

Ministère des Enseignements
Secondaire Supérieur et de la
Recherche Scientifique
UNIVERSITÉ DE BAMAKO



République du Mali
Un Peuple – Un But – Une Foi

**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO – STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008

N°...../

Thèse

**LES ABUS SEXUELS AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE V
DU DISTRICT DE BAMAKO
A PROPOS DE 48 CAS**

Présentée et soutenue publiquement le/...../2008
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Par Mr : BEKAYE DRAME

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury

Président : Pr. Agrégé Alhousseïni Ag Mohamed

Membres : Dr. Niani Mounkoro

Dr. Oumar Moussokoro TRAORE

Directeur: Pr. Agrégé Mamadou TRAORE

DEDICACES

DEDICACES

« **BISMILLAH** **ARRAHAMANI** **ARRAHIM** »

Au nom de Dieu clément et miséricordieux.

Je dédie cette thèse à **ALLAH le tout puissant**.

Je te prie seigneur d'accepter ce modeste travail en témoignage de ma reconnaissance et de ma foi.

Fasses que je me souvienne toujours de toi et en toute circonstance et que mes derniers mots sur cette terre soient la prononciation de la « **Chahada** ».

En toi, je remets toute mon existence, tu étais là au début de ce travail, tu as guidé mes pas selon ta volonté. Tu es là à la fin de ce travail. Tu resteras toujours avec moi et avec les autres qui te louent.

Rien ne me manque, et je ne crains que toi. Acceptes, mon Dieu cet humble et modeste fruit de ta franche bonté et de ton immense amour.

Je profite de cette occasion solennelle, pour adresser mes vifs et sincères remerciements

A ma mère Zeïnab Mint Baní

Ta générosité, ton amour pour ton prochain, ton courage, ta modestie et ton humilité ont beaucoup contribué à la stabilité de notre famille. Ce travail est l'aboutissement de toutes les souffrances que tu as enduré pour nous. Ton amour pour nous, t'a poussé à d'énormes sacrifices.

Pour moi, chère mère, tu restes un exemple car les épreuves de la vie et singulièrement celle du mariage ne t'ont pas empêché de te battre pour l'éducation et surtout la réussite de tes enfants. Que tous tes vœux soient exaucés et que Dieu te donne une bonne santé et une longue vie pour admirer le fruit de tes efforts. AMEN !

A mon père Feu Mamadou DRAME :

Arraché très tôt de notre grande affection, tu es toujours dans nos cœurs comme si tu étais encore à nos côtés. Tu as été pour nous un exemple de courage et de justice. Tu nous as appris le sens de l'honneur, de la dignité, de la morale et du travail bien fait.

Que cette thèse m'offre l'occasion de me rendre digne de toi. Dors en paix cher père. Que Dieu te pardonne Amen.

A mes frères et sœurs Ibrahim, Boubou, Kadidia, Cheickné, Fatimata, Kader, Hawa

Pour tous les sacrifices que vous avez consentis, vos conseils ne m'ont jamais manqué tout au long de mes études.

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon affection. Que notre famille se maintienne et demeure plus que hier unie. Ce travail est le vôtre

A ma Femme Madame DRAME Kadidiatou FOFANA.

Votre soutien indéfectible et votre assistance tout au long de ce difficile parcours m'ont été d'un réconfort inoubliable. Toujours soucieuse pour la réussite de ce travail, trouves ici l'expression de ma tendresse et ma reconnaissance durable.

A mon Fils Mamadou

Pour l'amour paternel, soit rassuré de toute mon affection. Je te dis courage et bonne chance dans la vie.

A tous mes Parents, cousins, neveux, nièces

Seule une union forte et inaltérable nous fera surmonter tous les obstacles de la vie. Que le goût de l'effort de la volonté nous guide toujours. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude. Merci pour votre soutien.

A mes tantes, Oncles et cousins

Vos soutiens ne m'ont à aucun moment fait défaut. Accordez-moi l'occasion d'exprimer ma reconnaissance pour tout ce que vous avez fait pour moi

Vous qui m'avez toujours soutenu dans toutes les entreprises de la vie, tout mon attachement et toute ma disponibilité

A mes belles sœurs et belles familles à Nara, Ségou, Bamako

Pour vos concours, vos conseils et bénédictions. Trouvez – ici l'expression de mes sentiments de reconnaissance de ma profonde gratitude. Que ce travail soit un témoignage d'affection et de gratitude pour votre soutien. Ce jour est aussi le votre.

A tous mes amis qui sont de près ou de loin

Vous avez fait tous ce qu'on peut attendre d'un ami.

Je garderai les meilleurs souvenirs de votre franche amitié. Merci pour tous vos soutiens.

Aux personnels de l'hôpital de Kati et aux docteurs KEITA Konimba, Fadima TALL

Vos soutiens, conseils, encouragements et votre contribution de qualité humaine ne m'ont jamais fait défaut tout le long de mon séjour à l'hôpital de Kati. Que Dieu me donne la force de vous servir un jour.

A tout le personnel du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

La réalisation de ce travail est le fruit de votre accueil chaleureux, votre soutien constant, votre sympathie et votre franche collaboration. Soyez rassurés de ma profonde reconnaissance.

A tous mes camarades de promotions et internes et externes de l'hôpital de Kati et du CS Réf CV.

Dr Moulaye Cissé, Dr Sanogo, Dr Niaré, Dr Keïta Gaoussou, Dr Fané Gaoussou, Dr Mamadou F DIALLO Kader KOUMARE, Dr Sylvain DAKOUO, Jérôme KONE, Dr Sidiki TOGO, Dr Ezekiel KAMATE, Dr Cheick A T DIARRA, Dr Ibrahim MAIGA, Tenimba DEMBELE, Dr Amadou Bah, Kalifa Coulibaly, Gaoussou Keita, Mariam Cissé, Josué, Mamadou Bengaly, Samba Samaké.

Je vous souhaite courage et bonne chance dans la vie et surtout une bonne fin de thèse.

A tout le personnel de la F.M.P.O.S.

Le corps professoral de la FMPOS à qui, je dis merci pour la qualité de la formation reçue.

A la bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

A tous les malades du monde que leurs maux guérissent.

A tous ceux que je n'ai pas pu citer.

Pardonnez-moi pour cette omission sûrement involontaire.

A vous tous je dis merci

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Au Docteur Mohamed A. Traoré :

Notre séjour à vos côtés, nous a permis de découvrir vos immenses qualités d'hommes de science et de pédagogue éclairé. Vos multiples conseils et vos encouragements ne nous ont pas fait un seul jour défaut. Recevez ici, cher Docteur l'expression de toute notre admiration.

Au Docteur Saydou Malliam Thiam :

Dr, vous nous avez profondément touchés par vos marques d'intérêt. Vous nous avez appuyés à chaque étape de ce travail afin qu'il puisse être mené à son terme. Recevez ici, cher Docteur l'expression de notre profonde gratitude.

Docteur TRAORE Soumana Oumar

Gynécologue accoucheur au Centre de Santé de Référence de la Commune V.

Nous vous avons connu lors de nos stages au service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V.

Homme de principe et de rigueur, vos qualités professionnelles et humaines, en particulier votre dévouement pour les malades font de vous un exemple à suivre.

Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

HOMMAGE
AUX
MEMBRES DU JURY

Aux Membres du Jury

A notre maître et président du jury :

Professeur Alhousseïni AG MOHAMED

Professeur d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale.

Chef du service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du CHU Gabriel Touré.

Président de l'ordre national des médecins du Mali.

Président de la société malienne d'ORL

Chevalier de l'Ordre National du Mali

Chevalier de l'Ordre National du Sénégal

Ancien vice-doyen de la FMPOS

Merci d'avoir accepté malgré vos multiples occupations de présider le jury de ce travail.

Nous apprécions en vous l'homme de science modeste et calme. Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font que nous sommes fiers d'être vos élèves. Aussi nous avons été émerveillés par vos éminentes qualités humaines, de courtoisie et de sympathie.

Nous vous prions, cher maître de bien vouloir trouver ici l'expression de notre grand respect et de nos vifs remerciements.

A notre maître et juge de thèse :

Docteur Niani MOUNKORO

**Gynécologue Accoucheur au Centre Hospitalier Universitaire de
l'Hôpital Gabriel Touré.**

Maître Assistant à la FMPOS

Votre présence ici témoigne de l'intérêt que vous accordez à ce travail.

Votre maîtrise du métier, votre sens élevé du travail bienfait et votre
sens de responsabilité mérite une admiration.

Nous vous remercions sincèrement.

A notre Maître et juge :

- **Docteur Oumar Moussokoro TRAORE**
- **Spécialiste en gynécologie obstétrique**
- **Praticien dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V.**

Cher Maître

Immense fut notre joie lors que vous avez accepté avec simplicité et surtout avec beaucoup d'humilité de juger ce travail.

