elles peuvent être physiquement forcées de le faire.

- Les mineures sont souvent forcées physiquement et, même si elles ne le sont pas, on ne juge pas qu'elles aient l'âge nécessaire pour donner leur consentement en toute connaissance de cause. La mutilation génitale de la femme est souvent appelée « excision ».

➤ **Les violences culturelles :**

Qui réunissent les autres pratiques traditionnelles néfastes : lévirat, sororat, rites de veuvage, enlèvement de petites filles pour les mariages forcés, etc. ;

➤ **Les violences économiques :**

La pression économique s'exerce différemment selon les milieux socioéconomiques et le niveau d'éducation, mais il convient de retirer à la personne son autonomie, de faire en sorte qu'elle n'ait pas de marge de manœuvre si elle manifeste des velléités de liberté ou de séparation. Le cas le plus classique est la dépendance économique de la personne victime de violence, qui ne travaille pas et qui n'a pas de revenu propre. La crainte des difficultés économiques empêche cette personne de quitter un conjoint violent avec qui sa

marge de liberté est limitée. Elle a peur de ne pas pouvoir s'en sortir, de ne pas trouver un travail, un logement. Souvent ces personnes ne connaissent pas leurs droits, n'ont pas confiance en elles et sont découragées. Pour s'assurer de garder le pouvoir financier, le conjoint peut commencer par vérifier systématiquement les dépenses de l'autre, refuser de donner suffisamment d'argent ou bien en donner au compte-goutte, tout avec des accusations fallacieuses ; ou voire confiscation du salaire. Le conjoint estime normal de gérer non seulement son propre argent, mais aussi celui de sa compagne y compris les revenus de son héritage. Cette dépendance peut exister, quel que soit le niveau de revenus du ménage, et il arrive que cette pression économique soit justifiée par son souci « d'assurer une bonne gestion des revenus du ménage », tout en l'accusant d'être dépensière et d'être par conséquent incapable de gérer son propre salaire. Le conjoint peut aussi faire pression pour amener l'autre à cesser toute activité professionnelle ou ses études, le mari a tendance à justifier son acte à travers certains comportements notamment mauvais entretien du foyer, etc.

➤ **Les violences politiques :**

Sont considérées comme violence politique le manque d'opportunités et de capacités pour une participation à la vie publique. Elles sont souvent prises en considération, car leur caractère « violent » s'éloigne plus de l'image de la violence socialement partagée dans nos sociétés. Elles sont plus insidieuses, moins évidentes et ne font pas l'objet de plaintes, ce qui n'attire pas de manière impérieuse l'attention des pouvoirs publics sur ces problèmes. L'Etat peut également perpétrer des violences basées sur le genre par la négation des droits et la promulgation de lois et de mesures qui limitent les rôles dans la famille et dans la société. C'est le cas par exemple, de nombreuses législations dont les codes de la famille, actuellement en vigueur dans des nombreux de pays arabes et musulmans, qui ne reconnaissent pas la pleine citoyenneté des femmes et légalisent le contrôle exercé sur elles par les hommes : polygamie, mariage forcé, etc. Les Etats peuvent également tolérer les VBG par la promulgation de

lois inappropriées ou l'application inefficace de législation, assurant dans la réalité l'impunité aux auteurs de VBG : viols, etc.

➤ **La violence à l'égard des femmes dans la communauté :**

- Féminicide : le meurtre des femmes
- Violence sexuelle de non-partenaires ;
  - Harcèlement sexuel et violence sur le lieu de travail, dans les établissements éducatifs et sportif ;
- Traite des femmes ;
- Interdiction du port de voiles ;

➤ **La violence à l'égard des femmes perpétrée par l'Etat :**

- Violences à l'égard des détenues ;
- Stérilisation forcée ;
- Violence à l'égard des femmes durant les conflits armés ;
- Violences juridiques.

➤ **Types de classification des violences basées sur le genre**

La communauté du secteur de la VBG se trouve actuellement confrontée à de nombreuses difficultés en raison de l'absence de standardisation des données. Cette situation des données de terme relative à la VBG s'explique en grande partie par la variété de terme et de procédures employés pour classer les cas de VBG chez les différents prestataires de services, les acteurs humanitaires, les cabinets juridiques, les institutions nationales et internationales ainsi que les organismes publics. En raison de ces grandes variétés, les prestataires de services peuvent choisir entre plusieurs possibilités pour désigner un cas de VBG donné. Dès lors, la terminologie employée pour désigner, définir et classer les cas de VBG peut grandement varier d'un prestataire de service à un autre. Pour cela, la discussion, la diffusion et l'analyse significative des données relatives à la VBG et des tendances qui se dégagent entre les différentes organisations sont extrêmement difficiles, quel que soit le contexte humanitaire.

Adopter une terminologie standard permettra de réduire au minimum la subjectivité en matière de classification et d'assurer une communication efficace relative à la VBG, indépendamment du lieu de la survenance de l'incident et de la personne qui consigne la déclaration des faits. [14]

Il existe six (6) types d'incidents qui sont le viol/pénétration, l'agression sexuelle, l'agression physique, le mariage forcé, le déni de ressources, d'opportunité et de service et la violence psychologique. Les six principaux types de VBG ont été créés pour permettre la collecte de données et l'analyse des statistiques sur la VBG. Ils ne devraient être employés qu'en rapport avec la VBG, même si certains peuvent s'appliquer à d'autres formes de violence qui ne sont pas basées sur le genre.

- **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.
- **Aggression 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. Les Mutilation Génitale Féminine (MGF) sont un acte de violence qui lèse les organes sexuels ; elles devraient donc être classées dans la catégorie des agressions sexuelles. Ce type d'incident n'englobe pas les viols qui consistent en un acte de pénétration.
- **Aggression 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. Ce type d'incident n'englobe pas les MGF.
- **Mariage forcé / précoce** : Mariage d'une personne contre sa volonté. et mariage d'un enfant /mineur de moins de 18 ans.

➤ **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.

➤ **Violences psychologiques / 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. [15].

## **D. CAUSES ET CONSEQUENCES [15]**

### **1. Causes**

Les Causes potentielles à mettre en exergue sont :

- Inégalité de genre,
- Asymétrie de pouvoir entre les hommes et les femmes ;
- Volonté de domination et de contrôle ;
- Manque de respect aux femmes ;
- Manque de respect aux droits humains ;
- Division des rôles dans la famille et dans la société ;
- Perte des valeurs et dissolution des solidarités familiales traditionnelles

- Pratiques culturelles et traditions ;
- Croyances religieuses ;
- Pauvreté ;
- Alcool,
- Drogue ;
- Législation et système judiciaire ;
- Impunité des agresseurs.

