

Ministère de l'Enseignement Supérieur

Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



N.....

THESE

AGRESSION SEXUELLE SUR LE GENRE FEMININ ADMISE A L'UNITE « ONE STOP CENTER» DE LA COMMUNE I : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, JUDICIAIRES ET PRISE EN CHARGE.

Présentée et soutenue publiquement le 26/12/2023

Devant la Faculté de Médecine

Par : M. ANEYE Djiguiba

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : M. TRAORE Soumana Oumar *Maître de conférences*

Membres : M. SISSOKO Abdoulaye *Maître assistant*
M. TALL Saoudatou *Gynécologue/obstétricienne*

Co-Directeur: M. SYLLA Yacouba *Gynécologue/obstétricien*

Directeur de Thèse: M. BOCOUM Amadou *Maître de conférences*

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

A Dieu

Je remercie le Dieu tout puissant et fort, révélé en Jésus Christ qui m'a soutenu tout au long du chemin, les mots pour exprimer ma reconnaissance envers lui ne suffiraient jamais.

Je te demande par tes plus beaux noms, et attributs de mettre de la sincérité dans ce travail et que tu m'en fasses bénéficier dans ce monde et dans l'au-delà. Ainsi qu'à ceux qui le liront, qui le publieront.

Amen ! Sur ces compagnons, et sur tous ceux qui le suivirent sur le bon chemin. Je dédie ce travail à toutes les mères, singulièrement à celles qui ont perdu la vie en accomplissant, le plus bel acte de l'amour.

A mon Père : IBELOU Djiguiba, Aucune dédicace ne saurait exprimer notre respect et considération pour les sacrifices consentis pour notre instruction et notre bien-être. Nous avons toujours admiré ta droiture, tes principes rigoureux, ton sens profond de la responsabilité. Merci pour tout le soutien qui n'a jamais fait défaut ; que ce modeste travail soit l'exaucement des vœux tant formulés, le fruit d'innombrable sacrifices, bien que vous ne vous en acquitterons jamais assez. Puis Dieu le Très Haut t'accorde santé, bonheur et longue vie. Amen !

A ma très chère mère : OMERE Kélépily

Quels sacrifices, pour voir ses enfants réussir. Votre extrême bonté et surtout votre patience ont fait de vous une femme de grande qualité. Que ce travail soit la récompense de vos peines et votre patience. Puisse Dieu vous payer pour tout ce que vous avez fait pour moi. Qu'il vous accorde une longue vie pleine de bonne santé. Trouvez ici chère mère l'expression de mon amour et de ma profonde affection.

Je t'aime maman.

A mes Tontons

Je ne cesserai jamais de vous remercier chers tontons, car vous avez été pour moi des pères, qui prennent soins de ces enfants. Vous pouvez être fier aujourd'hui car

tout ce que vous avez fourni comme effort sera couronné de succès. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mes Tantes

Merci Tantes, les mots me manquent pour dire et témoigner tout ce que vous avez fait pour moi durant tout au long du cycle. Et de m'avoir accepté avec tous mes défauts. Que le seigneur vous accorde une longue vie. AMEN !

A mes frères et soeurs :

Hama, André, Marcel Ogopemo, Joseph, Abraham, Fatoumata, Samba, Niandjou tous Djiguiba. Pour leur dire restons toujours unis car « l'union fait la force » et sachons que « seul le travail libère l'Homme ». Vous occupez une place particulière dans mon cœur que notre fraternité dure à jamais.

Merci infiniment pour l'affection, la confiance et le respect dont j'ai toujours bénéficié. Que ce travail soit pour vous une source d'inspiration pour la réussite.

A mes cousins et cousines : Pour vous exprimer toute ma reconnaissance

A mon ami : Docteur Gadri Tapily

Pour te dire merci pour tes sages conseils depuis le second cycle jusqu'à l'internant. J'espère que tu trouveras dans ce travail l'expression de mes sentiments de reconnaissance les plus sincères car grâce à ton aide et à ton encouragement avec moi que ce travail a pu voir le jour.

Trouvez ici l'expression de ma profonde affection.

REMERCIEMENTS

A DIEU

Louanges à Dieu le Tout Puissant, le Miséricordieux, le Très Miséricordieux par la grâce de qui ce travail a vu le jour.

A MON AMI D'ENFANCE :

Très chers amis tu es un frère pour moi. Tant de chemins parcouru depuis le premier cycle jusqu'au Lycée, nous sommes toujours ensemble.

FAMILLE Djiguiba à Fombabougou, Baco-Djicoroni et à Magnanbougou

Je ne saurais vous remercier par des mots, pour vos conseils, vos bénédictions A tous les enseignants de l'école fondamentale.

Famille Ouolooguem à Bandiagara

Merci pour tous ceux que vous avez fait pour moi, le soutien, la bénédiction, les conseils, du côté financier et moral. Que le bon Dieu vous paie au centuple

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

A toute la promotion 2013-2014 de FMOS, ainsi que la Promotion du Baccalauréat 2013 au Lycée publique de Bandiagara.

Mes très chers maîtres gynécologue-obstétriciens :

Dr Dicko Modibo, Dr Sylla Yacouba, Dr Keita Mahamadou et Dr Salif Diarra au CS Réf CI. 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 montre tout au long de l'élaboration de cette thèse. Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs et la réussite de toutes vos entreprises.

Aux médecins généralistes :

Idrissa Traoré, mahamadou Daba Coulibaly, Zibero Samaké, Oumarou Teme, Adréan Drabo, Aminata Diancoumba, Djenfa coulibaly, Moussa Doumbia, Bassara Fofana, Moussa Bagayoko, Mamoutou Banou, Diakardia Konaté, Aminata Bamba et Oumar N'Faly Dembele

Nous sommes fiers d'être vos élèves et garderons précieusement tous vos enseignements.

Merci pour tout.

À mes camarades internes :

Emmanuel Keita, Daouda Sanogo, Amadou Ombétimbé, Ali Badra Cissé, Matene Coulibaly, Bolo Traore, Ousmane tembine, Seydou Diarra, Kalifa Diarra, Baba G Koita, Barthelemy Dembele, Oumar Traore Hamidou Dembélé, Fatouma Dicko, Badra Alou Traoré et Amadou Traore

Un grand merci pour tous les bons moments passés ensemble, mes stages se sont passés dans une ambiance chaleureuse avec entraide et complicité.

Aux sages-femmes et infirmières de la gynécologie-obstétrique :

Je remercie l'ensemble des sages-femmes et infirmières. J'ai énormément appris à vos côtés. Merci pour tous ces bons moments de partage.

A la secrétaire du service :

Merci pour votre courtoisie et votre disponibilité.

Aux sages-femmes et infirmières du CS Réf CI du District de Bamako

Merci pour les conseils, la disponibilité constante et la qualité de la collaboration.

Aux anesthésistes et réanimateurs du CSREF CI du District de Bamako.

Merci pour les conseils

Aux aides du bloc du CS Réf CI du District de Bamako

La disponibilité et le sens élevé du travail qui vous caractérise forcent l'admiration. Sincère remerciement à vous.

Aux personnels de ONE STOP CENTER

Merci infiniment pour toutes les informations et les données que vous avez fournies pour la réussite de ce travail. Que le seigneur vous accorde une longue vie. AMEN !

À tous ceux que j'ai croisés à un moment de mon parcours et que j'ai oublié de citer.

Et à tous ceux qui ont contribué un jour à ma formation de médecin, j'espère être à la hauteur de vos espérances en moi.

**HOMMAGES
AUX MEMBRE
DU JURY**

A notre Maître et Président du jury

Professeur TRAORE Soumana Oumar

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

Cher Maître,

Permettez-nous de vous adresser nos sincères remerciements pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Votre rigueur, votre amour pour la ponctualité et pour le travail bien fait ont forcé notre admiration. C'est un grand honneur pour nous de compter parmi vos élèves. Trouvez ici, cher Maître, l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

A notre Maitre et Membre du jury

Docteur SISSOKO Abdoulaye

- **Maitre-assistant de Gynécologie et d'Obstétrique à la FMOS ;**
- **Chef de service à la clinique périnatale Mohamed VI ;**
- **Ancien internes des hopitaux ;**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO) ;**
- **Ancien Secrétaire Général Adjoint de la Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO) ;**
- **Commandant des forces armées du Mali.**

Cher Maitre;

Nous sommes honorés que vous ayez accepté de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre rigueur et votre amour du travail bienfait font de vous un médecin de qualité. Nous tenons à vous remercier pour vos apports qui ont contribué à l'amélioration de ce travail. Veuillez trouver ici, cher maitre l'expression de notre attachement et de notre gratitude.

A notre Maitre et Membre du jury

Docteur TALL Saoudatou

- **Gynécologue-obstétricienne**
- **Praticienne hospitalière en gynécologie obstétrique au CSREF CV**
- **Chargé de recherche.**

Cher maître ;

Les mots ne peuvent exprimer avec exactitude notre admiration et notre profond respect en acceptant de juger ce travail. Votre compétence, votre dynamisme, ainsi que vos qualités humaines et professionnelles exemplaires ont toujours suscité notre admiration. Trouver ici ; l'expression de notre profonde considération.

A notre maître et co-directeur de thèse

Docteur SYLLA Yacouba

- **Gynécologue-obstétricien,**
- **Praticien hospitalier en gynécologie obstétrique au CSREF CI,**
- **Chargé de recherche CSREF CI,**
- **Point focal de cancer gynécologie mammaire CSREF CI**
- **Gynécologue d'appui des activités de la PTME du VIH-SIDA au CSREF CI.**

Cher Maître ;

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

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

A notre maître et directeur de thèse

Professeur BOCOUM Amadou

- **Maitre de conférences agrégé en gynécologie obstétrique à la faculté de médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- **Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire d'échographie en Gynécologie Obstétrique en France ;**
- **Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire coelioscopie et Gynécologie ;**
- **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée en chirurgie Gynécologie Obstétrique en France ;**
- **Membre de la Société Malienne Gynécologie et Obstétrique**

Cher Maître ;

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en encadrant ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre enseignement de qualité et votre simplicité font de vous un grand maître admiré de tous.

Nous vous prions, cher Maître, d'accepter dans ce travail le témoignage de notre haute considération, de notre profonde reconnaissance et de notre sincère respect.

Liste des abréviations

ADN : Acide Désoxyribonucléique .

AgHBS : Antigène Hépatite B

ARV : Anti Retro Viral

BW : Bordeau de Westerman

CSRéf : Centre de Santé de Référence

CI : Commune I

ECBU : Examen Cyto-Bactériologique des urines

EFH : Egalité Femmes-Hommes

ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique

GBVIMS : système de gestion inter organisation des informations sur la violence basée sur le genre.

HCG : Hormone Chorionique Gonadotrope

HCR : Haut-Commissariat des Réfugiés

IIG : Indice d'Inégalité de Genre

IFPVPS : Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé

INSP : Institut National de Prévoyance Sociale

ISP : Institut de Santé Publique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MGF/E : Mutilation Génitale Féminine/ Excision

MIG : Maternité Issaka Gaazobi

MPFEF : Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

OOAS : Organisation Ouest Africaine Saharienne

OSC : One Stop Center

PE : Polynucléaires Eosinophile

PEC : Prise En Charge

PF : Planification Familiale

PNG : Politique Nationale Genre

PNLE : Programme National de Lutte contre la Pratique de l'Excision

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PNVBG : Programme National pour l'abandon des Violences Basées sur le Genre

PUB : Produit Intérieur Brut

RUF: Revolutionary United Front

SGON : Société de Gynécologie Obstétrique du Niger

SMIG : Salaire Minimum interprofessionnel Garanti

UCG : User- Generated Content

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNIFEM : Fonds de Développement des Nations Unies pour la Femme

USAC : Unité de Soins et d'Accompagnement

VBG : Violence Basées sur le Genre

VIH : Virus Immuno- Humain

VSS : Violence sexuelle et sexiste

Liste des figures

Figure 1: Vulve en position gynécologique (P. KAMINA)	20
Figure 2: Périnée féminin (P. KAMINA)	21
Figure 3: hymen (variations principales) P. KAMINA	24
Figure 4: Différents types d'hymen selon Dr Aly Abbara	26
Figure 5: Lésions de lutte sur le cou	40
Figure 6: la vulve les différents types d'hymen	42
Figure 7: Technique de DICKINSON et DARGENT	43
Figure 8: Carte sanitaire de la Commune I	54
Figure 9: Répartition des survivantes selon la tranche d'âge	63

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition des survivantes selon le lieu de résidence	63
Tableau II: Répartition des survivantes selon le niveau d'instruction	64
Tableau III: Répartition des survivantes selon la profession	64
Tableau IV: Répartition des survivantes selon le statut matrimonial.....	65
Tableau V: Répartition des survivantes selon les antécédents gynécologiques obstétricaux.....	65
Tableau VI: Répartition des survivantes selon l'heure de survenue de l'agression	66
Tableau VII: Répartition des survivantes selon le lieu de l'agression	66
Tableau VIII: Répartition des survivantes selon le type de contact sexuel	67
Tableau IX: Répartition des survivantes selon qu'il y'ait eu une menace avec des armes.....	67
Tableau X: Répartition des survivantes selon le nombre d'agresseurs	67
Tableau XI: Répartition des survivantes selon le mode d'admission	68
Tableau XII : Répartition des survivantes selon le délai de l'agression et la consultation.....	68
Tableau XIII: Répartition des survivantes selon l'état psychologique	69
Tableau XIV: Répartition des survivantes selon les lésions gynécologique.....	69
Tableau XV: Répartition des survivantes selon le résultat du test urinaire de grossesse	70
Tableau XVI: Répartition des survivantes selon le résultat de la sérologie HIV	70
Tableau XVII: Répartition des survivantes selon le traitement médical.....	70
Tableau XVIII: Répartition des survivantes selon le traitement chirurgical ...	71
Tableau XIX: Répartition des survivantes selon la mise sous antipsychotique	71
Tableau XX: Répartition selon le processus judiciaire.....	71

Table des matières

I. INTRODUCTION	2
II. OBJECTIFS	5
III. GENERALITES	7
IV. METHODOLOGIE.....	54
V. RESULTATS	63
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	73
VII. CONCLUSION.....	78
RECOMMDANTIONS.....	79
REFERENCES.....	81

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

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

Les agressions sexuelles ou abus sexuels sont définies par le code pénal du Mali comme : « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise » [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 » [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 formes de violences sexuelles sont :

- le viol conjugal ;
- le viol commis par des étrangers
- le viol commis par des connaissances ;
- les avances sexuelles importunes ou harcèlement sexuel (à l'école, au travail, etc.) ;
- l'esclavage sexuel et d'autres formes de violence particulièrement répandues lors des conflits armés (par ex, grossesse forcée) ;
- la violence à l'encontre des personnes handicapées physiques ou mentales ;
- le viol et sévices sexuels infligés aux enfants ;

-les formes dites « coutumières » de violence sexuelle, tels que le lévirat et sororat [4].