Votre sens de l'humanisme, et la force de votre caractère font de vous un maître prestigieux, respecté et aimé de tous.

Que ce travail puisse être l'occasion pour moi de vous exprimer toute ma reconnaissance et mon profond attachement.

Que Dieu vous donne longue vie.

A notre Maître et Directeur de Thèse
Professeur Agrégé Mamadou TRAORE.
Professeur Agrégé de Gynécologie Obstétrique.
Secrétaire Général Adjoint de la Société Africaine de Gynécologie
Obstétrique (SAGO).
Membre du Réseau malien de lutte contre la Mortalité Maternelle
Médecin-chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V.

Cher Maître

Nous sommes très heureux de votre succès au CAMES pour obtenir le Grade de Professeur agrégé en Gynécologie Obstétrique. Nous nous réjouissons de la confiance que vous placez en nous acceptant comme élèves. Vous nous avez inspiré le sujet de cette thèse et apporté toutes les corrections nécessaires.

Vous êtes resté toujours disponible et c'est le moment de vous rendre cet hommage mérité.

Durant notre stage effectué auprès de vous, nous avons pu apprécier et admirer le maître que vous êtes, et nous ne cesserons jamais d'évoquer votre compétence, vos qualités scientifique et humaine.

Cher maître, votre réussite au CAMES n'est qu'une partie de la récompense de votre détermination et votre engagement pour le travail bien fait.

Puisse Dieu vous donner longue vie, pleine de santé pour notre formation, mais aussi pour la santé de la population en générale et celle de la femme en particulier. Amen !

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION	1-3
II- OBJECTIFS	4
III- GENERALITES	5-22
IV- METHODOLOGIE	23-25
V- RESULTATS	26-35
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	36-40
VII- CONCLUSION	41
VIII- RECOMMANDATIONS	42-43
IX- REFERENCES	44-47
X- ANNEXES	48-52

INTRODUCTION

La violence sexuelle pose un sérieux problème de santé publique qui concerne des millions de personnes dans le monde chaque année.

L'agression sexuelle se définit, selon le code pénal Malien, comme étant toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise sur la personne d'autrui. Il s'agit d'un crime puni par les lois en vigueur dans presque tous les pays du monde.

Actuellement on préfère utiliser le terme « d'abus sexuel », qui semble moins restrictif que celui d'agression sexuelle. Les abus sexuels constituent une entité des violences faites aux femmes. Le concept de violences faites aux femmes comporte en plus des agressions sexuelles, les violences physiques, les mutilations génitales féminines et les mariages forcés qui constituent une privation des libertés des femmes. Cependant les abus sexuels, contrairement à la croyance populaire, ne sont pas le propre du genre féminin. En effet plusieurs cas d'abus sexuels commis sur des garçons ont été rapportés surtout en Europe, qu'il s'agisse d'abus dans les prisons ou d'attouchements sur de jeunes garçons.

Chaque année aux Etats-Unis, environ 32000 grossesses surviennent au décours d'une agression sexuelle [17, 29]. Les dernières études du CDC Atlanta (2004) portant sur les violences infligées aux enfants, retrouvent 15% d'agressions sexuelles et 45% de violences physiques, donc une tendance vers la pédophilie [9]. Les dernières assises de Women vision tenues en Octobre 2005 en Ouganda sur la maltraitance subie par les femmes rapportent les mêmes conclusions [30]. En France, selon Diamant Berger, plus de 2300 viols sont répertoriés chaque année [6].

Les abus sexuels semblaient plus fréquents en Europe qu'en Afrique, mais ces dernières années, les cas d'abus sexuels rapportés en Afrique sont de plus en plus nombreux, et se caractérisent par la difficulté de leur prise en charge du fait de la rareté des structures spécialisées dans ce domaine [19]. En effet le viol fait parti des crimes les moins rapportés du fait des caractéristiques socioculturelles de notre société. Les quelques études africaines retrouvées relèvent soit des cas rapportés dans des écoles comme en Afrique du Sud (5%) ou ceux rapportés par les tribunaux comme au Rwanda (15%).

Si les causes exactes des abus sexuels ne sont pas encore déterminées, certains facteurs favorisant ou de risque ont pu être identifiés.

Il s'agit entre autres :

- du manque de communication entre les parents et leurs enfants,
- des conditions socio-économiques médiocres,
- de la désorganisation familiale (divorce, parents célibataires),
- du jeune âge des parents, ou d'antécédents d'abus chez les parents [18].

D'autres facteurs classés comme « **protecteurs** » sont :

- la stabilité de la famille,
- l'expérience des parents,
- le respect des règles familiales par les enfants et, le niveau socio-économique acceptable [11].

Les agressions sexuelles sont devenues actuellement un véritable fléau dans nos sociétés et la plupart des données disponibles sous-estiment l'ampleur du phénomène. Les séquelles psychiques des abus sexuels sont peu ou pas étudiées alors qu'elles sont déterminantes pour l'équilibre et le comportement social ultérieur des victimes. En effet les cliniciens sont souvent beaucoup plus préoccupés.

La recrudescence des infections sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA renforce la préoccupation que constituent actuellement les agressions sexuelles.

Tous ces aspects font l'intérêt de ce sujet même si le rôle du gynécologue est un appoint à celui du psychologue ou du psychiatre car la prise en charge doit être pluridisciplinaire.

Il nous a paru utile d'entreprendre une étude sur les abus sexuels dans le but de mieux connaître leur fréquence au niveau du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

OBJECTIFS

On se propose les objectifs suivants:

1- Objectif général :

Etudier les abus sexuels adressés au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

2- Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des abus sexuels au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.
- Préciser les caractéristiques sociodémographiques des patientes victimes d'abus sexuels,
- Décrire les lésions observées chez les patientes victimes d'abus sexuels.
- Analyser la prise en charge thérapeutique.
- Faire des recommandations.

GENERALITES

I. Définitions :

Les abus sexuels entrent dans le cadre général des violences sexuelles. Ils englobent plusieurs concepts : le viol, l'attentat à la pudeur, l'attouchement, l'outrage public, le harcèlement sexuel.

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

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

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

Le harcèlement sexuel consiste en une violence morale exercée sur la personne d'autrui, sur le lieu de travail.

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

II. Epidémiologie

La fréquence est diversement appréciée dans la littérature Africaine ou mondiale du fait de la rareté des études hospitalières sur le sujet.

Les violences sexuelles affectent des millions de femmes dans le monde par an. Ce taux des abus sexuels a doublé entre 2002 et 2004 aux Etats-Unis [12] passant de 34% à 69% de la population générale tous sexes confondus ; Les données rapportées dans la littérature sont disparates et proviennent des cas rapportés par la police, des structures de santé, des organisations internationales et des centres de recherche. Le département de la justice aux Etats Unis en 2003 a rapporté que 39% de cas d'abus ont été commis sur des femmes au courant de l'année 2002. Le département de santé des enfants aux Etats-Unis en 2005 rapporte que 2/1000 enfants reçus dans les structures de

protection des enfants sont victimes d'abus sexuels, et dans 6% des cas il s'agit des cas d'étudiants [4].

Les études Africaines font surtout état de cas survenus dans des écoles comme en Afrique du Sud (5%), ou ceux rapportés par les tribunaux comme au Rwanda (15%) [30], car les abus sexuels ne sont pas adressés systématiquement aux structures de santé.

III. Rappel anatomique :

1. Le Périnée de la femme :

Le périnée est l'ensemble des parties molles situées au dessous du diaphragme pelvien. Dans la terminologie obstétricale courante, le périnée se limite à la région comprise entre l'anus et l'orifice vaginal. C'est la région la plus intéressée par les déchirures.

En station verticale le périnée est une fente comprise entre l'extrémité supérieure des cuisses se prolongeant en avant par le pubis et en arrière le sillon inter fessier.

En position gynécologique : forme losangique à grand axe antéro postérieur dont les angles sont définis par symphyse pubienne en avant, le coccyx en arrière, les tubérosités bi ischiatiques latéralement.

La ligne bi ischiatique le divise en deux régions :

- En avant le périnée urogénital (diaphragme urogénital)
- En arrière le périnée anal.

Nous allons distinguer trois plans : le plan superficiel, le plan moyen, le plan profond.

➤ **Le plan superficiel ou étage inférieur du périnée**

Constitué par la couverture cutanée (antérieure et postérieure), les corps érectiles et les muscles.

- La couverture cutanée antérieure est une peau élastique fine pigmentée, recouverte de longs poils avec la fente vulvaire dans la région médiane bordée des grandes lèvres.