## 2. Conséquences

La violence à l'égard des femmes influe sur leur santé et entraîne un coût humain et économique élevé, entrave le développement et peut également provoquer des déplacements de personnes. Elles peuvent aussi avoir des effets multiformes et destructeurs non seulement sur les survivantes mais aussi sur l'entourage de la victime, la communauté et la société toute entière quand bien même ils n'en constituent pas la cible intentionnelle

- **Conséquences sur la santé physique**

Blessures, troubles gastro-intestinaux, fonction physique diminué, syndromes de douleurs chroniques, somatisation, invalidité, traumatismes physiques et la mort. Une étude américaine réalisée dans un service d'urgences a montré que sur 892 femmes ayant consulté pour agression sexuelle, 52% présentaient des lésions traumatiques physiques et 20% des lésions traumatiques anales ou génitales [16].

- **Conséquences psycho- sociale et sur la santé mentale**

Etat de stress post traumatique, dépression, troubles alimentaires, auto mutilation, troubles anxieux, abus de substances, troubles de sommeil, sentiment de honte, culpabilité, faible estime de soi, tentative suicidaire et suicide.

- **Conséquences sexuelles et sur la période de la grossesse**

Comportement sexuel à risque, infections transmises sexuellement et par le

sang, VIH/Sida, grossesse non désirée, fausse couche, accouchement prématuré, dysfonctionnement sexuels, troubles gynécologiques, complications de grossesse, dépression post-partum [25].

## **E. PROBLEMATIQUE**

### **1. Approche axée sur les personnes survivantes :**

- Il s'agit ici de découvrir « comment » les modalités de prise en charge des cas
- Il a lieu de tenir compte du fait que l'expérience de la violence a dépouillé les personnes survivantes de leur dignité, les a privées de tout contrôle sur leur vie et les a rendue méfiantes à l'égard des relations.
- La relation avec les personnes survivantes devient un espace propice à la guérison et l'autonomisation.
- Il convient de l'aider à se procurer d'une sécurité émotionnelle et physique, à renforcer leur confiance et à les aider à reprendre leur vie en main.
- **Autonomisation** : C'est de promouvoir une politique d'aide à décision au sujet de leur vie. Elle passe par la restauration de leur sens du pouvoir et le contrôle sur leur vie, en leur donnant des informations et un accès à des ressources, ainsi qu'en les laissant faire leurs propres choix.
- **Responsabilité** : Il s'agit de maintenir un haut niveau de prise en charge et de proposer des services de qualité aux personnes survivantes. En respectant les principes suivants : La sécurité la confidentialité, le respect des droits des souhaits et des opinions et la non-discrimination [16].

### **2. Processus de la gestion des cas**

La gestion de cas est un mode de prestation de services selon lequel le prestataire évalue les besoins du bénéficiaire organise, coordonne, supervise et défend des multiples services aptes à répondre à ses besoins, afin d'encourager le rétablissement de la personne survivante.

La prise en charge de VBG suit un processus à travers lequel certaines institutions travaillent en synergie ou en interdépendance. Dans le cadre de cette

recherche, la collaboration entre institutions contre les VBG peut être analysée à quatre niveaux : la prise en charge psycho-sociale des victimes, la prise en charge médicale, sécuritaire et judiciaire. Ces quatre formes de collaboration dépendent de la disponibilité et de la capacité d'intervention immédiate de l'équipe de One Stop Center. La gestion des cas de VBG comporte 7 étapes qui sont [14] :

- Étape 1 : Bienvenue et présentation
- Étape 2 : Évaluation initiale
- Étape 3 : Élaboration du plan d'action
- Étape 4 : Mise en œuvre du plan d'action
- Étape 5 : Suivi du plan d'action
- Étape 6 : Clôture le dossier :
- Étape 7 : Évaluation

## **F. REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR LES VBG**

Selon le Centre canadien de la statistique juridique une femme sur quatre aux Canada subit de la violence de la part de son partenaire actuel ou précédent et, dans 20% des cas, cette violence a commencé pendant la grossesse. Selon le Conseil consultatif canadien sur la situation des femmes, 18% des femmes qui se présentent aux urgences des hôpitaux seraient des victimes de violence conjugale. Chaque année en moyenne, 20 Québécoises sont assassinées par leur conjoint [26].

20% des femmes Hollandaises entre 20 et 60 ans ont subi des violences physiques dont 11% graves et répétées, de la part de leur partenaire.

Une femme sur quatre déclare avoir vécu des expériences de violence domestique, 1 femme sur 10 dans les douze derniers mois en Angleterre.

En Espagne, les chiffres sont effarants et ont amené les politiques sous la pression des associations féministes à réagir :

- En 2001, 50 femmes ont été tuées par un partenaire pour viol ;

- En 2002, 53 femmes ;
- En 2003, 61 femmes ;
- En 2004, 58 femmes.

En Algérie les données d'une enquête nationale réalisée par l'INSP, révèlent que 53% des femmes déclarent avoir été victimes de violences. Sur un échantillon de 10.000 femmes battues, 50% ont entre 23 et 40 ans. En outre, 73% des femmes ont été agressées chez elles. Dans la majorité des cas, l'auteur de ces violences est le mari [2].

- Aux Caraïbes, 48 % des filles interrogées ont eu une première expérience sexuelle forcée.
- En Afrique, plus de 90 millions de femmes et de filles sont victimes d'excision ou d'autres formes de mutilations génitales.
- 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.
- Plus de 70 millions de filles/femmes ont été soumises à des mutilations génitales/à une excision à l'échelle mondiale, auxquelles s'ajoutent plus de 2 millions de filles chaque année [26].

**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 [26].

Une enquête menée au Niger en 2010 auprès des structures a permis de révéler plusieurs types de violences sur les 2 229 cas de VBG dénombrés. Il ressort des résultats suivants : que 43% des violences subies sont des violences physiques contre 28% de violences sexuelles.

Les violences physiques et sexuelles représentent 71% des cas de violences. Les

violences physiques et sexuelles constituent donc l'essentiel des cas des violences déclarées [15].

- Selon Human Right Watch, la violence sexuelle et l'enlèvement des femmes et des jeunes filles ont considérablement augmenté à Bagdad, (Irak). L'insécurité et la crainte contraignent les femmes et les jeunes filles à rester à la maison, hors de l'école et du travail ; selon la Commission afghane indépendante des droits de l'homme, depuis la chute des Talibans, 235 femmes ont tenté de se donner la mort en s'immolant par le feu. Des milliers de femmes afghanes essaient de se suicider chaque année en raison de leur situation domestique.

Dans une étude menée par le Consortium au Timor oriental, les brutalités physiques commises par des personnes non membres de la famille sont passées de 24,4 % au cours de la crise à 5,8 % après la crise.