Cet état de fait est reconnu dans le monde entier comme une violation des droits humains fondamentaux. Des recherches en nombre de plus en plus important ont mis en évidence les conséquences sur la santé, les effets intergénérationnels et les conséquences démographiques de ce type de violence selon United Nations 2006. 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), les femmes ayant subi des actes de violence sexuelle ou physique à un moment quelconque, 33 % ont été blessées. 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. [7]

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 de ces violences basées sur le genre (VBG) y compris les violences sexuelles a été créé en Juillet 2021 au Centre de Santé de Référence de Commune I (CS Réf CI) 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 pour une première fois afin de faire l'état de la prise en charge holistique de ces femmes en détresse. Pour ce faire, nous nous sommes assigné les objectifs suivants :

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

Objectif général :

➤ Etudier les agressions sexuelles basées sur le genre féminin à l'unité de « One Stop Center » au centre de santé de référence de la commune I de Bamako/ Mali.

Objectifs spécifiques :

➤ Déterminer la fréquence des agressions sexuelles admises au centre de sante de référence de la commune I;

➤ 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.

➤ Déterminer l'issue judiciaire

GENERALITES

III. GENERALITES

1. 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 [8].

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 [8].

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) [8].

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 [8].

Le harcèlement sexuel consiste en une violence morale exercée sur la personne d'autrui, sur le lieu de travail [8].

L'attouchement est l'action de toucher légèrement en particulier avec la main. Il s'agit de caresses abusives [8].

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

Inceste : agression sexuelle commise par un individu sur une personne avec laquelle il a un lien biologique.

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

Sexisme : défini comme tout agissement lié au sexe d'une personne, ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant.

Pédophilie : tout acte de pénétration sexuelle ou d'attouchement sexuel de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'un mineur de moins de treize ans, ou toute exposition ou exploitation aux fins commerciales ou touristiques de

photographies, films ou dessins à caractère pornographique mettant en scène une ou plusieurs personnes mineures âgées de moins de treize ans. Le crime ci-dessus n'est pas constitué lorsque la différence d'âge entre l'auteur et la victime ne dépasse pas cinq ans. [9]

En pratique médico-légale, on distingue le viol des autres agressions sexuelles :

- Viol quand il y'a pénétration avec absence de consentement ou de discernement;
- Attouchements : contact sexuel sans pénétration ;
- Exhibitions : offense visuelle à caractère sexuel sans contact.

2. Bases légales des violences sexuelles portant sur le viol : [36]

• Paragraphe I: de l'outrage à l'ordre public

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

• Paragraphe II : de l'attentat à la pudeur

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

• Paragraphe III : du viol

Article 226 : tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol.

Le viol sera puni de cinq ans à vingt ans de réclusion et facultativement de un à cinq ans d'interdiction de séjour.

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

Si le viol a été commis avec les deux circonstances aggravantes prévues à l'alinéa précédent, la peine sera celle de la réclusion à la perpétuité.

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

Article 227 : L'individu qui aura accompli ou tenté d'accomplir l'acte sexuel autorisé coutumièrement sur une fille âgée de moins de quinze ans, sera puni de un à cinq ans d'emprisonnement sans préjudice des peines qu'il en courra pour les crimes ou délits commis à l'occasion de cet acte. Seront punies complices les personnes, y compris les parents qui auront sciemment provoqué aux actes visés au présent article, ou auront, avec connaissance, aidé ou assisté l'auteur dans les faits qui les ont préparés ou facilités.

• **Paragraphe IV :** de la pédophilie

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

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

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 [9].

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 des lieux où se produisent le plus de violences [9].

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 [10].

Une femme sur trois subit des violences sexuelles ou physiques au moins une fois dans sa vie [11]. Généralement parmi les femmes qui signalent des contraintes sexuelles, la plupart des agresseurs sont des hommes [12,13].

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.

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 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 2018,
- 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. Rappel anatomique :

II.2.2. Anatomie de l'appareil génital de la femme

Pour aborder l'anatomie génitale féminine, il convient de distinguer les organes génitaux externes, davantage associés à la « sexualité plaisir », des organes génitaux internes reliés directement à la « sexualité reproduction » (IFPVPS (Institut de Formation Public Varois des Formations de Santé), Anatomie de l'appareil génital).

Par ailleurs, il existe une grande diversité de variations anatomiques qui nécessitent de définir un état « normal » de l'appareil génital féminin [25].

II.2.2.1. Appareil génital externe

La vulve représente l'ensemble des organes génitaux féminins externes visibles. Il s'agit d'un repli cutané érogène recouvrant l'espace superficiel du périnée.

Elle se compose de différentes parties, aux fonctions anatomo-physiologiques propres, qui délimitent une fente verticale, délimitant l'entrée de la cavité vaginale. En position Orthostatique, elle fait un angle de 30° avec l'horizontale [26], mais sa position reste variable selon la position du corps.

II.2.2.1.1. Grandes lèvres

Ce sont deux replis de peau, de part et d'autre de l'orifice vaginal, avec une face externe plus pigmentée que le reste du corps, et dont la partie supérieure est partiellement recouverte de poils pubiens. La face interne est plus rosée, lisse, humide, et glabre dans sa partie profonde.

Leur aspect, leur taille et leur forme varient avec l'âge et le statut hormonal, de la naissance à la ménopause. Leur embonpoint est en partie en rapport avec leur environnement anatomique, notamment la fossette crurale interne, enchâssant leur partie postérieure [27].

Elles ont une épaisseur de 2 cm, qui a tendance à croître chez les femmes obèses. Elles recouvrent l'ouverture des conduits urétral en haut, et vaginal au centre. Les grandes lèvres sont constituées d'un revêtement cutané et d'un organe fibrino-graisseux, le corps adipeux labial, autonome et richement vascularisé. Il s'agit d'un organe semi-érectile, renforcé par les fibres terminales du ligament rond [26].

II.2.2.1.2. Petites lèvres

Ce sont deux replis cutanés, de couleur rosacée, qui dérivent des parois latérales du vestibule génital embryonnaire. Elles se situent à l'intérieur des grandes lèvres, délimitant l'entrée du vestibule.

Les petites lèvres, également appelées nymphes [28], ont une épaisseur de 3 mm en moyenne, font souvent saillie à l'extérieur de la fente vulvaire, et sont de couleur plus foncée chez l'adulte.

Leurs extrémités antérieures se réunissent au-dessus du clitoris pour former le prépuce ou capuchon clitoridien, et en dessous de celui-ci pour donner le frein du clitoris. En arrière, elles se rejoignent pour former le frein vulvaire.

Chaque petite lèvre est formée d'un revêtement cutané, glabre, et d'un corps-fibro-élastique, riche en fibres nerveuses et vaisseaux, leur conférant une propriété érectile.

II.2.2.1.3. Clitoris

C'est un organe charnu, érectile et très sensible, situé au niveau de la jonction des extrémités antérieures des deux petites lèvres ; il est l'équivalent des corps caverneux chez l'homme.

Il prend racine à partir des deux corps caverneux qui s'insèrent sur les branches ischio-pubiennes et les muscles ischio-caverneux puis ils s'étendent en avant, en haut et en dedans pour former les piliers du clitoris. Le corps du clitoris se forme de la fusion des deux piliers du clitoris sur la ligne médiane ; le corps de clitoris s'infléchit en bas et en arrière pour former le genou du clitoris (ou le coude de clitoris) et il se termine par le gland du clitoris qui mesure de 6 à 7 mm et qui apparaît à l'extrémité antérieure des petites lèvres. Le corps du clitoris est recouvert en avant par le prépuce clitoridien (ou capuchon du clitoris) et fixe en bas et en arrière par le frein du clitoris. [49]

Le clitoris est fixe aussi au niveau de son coude, à la symphyse pubienne par un ligament fibreux connu sous le nom de ligament suspenseur du clitoris, provenant de la ligne blanche de l'abdomen et de la symphyse.

Histologiquement, le clitoris est formé de vastes lacunes vasculaires ou aréoles alimentées par des artérioles spiralées à paroi musclée ; ces lacunes vasculaires sont séparées par des cloisons conjonctives pourvues de fibres musculaires lisses ; le gland de clitoris est renflé, de forme conique mousse ; il est constitué de tissu spongieux érectile, provenant des bulbes vestibulaires ; il est très riche en extrémités nerveuses, ce qui le rend très sensible.

C'est l'organe érectile féminin, l'équivalent du gland du pénis masculin, dont l'origine embryonnaire est commune (IFPVPS).

II.2.2.1.4. Fourchette postérieure

Les extrémités postérieures des petites lèvres s'unissent en arrière de l'orifice vaginal pour former la fourchette vulvaire : c'est une zone anatomique qui constitue la partie postérieure de la vulve, à l'extérieur de l'anneau hyménal, fermant la vulve en arrière.

La zone qui sépare la fourchette vulvaire postérieure de l'orifice vaginal est appelée la fossette naviculaire.

II.2.2.1.5. Glandes vulvaires

Elles sont nombreuses, et s'atrophient à la ménopause. On distingue : les glandes vestibulaires mineures, sébacées, les glandes para-urétrales ou glandes de Skene, les glandes vestibulaires majeures ou glandes de Bartholin et les grains de Fordyce.

Les glandes vestibulaires mineures sont les glandes sébacées (sur les grandes lèvres) et les glandes sudoripares qui sont disséminées sur les grandes et les petites lèvres.

Les glandes de Skene se situent de part et d'autre du méat urétral : les canaux excréteurs des glandes s'ouvrent de part et d'autre de la papille urétrale, au niveau du vestibule de l'urètre; les glandes elles-mêmes se trouvent de part et d'autre de l'urètre, dans la tunique musculieuse urétrale, à une profondeur allant de 5 mm à 5 cm. [31]

Les glandes de Bartholin sont paires ; elles sont situées à l'intérieur des grandes lèvres, au niveau de la jonction de leur tiers inférieur au tiers moyen. Leur taille est de 1,5 cm ; leurs canaux excréteurs ont une longueur de 1 à 2 cm, et ils s'ouvrent au niveau du vestibule du vagin, à l'union du tiers moyen - tiers supérieur du sillon vestibulaire, nympho-hyménal (labio-hyménal), à 5 h et à 7h.

Ce sont des glandes Muci paires (secrétant un mucus limpide, transparent et alcalin, qui joue un rôle de lubrifiant lors des rapports sexuels) et hormonodépendantes ; elles restent rudimentaires pendant l'enfance, et elles s'atrophient à la ménopause ; donc, c'est durant la vie génitale active que ces

glandes prennent leur taille et leur fonctionnement normaux, et que leurs pathologies (kystes, abcès...) peuvent apparaître.

Les grains de Fordyce sont des petites glandes, sous forme de papules fermes ou de petits kystes, jaunes et superficiels, que l'on peut voir sur la partie libre et la face interne des petites lèvres ; leur mise en évidence est facilitée par la mise en tension de la peau et la muqueuse superficielle. Ce sont des glandes sébacées ectopiques.