- La couverture cutanée postérieure épaisse mobile vers la région fessière, fine, pigmentée vers la marge de l'anus qui est située sur la ligne médiane. L'anus est à 20-25 mm de la pointe du coccyx.
- Les corps érectiles que sont les bulbes vestibulaires (similaires au corps spongieux masculin) au nombre de deux, les corps caverneux ou piliers du clitoris au nombre de deux également, les glandes vestibulaires majeures (glandes de Bartholin).
- Les muscles : il s'agit, des muscles ischio-caverneux, bulbo-spongieux, transverse superficiel, constricteur de la vulve, ischio-bulbaire, recto-vaginal, et le sphincter externe de l'anus.

➤ **Le plan moyen ou étage moyen**

Contient le diaphragme urogénital constitué de deux muscles : le sphincter externe de l'urètre et le muscle transverse profond.

➤ **Le plan profond ou étage supérieur**

Contient le diaphragme pelvien constitué de deux muscles : le muscle élévateur de l'anus ou releveur de l'anus et le muscle coccygien.

Le centre tendineux du périnée est un coin fibro-conjonctif sur la ligne médiane où les muscles fixent une de leur insertion.

La vascularisation artérielle du périnée est assurée par les artères honteuses internes, vésicale inférieure, obturatrice et sacrale latérale.

L'innervation, est assurée par des filets issus d'un rameau du troisième nerf sacral accompagnés par des fibres de la deuxième ou quatrième racine sacrale.

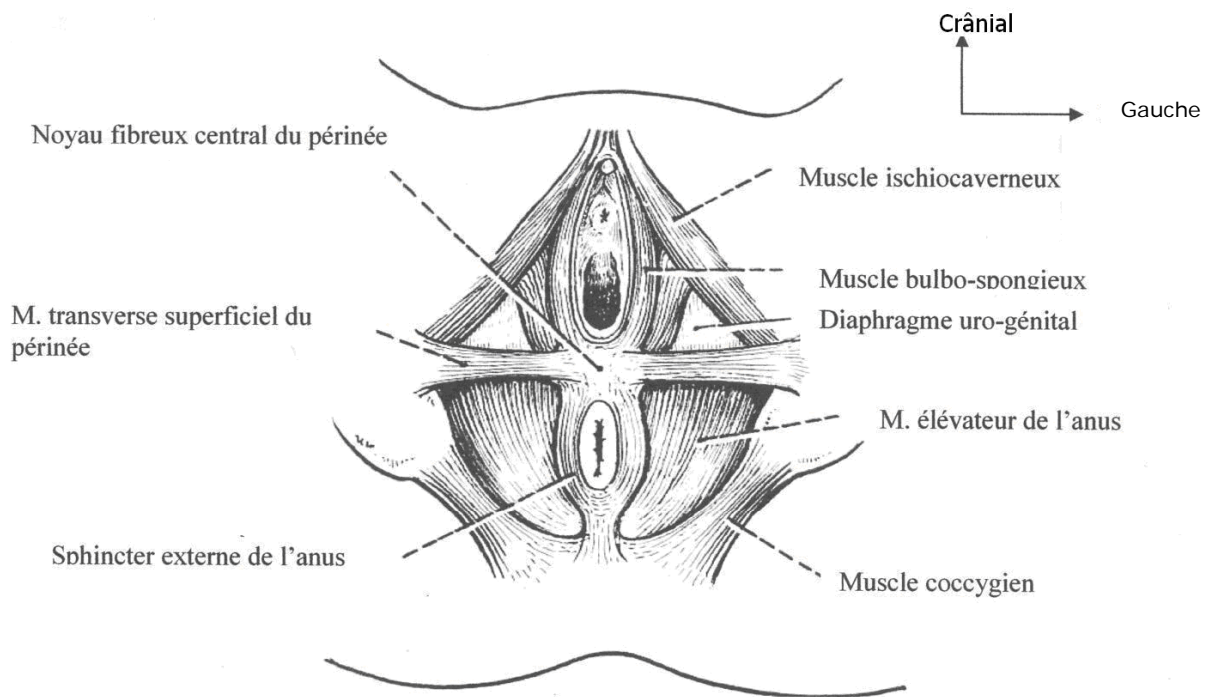


Figure 1 : les muscles du périnée(P. KAMINA)

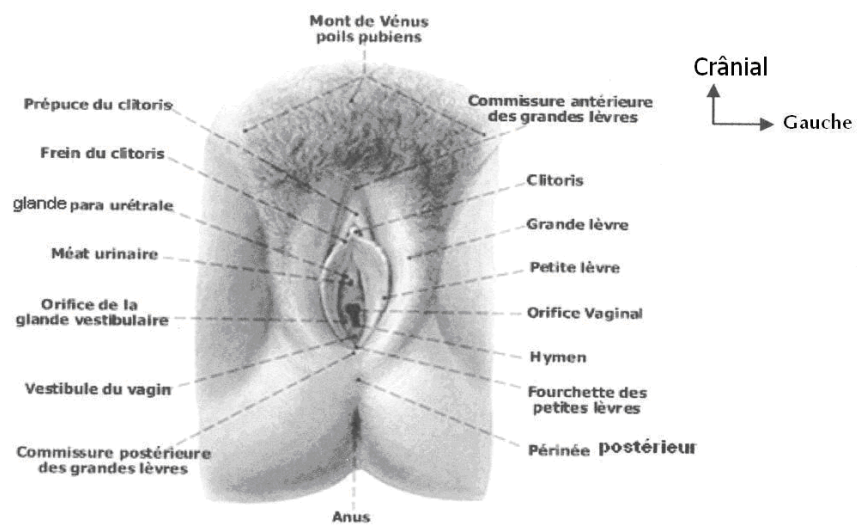


Figure 2 : coupe sagittale de la vulve(P. KAMINA)

2. Le vagin :

Le vagin est un conduit musculo-membraneux qui s'étend de l'utérus à la vulve.

Il est compris entre la vessie et l'urètre en avant et le rectum en arrière.

Il se fixe sur le col en haut. En bas, la limite entre le vagin et la vulve constitue l'hymen chez la femme vierge.

La surface interne du vagin est le siège de plis transversaux ou rides vaginales qui sont des épaissements de la muqueuse vaginale et des crêtes longitudinales ou colonnes des rides qui sont des zones érogènes.

Le vagin est constitué de trois tuniques :

- L'adventice, qui est une dépendance du fascia pelvien, est blanchâtre et conjonctive ;
- La musculuse est épaisse, rougeâtre, constituée de fibres musculaires lisses disposées en deux plans (superficiel et profond),
- La muqueuse est composée d'un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé et d'un chorion sous jacent. Avant la puberté, l'épithélium est plus ou moins atrophié.

La vascularisation du vagin et de la vulve est assurée par :

- L'artère utérine qui donne des rameaux cervico-vaginaux et vésico-vaginaux irriguant le segment supérieur des faces antérieures et postérieures ;
- L'artère vaginale qui naît directement de l'artère iliaque interne ou d'un tronc commun avec l'utérine ou la rectale moyenne ; ses branches abordent le vagin dans son segment moyen, s'anastomosent entre elles sur les faces antérieures et postérieures sur la ligne médiane pour donner l'artère Azygos du vagin ;
- L'artère rectale moyenne donne des rameaux au segment inférieur de la face postérieure.

Le drainage veineux se fait vers les veines utérines en arrière, les veines rectales en haut et les veines honteuses internes en bas.

Le drainage lymphatique se fait vers le réseau péri vaginal en trois pédicules efférents : un supérieur, moyen et inférieur.

L'innervation est assurée par des nœuds iliaques internes et le nerf honteux interne.

3. L'hymen :

Chez la femme vierge, le vagin et la vulve sont séparés par une membrane fine qui disparaît le plus souvent lors du premier coït complet : c'est l'hymen.

Il s'agit d'une charpente conjonctive constituée de vaisseaux, de nerfs, de quelques fibres musculaires lisses et une muqueuse vaginale.

L'hymen est un réseau muqueux incomplet ; septum transversal anatomique spécifiquement humain, placé horizontalement chez le sujet en station debout. Il est de résistance variable. On distingue trois types d'hymen selon Testut [28] :

- L'hymen semi-lunaire ou arciforme : ou arciforme : formé d'un croissant à concavité antérieure dont le bord convexe adhère à la paroi postérieure et aux bords latéraux du vagin;
- L'hymen annulaire : formé d'une membrane percée d'un trou ; lorsqu'il existe de multiples orifices ponctiformes : on parle d'hymen cribriforme,
- L'hymen labié qui présente une fente antéropostérieure séparant les deux lèvres latérales. Lorsque les lèvres sont dentelées, on parle d'hymen en frange.

Le sillon vulvo-hyménal ou nympho-hyménal sépare le bord adhérent des petites lèvres. Les modifications de l'hymen au cours de la copulation sont variables et sont fonction de sa forme et de sa consistance. Au premier coït complet, l'hymen se rompt dans la majorité des cas avec saignement minime et douleur, les lambeaux cicatrisés donnent des caroncules hyméneaux. Parfois il se dilate seulement sans

rupture ni saignement : on parle d'hymen extensible, élastique ou hymen tolérant. Ils sont aussi appelés « hymens complaisants des légistes ». Parfois l'hymen peut être rigide et infranchissable nécessitant une résection chirurgicale partielle ou totale.