Selon une étude gouvernementale 37 % de prostituées de Sierra Leone avaient moins de 15 ans et plus de 80 % de celles âgées de moins de 15 ans étaient non accompagnées ou déplacées par la guerre ; En effet partout dans le monde, les rôles et relations affectés à chaque sexe par la société jouent en défaveur des femmes et des filles en termes de pouvoir social et d'influence, de contrôle des ressources, de contrôle de leur corps et de participation à la vie publique. La violence basée sur le genre commis à leur encontre s'inscrit dans ce contexte de déséquilibre. Si les acteurs humanitaires doivent analyser les différentes vulnérabilités sexo-spécifiques pouvant accroître les risques de violence à l'égard des hommes, des femmes, des garçons et des filles et veiller à la prise en charge et à l'accompagnement de tous les survivants, ils doivent accorder une attention particulière aux personnes de sexe féminin en raison de leur vulnérabilité accrue et avérée à la violence basée sur le genre, de la discrimination générale dont elles font l'objet et de l'absence d'accès sûr et équitable à l'aide humanitaire auxquelles elles sont confrontées. Dans beaucoup de situations, les femmes et les filles sont particulièrement touchées par les catastrophes naturelles. Elles peuvent également être appelées à endosser de

nouvelles responsabilités domestiques par exemple, si le principal soutien économique a été tué ou blessé ou s'il doit quitter sa famille pour trouver un emploi. En cas d'effondrement de l'ordre public ou d'échec des systèmes de sécurité et de soutien social, famille élargie, groupes villageois, etc., les femmes et les filles courent également des risques accrus de violences basées sur le genre et de discrimination [26].

Selon l'OMS, une femme sur trois dans les campagnes de l'Ouganda est soumise à des menaces verbales ou physiques de la part de leurs partenaires et 50 % de ces femmes menacées sont par la suite blessées. Le fait de frapper une partenaire de sexe féminin est considéré comme justifié dans certaines circonstances par 70 % des hommes interrogés et 90 % des femmes interrogées. L'étude révèle également que la violence domestique peut constituer un facteur important dans le risque encouru par les femmes d'être contaminées par le VIH [2].

Une étude auprès de victimes de viols dans la région du Sud Kivu a révélé que 91 % souffraient d'une ou de plusieurs maladies liées au viol. Selon l'UNIFEM, le viol massif en République Démocratique du Congo a été accompagné de mutilations sexuelles et de cannibalisme, les groupes armés ciblant en particulier les femmes pygmées pour commettre des actes de cannibalisme et de génocide. 3.000 femmes du Kivu central en République Démocratique du Congo ont été violées entre 1999 et mi-2001.

Environ 50.000 à 64.000 femmes déplacées à l'intérieur du Sierra Leone ont connu des brutalités liées à la guerre, 50 % de celles en contact avec le RUF (Revolutionary United Front) ont fait état de violence sexuelle [13].

## **G. PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE DES SURVIVANTES :**

Après l'admission, la survivante reçoit les premiers secours psychologique. Elle est ensuite référée selon les besoins vers les autres services : médical, sécuritaire, économique, juridique / judiciaire.

## **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 au 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 [3].

### **3. 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
- ✓ 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 huis 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 (GBVims).

#### **4. 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.

## 5. La 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**



## **4 METHODOLOGIE**

### **4.1 Cadre d'étude**

Notre étude s'est déroulée dans le district sanitaire de la commune V de Bamako (Mali). Ce district sanitaire comprend :

Un hôpital de niveau II de référence selon la pyramide sanitaire du Mali appelé centre de santé de référence de la commune V (CS Réf CV) de Bamako.

Douze (12) centres de santé communautaire (CSC om).

Un centre confessionnel à Kalabancoura (ASACORAK : Association de Santé Confessionnelle Rama de Kalabancoura).

Un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) à Badalabougou.

De nombreuses structures privées non concernées dans cette étude.

### **Présentation de la Commune V**

La commune V fut créée en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance N ° 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et est régie par les textes officiels suivants :

- L'ordonnance N°78-34/CMLN du 28 Août 1978 fixant les limites et le nombre des Communes ;
  - La loi N°93-008 du 11 Février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des Collectivités Territoriales ;
  - La loi N°95-034 du 12 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales ;
- construction du pont des martyrs en 1960, le pont FHAD en 1989 et les logements sociaux.

Les quartiers de la rive droite du fleuve Niger ont connu une expansion considérable avec la création des logements sociaux dont ceux de la commune V.

#### **✓ Données socio – démographique :**

La Commune V couvre une superficie de **41,59** km<sup>2</sup> (EDS III DNSI 98) pour une population de **603 056** habitants en 2022, avec un taux d'accroissement de

**5,1%** (DNSI, 1998).

La densité de la population est de **14 500** habitants au Km<sup>2</sup>.

Située sur la rive droite du fleuve Niger, elle est limitée, au Nord par le fleuve Niger, au Sud-ouest Kalaban-Coro (Kati), à l'Est par la commune VI. Les ethnies dominantes sont les Bambaras, les Soninkés et les Peulhs. Elle représente **2,26%** de la population du Mali et **18%** de celle du district de Bamako. Le quartier le plus peuplé est Baco-djicoroni et le moins peuplé est la SEMA II. Les quartiers sont dirigés par les chefs de quartier regroupés au sein d'une coordination avec à sa tête un coordinateur.

La commune V est constituée de neuf quartiers qui sont : Badalabougou, Daoudabougou, Kalaban-coura, Torokorobougou, Sabalibougou, Quartier-Mali, Baco-djicoroni, Sema I, Sema II.

### **1. Description du Centre de Santé de Référence de la Commune V (CS Réf) :**

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V et VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le Centre de Santé de Référence de la Commune V (service socio-sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales.

Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de la population et conformément au plan de développement socio-sanitaire de la commune (PDSC) , la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 14 aires de santé (14 CSCOM) sur les 14 aires de santé, 13 CSCOM sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré. Les aires de santé se répartissent comme suit :

- Trois aires de santé à Daoudabougou disposent d'un CSCOM 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 Kalaban-coura 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.

Ce n'est qu'en 1993 en réponse à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population du gouvernement de la République du Mali que le centre de santé a été érigé en centre de santé de Référence.

En 1997 Le centre de santé de référence de la commune V a reçu le prix de « CIWARA D'EXCELLENCE » décerné par l'International Multidisciplinaire Change Management (IMCM) pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales

A la faveur de l'essor du centre par ses bonnes prestations, il fut choisi en 1993 pour tester le système de référence décentralisée. Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre fut un succès, ce qui a fait de lui le centre de santé de référence de la commune V. Partant de ce succès, le système de référence a été instauré dans les autres communes du district de Bamako.