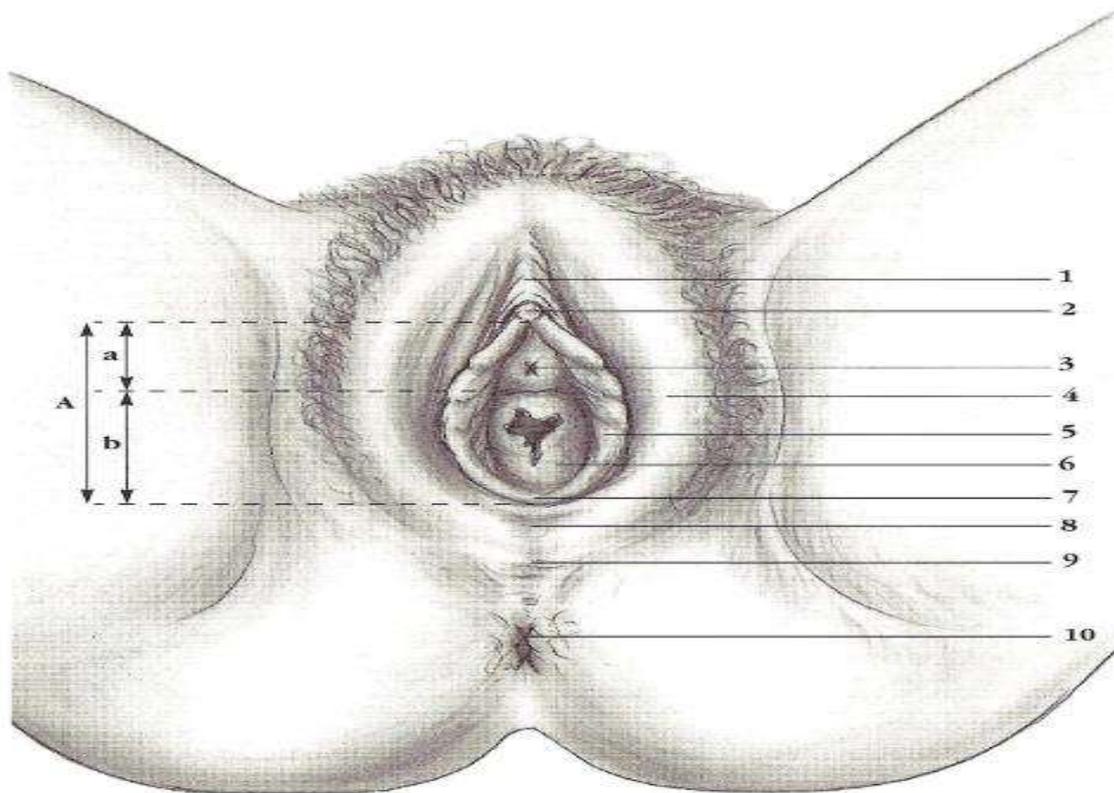


Figure 1: Vulve en position gynécologique (P. KAMINA) [34]

a. Vestibule urinaire

b. vestibule du vagin

c. Vestibule

1. Prépuce du clitoris

6. Orifice vaginal et hymen

2. Gland du clitoris

7. Frein des lèvres

3. Ostium externe de l'urètre

8. Fossette vestibulaire

4. grande lèvre

9. Commissure postérieure des lèvres

5. petite lèvre

10. Anus

II.2.2.1.6. Périnée

Cette région ne constitue pas une partie des organes génitaux externes proprement dite. Il s'agit d'une zone anatomique, losangique, englobant la vulve et la séparant de l'anus.

Le plan cutané est constitué par la vulve, à partir du bord antérieur de la commissure des grandes lèvres, et la marge anale.

Le périnée est formé par l'ensemble des parties molles situées au-dessous du diaphragme pelvien véritable plan musculaire, soutien indéniable des organes génitaux internes. [26]

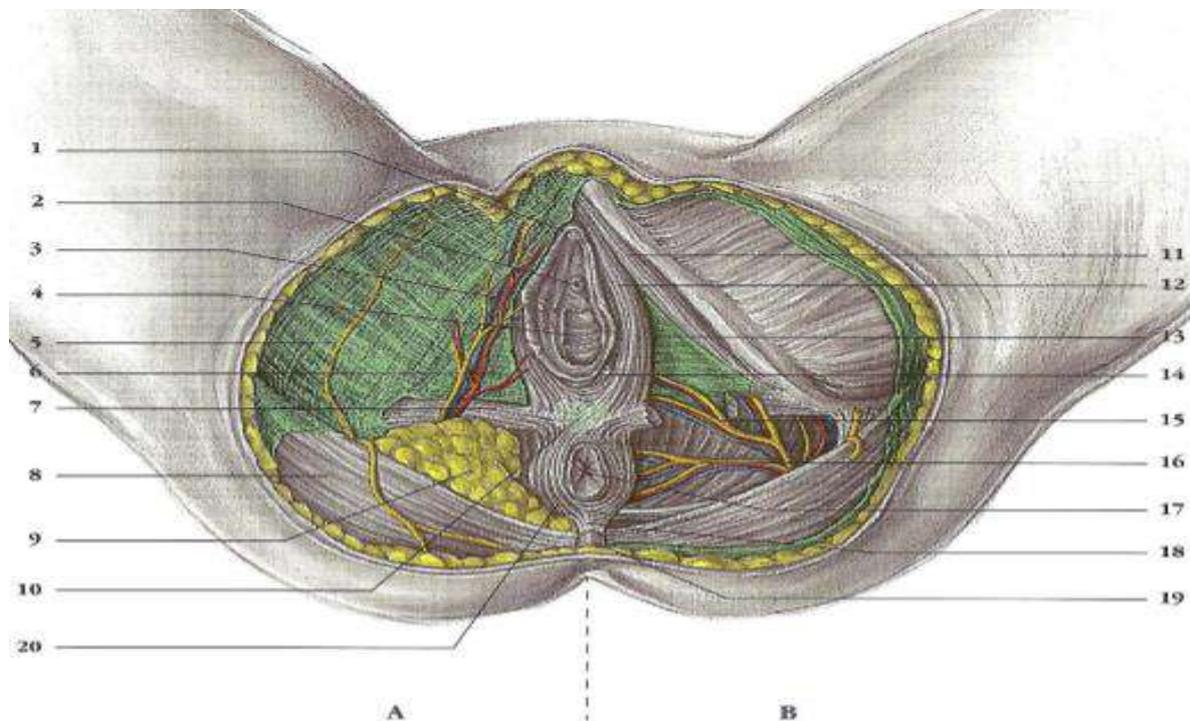


Figure 2: Périnée féminin (P. KAMINA) [34].

A. Région superficielle

1. Gland du clitoris
2. Ostium externe de l'urètre
3. a.v périnéaux superficiels
4. Orifice vaginal
5. r. périnéal du n. cutané postérieur de la cuisse uro-génital (membrane périnéale)

B. Région profonde

6. Fascia superficiel du périnée
7. m. transverse superficiel
8. m. grand fessier
9. m. fosse ischio-rectale
- 11.m.ischio-caverneux
12. m. bulbo-spongieux

13. Fascia inférieur du diaphragme	18.lig.anococcyx
14. Glande vestibulaire majeure	19.apex du coccyx
15.a.v.et n. périnéaux profonds	20.m. sphincter externe de l'an
16. a.v.et rectaux inférieur	
17. Anus	

II.2.2.2. Organes génitaux internes

II.2.2.2.1. Vagin

Le vagin est une cavité musculo-membraneuse située entre la vessie et l'uretère en avant, et le rectum en arrière [26]. Le vagin est un viscère pelvi-péritonéal, qui compte 2 faces antérieure et postérieure, 2 bords latéraux, et 2 extrémités, le fornix vaginal, cul-de-sac annulaire au fond du vagin, et l'orifice vaginal. [33]

Ses dimensions et son calibre sont très variables puisqu'il s'agit d'un organe musculomembraneux, élastique et compliant, soumis à de nombreuses déformations, notamment lors de l'acte sexuel, lors des menstruations, lors de la pose de tampons hygiéniques intra vaginaux ou d'une contraception locale intravaginale, lors d'un accouchement par voie basse.

Sa longueur moyenne est de 8 cm pour la paroi antérieure et de 10 cm pour la paroi postérieure. Sa surface interne est représentée par des plis transversaux et une colonne longitudinale médiane sur chaque paroi.

C'est l'organe de copulation.

II.2.2.2.2. Utérus

L'utérus est un organe musculaire creux, dont le rôle principal est d'être l'hôte de l'œuf fécondé tout au long de son développement durant les 9 mois de gestation de la femme [26].

De consistance ferme et élastique, sa taille varie selon l'âge et l'existence d'un état gravide : chez la femme nullipare, il mesure 55 mm de haut en moyenne, et chez la multipare, il peut prendre 10 mm, notamment au niveau de la taille du corps utérin.

Il s'agit d'un organe dont la configuration externe distingue un corps, de forme conoïde, un isthme, zone d'étranglement à la partie moyenne qui sépare le corps du col utérin, et un col.

II.2.2.2.3. Trompes utérines, ou trompes de Fallope

Les trompes font partie des annexes de l'utérus, puisque solidaires de l'utérus, elles sont situées de part et d'autre de celui-ci. Anatomiquement, il s'agit d'un conduit musculomembraneux, pair et symétrique abouche au niveau de chaque corne utérine.

La trompe est située dans le mésosalpinx, mesure 10 à 12 cm de long, et compte 4 parties distinctes : la partie utérine, la portion isthmique, la plus longue, l'ampoule tubaire et l'infundibulum tubaire [26]. L'infundibulum tubaire est plus évasé, avec une base plus ou moins frangée, constituée de 10 à 15 franges, dont la plus longue est insérée au ligament tuboovarien : c'est la frange ovarienne.

Elles sont unies aux ovaires par le ligament large, et bénéficient des mêmes vascularisations et innervation.

II.2.2.2.4. Ovaires

Ils constituent une partie des annexes de l'utérus. L'ovaire est une glande sexuelle paire, de forme ovale, à la surface mamelonnée, de couleur blanchâtre, contrastant avec les organes de voisinage, de couleur rosée.

En moyenne, l'ovaire fait 4 cm de long, 2 cm de large et 1 cm d'épaisseur [26], mais ses dimensions varient selon l'âge, le statut hormonal et le cycle menstruel. L'ovaire n'est pas recouvert de péritoine (il est retro péritonéal) et présente 2 faces, médiale et latérale, 2 bords, libre et méso-ovarien, et 2 extrémités, tubaire et utérine.

II.2.2.3. Hymen

L'hymen est la membrane qui se trouve à l'extrémité inférieure du vagin, et qui sépare la cavité vaginale de la vulve.

Cette formation anatomique est spécifique, mais non exclusive, de l'espèce humaine. Il s'agit d'un reliquat du feuillet mésodermique qui se perfore

normalement pendant les dernières étapes du développement embryonnaire. La membrane hyménale est donc normalement incomplète, et selon la forme de son ouverture, on distingue plusieurs types d'hymen, que nous décrirons ci-après.

L'hymen se déchire le plus souvent au premier rapport sexuel complet et entraîne une légère perte sanguine. Cette déchirure sépare l'hymen en plusieurs lambeaux hyménaux qui se cicatrisent et prennent le nom de caroncules hyménaux.

Dans certains cas, l'hymen se dilate mais ne se déchire pas, c'est l'hymen compilant (ou complaisant), extensible car il possède une composante élastique et devient alors hypèrlaxe.

C'est le cas de l'hymen plicature, l'hymen en prépuce, et l'hymen en cul-de-poule. [32]

La fonction exacte de l'hymen n'est pas connue : outre la « marque incontestable » de virginité revendiquée dans certains pays islamiques, il pourrait servir de barrière contre les infections vaginales et génitales hautes avant la puberté [29].