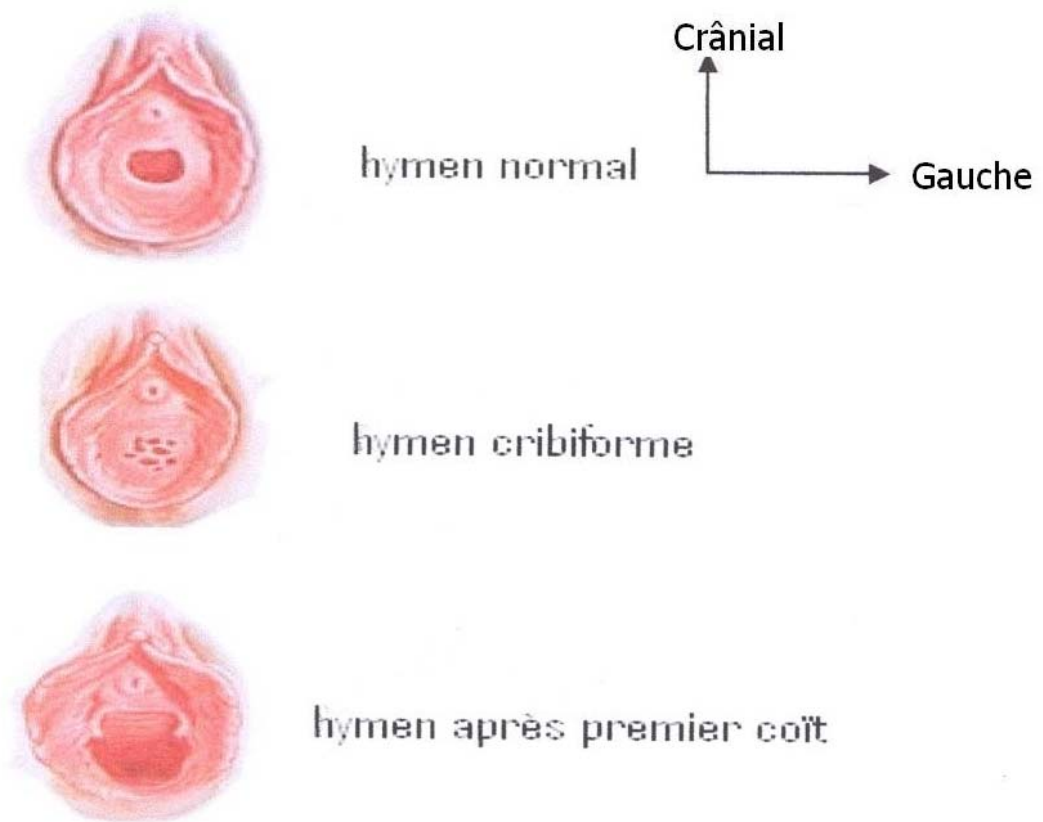


Figure 3 : différents types d'hymen

V. Etude clinique :

1. Les circonstances de découverte :

La victime d'abus sexuel peut venir en consultation spontanément, sur demande des parents quand elle est mineure ou au décours d'une grossesse, à la suite d'une réquisition judiciaire après plainte ou infanticide, ou référée par une autre structure de santé.

2. L'accueil :

Il constitue la première étape de cette prise en charge. L'agent de santé responsable de l'accueil des victimes d'abus sexuels et de leur famille doit s'efforcer de mettre la victime en confiance, de l'aider à surmonter cette période difficile de sa vie. En effet le viol est considéré comme étant le seul crime dans lequel « c'est à la victime de prouver son innocence ».

La victime pourra ainsi s'exprimer plus facilement de manière précise. Cette étape est un élément essentiel dans le processus de prise en charge de la patiente.

3. L'interrogatoire :

C'est une étape capitale et déterminante dans la prise en charge ; il doit se faire avec tact et douceur. Il ne doit pas s'attarder sur les circonstances de l'agression au risque de réveiller des souvenirs douloureux pouvant constituer un frein au reste de la narration des faits.

Cet interrogatoire vise quatre objectifs :

- Il va d'abord déterminer les circonstances de l'agression :
 - le lieu,
 - l'heure,
 - la notion de violence physique, de menace avec ou sans arme,
 - le nombre d'assaillants,
 - les liens éventuels entre l'agresseur et la victime ou sa famille, et

- le type de contact sexuel (attouchements, contact génito-génital avec ou sans pénétration).
- Il va ensuite préciser les gestes et l'attitude de la victime après l'abus sexuel tout en sachant qu'il existe souvent un « réflexe de bassin », car l'abus est toujours considéré comme une souillure.
- Il précise aussi les signes fonctionnels rapportés par la victime (douleur, saignement, leucorrhées).
- L'interrogatoire permet enfin de recueillir les antécédents gynécologiques et obstétricaux pour déterminer :
 - La date des dernières règles à la recherche d'une aménorrhée antérieure à l'acte et pour préciser la période du cycle menstruel,
 - La date éventuelle du dernier rapport sexuel,
 - Une notion de contraception en cours,
 - Le nombre de grossesse et d'accouchement.

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

4. L'examen physique :

4.1. L'examen général :

L'examen de la femme victime d'abus sexuel doit se faire en présence d'un parent si la victime est une mineure, ou d'une sage-femme si la victime est majeure. L'essentiel de la prise en charge des abus sexuels repose sur son volet psycho émotionnel, d'où la nécessité d'un accompagnement psychologique de la victime et de sa famille. Il doit se faire avec tact et douceur.

L'examen doit être effectué le plus précocement possible par rapport à l'abus et doit être complet. Les lésions doivent être décrites avec la plus grande précision.

Il comporte la prise des constantes comme le poids, la taille, la tension artérielle le pouls radial et la température axillaire ou centrale (buccale ou rectale). Il faut examiner le linge de corps que la victime portait au moment des faits à la recherche de déchirures, de souillure par du sang et/ou du sperme.

A l'inspection de la victime d'abus sexuels, des traces de traumatisme sont recherchées, sur tout le corps.

Elles peuvent être à type :

- de contusions,
- d'érosions,
- de blessures, et
- d'ecchymoses qui peuvent être sur peau claire,
- rouges livides, quand elles sont récentes,
- noires, quand elles datent de 2-3 jours,
- bleues, quand elles datent de 3-6 jours,
- vertes, quand elles datent de 7-12 jours,
- jaunes, quand elles datent de 12-17 jours.

Ces lésions traumatiques disparaissent habituellement au bout de 25 jours.

Il faut systématiquement rechercher des produits étrangers sur le corps tels que des cheveux ou des poils et les prélever.

4.2. L'examen gynécologique :

Il se fait avec tact et douceur sur une table gynécologique avec une source lumineuse. Les différents temps de l'examen sont expliqués à la patiente avec un counseling avant, pendant et après l'examen. La patiente est ainsi mise en confiance, ce qui permet un examen plus aisé.

- **L'inspection :**

Elle apprécie les caractères sexuels secondaires de la malade suivant la classification de Tanner.

Les seins sont classés en cinq (5) stades.

S1 : absence de tout développement mammaire,

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

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

S4 : apparition du sillon sous mammaire,

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

La pilosité pubienne comporte 5 stades

P1 : absence de pilosité pubienne,

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

P3 : pilosité dépasse la symphyse pubienne,

P4 : pilosité adulte, limitée au mont de vénus,

P5 : pilosité adulte atteignant les cuisses.

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

- **L'examen de l'hymen :**

Il a pour objectif de vérifier l'intégrité de l'hymen. Il peut se faire à l'aide d'une sonde à ballonnet ou d'un toucher rectal.