En 1999, le Médecin Chef du centre de santé de référence de la commune V a reçu un diplôme honorifique du ministère de la promotion de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. Il a reçu la même année la médaille du Mérite national du Mali



- Assurer la formation initiale et la formation continue des professionnels de la santé,
- Conduire des travaux de recherche dans le domaine de la santé,
- Conduire des travaux de recherche dans le domaine de la santé.



Le Mali dispose actuellement de 18 One Stop Centers dont 16 Fonctionnels

<b>Régions</b>	<b>Nombre</b>	<b>Lieu</b>
<b>Koulikoro</b>	<b>2</b>	<b>Cs réf de Koulikoro Cs réf de Kangaba</b>
<b>Sikasso</b>	<b>2</b>	<b>Cs réf de Sikasso Cs réf de Koutiala</b>
<b>Ségou</b>	<b>2</b>	<b>Hôpital de Ségou Cs réf de San</b>
<b>Bamako</b>	<b>4</b>	<b>Commune I Commune IV Commune V Police nationale</b>
<b>Kayes</b>	<b>2</b>	<b>Hôpital de Kayes Cs réf de Diéma</b>
<b>Gao</b>	<b>1</b>	<b>Cs réf de Gao</b>
<b>Mopti</b>	<b>1</b>	<b>HSD de Mopti</b>
<b>Tombouctou</b>	<b>1</b>	<b>Hôpital de Tombouctou</b>
<b>Ménaka</b>	<b>1</b>	<b>CS Réf de Ménaka</b>

**Il en existe 2 non fonctionnels à Yélimané et à Kolondièba**

## **4.2 Type d'étude**

Nous avons effectué une étude transversale descriptive avec collecte rétrospective.

## **4.3 Période d'étude**

L'étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> juin 2020 au 30 Juin 2023 soit une période de trois (3) ans.

## **4.4 Variables étudiées :**

Nous avons mesuré les variables suivantes :

**Qualitative nominale:** sexe, la profession, le statut matrimonial, le type de violence, le type de contact génito-anal, le nombre des auteurs présumés, le lieu de déroulement des faits, la provenance, le motif de consultation, les lésions occasionnées, le mode d'admission, la prise en charge,

**Quantitative continue :** l'âge

## **4.5 Population d'étude**

Notre étude a porté sur toutes les femmes et les enfants reçus et pris en charge dans l'unité « One Stop Center » du CS Réf CV.

## **4.6 Critère d'inclusion :**

Ont été incluses dans cette étude, toutes les survivantes de viol admises dans l'unité de « One Stop Center » du CS Réf CV de Bamako durant la période d'étude.

## **4.7 Critère de non inclusion :**

N'ont pas été incluses dans cette étude les hommes et les garçons, toutes les survivantes d'autres formes de violences basées sur le genre telles que : agression sexuelle sans pénétration y compris les MGF/Excision, agression physique, mariage forcé/ enfant, dénis de ressource, d'opportunité ou de service, violence psychologique/émotionnelle et toutes les autres formes de violences comprises dans ces types.

## **4.8 Echantillonnage**

### **Méthodes d'échantillonnage :**

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif de tous les cas de viol.

### **Taille de l'échantillon**

Nous avons choisi un échantillon de 167 cas de viol de 2020 à 2023 à l'unité « One Stop Center » du CSRéf CV où l'enquête a été menée. Cette estimation a été obtenue à travers la formule statistique de Schwartz  $n = Z^2 p (1-p) / e^2$

### **Techniques et outils de collecte des données :**

#### **Techniques de collecte des données :**

Nous avons au préalable signé une fiche de confidentialité avant d'avoir accès aux données du One Stop Center.

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 viol ayant eu recours à nos services.

## **4.9 Outils de collecte de données**

Les données ont été extraites des dossiers médicaux des survivantes, du GBVIMS et du registre d'admission de l'unité de « One Stop Center ».

### **4.10 Traitement et analyse des données :**

La saisie et l'analyse des données ont été faites à l'aide des logiciels World, Excel et SPSS version 25.0.

### **4.11 Considérations éthiques et déontologiques**

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.

Les principes directeurs des VBG ont été respectés : confidentialité, sécurité,

respect, non-discrimination.

#### **4.12 Définitions opérationnelles des concepts :**

- **Prise en charge holistique :** Prise en charge globale dans tous ses aspects (prise en charge médicale, psychosociale, économique, sécuritaire et juridique /judiciaire).

- **Genre :** C'est ce qui différencie les hommes et les femmes dans leurs relations sociales. [28]

- **Violences basées sur le Genre :** elles concernent 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 est 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 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 :** une unité qui assure la prise en charge des violences basées sur le genre.

- **Auteur présumé :** personne ne qui a pu commettre l'acte de violence mais qui bénéficie jusque-là de la présomption d'innocence.

# RESULTATS

## 5 RESULTATS

### 5.1 Fréquence

Au total, nous avons enregistré 855 cas de violences basées sur le genre dont 167 cas d'agression sexuelle soit 19,53% de l'ensemble des violences basées sur le genre (VBG).

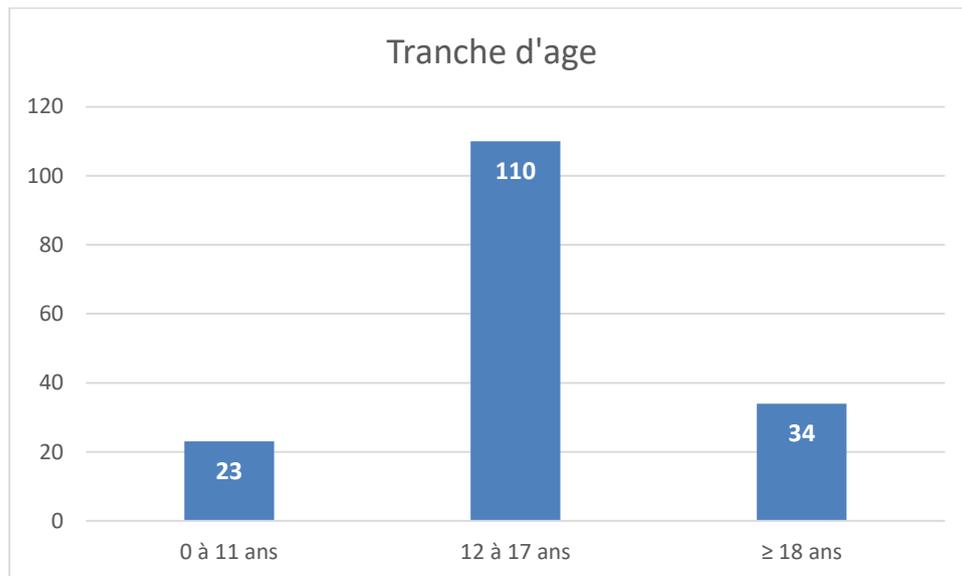


Figure 1: Répartition des survivantes selon la tranche d'âge.