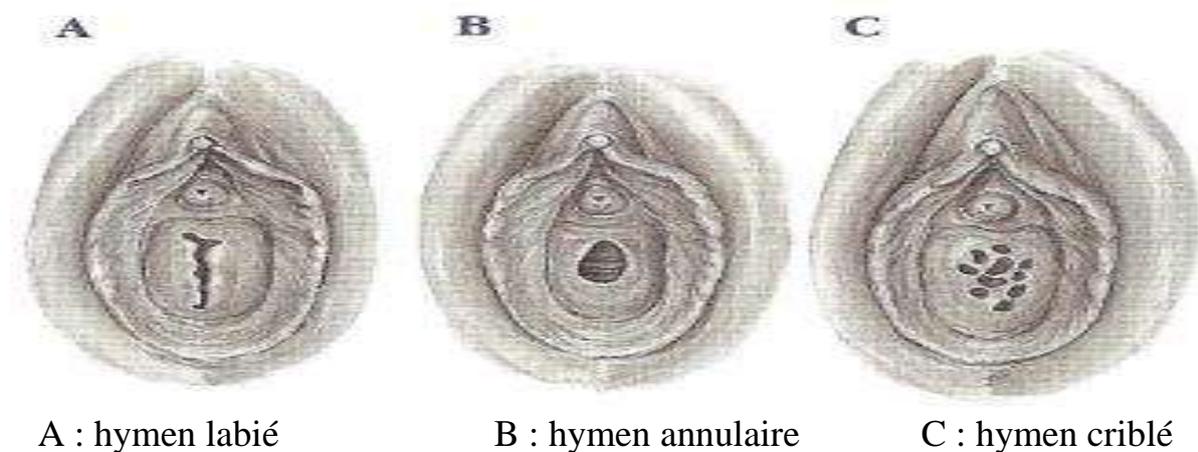
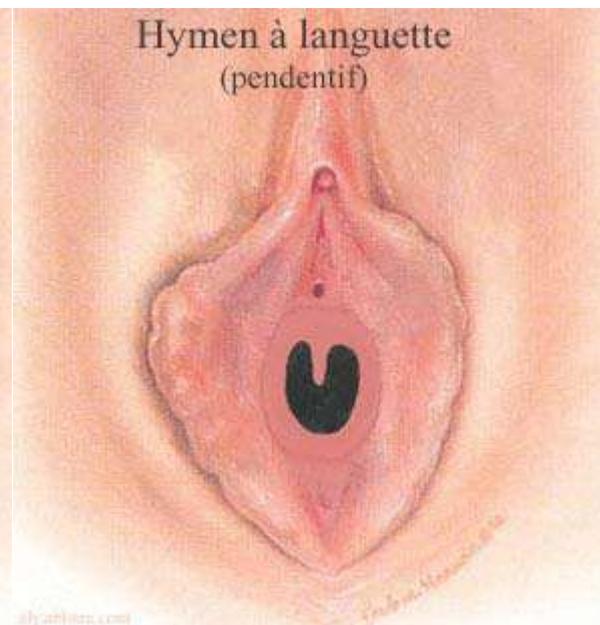
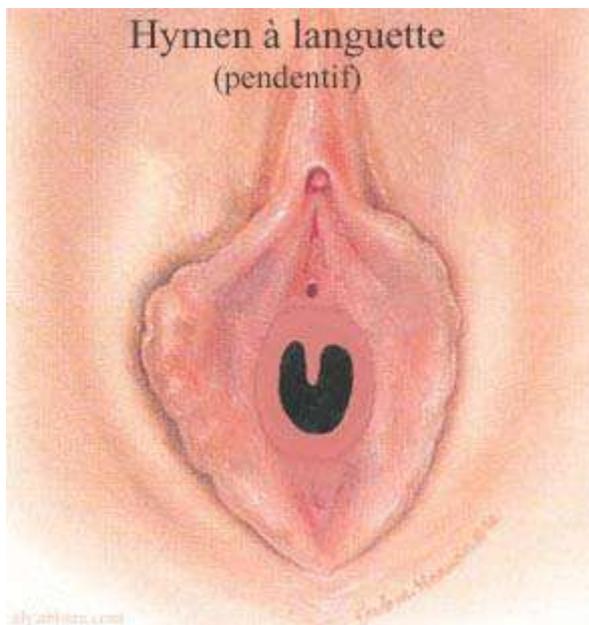
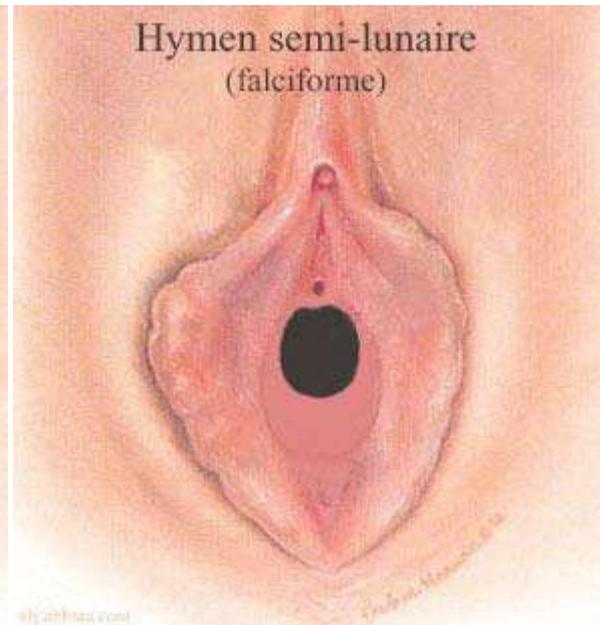
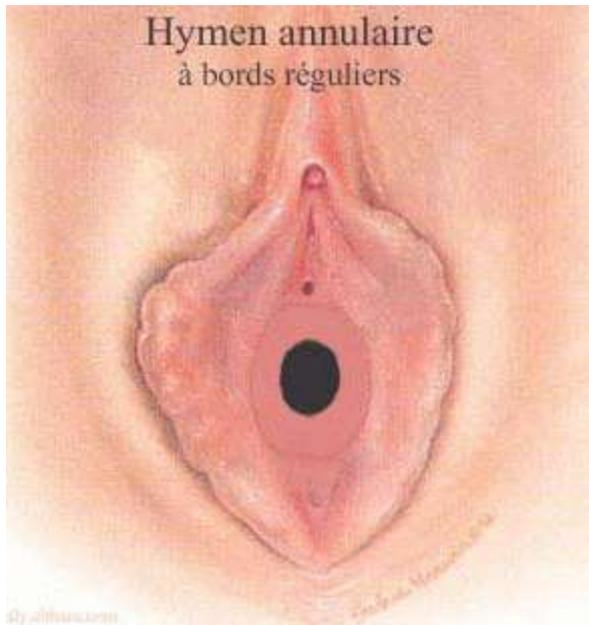


Figure 3: hymen (variations principales) P. KAMINA [34]

□ Différents types d'hymen selon Dr Aly Abbara [35]:



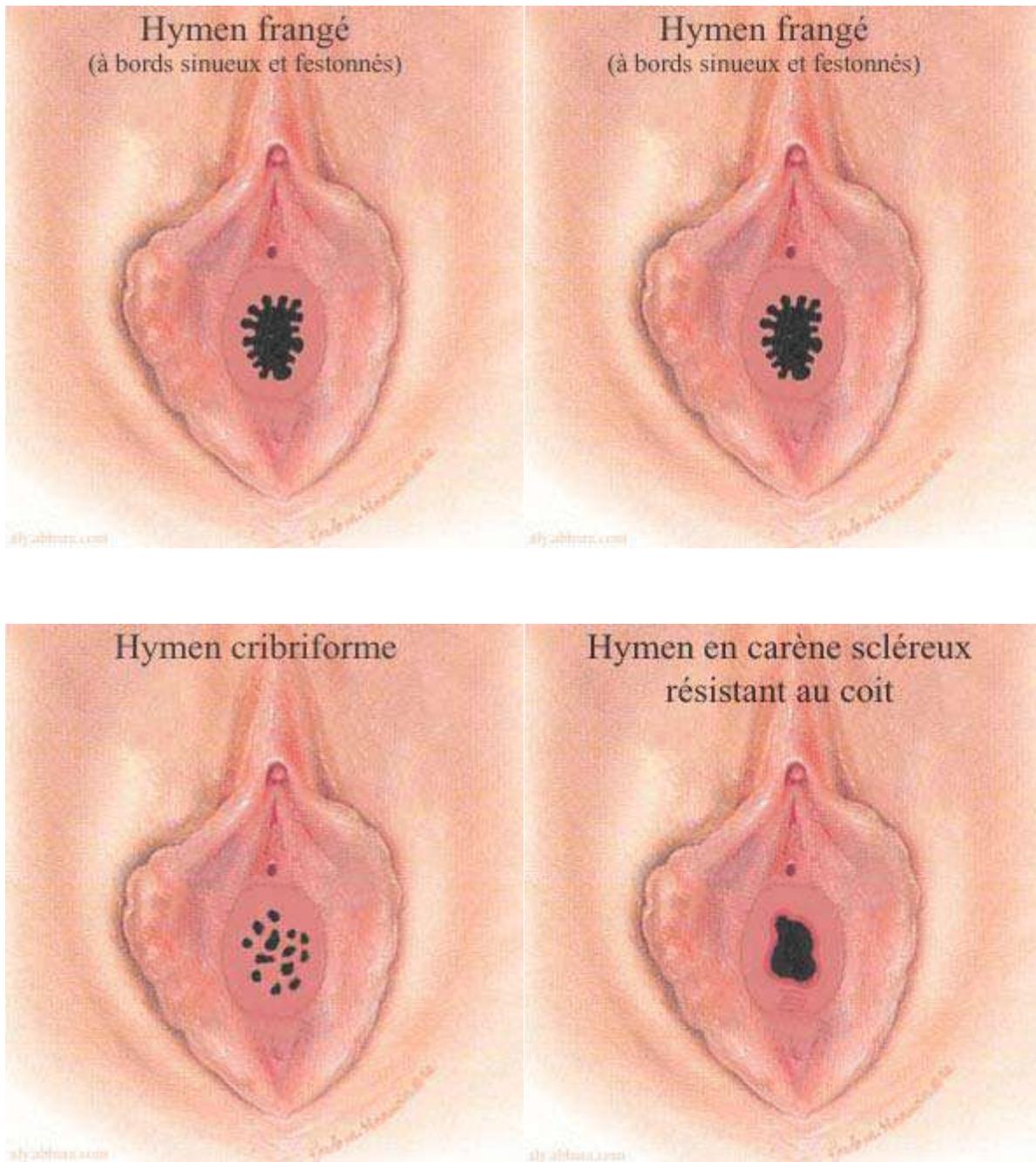


Figure 4: Différents types d'hymen selon Dr Aly Abbara [35]

2. Données épidémiologiques

2.1. Données mondiales :

Selon l'OMS, trente-cinq pour cent (35%) des femmes, soit près d'une femme sur trois, indiquent avoir été exposée à des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire intime ou de quelqu'un d'autre au cours de leur vie. Le plus souvent, cette violence est le fait du partenaire intime. Près du tiers (30%) des femmes du monde, qui ont eu des relations de couple, signalent avoir subi une forme quelconque de violence physique et/ou sexuelle de la part de leur partenaire intime au cours de leur vie. En plus, pas moins de 38% des meurtres de femmes sont le fait de leur partenaire intime masculin [35].

Un rapport publié par l'Organisation mondiale de la Santé. En partenariat avec la London School of Hygiene & Tropical Medicine et le Conseil sud-africain de la Recherche médicale publié le 20 juin 2013 intitulé : « Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire » relève que la violence faite par le partenaire intime est la forme la plus courante. Elle touche 30 % des femmes à l'échelle mondiale. L'étude a révélé aussi que 7,2% des femmes dans le monde ont signalé des violences sexuelles exercées par d'autres personnes que le partenaire. Lors de 48 enquêtes faites dans la population à travers le monde (12), entre 10 et 69 % des femmes ont dit avoir fait l'objet de violences physiques de la part de leur partenaire masculin à un moment ou à un autre de leur vie. La plupart des victimes d'agression physique subissent dans le temps de multiples actes de violence. En général, elles subissent également plus d'une forme de mauvais traitement.

2.2. Données régionales :

Selon l'OMS et concernant la violence faite par un partenaire intime (catégorie pour laquelle le plus de données étaient disponibles), les régions les plus touchées sont les suivantes :

□ Asie du Sud-Est : prévalence de 37,7 % (sur les bases de données agrégées du Bangladesh, du Timor-Leste (Timor oriental), de l'Inde, du Myanmar, du Sri Lanka et de la Thaïlande).

□ Méditerranée orientale : prévalence de 37 % (sur les bases de données agrégées de l'Égypte, de l'Iran, de l'Iraq, de la Jordanie et de la Palestine).

□ Afrique : prévalence de 36,6 % (sur la base de données agrégées des pays suivants : Afrique du Sud, Botswana, Cameroun, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Swaziland, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Zambie, Zimbabwe).

Pour les données combinées à la violence faite par le partenaire intime, la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire et ces deux phénomènes conjugués, les taux de prévalence chez les femmes de 15 ans et plus sont les suivants :

□ Afrique : 45.6%

□ Amérique : 36.1%

□ Asie du Sud-Est : 40.2%

□ Europe : 27.2%

□ Méditerranée orientale : 36.4% (aucune donnée n'était disponible dans cette région pour la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire)

□ Pacifique occidental : 27.9%

□ Pays à revenu élevé : 32.7%

□ □ **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 consensuels, 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 vellétés 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) principaux types de violences basées sur le genre qui sont le viol, l'agression sexuelle, l'agression physique, le mariage forcé, le déni de ressources, d'opportunité et de service et la violence psychologique.

☐☐ **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.

☐☐ **Agression sexuelle** : toute forme de contact sexuel sans consentement ne débouchant pas ou ne reposant pas sur un acte de pénétration.

A savoir : les tentatives de viol, ainsi que les baisers, les caresses ; et les attouchements non désirés aux parties génitales ou aux fesses. 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.

☐☐ **Agression physique** : Violence physique n'étant pas de nature sexuelle. Exemples : coups, gifles, strangulation, coupures, bousculades, brûlures, tirs ou usage d'armes, qu'elles soient, l'attaques à l'acide ou tout autre acte occasionnant des douleurs, une gêne ou des blessures. 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 autre 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 diminuée, 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 [37].

4-ETUDE CLINIQUE :

A. Circonstances de découverte :

Deux situations existent pour la découverte :

- Réquisition de justice : il s'agit d'une situation de dérogation obligatoire au secret professionnel. Le rapport médico-légal et les prélèvements doivent être transmis à l'autorité requérante. Cette voie doit être privilégiée pour éviter les déconvenues sur un plan juridique
- Consultation à la demande de la victime : c'est une consultation simple avec dérogation facultative au secret professionnel, le médecin peut informer le procureur de la république des faits ; mais uniquement avec l'accord de la victime majeure. Si elle refuse, il n'y aura pas de signalement à la justice, et pas de garantie juridique pour les prélèvements puisqu'ils ne seront pas scellés et ne seront pas remis à la justice. La prise en charge sur le plan médical est nécessaire.

B. L'accueil :

L'accueil de la victime d'agression est un moment essentiel qui doit être réalisé par une personne expérimentée dans un lieu adapté

Il a un double objectif :

- Etablir un certificat médical,
- Entamer la première étape d'une prise en charge clinique, psychologique ou psychiatrique du drame qui s'est déroulé. L'examen médical (en présence d'une tierce personne membre de l'équipe soignante) peut donc être réalisé sur réquisition lorsque la victime n'a pas souhaité ou osé porter plainte. Le rôle du médecin est d'accueillir la victime, de décrire d'éventuelles lésions traumatiques, de procéder à des examens ou prélèvements biologiques et d'instaurer les mesures thérapeutiques utiles ou nécessaires.

Il ne peut se prononcer sur l'existence de faits de violences, auxquels il n'a pas assisté.

L'absence de lésions traumatiques visibles ne signifie pas qu'il n'y a pas eu de coups. L'absence de coups ne signifie pas qu'il n'a pas eu de viol.