- **La technique de Dickinson et Dargent :**

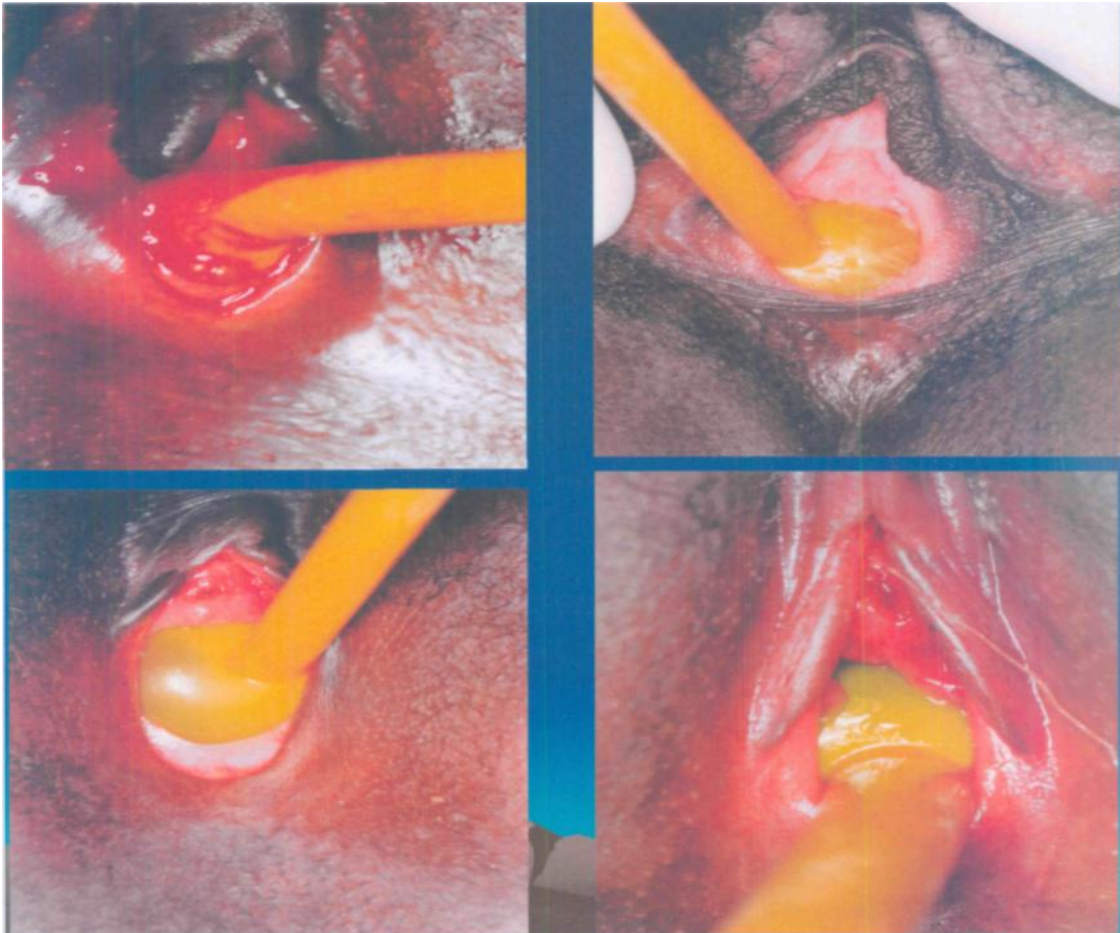


Figure 4 : Examen de l'hymen selon la technique de Dargent et Dickinson.

Cette technique comporte plusieurs temps. Après avoir installé en douceur la patiente en position gynécologique, il faut écarter les grandes et petites lèvres avec la main libre. On introduit la sonde de Foley à travers l'orifice hyménéal, le ballonnet est gonflé dans le vagin soit avec une solution de sérum salé isotonique ou avec de l'air. Ensuite on retire la sonde en exerçant une traction douce sur la sonde selon les quatre points cardinaux.

Cette technique de Dargent et Dickinson [5] permet d'exposer l'hymen pour un examen plus complet et détaillé, et de retrouver d'éventuelles déchirures tout en précisant leur siège.

- **Le Toucher rectal** :

Il permet d'étaler la cloison recto-vaginale et de rechercher des déchirures au niveau de l'hymen.

Au terme de cet examen, l'hymen peut se révéler : intact, ou présenter une ou des déchirure (s), dont il faut préciser l'ancienneté et le caractère complet ou incomplet.

Le siège des lésions doit être décrit sachant que le plus souvent les lésions siégeant à 5h ou 7h revêtent un caractère médico-légal. Ces lésions cicatrisent au bout de 5 jours.

L'hymen peut être intact même après un viol lorsqu'il est dilatable ou complaisant.

- **L'examen au spéculum** :

Il va préciser :

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

- **Le toucher vaginal** :

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

- **Le toucher rectal :**

Il permet d'apprécier la tonicité du sphincter anal et permet de rechercher des fissures, des irritations, ou des ulcérations de la région anale.

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

Cet examen physique doit être complété par une consultation en pédopsychiatrie s'il s'agit d'une fillette, ou en psychiatrie si la victime est majeure.

5. Examens complémentaires :

5.1- Bactériologie et biochimie :

Cette étude nécessite :

- un prélèvement vaginal et au niveau de l'endocol à la recherche de germes banals et de germes intracellulaires (chlamydiae et mycoplasmes) ;
- les sérologies chlamydiae, mycoplasme et syphilitique ;
- le dosage plasmatique de l'unité bêta de l'hormone chorionique gonadotrophine (HCG) à la recherche d'une grossesse débutante.

5.2- Cytologie :

Les prélèvements sont faits par écouvillonnage du cul-sac vaginal postérieur, de l'exocol, de l'endocol, et parfois au niveau buccal et anal.

Ces prélèvements doivent parvenir au laboratoire de cytologie dans les six heures qui suivent. Ils permettent de rechercher des spermatozoïdes.

5.3- Virologie :

Les sérologies VIH1 et VIH2, la recherche de l'antigène HBS doivent être réalisées systématiquement.

5.4- Autres prélèvements :

Ils peuvent être réalisés si nécessaire :

- dosage de toxiques tels l'alcool et les barbituriques et/ou,
- biologie moléculaire pour l'analyse de débris (terre, paille), chair et poils à la recherche de l'ADN de l'agresseur en vue de son identification.

6- Conduite à tenir :

6.1- But :

Le but de cette prise en charge est multiple. Il s'agit de :

- Faire un diagnostic correct par un examen clinique complet,
- Assurer une prise en charge précoce et adéquate des lésions éventuelles, et
- Assurer une assistance psychologique à la victime et à ses parents.

6.2- Moyens :

- **Moyens médicamenteux :**

Les antibiotiques : la doxycycline dosée à 200 mg chez les adultes et l'amoxicilline chez les enfants selon leurs poids.

Les antirétroviraux en trithérapie dans l'attente de la sérologie rétrovirale de l'agresseur. Les médicaments utilisés sont : le combine ® l'AZT, la viramune ® sous forme de comprimé dosé à 200 mg pendant un mois.

Les contraceptifs les plus utilisés sont les contraceptifs oraux combinés (Ethinylœstradiol 50 gamma associé à du levonorgestel) : 4 comprimés en 2 prises espacées de 12 heures, ou les progestatifs purs (le Levonorgestel ou Norlevo ® dosé à 750µg : 2 comprimés en deux prises espacées de 12 heures.

Le dispositif intra-utérin peut aussi être utilisé comme moyen de contraception en urgences. Il sera mis en place dans les 72 heures qui

suivent les rapports sexuels supposés féconds. Il joue en réalité plus un rôle de gestation que de contraception.

- **Moyens chirurgicaux :**

Les moyens chirurgicaux les plus utilisés dans ce contexte sont la périnéorrhaphie et la suture d'éventuelles déchirures vulvo-vaginales.

- **Psychothérapie de soutien :**

La patiente doit être référée à un spécialiste (psychologue ou psychiatre) afin d'assurer un soutien psychologique immédiat.

6.3- Indications :

Chez les patientes en période d'activité génitale, il faut systématiquement une contraception d'urgence dans les 72 heures ou dans les 120 heures qui suivent les rapports sexuels.

La prévention des IST se fait par l'administration systématique de la doxycycline dosée à 200 mg en raison de 200 mg par jour pendant 7 jours.

Il faut prévenir l'infection à VIH dans les 48 heures qui suivent l'agression par la trithérapie associant la lamivudine, la zidovudine et la névirapine pendant 1 mois.

L'administration des antiseptiques vaginaux est fonction des résultats du prélèvement vaginal.

Le traitement chirurgical est réservé aux cas de traumatismes avec lésions chirurgicales.

La prise en charge psychologique doit être systématique chez toutes les patientes.

6.4- Rédaction du certificat ou rapport médical :

C'est un document médico-légal. Il se fait soit sur demande de la victime, ou sur réquisition des autorités judiciaires.

Il doit être précis, descriptif, les mots seront mis au conditionnel et on se gardera de faire des commentaires sur les faits.

Il doit être remis aux autorités ou à la victime.

METHODOLOGIE

1. Cadre de l'étude :

Le Centre de santé de Référence de la Commune V du district de Bamako, a constitué le cadre de notre étude.

Le Centre de santé de Référence de la Commune V reçoit les références/évacuations en provenance des CSCOM et PMI Badalabougou.

Organisation structurale :

Le service de gynéco-obstétrique comporte :

- Une salle d'accouchement avec 4 tables d'accouchement ;
- Une unité de suites de couche, grossesses à risque et pathologies gynécologiques ;
- Une unité pour le PEV (Programme Elargi de Vaccination) ;
- Une unité post-opérée ;
- Une unité de néonatalogie ;
- Une unité de PF (Planification Familiale) ;
- Une unité d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) ;
- Une unité bloc opératoire ;
- Une unité pour les consultations prénatales.