Les extrêmes d'âge étaient de 6 à 62 ans.

## 5.2. Profil Sociodémographique :

Tableau I: Répartition des survivantes selon la profession

<b>Profession</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Ménagère	9	5,4
Elève/étudiante	86	51,5
Commerçante	7	4,2
Enfant	11	6,6
Couturière	2	1,2
Aide-ménagère	49	29,3
Coiffeuse	3	1,8
<b>Total</b>	<b>167</b>	<b>100,0</b>

Tableau II: Répartition des survivantes selon le statut matrimonial

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Mariée	21	12,5
Célibataire	145	86,9
Veuve	1	0,6
<b>Total</b>	<b>167</b>	<b>100,0</b>

Tableau III: Répartition des survivantes selon le nombre d'agresseurs

<b>Nombre d'agresseurs</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
1	125	74,9
≥2	42	26,1
<b>Total</b>	<b>167</b>	<b>100,0</b>

Tableau IV: Répartition des survivantes selon la localité d'agression

<b>Lieux d'agression</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Commune I	32	19,2
Commune II	9	5,4
Commune III	4	2,4
Commune IV	9	5,4
Commune V	78	46,7
Commune VI	22	13,2
Autres*	13	7,7
<b>Total</b>	<b>167</b>	<b>100,0</b>

Autres\*: Kati, Ségou, Sénou , Yanfolila, Mopti, Tombouctou, Kidal...

Tableau V : Répartition des survivantes selon le moment de déroulement des faits.

<b>Moment de déroulement</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
6H à 18H	65	39,0
19H à 00H	52	31,1
01H à 05H	11	6,6
Non précisé	39	23,3
Total	167	100,0

### 5.3. Etat clinique :

Tableau VI : Répartition des survivantes selon le mode de pénétration

<b>Mode de pénétration</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Vaginale	154	92,2
Anale	5	3,0
Buccale	8	4,8
<b>Total</b>	<b>167</b>	<b>100,0</b>

Tableau VII : Répartition des survivantes selon la notion d'éjaculation.

<b>Notion d'éjaculation</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Non	25	15,0
Oui	14	8,4
Non précisée	128	76,6
<b>Total</b>	<b>167</b>	<b>100,0</b>

Tableau VIII: Répartition des survivantes selon le temps écoulé avant la consultation

<b>Temps écoulé</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
0-3 jours	91	54,5
4-5 jours	10	6,0
6-14 jours	41	24,5
15– 30 jours	6	3,6
Plus de 30 jours	19	11,4
<b>Total</b>	<b>167</b>	<b>100,0</b>

Tableau IX: Répartition des survivantes selon l'état psychologique

<b>Etat psychologique</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Bon	150	89,8
Agitée	15	9,0
Troubles physiologiques	2	1,2
Total	167	100,0

Tableau X: Répartition de survivantes selon la nature des lésions génitales retrouvées

<b>Lésions</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Déchirures vaginales	2	1,2
Déchirures hyménales	131	78,4
Lésions vulvaires	20	12,0
Aucune lésion	14	8,4
<b>Total</b>	<b>167</b>	<b>100,0</b>

Tableau XI: Répartition des survivantes selon le bilan biologique

<b>Bilan biologique</b>	<b>Positif</b>	<b>Négatif</b>
Test de grossesse	9 (5,4%)	158 (94,6%)
VIH	0 (0%)	167 (100%)
AgHBS	5 (3,0)	162 (97%)
Sérologie syphilis	4 (2,4%)	163 (97,6%)
Prélèvement vaginal +ATB	5 (5,3%)	90 (94,7%)
ECBU+ATB	3 (4,1%)	71 (95,9%)
Recherche de spermatozoïdes	8 (8,4%)	87 (91,6%)

#### 5.4. Prise en charge :

Tableau XII: Répartition des survivantes selon le traitement médicamenteux

<b>Traitement général</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Antibiotique	110	65,9
Anti-inflammatoire	29	17,4
Antalgique	28	16,8
Antifongique	13	7,8
Antiseptique	43	25,7
ARV	167	100,0
Antispasmodique	18	10,8
Contraceptif d'urgence	93	55,7
Fer	6	3,6
Autres*	11	6,6

Autres\* : Antihypertenseurs, anxiolytiques...

Tableau XIII: Répartition des survivantes selon le pronostic vital

<b>Pronostic</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Favorable	165	98,8
Défavorable	2	1,2
<b>Total</b>	<b>167</b>	<b>100,0</b>

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## **6 COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **6.1. Les limites de l'étude :**

Au cours de notre étude, nous avons rencontré quelques difficultés surtout dans la recherche bibliographique en raison du nombre restreint d'études réalisées au sein des One Stop Centers. Ces centres étant nouveaux au Mali. La sous – estimation de la prévalence des VBG en raison de:

- ✓ La stigmatisation
- ✓ La peur des représailles liées au contexte socio-culturel
- ✓ La pression sociale,
- ✓ L'impunité,
- ✓ L'indisponibilité et l'inaccessibilité des services de prise en charge des cas VBG

Les difficultés pour obtenir certaines informations concernant les survivantes : dossiers bouclés dans l'armoire, silence du personnel du centre et de certaines survivantes.

### **6.2. La fréquence des violences sexuelles**

Durant la période d'étude, les cas de viol ont représenté 19,53% de l'ensemble des violences basées sur le genre (VBG). Notre taux est comparable à celui de Djelia L au Sénégal [29] qui a rapporté 10% de cas de viols sur l'ensemble des VBG. Il est cependant inférieur à celui de Haidara T [27] qui a trouvé dans la même structure une fréquence 0,53% de violences basées sur le genre sur l'ensemble des admissions en gynécologie. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'il a rapporté les cas les cas de viol à l'ensemble des consultations gynécologiques.

### **6.3. Le profil sociodémographique des survivantes**

L'âge moyen de nos survivantes était de 15 ans avec des extrêmes de 6 ans et 62 ans. Ce résultat est inférieur à celui de Théra au Mali [6] qui a trouvé un âge moyen de 21 ans. Dans notre échantillon, 51,5% étaient des élèves/étudiantes, 86,9% des célibataires. Dans certaines séries rapportées dans la littérature, environ un cas sur deux des survivantes étaient élèves [5, 7, 37]. Nous avons retrouvé 100% d'admissions par réquisition. Thiam O à Dakar [6] avait trouvé 92,6% cas d'admissions par réquisition. Ces taux élevés pourraient s'expliquer par le fait que l'équipe du One Stop Center comporte des policiers qui sont appelés par les agents de santé dès l'admission et la réquisition est délivrée le même jour.