Si l'acte date de moins de trois jours, il s'agit d'une véritable urgence médicale (prophylaxie des MST, et contraception post coïtale) et légale (prélèvement avec recherche de sperme ou génétique)

Ainsi plus l'attente est longue, plus les chances d'obtenir un examen clinique et des prélèvements contributifs diminueront.

C. Interrogatoire :

Il mentionne :

- La date de l'examen
- Nom, prénom, date de naissance profession et adresse,
- La date des faits et nature : lieu, l'heure de l'agression ; nombre d'agresseurs, mode d'agression, les types de violences associés...
- Les circonstances de l'agression : pénétration pénienne ou autre, par voie vaginale, anale, buccale, avec ou sans préservatif, avec ou sans éjaculation, nombre de rapport et d'agresseurs, notion de menace, le lien entre la victime et l'agresseur
- Les antécédents médicaux, chirurgicaux et plus précisément gynéco-obstétricaux et proctologiques, la date des premières règles, durée des cycles, le statut sérologique et vaccinal ;
- La date des dernières règles, le moyen de contraception utilisé ; une grossesse en cours, date du dernier rapport sexuel consenti et le type
- S'il y'a l'existence de toilette intime après l'agression (qui peut faire disparaître les indices biologiques)
- Rechercher des troubles du comportement ou de mémoire pouvant faire évoquer une soumission médicamenteuse,
- Rechercher et quantifier une éventuelle prise de toxique.

D. Examen physique

Cet examen comprend :

D-1 Examen général

Il doit être effectué le plus précocement possible par rapport à l'abus et doit être complet et détaillé (avec schémas et photographies) à la recherche de stigmates d'origine traumatiques (de lutte, de défense, de prise et de violence), en particulier au niveau des zones d'appui ou des zones vulnérables (face interne des cuisses, mains, avant-bras, poignets, épaules).

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'agressions sexuelle, des traces de traumatisme sont recherchées sur tout le corps. Elles peuvent être à type de :

- Contusions ;
- Erosions ;
- Blessures ;
- Ecchymoses qui peuvent être sur peau claire :
 - Rouge livide 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 disparaissent habituellement au bout de 25 jours.

Il faut systématiquement rechercher des traces et indices sur le corps de la victime tels que des cheveux ou des poils et les prélever.

- A l'examen buccal les signes évocateurs d'agression sont les suivants : ecchymose de la face interne des lèvres, plaies contuses pouvant signifier des coups directs ou une suffocation associée (main sur la bouche) et ceux de pénétration : érythème ou contusion du frein de la langue (habituellement absents ou très peu spécifique).



Figure 5: Lésions de lutte sur le cou

D- 2 EXAMEN GYNECOLOGIQUE

Cet examen doit se faire avec tact et douceur sur une table gynécologique sous un bon éclairage. Les différents temps de l'examen sont expliqués à la victime avec 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 patiente 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 tels que :

- Ecchymoses, érosions siégeant au niveau vulvaire

- Vulvite (inflammation vulvaire) marquée essentiellement par un érythème.

Prudence dans les interprétations, car ce type de lésion mineure peut éventuellement résulter de l'agression, mais également d'une pathologie médicale prurigineuse.

□ □ EXAMEN DE L'HYMEN :

Il existe différentes formes anatomiques d'hymen : semi-lunaire, annulaire, cribriforme, à bords festonnés, en pont...

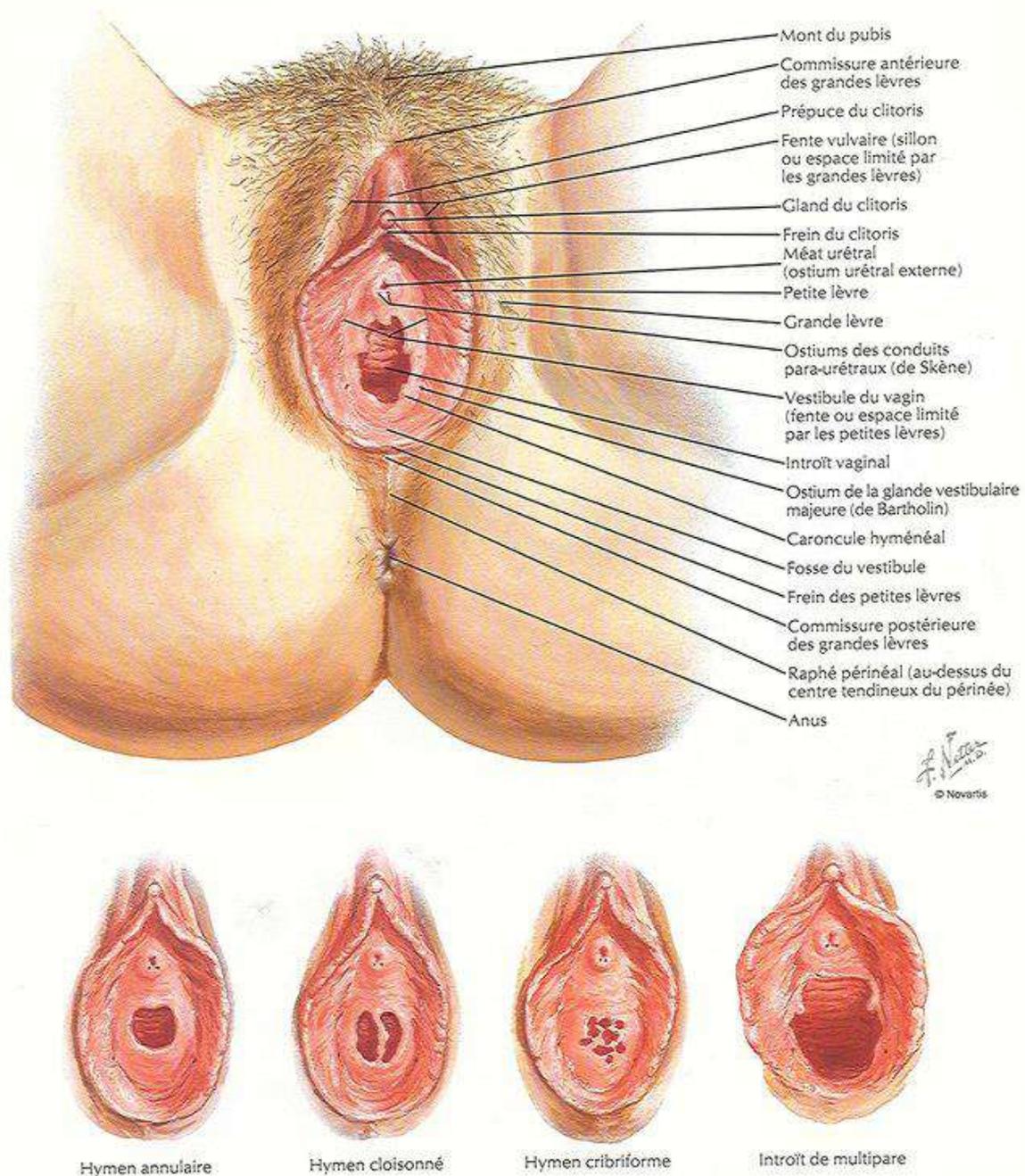


Figure 6: la vulve les différents types d'hymen

Certaines présentent des encoches physiologiques, qu'il ne faut confondre avec une déchirure traumatique.

La déchirure traumatique est définie sur un plan médico-légal, par une encoche complète qui atteint le bord d'insertion vaginal de l'hymen.

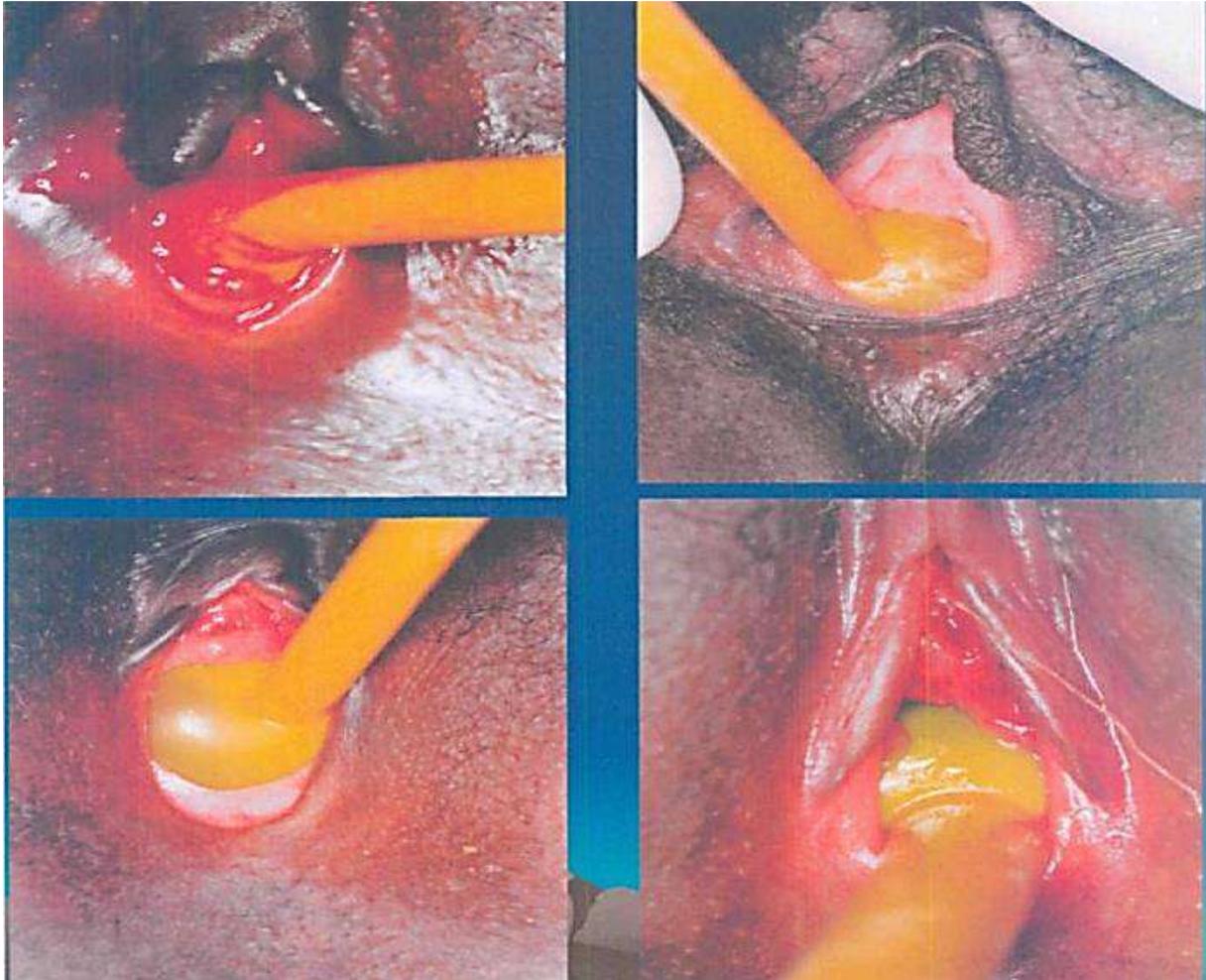


Figure 7: Technique de DICKINSON et DARGENT

Cette technique comporte plusieurs étapes. Après avoir installé 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 hyménal, le ballonnet est gonflé dans le vagin soit avec une solution de sérum salé isotonique ou avec de l'air (15cc). Ensuite on retire la sonde en exerçant une traction douce sur la sonde selon les quatre points cardinaux.

Ceci permet de voir :

- Une défloration ancienne : déchirure non hémorragique et cicatrisée, atteignant la paroi vaginale ; en cas de rapports répétés, et surtout après accouchement, il ne persiste que des résidus hyménaux, ou caroncules myrtiformes ;

- Une défloration récente : déchirure hyménale atteignant la paroi vaginale ; plus ou moins hémorragique ; le plus souvent située à 5heures ou 7heures sur un cadran horaire.

- Un hymen intact :

Absence de défloration ancienne ou récente visible. Il faut alors mesurer le diamètre maximal de l'orifice hyménal, c'est-à-dire le diamètre maximal de l'orifice visible avec le ballon. Certains hymens peuvent se dilater de façon importante tout en restant intacts. Cela est dû à l'élasticité, en fonction de l'imprégnation hormonale. Le diamètre maximal de l'orifice hyménal permet donc d'affirmer qu'un corps étranger d'au moins ce même diamètre peut pénétrer sans léser l'hymen.

Les lésions de l'hymen évoluent dans le temps :

- Hémorragie : en général, aspect rouge au niveau des bords des déchirures.

- Après deux ou trois jours : même aspect, avec possibilité d'une suppuration locale.

- Après quatre jours : début de la cicatrisation avec apparition d'une muqueuse, cicatrisation est complète en huit à quinze jours.

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.

l'examen au speculum :

Il va apprécier :

. L'état des parois vaginales qui sont de couleur rose avec des rides,

. L'aspect du col utérin qui est aussi rose, punctiforme ou ouvert suivant la parité et l'existence ou non de leucorrhées.

Cet examen est nécessaire chez l'adulte (non lubrifié pour ne pas fausser les prélèvements. Il n'est pas indiqué chez la petite fille et l'adolescente n'ayant jamais eu de rapport sexuel.