Le centre est dirigé par un Professeur Agrégé en Gynéco-Obstétrique.

Fonctionnement :

Les consultations prénatales sont journalières.

Le service est doté de deux ambulances assurant la liaison entre le centre de santé de référence de la commune V et les CSCOM, les CHU du Point G et du Gabriel Touré, du CNTS.

Au niveau organisationnel du service de garde :

L'équipe dispose de :

- Quatre tables d'accouchement ;
- Deux salles d'opération ;
- Un dépôt de sang ;
- Des kits de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences gynécologiques et obstétricales. Ce kit financé sur fonds propres du centre est remboursé par les patientes après la prise en charge.

- Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8 heures 15 minutes réunissant le personnel du service et est dirigé par le Chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures durant.
- Il y a 4 jours de consultations externes, quatre (4) jours de programme opératoire en dehors des urgences durant la semaine.

Une visite est faite tous les jours et les visites générales ont lieu les Mardis et les Jeudis après le staff.

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective et descriptive.

3. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée sur 12 mois de 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007.

4. Critère d'inclusion :

Seules ont fait partie de notre étude les patientes répondant aux critères suivants :

- ❖ Etre reçue en consultation ou en urgence au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako pour abus sexuels ;

- ❖ Etre traitée au centre de santé de référence de la commune V pour abus sexuel.

5. Critère de non inclusion :

Toute patiente chez qui le motif de consultation était autre que l'abus sexuel.

6. Echantillonnage :

L'étude a concerné 48 dossiers de victimes adressées pour abus sexuel sur un total de 38196 patients reçus en consultation et /ou en urgence au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

7. Variables étudiées :

Pour chaque cas, les variables suivantes ont été analysées : l'âge, les antécédents obstétricaux, lieu de résidence, le mode d'admission, Le lieu de l'agression, le moment de l'agression, le comportement des victimes après l'abus sexuel, les lésions génitales, les résultats du bilan para clinique ainsi que les traitements administrés.

8. Support des données :

Nos sources de données ont été :

- ❖ les dossiers d'observation des patientes ;
- ❖ le registre de consultation du service ;
- ❖ les réquisitions.

9. Saisie et analyse des données :

Les données ont été recueillies sur des fiches d'enquête et analysées par le logiciel EPI info 6.04 fr.

10. Les contraintes et limites de l'étude :

Les limites de cette étude ont été le manque de documents adaptés, l'absence de suivi psychologique et l'absence d'informations sur le devenir des patientes.

RESULTATS

I. Aspects épidémiologiques :

1. Fréquence :

Nous avons colligé 48 cas d'abus sexuels parmi les 38196 patientes reçues en consultation gynécologique ou en urgence pendant la période d'étude soit une prévalence de 0,12%.

2. Age :

Tableau I : Répartition des victimes selon l'âge

Age (ans)	Effectif	Pourcentage
6 – 17 ans	35	72,92
18 – 26 ans	13	27,08
Total	48	100

Age extrême : 6-26 ans

Ecart type : 4,143 ; **Moyenne d'âge** : 15,167

3. Antécédents gynéco-obstétricaux :

Tableau II : Répartition de l'effectif selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Nulligeste	42	87,50
Pauci geste	6	12,50
Total	48	100

Tableau III : Répartition de l'effectif selon la parité.

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	44	91,70
Pauci pare	4	8,30
Total	48	100

4. Lieu de résidence :**Tableau IV** : Répartition de l'effectif selon la résidence.

Résidence	Effectif	Pourcentage
Commune V du District	44	91,66
Hors de la commune V	2	4,17
Hors de Bamako	2	4,17
Total	48	100

II. Circonstance de l'abus sexuel :

1. L'heure de l'abus sexuel :

Tableau V : Répartition de l'effectif selon l'heure de l'abus sexuel.

Heures	Effectif	pourcentage
Non précisée	13	27,08
8H00 -17H 00mn	8	16,67
17H00 -00H	25	52,08
00H -8H 00mn	2	4,17
Total	48	100

2. Lieu de l'abus sexuel :

Tableau VI : Répartition de l'effectif selon le lieu de l'abus sexuel.

Lieu de l'abus sexuel	Effectif	Pourcentage
Endroits inhabités	33	68,75
Domicile	10	20,83
Ecole	3	6,25
Non précisé	2	4,17
Total	48	100

3. Le nombre d'agresseurs :

Tableau VII : Répartition de l'effectif selon le nombre d'agresseurs

Nombre d'agresseurs	Effectif	Pourcentage
1	32	66,66
2	5	10,42
≥ 3	10	20,84
Non précisé	1	2,08
Total	48	100

4. Type de contact sexuel

Tableau VIII : Répartition de l'effectif selon le type de contact sexuel.

Type de contact	Effectif	pourcentage
Caresses	1	2,00
Pénétration génito-génitale	39	81,30
Attouchements sexuels	8	16,70
Total	48	100

5. Notion de port de préservatif :

Le préservatif a été utilisé par l'agresseur chez deux patientes seulement.

6. Délai de consultation :

Tableau IX : Répartition selon le délai de consultation.

Délai (en jours)	Effectif	Pourcentage
<1 jour	15	31,25
1-7 jours	25	52,08
8-15 jours	3	6,25
15-30 jours	0	0,00
>30 jours	5	10,42
Total	48	100

7. Liens entre la victime et son agresseur :

Tableau X : Répartition de l'effectif selon le lien entre la victime et l'agresseur.

Liens	Effectif	Pourcentage
Aucun lien	32	66,66
Connaissance	4	8,34
Entourage familial	12	25,00
Total	48	100

8. Attitude de la victime après abus sexuel :

Tableau XI : Répartition de l'effectif selon l'attitude des victimes après l'abus sexuel.

Attitude	Effectif	Pourcentage
Changement d'habits	21	43,75
Douche	8	16,66
Toilette intime	3	6,26
Rien	16	33,33
Total	48	100

II. Aspects cliniques, para cliniques et thérapeutiques :

1. Mode d'admission :

Ici toutes les patientes ont été admises en consultation sur une réquisition de l'autorité policière

2. Statut gynécologique et obstétrical :

Quatre de nos patientes soit 8,33% étaient en période pré pubertaire. Quatre patientes étaient enceintes avant l'abus sexuel parmi les patientes en période d'activité génitale.

3. Traumatismes génitaux :

Tableau XII : Répartition de l'effectif selon les lésions vulvaires

Traumatismes vulvaires	Effectif	Pourcentage
- Ecchymose	1	2,08
- Œdèmes	4	8,33
- Plaies	8	16,67
- Absent	35	72,92
Total	48	100

Tableau XIII : Répartition de l'effectif selon les lésions hyménales.

Lésions de l'hymen	Effectif	Pourcentage
Hymen intact	9	18,8
Lésions récentes	9	18,8
Lésions anciennes	30	62,4
Total	48	100

4. Survenue de grossesse :

Il y a eu 4 cas de grossesse parmi les 48 victimes.

5- Prélèvement cytologique :

Tableau XIV : Répartition de l'effectif selon le prélèvement cytologique.

Prélèvement cytologique	Effectif	Pourcentage
Non fait	14	29,20
Absence de spermatozoïdes	7	14,60
Présence de spermatozoïdes	1	2,10
Résultats non remis	26	54,10
Total	48	100

6- Sérologie HIV :

Tableau XV : Répartition de l'effectif selon le prélèvement sérologique HIV.

Sérologie HIV	Effectif	Pourcentage
Négative	10	20,80
Positive	1	2,10
Résultat non remis	26	54,20
Non fait	11	22,90
Total	48	100

7- Sérologie de l'hépatite virale B :

Tableau XVI : Répartition de l'effectif selon le prélèvement sérologique Hbs.

Sérologie Hbs	Effectif	Pourcentage
Négative	5	10,40
Positive	3	6,30
Résultat non remis	25	52,10
Non fait	15	31,20
Total	48	100

8- Sérologie de la syphilis :

Tableau XVII : Répartition de l'effectif selon le prélèvement sérologique syphilitique.

Sérologie de la syphilis	Effectif	Pourcentage
Négative	8	16,70
Résultat non remis	27	56,20
Non fait	13	27,10
Total	48	100

Tableau XVIII : Répartition de l'effectif selon le prélèvement vaginal.

Prélèvement vaginal	Effectif	Pourcentage
Bacilles Gram Négatif	1	20,00
Candida albicans	1	20,00
Cocci Gram Négatif	1	20,00
Gardnerella vaginalis	1	20,00
Staphylocoques dorés	1	20,00
Total	5	100

38 résultats n'ont pas été retrouvés dans les dossiers. Cinq résultats sont redevenus négatifs.

IV. Aspects thérapeutiques :

Tableau XIX : Répartition de l'effectif selon le traitement administré.