### **6.4. Les aspects cliniques des survivantes.**

La pénétration dans le vagin a été rencontrée dans 92,2 % des cas et l'éjaculation dans 8,4%. Plusieurs auteurs Africains ont abouti à des résultats similaires [32, 33,34].

Nous avons retrouvé 85,6% de déchirures hyménales, 1,3% de déchirures vaginales. Thiam O [6] au Sénégal, a retrouvé 74,7% de lésions hyménales dont 60% anciennes et 25,3% d'hymens intacts. En France, 60% des victimes de violences sexuelles avaient des lésions récentes du fait d'un court délai de consultation inférieur à 48 heures [35].

Dans notre travail ; La majorité des survivantes ont consulté dans les 72 heures après l'acte soit 54,5%. Dans une étude Sénégalaise, les auteurs ont rapporté 46,6% cas de consultation dans un délai 72 heures. Dans la même étude, les auteurs rapportent que 70% des mineures ont consulté dans un délai de 96 heures [32].

### **6.5. Prise en charge**

Le dosage des  $\beta$ HCG urinaires a été systématique et nous a permis de

diagnostiquer neuf cas de grossesses confirmées par une échographie.

Le dépistage systématique du VIH chez les survivantes n'a pas retrouvé de cas positif. Les antirétroviraux ont été donnés à toutes les survivantes (100,0%) à but préventif. Thiam O et Cissé au Sénégal [6,31] ont rapporté respectivement 14,7% et 20% de prophylaxie anti rétrovirale HIV positif. Les spermatozoïdes ont été identifiés dans le prélèvement vaginal dans 8,4% des cas dans notre travail. Thiam O au Sénégal [6] a rapporté un cas de recherche de spermatozoïdes positive sur un total de 21% cas. Des auteurs comme Laudata A [35] et Boutin L [36] a rapporté jusqu'à 30% de recherche positive de spermatozoïdes. 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'éventuelles grossesses a été une attitude observée chez 55,7% des survivantes. Thiam O [6] au Sénégal a fait état de 15% de victimes d'agressions sexuelles ayant bénéficié de la contraception hormonale d'urgence à base de Pregnon ou de Norlevo. Nous avons eu recours aux antibiotiques dans 65,9% des cas. Il s'agissait essentiellement des bêta-lactamines, des cyclines, des Imidazolés. Les antalgiques ont été utilisés dans 16,8% des cas et les antiseptiques dans 25,7% des cas. Thiam O [6] a rapporté une antibiothérapie dans 7,4% des cas.

#### **6.6. L'assistance psychosociale et psychiatrique**

Dans cette étude, nous avons enregistré 1,2 % de troubles psychologiques et 9,0% d'agitation. Toutes nos survivantes ont bénéficié d'une assistance psychosociale. GANHI Eminka[38] n'a rapporté aucun cas de consultation psychologique.

L'assistance psychosociale des survivantes de viol reste un point essentiel de la prise en charge holistique des cas de VBG. Le soutien psychologique par un

psychologue est essentiel pour les survivantes après un tel drame vécu. C'est une étape nécessaire de la prise en charge pour la reconstitution et la réhabilitation des survivantes.

Dans cette étape de la prise en charge, nous évaluons les besoins de la survivante, développons un plan d'action que nous mettons en œuvre jusqu'à son rétablissement.

### **6.7. L'assistance sécuritaire/juridique/judiciaire/économique**

L'assistance sécuritaire est assurée par la police qui est présente souvent ou appelée au besoin. Elle assure la sécurité des survivantes dans leur environnement et au « One Stop Center » si elles sont hospitalisées. Elle diligente les réquisitions et assure leurs transmissions aux autorités compétentes. Elle a concerné toutes les survivantes dans cette étude. Le viol étant considéré comme un crime au Mali, tout cas de viol doit être notifié aux autorités compétentes sinon le silence du prestataire pourrait être qualifié de complicité même en l'absence de plainte.

Après l'enquête préliminaire, les dossiers peuvent être transmis au parquet pour sanctions à prendre.

La prise en charge économique se fait très souvent à travers la formation et la dotation en activités génératrices de revenu (AGR).

# CONCLUSION

## **7 CONCLUSION**

Au terme de notre étude, les cas de viol ont représenté 19,53% de l'ensemble des violences basées sur le genre (VBG)

L'âge moyen de nos survivantes était de 15 ans avec des extrêmes de 6 ans et 62 ans, 51,5% étaient des élèves/étudiantes et 86,9% étaient des célibataires. La pénétration dans le vagin a été rencontrée dans 92,2 % des cas et l'éjaculation dans 8,4%. La majorité des survivantes ont consulté dans les 72 heures après l'acte soit 54,5%. Le dosage des  $\beta$ HCG urinaires a été systématique et nous a permis de diagnostiquer neuf cas de grossesses confirmées par une échographie. Le dépistage systématique du VIH chez les survivantes n'a pas retrouvé de cas positif. Les antirétroviraux ont été donnés à toutes les survivantes à but préventif. L'administration de la pilule du lendemain dans le cadre de la contraception d'urgence a été réalisée chez 55,7% des survivantes. Le viol constitue un drame et peut avoir des répercussions physiques, psychologiques, gynécologiques obstétricales, économiques à court, moyen et long terme. Les victimes adolescentes et les élèves/étudiants qui constituent la couche la plus fragile ont été les plus concernées. La prise en charge a été holistique est nécessaire afin de reconstruire et de réhabiliter les survivantes. La bonne éducation des enfants et la communication peuvent prévenir la violence.

# **RECOMMANDATIONS**

## **8 RECOMMANDATIONS**

Au regard des résultats obtenus dans notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

### **Ministère de la sante**

- Coordonner les activités des différents services de l'état impliqué dans la prise en charge pour éviter la stigmatisation des survivantes,
- Renforcer les capacités des acteurs intervenant dans le domaine par la formation, continue (médicale, psychologique, sécuritaire, juridique et voir l'insertion social)
- Nommer des points focaux genre VBG,

### **Aux partenaires techniques et financiers :**

- Appuyer les structures de prise en charge holistiques de VBG,
- S'assurer que des fonds alloués à la prise en charge gratuite soit utilisé correctement,
- Doter les structures de PEC à des matériels et médicaments adaptés et adéquats,
- Instaurer un système de gestion financière indépendant afin d'éviter des ruptures de médicaments, des réactives et mêmes des matériels bureautiques aux centres de PEC.