EXAMEN ANAL :

Il a pour but d'apprécier la marge anale, le tonus ainsi que l'intégrité de l'hymen. Les lésions en faveur d'une pénétration anale récente sont : ecchymose, hématomes de la marge anale, érosions, fissures, douleur rectale et celles d'une pénétration anale ancienne : disparition des plis radiés, anus en entonnoir (en cas de pénétrations répétées), et hémorroïdes (non spécifiques).

Au terme de cet examen, une rectoscopie voire une anoscopie est discutée si besoin.

E- examens complémentaires

Ils ont plusieurs objectifs :

1-Identifier l'agresseur :

Les prélèvements à effectuer en cas d'agression récente sont réalisés :

- Le plus tôt possible après l'agression,
- Sans toilette préalable,
- Avec un spéculum non lubrifié,
- Sur écouvillons de coton sec, type écouvillon pour bactériologie,
- Le séchage est indispensable 30 à 60 minutes à l'air libre après leur réalisation puis conservation à 4°,
- Le nombre de prélèvements sera pair pour permettre les contre expertises :

4 prélèvements par site est le nombre recommandé.

Le nombre sera précisé sur le dossier et sur le certificat médical. Tous les prélèvements seront étiquetés, numérotés, dans l'ordre de prélèvements.

La recherche de spermatozoïdes :

- Prélèvement sur pipette ou sur écouvillon,
- Un étalement sur lame pour examen par un biologiste dans les 24 heures.

□ □ **Les analyses génétiques :**

Les prélèvements sont faits avec des gants, saisis et scellés par les enquêteurs.

Identification sur spermatozoïdes ou cellules laissées par l'agresseur :

- Tache de sperme sur la peau : récupérer les éléments tissulaires par dilution au sérum physiologique,
- Vulve et périnée,
- Vagin, endocol, exocol, cul de sac et paroi vaginale,
- Prélèvements buccaux et anaux selon le contexte clinique.

Le séchage est indispensable 30 à 60 mn à l'air avant la réintroduction dans le sac plastique.

Prélèvements de poils ou de cheveux de l'agresseur :

- Si possible avec le bulbe,
- A conserver dans une enveloppe en papier Kraft à température ambiante.

Si la victime a griffé l'agresseur :

- Prélèvement en raclant sous les ongles de la victime
- Prélever sous chaque ongle des doigts en précisant le côté de la main.
- Si les ongles sont longs, il faut proposer à la victime de couper les ongles pour augmenter les chances d'obtenir des tissus de l'agresseur.
- Conservation à sec.

Si l'agresseur a mordu la victime : écouvillonnage pour prélever la salive :

- Utiliser des écouvillons humides puis secs.

Vêtements tachés (sang, salive, sperme) :

- Faire sécher à l'air si besoin,
- Conserver à température ambiante dans une enveloppe en papier Kraft.

Identification ADN de la victime :

- Prélèvement de sang sur tube EDTA, conservé à 4°C,
- Si le prélèvement sanguin pose problème discuter :
- Micro prélèvement (goutte de sang) sur papier buvard,

- Cytobrosse à la face interne des joues (indispensable en cas de refus de prise de sang, ou de transfusion sanguine récente).

2. Prévenir les complications : recherche de MST

☐☐ Les prélèvements locaux :

Les prélèvements seront guidés par les déclarations de la victime et les éléments de l'examen médical.

Les sites de prélèvement possibles : Col, Vagin, Urètre, Anus, Gorge.

Méthode de prélèvement :

- Standard : sur écouvillon sec ou pipette, conservé à température ambiante
- Gonocoque : 1 écouvillon + milieu Stuart : conservé à température ambiante, Chlamydiae : Kit chlamydiae : conservé au frigo à 4°C,
- Mycoplasme : Fraise + flacon mycoplasme : conservé au frigo à 4°C.

☐☐ Le bilan sérologique

- Chlamydiae,
- TPHA et VDRL,
- Hépatites B et C,
- HIV 1 et 2,
- Eventuellement HTLV.
- Si agression récente : sérologie initiale, et contrôle à 1 mois, 3 et 6 mois.
- Si agression ancienne (plus de 6 mois) sérologie unique.

☐☐ **Recherche de toxiques** : selon les déclarations, au moindre doute et si le clinicien constate : confusion, amnésie, ivresse, hallucination, hébétude, malaise. Prélever un tube sec de 10 ml d'urines. (Quelques gouttes suffisent avec certains kits).

☐☐ **Recherche d'une éventuelle grossesse par le dosage des β hCG**

☐☐ **Bilan pré thérapeutique avant éventuelle thérapie antirétrovirale :**

NFS, Plaquettes, ionogramme, créatinine, transaminases, gamma GT, bilirubine.

G. Prise en charge des survivantes

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 juridique et judiciaire

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

- Évaluer la sécurité et définir une stratégie de protection ;
- Fournir une sécurité conforme aux besoins ;

- Plaider en faveur de l'application et du respect des instruments nationaux et internationaux
- Assurer l'accès à un refuge sûr au sein de la communauté ;
- Information et orientation sur le droit de la personne survivante
- Donner des informations sur la procédure
- Assurer l'accès à un abri sûr à court terme ;
- Formation et engagement des secteurs concernés, notamment les forces de l'ordre, les juges, les avocats et autres praticiens du droit, les praticiens de la santé et les autres prestataires de services ;
- Donner des informations sur les choix disponibles aux survivants et ses conséquences
- Accompagner la personne survivante à la police pour le dépôt de la plainte si la victime est d'accord
- Garder la personne survivante toujours informée des progrès du dossier
- Assurer le suivi de l'exécution de la peine et en général des décisions de justice
- Conduire un plaidoyer pour la ratification des instruments internationaux non encore ratifiés
- Déposer la plainte au nom de la personne survivante au bureau du procureur de la république
- Conduire un plaidoyer pour l'harmonisation des lois nationales aux instruments internationaux et leurs applications ;
- Conduire un plaidoyer pour l'institution d'un juge chargé de la protection de la femme à l'instar du juge des enfants ;
- Vulgariser les textes de droit international pertinent pour la protection légale des survivants et formation sur l'application des instruments juridiques nationaux internationaux au Mali
- Conduire un plaidoyer pour l'organisation d'assises spécifiques aux cas de violences sexuelles (voir assises pour les enfants) ;

- Conduire un plaidoyer pour l'institution de points focaux VBG au niveau des commissariats de police et brigades de gendarmerie
- Demander au juge d'assurer les audiences à huit clos pour les cas de violence sexuelle
- Trouver des endroits sécurisés pour aider la personne survivante, sa famille (si requis) et les témoins
- En cas des menaces avérées demander au procureur l'interdiction de contact de certaines personnes avec la personne survivante /mesures additionnelles de protection pour la victime (éloignement des certaines personnes, etc.)
- Participer activement aux réunions trimestrielles de suivi des cas ;
- S'impliquer dans l'utilisation des outils de collecte des données VBG (GBVims).

3. La prise en charge sécuritaire

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

- Accueillir, écouter, rassurer, compatir, informer, sur les droits et les services disponibles, orienter les survivants à d'autres services avec le consentement éclairé de la personne survivante ;
- Relocaliser vers une maison sécurisée si sa sécurité est en danger
- Evaluer le risque de sécurité que court la personne survivante et sa famille ou la personne témoin qui l'accompagne
- Planifier la sécurité avec la survivante afin de réduire le risque de préjudice de la part de l'auteur de la VBG, les membres de sa famille ou de sa communauté;
- Assurer la sécurité avec une protection physique si nécessaire ;
- Evaluer le risque de suicide chez la survivante ;
- Etablir un plan pour renforcer la sécurité de la survivante au sein de la famille et la communauté ;
- Offrir aux survivants une assistance juridique (information sur les procédures et leur fonctionnement) et conduire une enquête si besoin.

4. Prise en charge médicale

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

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

tribunaux afin de suivre les cas jusqu'à la décision de justice. L'assistance des victimes de VBG dans le suivi des dossiers est assurée. Le travail en synergie entre services impliqués dans les stratégies de prévention et de prise en charge des VBG est plus que nécessaire [3].

5. La prise en charge clinique

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

☐☐ **Examens cliniques** : dès leur arrivée les consultations médicales sont faites pour évaluer l'état physique et les plaies dans les différentes parties du corps à afin de procéder à la réparation de certains cas ; s'il n'y'a pas de gravité de plaie.

Des analyses à la recherche des preuves médico-légales qui sont :

☐☐ **Examens complémentaires** : ECBU, BW, prélèvements vaginaux, échographie obstétricale.

☐☐ En cas de grossesse les suivis seront assurés par les Sages-femmes du **OSC** : jusqu'à l'accouchement. Les bébés sont examinés par les pédiatres pour les prises en charge immédiats des nouveau-nés et des soins aux nouveau-nés.

☐☐ **Prévention des infections et/ou des grossesses ou kits post viol** : Donner les pilules du lendemain, réalisation d'un test de grossesse, test IST, vaccinés contre les tétanos, traitement IST, puis on donne des ARV.

☐☐ **Traitement** : les anti inflammatoires, antispasmodiques, antalgiques ; des ARV, des Bétadine dermiques, des compresses en cas de plaies etc.

Hospitalisation si nécessaire : en cas de déchirures des parties intimes nécessitants une intervention chirurgicale pour la réparation et ou sous anesthésie locale ou générale, ils seront mis en observation jusqu'à l'amélioration de leur état de santé c'est ainsi qu'un kit de dignité les seront remis composé de : coton hygiénique, pâte dentifrice, des pagnes, des tee-shirts, des draps, des savonniers etc.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude a été menée dans le district sanitaire de la commune I de Bamako (Mali). Ce district sanitaire comprend :

Un hôpital de niveau 2 de référence selon la pyramide sanitaire du Mali appelé centre de santé de référence de la commune I (CS Réf CI) de Bamako.

Douze (12) centres de santé communautaire (CSC om), des cabinets, des cliniques et centres confessionnels

a- La commune I du district de Bamako :

-Situation de la commune :

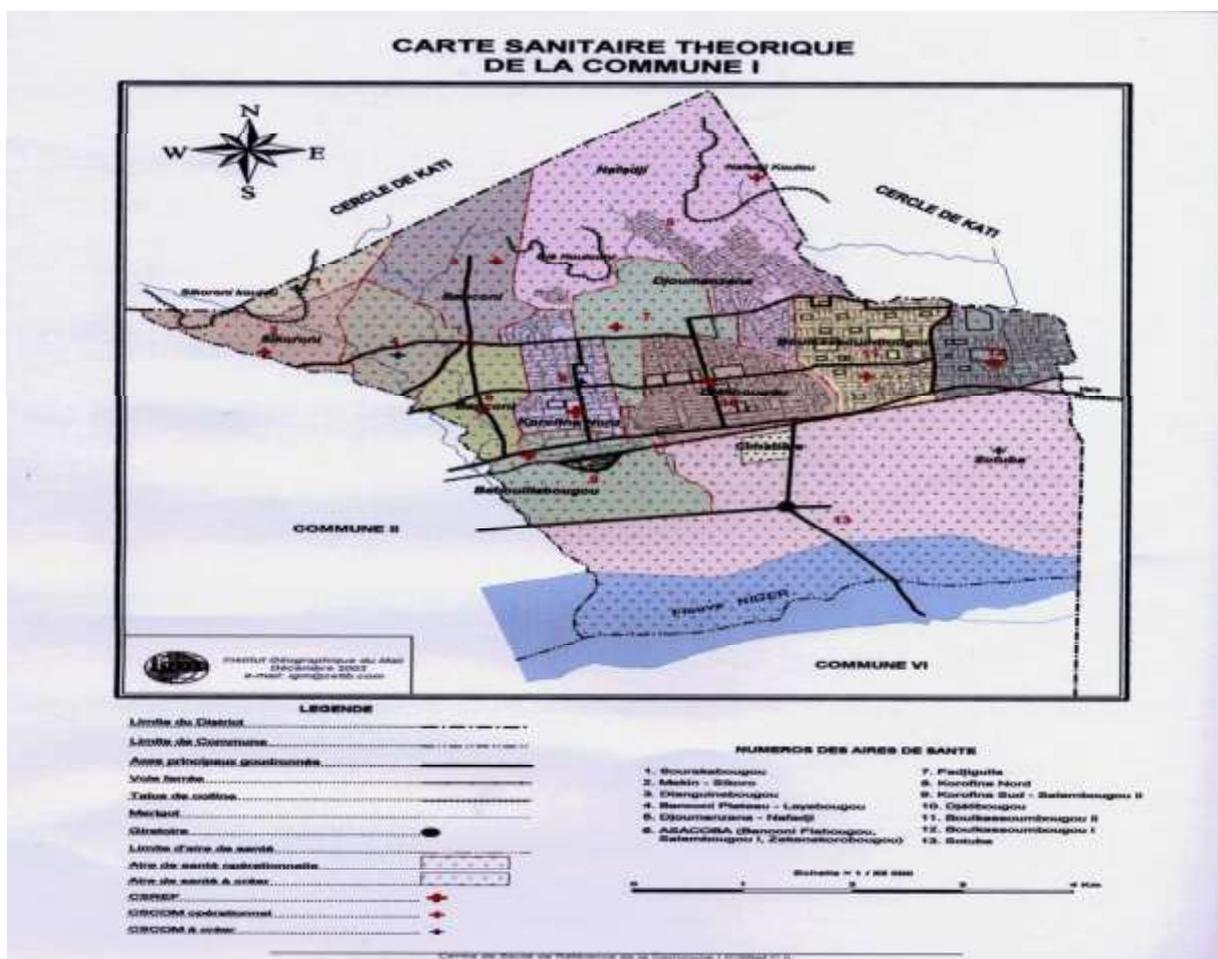


Figure 8: Carte sanitaire de la Commune I

Source: SIS CS Réf CI

Il existe en commune I : un CS Réf, 12 CSCOM, des Cabinets médicaux, des Cliniques privées et des centres confessionnels (AMuPi, Catholique et Chérifla).