Traitement	Effectif	Pourcentage
Antibiotique	6	12,50
Cure chirurgicale	5	10,42
Antalgique	3	6,25
Abstention thérapeutique	34	70,83
Total	48	100

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude rétrospective portait sur 48 victimes d'abus sexuels vues en urgence ou en consultation externe au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

Au cours de la réalisation de ce travail, nous avons rencontré quelques difficultés qui sont entre autres :

- Le manque de documents adaptés à la prise en charge ;
- L'absence de suivi psychologique des victimes ;
- l'absence d'informations sur les agresseurs et le devenir des patientes.

Notre objectif principal était de déterminer le profil sociodémographique des victimes d'abus sexuels au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

1- La fréquence des abus sexuels :

Elle représente 0,12% de l'ensemble des consultations pendant la période d'étude. Ce taux est faible et ne reflète pas l'ampleur du problème. Les taux rapportés par Traoré A. [28] au Mali et Women Vision [30] en Ouganda sont respectivement 2,4% et 12%.

Cette dernière étude a été menée pendant la période de guerre civile, où il y avait une recrudescence des abus sexuels souvent commis par les combattants qui font du viol une autre arme de guerre.

On ne peut porter un jugement valable car de nombreux cas d'abus sexuels ne sont pas déclarés pour plusieurs raisons : les préjugés de l'entourage familial et social, les menaces de l'agresseur, l'honneur de la famille et de la victime elle-même, la non sensibilisation effective de la population par les ONG féminines.

Le « silence » qui régnait jadis autour des agressions sexuelles était surtout lié aux tabous culturels régissant la majorité des sociétés africaines. Ce même comportement existe de nos jours.

Or dans les pays développés où l'émancipation de la femme est une réalité, la protection juridique un droit et où les associations féminines sont fortes, les victimes s'expriment librement. Les taux sont plus élevés.

2- Profil sociodémographique :

- l'âge : Les victimes âgées de moins de 18 ans au nombre de 35 étaient les plus représentées avec 72,92%. La moyenne d'âge était de 15,16ans avec des extrêmes de 6 ans et de 26 ans. La moyenne d'âge retrouvée par Traoré A. [28] était 14ans, celle de N'Guéssan B. [22] 16ans, et A. Ayadi [3] 18,6ans.

- En effet les victimes étaient pour la plupart des adolescentes, mineures nullipares (91,70%), résidant dans la commune V du District de Bamako (91,66%). La commune V du District de Bamako englobe une bonne partie de la zone périurbaine de Bamako qui se caractérise par un niveau socio-économique faible, un faible niveau de scolarisation et une promiscuité importante et inquiétante.

3 - Les circonstances de l'abus sexuel :

L'abus s'est déroulé dans 68,75% des cas dans un endroit non familial à la victime. Il s'agissait de lieux inhabités (maisons inachevées, des terrains vagues, la manguerai).

La majorité de nos victimes (66,66%) n'avait aucun lien avec l'agresseur. Pour certains auteurs aux USA [27], 80% des victimes avaient un lien avec l'agresseur tandis que Sylla F. [26] rapporte que dans 20% des cas la victime et l'agresseur cohabitaient. Cette notion souvent retrouvée de liens familiaux entre les victimes et les agresseurs contribue à la complexité de la prise en charge de ce drame silencieux. [29]

Dans notre étude, la majorité des abus sexuels se sont déroulés entre 17 heures et 23 heures, c'est-à-dire après les heures de travail et qui constitue

le moment de repos pour les parents. Pour N'Guessan B. [22] la plupart des victimes a été violée dans la nuit entre 22heures et 4heures du matin. Dans les séries Sud-africaines [21] et Ougandaises [29], l'abus sexuel a été un acte collectif, or dans notre contexte le plus souvent c'est un acte perpétré par un seul individu (66,66%). Les abus collectifs représentent 31,26% des cas, soit deux agresseurs en moyenne.

Le contact sexuel a été génito-génital avec pénétration vaginale dans 81.3% des cas. Nous avons les mêmes constatations avec Traoré A. [28] et M'bassa M. [19] qui rapportent des taux respectifs de 67.3% ,84.2%. Le préservatif a été utilisé par l'agresseur chez deux patientes seulement ; ce qui justifie la nécessité de prévenir systématiquement la survenue des infections sexuellement transmissibles et l'infection par le VIH chez les victimes (prélèvement vaginal+antibiogramme ; antibiothérapie de couverture, antirétroviraux).

4- les complications de l'abus sexuel :

- Les lésions vulvaires ont été dominées par les déchirures.
- Les lésions hyménéales anciennes occupent le premier rang avec 62,5%. Certains auteurs retrouvent plus de lésions récentes de l'hymen [11, 18,29].

Les différents prélèvements vaginaux pour étude bactériologique sont revenus positifs dans 5 cas. Les germes rencontrés ont été : les bacilles gram négatif, le Candida albicans, les cocci gram négatif, le Gardnerella vaginalis, les staphylocoques dorés. Les résultats de 38 cas n'ont pas été retrouvés dans les dossiers.

Nous avons recensé un seul cas de séropositivité à l'infection à VIH parmi les 11résultats qui nous ont été remis. Onze patientes n'ont pas fait le test et les 26 autres ne nous ont pas transmis le résultat de leur test. Ceci constitue un sérieux problème à la prévention et la prise en charge de

l'infection VIH. Beaucoup de cas d'infection à VIH/SIDA après un viol ont été rapportés notamment par Marsaud [18] en Afrique du Sud (78%) et Mbassa au Cameroun (33,8%) [19]. Une limite dans notre étude a été l'absence de réévaluation du statut sérologique trois mois après l'abus sexuel.

- Nous ne pouvons pas affirmer que les 4 cas de grossesse sont survenus au décours de l'agression sexuelle car ces données ne sont pas précisées dans les dossiers.

- Nous ne disposons pas des résultats du suivi psychologique ou psychiatrique de notre étude.

Les conséquences psychologiques rapportées par Bugs [7] sont par ordre de fréquence : le choc, le refus, la peur, la confusion, l'anxiété, le retrait sur soi-même, la culpabilité, l'irritabilité, et la méfiance. Il regroupe tous ces signes dans le syndrome de stress post-traumatique. Ceci montre que les abus sexuels peuvent être à l'origine de désordres psychologiques plus ou moins graves. Il faut déplorer qu'en Afrique, rares sont les études qui donnent des renseignements sur le retentissement psychologique des abus sexuels.

5- Prise en charge :

- Le traitement médical a consisté à une antibioprofylaxie et à un traitement antalgique.

- La cure chirurgicale a été effectuée dans 10,42% des cas. Elle a consisté en une suture des déchirures de la vulve.

- Une grande proportion des victimes soit 70,83% n'a bénéficié d'aucun traitement.

- Toutes les victimes en période d'activité génitale ont bénéficié d'une contraception d'urgence hormis les cas de grossesse.

- Dans notre travail aucune victime n'a bénéficié d'une prise en charge psychologique. Dans les séries Sud-africaines et occidentales [6, 17, 21] la prise en charge psychologique des victimes est systématique car dans ces pays, il existe des unités de soins réservées uniquement aux cas d'abus sexuels.
- un certificat médical a été délivré dans tous les cas.

CONCLUSION

Ce travail mené au centre de santé de référence de la commune V avait pour objectifs d'établir le profil sociodémographique des patientes victimes d'abus sexuels afin d'élaborer un protocole de prise en charge. Il s'agissait d'une étude transversale avec une collecte rétrospective des données sur douze mois du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007. Nous sommes parvenus aux observations suivantes :

- La fréquence des abus sexuels est certainement sous estimée car il s'agit de chiffres hospitaliers.
- Le profil de la victime d'abus sexuel est celui d'une adolescente mineure vivant en milieu défavorisé, qui subit un abus sexuel dans un endroit non familial en dehors des heures de travail, et souvent par une personne inconnue. La victime est exposée non seulement aux infections sexuellement transmissibles, mais aussi à des complications psychologiques
- Il y a une insuffisance dans la prise en charge de ces victimes.

A partir des observations faites à l'issue de cette étude, nous pouvons formuler un certain nombre de recommandations pour améliorer la prise en charge des cas d'abus sexuels.

RECOMMANDATIONS

A l'intention des autorités :

- Mettre en place des centres d'accueil, d'information, d'orientation et de prise en charge des victimes d'abus sexuels et leur famille.
- Réaliser une enquête nationale pour estimer la prévalence réelle du fléau.
- Promouvoir la scolarisation et l'éducation des filles.
- Renforcer le système de sécurité urbaine et périurbaine.
- Aider la Brigade des mœurs dans ses actions.
- Sensibiliser les parents pour qu'ils dénoncent les cas d'abus sexuels exercés sur mineurs pour une meilleure prise en charge de ces enfants.
- Réviser le cadre médico-légal des interruptions de grossesse afin d'y inclure les cas de grossesse après viol ou inceste.