### **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...);
- Donner la latitude aux survivants de prendre une décision des cas des cas de violence sexuelle et VBG
- Sensibiliser la population sur les missions de l'unité one stop center et la gratuité de tous les soins

- Sensibiliser les acteurs de l'éducation aux problèmes des violences en milieu scolaire

#### **Aux survivantes**

- Recourir tôt au centre de santé avant la disparition des preuves de violence sexuelle
- Dénoncer les cas de violences sexuelles

#### **Au personnel de la sante**

- Faire une sensibilisation sur la nécessité de la consultation après tout acte de violence sexuelle
- Réserver un bon accueil à l'endroit des survivantes ;
- Assurer la confidentialité sur l'identité des survivantes ;
- Informer les survivantes sur leur droit et de la procédure à suivre

#### **A la population**

- Surveiller et accompagner les jeunes filles au cours des sorties nocturnes
- Renforcer la communication entre les mères et les jeunes filles

# REFERENCES

## 9 REFERENCES

1. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE (Comité permanent inter organisations, Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire). Stratégie nationale holistique pour mettre aux violences basées sur le genre. Mali 2019-2030 : s.n., Juillet 2018. p. 8.
2. Organisation mondiale de la santé (ONU) La déclaration des Nations unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (1993).Page 52 rue des pâquis CH-1201 Genève, Suisse.
3. OMS. 2012Organisation 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\\_fr\\_e.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75201/1/9789242564006_fr_e.pdf)(le lien est externe) 26 juillet 2012.
4. Académie de Médecine (1999). Dans D. Sournia et D. Millez. Dictionnaire de Gynécologie Obstétrique (p. 496). Paris : Conseil International de la langue française. Citation : (Académie de médecine, 1999). Mai 1999 ; Navarin Paris n°1 et 2 – 2019 ; 300 page.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. MURIEL Salmona. Psychiatre-psycho traumatologue (Les violences faites aux femmes et aux filles, de, janvier 2014). Page 53.
  9. USAID. Lutte contre la violence basée sur le genre dans les programmes de santé de l'USAID (Un guide pour les responsables des programmes de secteur de la santé,). Section I -BP.5 OMS. 2002. Page 64.
  10. Ward, J,al. Directives de l'intégration de la VBG dans l'action humanitaire. Washington : s.n., 2015. Page 366.
  11. USAID. Lutte contre la violence basée sur le genre dans les programmes de Santé (Un guide pour les responsables des programmes de secteur de la santé). Section I-BP.4. Cité par CDC. 2003. Page 64.
  - 12.USAID Heise et. Al, Lutte contre la violence basée sur le genre dans les programmes de santé (Un guide pour les responsables des programmes). Secteur de la santé Section I-BP.4. 1995. Page 64.
  - 13.Marchand, Leila. Hommes battus : des chiffres pour comprendre une réalité méconnue, 2016.
  - 14.Organisation Mondiale de la Santé, Relever le défi des violences basées sur le genre dans le monde : impact des programmes menés par, stratégies, résultats et évaluation de l'impact période. Cité par. Estimations globales. 2011-2013. p. P.9
  - 15.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.
  - 16.Usaid. Lutte contre la violence basée sur le genre dans les programmes de santé Cité par, Bott and Betron. 2005. p. pp.64.
  - 17.Hamza, Nabila. Assemblée générale, Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes, Français. : Générale, Distr., 6 juillet 2006.
  - 18.Jaspard, Natacha Chetcuti et Maryse. Les violences contre les femmes. Rue de l'Ecole Polytechnique. Paris France : Harmattan, 75005. p. p.1. 5-7,

19. Ministère de la Santé publique et. Social, Stratégie nationale holistique pour mettre fin aux violences basées sur le genre au Juillet 2018. Mali : sn. 2019-2030. p. p16.
20. Usaid/Mali. Violence sexuelle et basée sur le genre, cité par Demographic Health Survey DHS. 2012/2013. Au Mali : s.n., 28 Novembre, 2014. Page 1.
21. Madame Geneviève Colot (France). Rapporteur du Réseau des Femmes Parlementaires, Les violences faites aux femmes et aux enfants Dans l'espace intime. p. p.12. Page 244 , ANNEE 2012 , IBN :978274371338.Final-01154193.
22. Rapport du Mali. Mise en œuvre de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing (1995) et des textes issus de vingt-troisième session extraordinaire de l'Assemblée générale (2000). Bamako : s.n., Juin 2014. p. p.6.
23. Online, Kibaru. Association femmes battues – AFB ; - Ivo Dicarlo. Mali : s.n, 16fevrier 2015.page 3.
24. Déclaration et du Programme d'action de Beijing (1995). Mise en œuvre de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing (1995) et des textes issus de la vingt-troisième session extraordinaire de l'Assemblée Générale (2000), Bamako : s.n, Juin 2014. p. p.22.
25. Monitoring, République Centrafricaine. Des violences basées sur le genre et des violences sexuelles p4. République Centrafrique : s.n. 2015. p. p4.
26. Rapport Québécois sur la violence et la santé. Conséquences de la violence conjugale sur les femmes 14 nov. 2017. Page 367.
27. Talibé Haidara ; 2020. Violences basées sur le genre : étude epidemio- clinique à l'unité one stop center de la commune V du District de Bamako 20M33. Page 88.
28. Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales, .Document de Politique Nationale sur l'Egalité des Chances, l'Equité et le Genre, .en RCI. : s.n. Avril 2009. Page 96.

29. Djelia Ly. Les violences faites aux femmes, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, dans la ville de Kaolack au Sénégal : sn., 2011. Maitrise.N : 928.
30. Aboubacar Mamadou TRAORE. Violences sexuelles : aspects cliniques en consultation gynécologique dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel Toure à propos de 115 cas, Bamako : s.n. 2002. p. p. 87. TOME xxv N° 3.
31. C.T. Cisse, M.M. Niang, A.K. SY, E.H.O. Faye, J.-C. Moreau : Aspects épidémio cliniques, juridiques et coût de la prise en charge des abus sexuels chez les mineurs à Dakar, Sénégal. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2015) 44, 825—831.
32. Faye Dieme ME, Traore AL, Gueye SMK, Moreira PM, Diouf A, MOREAU JC. Profil Epidémio clinique et prise en charge des victimes d'abus sexuels à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2008 ; (37) : 358- 364.
33. AHMAT B, HONDEGLA A, ABOUBAKARI AS et al. Aspects épidémio-clinique et prise en charge des agressions sexuelles chez les sujets 10. De sexe féminin à Lomé. African Journal of Reproductive Health 2013 Mars ; 17(1) :6.
34. MBAYE M, GUEYE M, GUEYE ND et al. Abus sexuels dans une zone reculée du sud du Sénégal : épidémiologie et prise en charge. La Tunisie Médicale 2013 ; 91(9) :499-504.
35. Laudat A. Lecourbe K. La recherche de spermatozoïdes sur réquisition. Ann Biol Clin 2008 ; 66 (5) : 577-80.
36. Boutin L. Prise en charge d'une victime d'agression sexuelle. Réal GynécolObstét 2001 ; 64 :32-6.
37. Diallo D., Cisse M.L., Thiam M., Thiam O., Gueye M., GUEYE M.D., DIOUF I.C., BA-SECK D., FAYE M., MOREAU J.C. Aspects épidémio-cliniques et prise en charge des agressions sexuelles à l'Hôpital Roi Baudouin de Dakar : à propos de 140 cas. Journal de la SAGO, 2017, vol.18, n°2, p. 17-20.
38. GANJI., 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

## 10 ANNEXES

### 2. FICHE D'ENQUETTE :

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

Date : .....