Le Centre de Santé de Référence de la Commune I comprend actuellement plusieurs services et unités qui sont :

- L'administration ;
- Le service de gynécologie obstétrique ;
- Le service de chirurgie générale ;
- Le service de pédiatrie ;
- Le service d'ophtalmologie ;
- Le service d'odontostomatologie ;
- Le service d'ORL ;
- Le service de médecine générale ;
- Le service de développement social et de l'économie solidaire;
- L'unité d'imagerie médicale ;
- Le S.I.S ;
- L'unité de laboratoire ;
- L'USAC de la commune I ;
- Le bloc opératoire ;
- La pharmacie ;
- La brigade d'hygiène ;
- La morgue.

Le personnel est composé de :

•42 médecins dont un médecin chef, quatre gynécologues obstétriciens, deux pédiatres, un ophtalmologue, deux chirurgiens, un médecin de santé publique, neuf médecins généralistes, un pharmacien

• 31 sages-femmes ; • 16 assistants médicaux (quatre Anesthésistes, trois agents de la santé publique, deux odonto-stomatologistes, deux ORL, trois ophtalmologues, un biologiste médical, un agent de gestion des hôpitaux) ;

- 18 techniciens supérieurs spécialistes (un agent d'hygiène d'assainissement, quatre (04) agents de laboratoire, un agent de technicien supérieur des affaires sociales) ;
- 06 techniciens supérieurs
- 31 techniciens de santé (16 agents de santé publique et 15 infirmières obstétricienne) ;
- 01 Ingénieur sanitaire (un agent d'hygiène d'assainissement, deux agents de biologie médical)
- 03 infirmiers du bloc opératoire ;
- 03 vendeurs de pharmaciens ;
- 1 matrone ;
- 20 aides-soignantes ;
- 02 infirmières auxiliaires :
- 08 comptables ;
- 04 chauffeurs ;
- 11 manœuvres ;
- 08 secrétaires;
- 01 informaticien
- 1 gardien ;

Les activités comprennent :

- Les consultations prénatales ;
- Les accouchements et les urgences gynécologiques et obstétricales ;
- Les consultations de planification familiale et post-natale ;
- Le suivi des malades hospitalisés ;
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- Les interventions chirurgicales ;
- Les analyses biologiques ;
- L'imagerie médicale (Echographie) ;
- Les consultations médicales externes ;

- Les consultations ORL ;
- Les consultations ophtalmologiques ;
- Les consultations odonto-stomatologiques.
- Le dépistage des malades suspects de tuberculose
- Le dépistage du VIH.

Présentation du service de gynécologie et d'obstétrique :

Le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune I fait partie des services les plus fréquentés du centre.

Ce service comprend :

- Deux salles de consultation externe ;
- Une salle pour les urgences gynécologie-obstétrique;
- Une salle d'accouchement à trois lits ;
- Une salle d'attente qui sert également de salle pour les suites de couches et la surveillance post-partum ;
- Une unité de consultation prénatale ;
- Une unité de planification familiale (PF) et post-natale ;
- Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus ;
- Un bloc d'hospitalisation comprenant :
 - Trois grandes salles avec une capacité de six (06) lits ;
 - Deux salles à deux (02) lits ;
 - Une salle pour les thésards (faisant fonction d'internes) ;
 - Une salle pour le major du bloc d'hospitalisation ;
 - Une salle de soins.
- Un bloc opératoire comprenant :
 - Deux salles d'interventions pour les interventions gynécologiques obstétricales chirurgicales et ophtalmologiques ;
 - Une salle de stérilisation des instruments ;
 - Une salle contenant l'autoclave pour la stérilisation des champs et des blouses opératoires ;

- Une salle de réveil ;
- Une salle de préparation des patients ;
- Une salle de préparation des opérateurs (chirurgiens ; gynécologues obstétriciens) ;
- Un bureau pour les anesthésistes ;
- Un bureau pour les aides de bloc.

La maternité :

Elle est située vers le côté Sud du CS Réf entre le bloc d'hospitalisation à l'Ouest, la pharmacie à l'Est et le bloc opératoire au Nord.

Elle reçoit les gestantes et parturientes issues de toutes les couches sociales. Les parturientes venant y accoucher sont suivies soit dans notre service, soit dans les autres services de gynécologie et obstétrique publics ou privés, soit dans les centres de santé communautaire.

Le personnel de la maternité est composé de :

- Un gynécologue-obstétricien, chef de service qui coordonne et supervise toutes les activités du service ;
- Trois autres gynécologues-obstétriciens ;
- Un médecin DES de gynéco-obstétrique troisième année, en formation ;
- Un gynécologue-obstétricien (médecin stagiaire et personnel d'appui
- Vingt-deux(22) médecins généralistes (ancien thésard et personnel d'appui) ;
- Vingt-neuf(29) sages-femmes réparties entre les différentes unités de la maternité ;
- Vingt(20) thésards (faisant fonction d'internes) ;
- Huit(8) aides-soignantes.
- Trois(3) chauffeurs d'ambulances
- Six(6) manœuvres et six (6) gardiens

Les activités sont programmées comme suit :

- Les consultations sont assurées par les médecins gynécologues obstétriciens, ainsi que par les médecins généralistes, principalement lors des gardes ;

- L'échographie est réalisée tous les jours ouvrables dans l'après-midi ;
- Deux journées consacrées aux activités chirurgicales des Malades programmées ;
- La garde est assurée par un gynécologue, trois(3) médecin généraliste, de thésards (ou faisant fonction d'internes), d'une sage-femme, d'une aide-soignante et de deux manœuvres ;
- La formation continue du personnel est pérennisée par un staff quotidien sur les dossiers journaliers et principalement ceux de la garde, ainsi que par un exposé hebdomadaire sur les pathologies gynécologiques et obstétricales fréquemment rencontrées dans le service ;
- Il s'en suit la visite aux malades hospitalisés, visite au cours de laquelle le gynécologue obstétricien donne les instructions et enseignements nécessaires à la formation continue des étudiants (thésards).

One stop center

Il a été créé en juillet 2021 au sein du centre de santé de référence de la commune I pour la réhabilitation des femmes victimes de VBG et leurs prises en charges holistiques. Il est composé :

- une unité d'accueil des survivantes ;
- une unité des soins ;
- un bureau pour les personnels ;
- une unité de confidentialité ;
- une salle de repos ;
- une salle de jeux ;
- une unité de développement social ;
- les arrondissements (6eme, 12eme et 16eme).

Les personnels :

- les gynécologue-obstétriciens ;
- les médecins,
- les sages femmes;

-les agents de santé psycho-sociale ;

-les agents de développement social et promotion des femmes ;

La police et la justice

2. Type d'étude

Nous avons effectué une étude transversale descriptive.

3. Période d'étude

Notre étude a été menée du 1^{er} juillet 2021 au 31 décembre 2022 soit une période de 17 mois.

Variables étudiées :

-Variables quantitatives : l'âge, le nombre des auteurs présumés, poids, taille.

-variables qualitatives : le sexe, l'auteur, la profession, le statut matrimonial, le type d'agression, le type de contact génito-anal, le lieu de déroulement des faits, la provenance, le motif de consultation, les lésions occasionnées, le mode d'admission, violence, la prise en charge, genre

4. Population d'étude

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

4.1. Critère d'inclusion :

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

4.2. Critère de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans l'étude toutes les survivantes d'autres formes de violences basées sur le genre féminin telles que : mariage forcé, violence physique, violence verbale, et toutes formes de violences faites aux hommes.

5. Echantillonnage

5.1. Méthodes d'échantillonnage :

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif de tous les cas d'agressions sexuelles basées sur le genre féminin

5.2. Techniques et outils de collecte des données :

5.2.1. Techniques de collecte des données

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

5.2.2. Outils de collecte de données

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

5.3. Traitement et analyse des données :

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

5.411. Considérations éthiques et déontologiques

La confidentialité et l'anonymat ont été respectés. Les dossiers de l'OSC 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.

RESULTATS

V. RESULTATS

Au cours de notre étude, nous avons recensé 224 cas de VBG sur 10924 consultations gynéco-obstétricales soit une fréquence de 2,05%, parmi les VBG, nous avons eu 109 cas d'Agression sexuelle soit 48,66%.

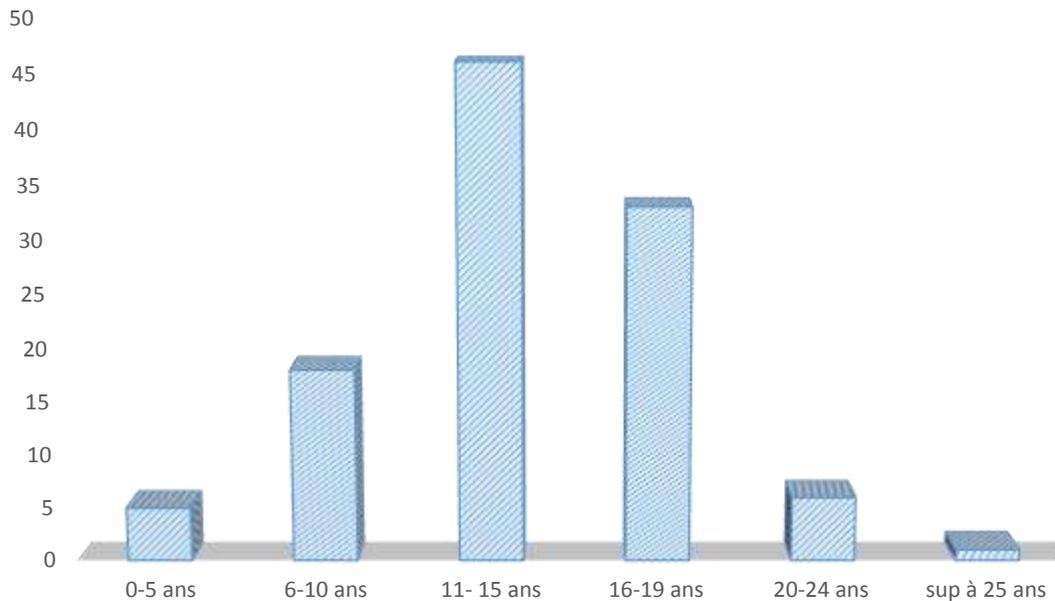


Figure 9: Répartition des survivantes selon la tranche d'âge

L'âge moyen des patientes étaient de $14,12 \pm 5,06$ ans avec des extrêmes de 2 et 36 ans.

Tableau I: Répartition des survivantes selon le lieu de résidence

Lieu de résidence	Fréquence	Pourcentage (%)
Commune I	73	67,0
Hors commune I	36	33,0
Total	109	100,0

Tableau II: Répartition des survivantes selon le niveau d'instruction

Niveau instruction	Fréquence	Pourcentage (%)
Non scolarisée	44	40,4
Primaire	41	37,6
Secondaire	20	18,3
Supérieur		3,7
Total	109	100,0

Près de 40,4% des victimes étaient non scolarisées

Tableau III: Répartition des survivantes selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage (%)
Aide-ménagère	20	18,3
Autres	12	11,0
Élève	60	55,0
Etudiante	4	3,7
Ménagère	8	7,3
serveuse	1	0,9
vendeuse	4	3,7
Total	109	100,0

Plus de la moitié des survivantes étaient des élèves, soit 55%.

Autres : travailleuses de sexe(8), Fonctionnaire(1), commerçantes(3)

Tableau IV: Répartition des survivantes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage (%)
Célibataire	102	94
Marée	7	6
Total	109	100

La majorité des survivantes, soit 94% étaient célibataires

Tableau V: Répartition des survivantes selon les antécédents gynécologiques obstétricaux

Niveau instruction	Fréquence	Pourcentage (%)
Multipare	1	,9
Nulligeste	96	88,1
Nullipare	2	1,8
Paucigeste	1	,9
Primigeste	9	8,3
Total	109	100,0

La majorité des survivantes, soit 88,1% était nulligeste.

Tableau VI: Répartition des survivantes selon l'heure de survenue de l'agression

Horaire d'agression	Fréquence	Pourcentage (%)
Non précisé	31	28,4
19H-00H	63	57,8
00H-7H	4	3,7
7H-19H	11	10,1
Total	109	100,0

Plus de la moitié des agressions, soit 57,8% avaient lieu entre 19H et 00H

Tableau VII: Répartition des survivantes selon le lieu de l'agression

Lieu d'agression	Fréquence	Pourcentage (%)
A domicile des survivantes	66	60,6
Autres	12	20,2
Dans la rue	16	14,7
Ecole	7	6,4
Lieu de travail de l'agresseur	8	7,3
Total	109	100,0

Autres : Restaurant (2), au bord du fleuve (3), Kiosque (3), Non spécifié (4)

Tableau VIII: Répartition des survivantes selon le type de contact sexuel

Type de contact sexuel	Fréquence (n=109)	Pourcentage (%)
Génito-génital	87	79,8
Attouchement	19	17,4
Autres	11	10,1

Autres : ano-génital (5) ; bucco-genital (5) ; génito-anal (1)

Tableau IX: Répartition des survivantes selon qu'il y'ait eu une menace avec des armes

Menace avec armes	Fréquence (n=109)	Pourcentage (%)
Non	100	92
Oui	9	8

Dans 8% des cas, il y'avait la présence d'une menace avec des armes Outils utilisés : Arme blanche (5), Arme à feu(3)

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

Nombre d'agresseur	Fréquence	Pourcentage (%)
1	87	79,9
2	7	6,4
3	12	11,0
5	1	0,9
6	1	0,9
7	1	0,9
Total	109	100,0

Dans 79,9 % des cas, l'agression était faite par une seule personne

Tableau XI: Répartition des survivantes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Fréquence	Pourcentage (%)
Accompagnée par la police	7	6,4
Accompagnée par le parent	9	8,3
Reçue sur réquisition judiciaire	92	84,4
Venue seule	1	,9
Total	109	100,0

Dans 84,4% des cas, les survivantes étaient admises sur réquisition judiciaire

Tableau XII : Répartition des survivantes selon le délai de l'agression et la consultation

Délai entre l'agression et consultation	Fréquence (n=109)	Pourcentage (%)
0-24Heures	56	52
1 à 2 jours	23	22
Plus de 2jours	28	26

Les victimes étaient consultées entre 0 et 24H dans 52% des cas.