A l'intention du personnel de santé :

- Réserver un bon accueil aux victimes d'abus sexuels et leur famille
- Faire une évaluation clinique complète chez ces patientes lors de leur première consultation pour leur éviter le désagrément de nouveaux examens et au besoin s'aider de photos.
- Systématiser la contraception d'urgence chaque fois que la victime est en période d'activité génitale de même que la prévention de l'infection à VIH/SIDA.
- Elaborer des documents médico-légaux de qualité et approfondis afin de préserver les droits des victimes.
- Faire un suivi psychologique de ces patientes qui peuvent présenter des troubles psychologiques à court, moyen ou long terme.

A l'intention des associations féminines :

- Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation dans les zones défavorisées en impliquant toutes les ONG qui luttent contre les violences faites aux femmes.

- Promouvoir des projets de développement économique et social à l'intention des adolescentes non scolarisées.

REFERENCES

1. ACIERNO R., RESNICK H., KILPATRICK D., SAUNDERS B., BEST C.

Risk factor for rape, physical assault, and post traumatic stress disorder in women: examination of differential multivariate relationships.

Journal of anxiety disorders, 1999; 13:541-63.

2- ADAMS J., WELL R.

Normal versus abnormal genital findings in children: how do examiners agree?

World Health Organization, 1993; 17: 663-375

3-AYADI A., HAMMAMI Z., KHEMAKHEM Z., FOURATI H., BEN ISSA M., BARDAA S., MAATOUG S.

Les agressions sexuelles dans la region de Sfax (Tunisie)

Journal de Médecine Légale Droit Médical, 2005, vol.48, N°7-8, 506-513

4- BARRET P.

Agressions sexuelles:

Mise à jour CNOF, Paris 2004 ; 275-281.

5- BASILE K.SALTZMAN L.

Sexual violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements version1.0 Atlanta: centers for disease control and prevention.

Journal of National Centers for Injury Prevention and control, 2002; 11: 532-540.

6- BERGER D.

Violences sexuelles: conduite à tenir en présence d'une victime d'agression sexuelle.

Mise à jour CNGOF, Paris, 2000 ; 282-284.

7- BUGS S.

Contraception, IVG, grossesse : question de l'IVG et les nouveaux croisés de l'ordre moral.

J. Psychologie, Grenoble, Editions Thot, 2000 ; 242p.145 FRF.

8- CAZANAVE-ROBERT A., MILLOT C.

Réflexion et mise en place d'un cadre d'accueil pour enfants victimes d'abus sexuels à l'hôpital St Vincent de Paul.

Annales françaises de psychologie, 2003 ; 105-110.

9- CDC (Centers for disease control and prevention)

Youth risk behavior surveillance-United States, 2003.

MMWR 2004.53 (SS-02): 1-96.

10- Code de procédure pénale du Mali

Ministère de la justice du Mali

11- DALIGAUD L., GONIN B.

Les violences sexuelles.

J.Andrologie, Lille 1999 ; n°9 ; 519-527.

12- ELLIOT D., BRIERE J.

Adult sexual assault: prevalence symptomatology, and sex differences in the general population.

Journal of traumatic stress, 2004; 17 (3): 203-11.

13- HILDE J., OUEDRAOGO J.

La violence sexuelle contre les jeunes filles en milieu scolaire.

Mem., Sociol. Burkina, 1994; n°95.

14- HOLMES M.

Sexual transmitted infections in female rape victims.

J. of AIDS patient care and STDS.1999; 13 (12): 703-8.

15- JEWKES S., GARCIA –MORENO C.

Sexual violence. World report on violence and health. Geneva (Switzerland) World Health Organization, 2002: p.213-239.

16- LANSAC J., LECOMPTE P.

Gynécologie pour le praticien 7^{ème} édition. Paris SIMEP. 1994: p574

17- LISAK D., MILLER P.

Repeat rape and multiple offending among undetected rapists: violence and victims Am. J.Obstet.Gynecol., 2002; 17 (1): 73-84.

18- MARSAUD O

Les viols, plaies des écoles Sud Africaines.

OMS, Avril 2001 : p.222-230.

19- MBASSA M., NGOH F

Réconciliation et/ou médiation comme voies de recours en cas d'abus sexuels sur mineurs au Cameroun.

Med. Trop., 1999 ; 59 :161-164.

20- MOTTIER V., BERGMAN M.

Sexualité et sida.

Journal français de sexualité, Avril 2002 ; vol.49 : 78-83.

21- MÜLLER P., DEBARGE A., WILLOT M., LENOIR L.

Examen médico-légal de l'hymen. Etude analytique de 384 dossiers d'expertises médico-légales à l'occasion d'agressions sexuelles.

Med. Leg., 1973; vol.35: p 298-300.

22-N'GUESSAN K., BOKOSSA M., BONI S.,KONE N.,BOHOUSSOU K.

Les violences sexuelles chez la femme une réalité africaine

Médecine d'Afrique Noire 2004, 51: 306-310

23- RICKERT V., WIEMANN C., VAUGHAN R., WHITE J.

Rates and risk factor for sexual violence among an ethnically diverse sample of adolescents.

Archives of pediatrics and adolescent medicine 2004; 158 (12): 1132-9.

24- SOUTOUL J., BERTRAND J., BODY G.

La consultation en gynécologie.

EMC (Elsevier, Paris), Gynécologie.190 A1, 1980, 4p.

25- SOUTOUL J., FROGE E.

Traumatisme de l'appareil génital et du périnée chez la femme.

EMC (Elsevier, Paris), Gynécologie.190 A1, 1980, 4p.

26- SYLLA F

Etude anthropologique des violences domestiques faites aux femmes : cas de Bamako.

Thèse, médecine, Bamako, 1999; n°36.

27- TJADEN P., THOENNES N.

Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the national violence against women survey. Washington (DC).

Journal National institute of justice, 2000 Nov., Report N°: NCJ183721.

28- TRAORE A

Violences sexuelles: aspects cliniques en consultation gynécologique dans le service de gynécologie Obstétricale de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 115 cas.

Thèse, médecine, Bamako, 2002 ; n°152.

29- TRAORE A.L

Profil épidémiologique et prise en charge des victimes d'abus sexuels à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar

Mémoire de CES gynécologie.Dakar ,2006 ; n° 51

30- VIRGARELLO G.

Points histoires seuil, 2000 : histoire du viol 19^{ème} et 20^{ème} siècle.

Annales françaises de sexualité, 2000 ; Vol.45 :102-109.

31- WOMEN VISION

The new vision

Medical Press, USAID, Ouganda, juillet 1999.

{Q23} Traumatismes hymeneaux: <A >
 {Q24} Traumatismes vaginaux: <Y>
 {Q25} Traumatismes cervicaux: <Y>
 {Q26} Produits étrangers retrouvés: <A >
 {Q27} Signe de grossesse: <Y>

EXAMENS PARACLINIQUES

{Q28} Prélèvement cytologique: <A >
 {Q29} Sérologie HIV: <A >
 {Q30} Sérologie HBS: <A >
 {Q31} Sérologie syphilitique: <A >
 {Q32} Prélèvement vaginal: <A >
 {Q33a} Si PV positif préciser les germes: _____

TRAITEMENTS

{Q34} Contraception: <Y>
 {Q35} Autres traitements: <A >

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DRAME

Prénom : BEKAYE

Titre de thèse : Les abus sexuels au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako à propos de 48 cas.

Année universitaire : 2007-2008.

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : République du Mali.

Lieu de dépôt : Faculté de Médecine de pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique et Médecine Légale.

Résumé de thèse :

Il s'agit d'une étude transversale rétrospective effectuée au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007.

Nous avons colligé 48 cas d'abus sexuels parmi les 38196 patientes reçues en consultation gynécologique ou en urgence pendant la période d'étude soit une prévalence de 0,12%. Ce taux est faible et sous estimé. On ne peut pas porter un jugement valable car de nombreux cas d'abus sexuels ne sont pas déclarés pour plusieurs raisons : les préjugés de l'entourage familial et social, les menaces de l'agresseur, l'honneur de la famille et de la victime elle-même, la non sensibilisation effective de la population.

Nos résultats montrent que les victimes âgées de moins de 18 ans étaient les plus représentées avec 72,92%. Les victimes étaient pour la plupart des adolescentes, mineures nullipares (91,66%). L'agression est survenue dans un endroit non familial à la victime, en dehors des heures de travail. La majorité des victimes n'avait aucun lien avec l'agresseur.

Le préservatif a été utilisé par l'agresseur chez deux patientes seulement ; ce qui justifie la nécessité de prévenir systématiquement la survenue des infections sexuellement transmissibles et l'infection par le VIH chez les victimes.

La prise en charge a consisté à un traitement médical et une suture des déchirures de la vulve. Toutes les victimes en période d'activité génitale ont bénéficié d'une contraception d'urgence hormis les cas de grossesse.

Mots clés : Abus sexuels, adolescentes.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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