#### IDENTIFICATION

Code : .....

Adresse : .....

Age : .....

Sexe : .....

Q1 : Profession :.....

Q2 : Statut matrimonial :.....

Q3 : Motif d'admission : .....

#### ETUDE CLINIQUE

Type de VBG : 1-Viol 2-Agression sexuelle 3-Agression physique 4-Violence psychologique  
5-Autre (à préciser) :

#### 1- IOL

Q4 : Mode de pénétration : 1-vaginale 2-anale 3- buccale

Q5 : Nombre de rapport sexuel : Q6 : Ejaculation : 1-oui 2-non Q7 : Date de dernières règles

Q8 : Nombre d'heures passées depuis l'acte :

Q9 : Toilette vaginale et/ou corporelle : 1-oui 2- non.....

Q10 : Saignement génital : 1-oui 2-non Si oui préciser l'orifice du saignement

Q11 : Ecoulement : 1-oui 2-non Si oui préciser la nature de l'écoulement.....

Q12 : Lésion vulvaire : 1-oui 2-non Si oui préciser.

Q13 : Etat de l'hymen : 1-Dechiré 2-Intacte

Q14 : Etatdu vagin : 1-présence de lésion 2-absence de lésion.....

Q15 : Etat du col au spéculum : 1-présence de lésion 2-absence de lésion

Q16 : Etat du cul de sac de Douglas : 1-présence de lésion 2-absence de lésion

## **2- AGRESSION SEXUELLE**

Q17 : Attouchement : 1-oui 2-non 3-siège

Q18 : Caresse : 1-oui 2-non 3-siège

Q19 : Pénétration digitale ou avec objet : 1- : oui 2-non Si oui préciser l'objet :

Q20 : Attentat à la pudeur : 1-oui 2-non Q21 : Tentative de viol : 1-oui 2-non Q22 : Ejaculation : 1-oui 2-non

Q23 : Lésion(s) :1-oui 2-non Si oui nature(s) et siège :

## **3- AGRESSION PHYSIQUE**

Q24 :Matériel utilisé :1-Poing 2-Pied 3-Bâton 4-Fouet 5-Barre de fer 6-Couteau 7-Arme à feu 8-Autre : Q25 : Nature traumatisme

Q26 : Siège du traumatisme :

## **4- IOLENCE PSYCHOLOGIQUE**

Q27 : Nature du traumatisme psychologique : 1-Stress 2-Psychose 3-Délire 4- Dépression 5- Maniaque

**5- AUTRE TYPE DE VBG (à préciser) :**

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

Q28 : ECBU : Normale Pathologique Si pathologique préciser les germes..

Q29 : Test au BHCG : 1- Positif 2-Négatif

Q 30 : Echographie pelvienne : 1-Normale 2-Pathologique : Si pathologique préciser :

Q31 : Radiographie : 1-Normale 2- Pathologique Si pathologique préciser.....

Q32 : Scanner : 1- Normale 2-Pathologique Si pathologique préciser.....

Q33 : BW : 1-Normale 2-Pathologique

Q34 : Prélèvement vaginal : 1-Normal 2-Pathologique Q35 : Recherche de spermatozoïdes : 1-Présent 2-Absent Q36 : Sérologie HIV : 1-Positif 2-Négatif

Q37 : Sérologie HVB : 1-Positif 2-Négatif

Q38 : Sérologie HVC : 1-Positif 2-Négatif PRISES EN CHARGES 1-Prises en charges médical :

Q39 : Nature de soins : 1-Médicamenteux 2-Chirurgical (à préciser) : Q40 : Prévention de VIH : 1-oui 2-non Si oui préciser le médicament : Q41 : Prévention des IST : 1-oui 2-non Si oui préciser le médicament :

Q42 : Prévention de la grossesse : 1-oui 2-non Si oui préciser le médicament : 2- Prises en charges psycho-social :

Q43 : Psychothérapie : 1-oui 2-non 3-Prises charges sécuritaire :

Q44 : Hébergement : 1-oui 2-non

Q45 : Réquisition : 1-oui 2-non

Q46 : Policière : 1-oui 2-non 4-Prises en charges juridiques : 1-oui 2-non

Q47 : Condamné : 1-oui 2-non Q48 : Conseillé : 1-oui 2-non PRONOSTIC

Q49:1-Bon 2-Mauvais

EVOLUTION

Q50 : 1-Favorable2- Défavorable

Q51 : Réinsertion sociale : 1-oui 2-non

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom :** Traoré

**Prénom :** Issa Fabou

**Nationalité :** Malienne

**Email :** traoreistrafa95@gmail.com

Tel: 00223 71604785

**Titre de la thèse :** Prise en charge médicale des survivantes de «viol » à l'unité «One Stop Center » du 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 rétrospective transversale descriptive au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako sur les cas de Viol qui s'étend sur 3 ans allant du 1<sup>er</sup> juin 2020 au 30 Juin 2023. Durant cette période, Au total, nous avons enregistré 855 cas de violence basé sur le genre dont 167 cas de viol soit 19,53% de l'ensemble des violences basées sur le genre (VBG). L'âge moyen de nos survivantes était de 15 ans avec des extrêmes de 6 ans et 62 ans, 51,5% étaient des élèves/étudiantes et 86,9% étaient des célibataires. La pénétration dans le vagin a été rencontrée dans 92,2 % des cas et l'éjaculation dans 8,4%. La majorité des survivantes ont consulté dans les 72 heures après l'acte soit 54,5%. Le dosage des  $\beta$ HCG urinaires a été systématique et nous a permis de diagnostiquer neuf cas de grossesses confirmées par une échographie. Le dépistage systématique du VIH chez les survivantes n'a pas retrouvé de cas positif. Les antirétroviraux ont été donnés à toutes les survivantes à but préventif. L'administration de la pilule du lendemain dans le cadre de la contraception d'urgence a été réalisée chez 55,7% des survivantes.

**Mots clés :** Violences sexuelles, Survivantes, Bamako (MALI).

## **SERMENT D'HIPOCRATE**

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.

Admis 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 pas 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.

Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**JE LE JURE**