Tableau XIII: Répartition des survivantes selon l'état psychologique

Etat psychologique	Fréquence	Pourcentage (%)
Agressivité	1	0,9
Crainte	17	15,6
Indifférence	45	41,3
Peur	46	42,2
Total	109	100,0

Près de 42,2% des survivantes était dans un état de peur

Tableau XIV: Répartition des survivantes selon les lésions gynécologique

Lésions	Fréquence	Pourcentage (%)
Déchirures périnéales	9	8,9
Déchirures vulvo-périnéales	24	23,8
Déchirures vaginales	6	5,9
Lésions hyménales	77	76,2
Déchirures de la marge anale	13	12,9

Les lésions hyménales étaient prédominantes avec 76,2% des cas.

Tableau XV: Répartition des survivantes selon le résultat du test urinaire de grossesse

Test urinaire de grossesse	Fréquence (n=109)	Pourcentage (%)
Négatif	66	61
Non fait	32	29
Positif	11	10

Le test urinaire de grossesse était revenu positif chez 10% des victimes

Tableau XVI: Répartition des survivantes selon le résultat de la sérologie HIV

Sérologie HIV	Fréquence (n=109)	Pourcentage (%)
Négatif	98	90
Non fait	10	9
Positif	1	1

La sérologie VIH était revenue positive chez 1% des victimes

Tableau XVII: Répartition des survivantes selon le traitement médical

Traitement médical	Fréquence (n=109)	Pourcentage (%)
Norlevo	63	55,0
Antibioprophylaxie	76	69,7
Antirétroviraux	3	2,8
Autres	34	31,2

L'antibioprophylaxie était le traitement médical prédominant dans 69,7% des cas.

Autres : Antifongiques(4), Antiseptiques(10), Antalgiques(10), Anti-inflammatoires(10)

Tableau XVIII: Répartition des survivantes selon le traitement chirurgical

Traitement Chirurgical	Fréquence (n=109)	Pourcentage (%)
Suture de déchirures périnéales	1	0,9
Suture de déchirures vulvo-périnéales	3	2,8
Suture de la marge anale	2	1,8

La suture de déchirure vulvo périnéale était le traitement chirurgical appliqué chez 2,8% des survivantes.

Tableau XIX: Répartition des survivantes selon la mise sous antipsychotique

Antipsychotique	Fréquence (n=109)	Pourcentage (%)
Non	100	94
Oui	6	6

La majorité des survivantes n'étaient pas mis sous antipsychotique, soit 94%.

Tableau XX: Répartition selon le processus judiciaire

Processus judiciaire	Fréquence (n=109)	Pourcentage (%)
Retrait de la réquisition	7	6,42
Règlement à l'amiable	22	20,18
condamnation	1	0,92
Peine prononcée	1	0,92

Les règlements à l'amiable ont été la résolution dans la majorité des cas soient 20,18%

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Les limites de l'étude :

Au cours de notre étude, nous avons rencontré quelques difficultés surtout dans la recherche bibliographique.

2. La fréquence :

Les agressions sexuelles ont représenté 48,66% (109/224) de l'ensemble des violences basées sur le genre (VBG).

Ce résultat serait supérieur aux données de Doumbia B [28] et Traoré Y [29] qui avaient rapporté respectivement 0,22% et 3,12%.

Ce résultat élevé des agressions sexuelles s'expliquerait par l'arrivée spéciale d'une unité de prise en charge des violences basées sur le genre en générale qui a permis le suivi des survivantes et leurs orientations afin permettre leurs intégrations dans la société.

3. Le profil sociodémographique des victimes

La tranche d'âge de 11 à 15 ans était la plus représentée à 42,2%. L'âge moyen des patientes étaient de $14,12 \pm 5,06$ ans avec des extrêmes allant de 2 à 36 ans. Ce taux est similaire à celui de Dramé B [27] qui a trouvé 72,9% d'abus sexuels pour la tranche d'âge de 6 à 17 ans, avec une moyenne d'âge de 15,1 ans. Même constat chez Doumbia B [28] qui a rapporté un taux de 96,2% d'agressions sexuelles chez les patientes de moins de 20 ans avec une moyenne d'âge de 13,2 ans. Traoré Y [29] a trouvé 91,7% d'agressions sexuelles pour les patientes de moins 19 ans avec un âge moyen de 16 ans et Amah B [30] a rapporté 92% chez les moins de 20 ans.

Ce taux élevé d'agressions sexuelles pour les victimes de moins de 15 ans dans notre étude peut être expliqué par l'incapacité pour cette tranche d'âge à se défendre en cas d'agression sexuelle, mais aussi par leur vulnérabilité. Toutes nos victimes étaient de sexe féminin. Les élèves étaient majoritaires avec 55% suivies des aide-ménagères 18%, comparable à celui de Traoré Y [29] qui dans son étude avait trouvé un taux de 48,6% pour les élèves et 8,1% d'aide-ménagères. Cette

fréquence élevée chez les élèves peut être expliqué par leur mauvaise fréquentation, leurs comportements vestimentaires et leurs présences sur les lieux prédisposés à l'agression

4. Circonstances de l'agression

Notre étude a mis en évidence que 60,6% des agressions sexuelles ont été commises au domicile de l'agresseur. Ce résultat est contraire à celui de Diallo D [32] qui a rapporté dans sa série que 29,3% des agressions sexuelles étaient survenues au domicile de la victime. L'agression sexuelle, dans notre étude était fréquemment commise entre 19h et 7h soit 57,8%. Ce résultat est proche de celui de Dramé B [27] qui a rapporté que 52,8% des agressions sexuelles ont eu lieu entre 17h-00h Traoré Y [29] a rapporté 72,2% entre 19h-2h et Amah B [30] a trouvé 51,8% des abus sexuels entre 19h-6h.

Dans notre étude, 52% de nos patientes ont consulté dans les 24 premières heures suivant l'agression sexuelle. Ce taux supérieur à celui de Amah [30] avec un taux de 2,4% de consultations dans les 24 premières heures. Les agressions sexuelles sont fortement influencées par des facteurs culturels, sociaux et économiques. Les normes culturelles, les attitudes envers les agressions sexuelles et les comportements des victimes et des agresseurs peuvent varier considérablement d'une région à l'autre. L'acte était fréquemment commis par un seul individu dans 79,8%. Ce taux est inférieur à ceux de Dramé B [27] et Traoré Y [29] qui ont rapporté respectivement 66,6% et 65,0% mais par contre il est inférieur à celui Traoré Y [29] qui a rapporté 89,2% d'agression sexuelle commise par un seul individu. Il n'y avait aucun lien entre la victime et l'agresseur dans 76% de cas, ce taux est supérieur à celui de Dramé B [27] 66,6% mais inférieur à celui de Traoré Y [29] 94,6%.

Dans notre étude, les pénétrations génito-génitales étaient de 79,8% suivies des attouchements 17,4% de cas. Ce taux est comparable à celui de Amah B [30] qui ont a 62,2% pour les pénétrations génito-génitales et 28% pour les attouchements ; mais inférieur à ceux de Diarra D [32] et Traoré Y [29] qui rapportaient

respectivement 80,0% et 80,5% pour les pénétrations génito-génitales et 7,8% et 19,4% pour les attouchements.

5. Données cliniques à l'examen

L'hymen était intact à l'examen dans 12,9% de cas, ce taux est inférieur à celui de Amah B [30] qui a rapporté 35,1% et mais inférieur au taux de Traoré Y [29] qui a rapporté 76,4% d'hymen intact. Cette différence de fréquence pourrait s'expliquer par la différence de taille, de lieu d'étude et aussi les protocoles d'examen médical, les compétences des examinateurs et les critères de définition d'un hymen intact peuvent varier. Par conséquent, les résultats peuvent dépendre de la manière dont les examens ont été effectués et des seuils utilisés pour définir un hymen comme "intact".

Les lésions hyménales étaient prédominantes avec 76,2% des cas. La déchirure vulvo-vginale était présente dans 23,8% des cas. Notre taux est supérieur à celui de Traoré Y [29] avait trouvé 2,2% dans son étude.

Ces déchirures sont en rapport généralement avec la violence des agressions. Il y'avait une déchirure périnéale dans 8,9% de cas. Amah B [30] a trouvé 7,5% des traumatismes vulvo-périnéaux dans son étude. Les lésions extra génitales étaient présentes chez 30,2% de nos patientes Amah B [30] et Niort F [33] ont rapporté respectivement 7% et 24,5% de lésions extra génitales. Ces lésions étaient essentiellement des égratignures, des écorchures et des érosions.

Le test urinaire de grossesse était revenu positif chez 10% des victimes suivi de la sérologie HIV positive chez 1% des patientes. Nous n'avons pas noté de positivité chez nos patientes pour le test Bordet Westermann et de l'antigène Hbs.

5. Prise en charge :

Une contraception d'urgence a été administrée chez 55 % de nos patientes, ce taux est similaire à celui de Céline D [35] qui a rapporté 52%, mais il est nettement supérieur à celui de Amah B [30] qui a trouvé 1,6% du prise de contraception d'urgence. En fonction du résultat des analyses réalisées, nous avons procédé à une prophylaxie antirétrovirale chez 2,8% des victimes. Ce taux faible de

prophylaxie antirétrovirale pourrait s'expliquer par le fait que la décision d'initier une prophylaxie ARV dépend des évaluations médicales individuelles. Les professionnels de la santé doivent déterminer si le risque d'infection par le VIH est suffisamment élevé pour justifier la prophylaxie. Si le risque est perçu comme faible, la prophylaxie ARV peut ne pas être recommandée. Nous avons procédé à la suture des déchirures vaginale et ou périnéale chez 5,5% des patientes.

La majorité des victimes n'étaient pas mis sous antipsychotique, soit 94%.

6-Processus judiciaire: les règlements à l'amiable ont été la résolution dans la majorité des cas **20,18%** dans notre étude tout comme dans l'étude précédente **43,46%** chez Traoré Y [12]. Il y a eu condamnation dans 1 cas **1%** ; contre **10,48%** chez Traoré Y [12]. Ce résultat pourrait expliquer dans plusieurs éléments notamment la peur des représailles, la stigmatisation qui pourrait découler de l'exposition judiciaire et l'absence de culture judiciaire dans certains pays, comme le nôtre.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Ce travail a permis de constater que les agressions sexuelles sont relativement fréquentes dans notre service. Elles ont constitué la majorité des cas des violences basées sur le genre. Les adolescentes ont été les plus concernées. Dans la plupart des cas, les agressions sexuelles sont survenues dans un contexte des surprises. La prise en charge a été holistique afin de reconstruire et de réhabiliter les survivantes. La bonne éducation des enfants et la communication peuvent prévenir les agressions.

RECOMMDANTIONS

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

Ministère de la sante publique

- 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)

Aux chefs coutumiers et religieux :

- Briser le silence en menant des actions de sensibilisation auprès du public sur la fréquence élevée d'agression sexuelle via les médias, conférences débats, causerie dans les marchés, dans les écoles...);
- Donner l'attitude aux survivants de prendre une décision des cas d'agression 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 agressions en milieu scolaire ;

Aux survivantes

- Recourir tôt au centre de santé avant la disparition des preuves d'agression sexuelle
- Dénoncer les cas d'agressions sexuelles

Au personnel de la sante

- Faire une sensibilisation sur la nécessité de la consultation après tout acte d'agression 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

ANNEXES

VII. ANNEXES

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.
4. **REPUBLIQUE FRANCAISE**. ChronoLégi. Article 222-23. Version en vigueur depuis le 23 avrLOI n°2021-478 du 21 avril 2021-art. 9 avr 23, 2021.
Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409305
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'a ction humanitaire. Wachington : 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. 20192030. 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. 2012 p. p.12. Page 244, IBN : 978274371338. Final01154193.
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. Drame B. Les abus sexuels au centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de médecine Bamako n°126 USTTB ; Faculté de médecine et d'odontostomatologie 2008.
28. Doumbia B. Aspects cliniques et judiciaires des agressions sexuelles à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou. Thèse de médecine Bamako n°79 ; USTTB ; Faculté de médecine et d'odontostomatologie 2019.

29. Traore Y Aspect épidémioclinique et médico-légal des agressions sexuelles au CHU-GT Bamako. Mali Médical 2010 ; 25 ;(3) :27-30.
30. Amah B., Adama H., Abdoul SA. et al Aspects épidémiocliniques et prise en charge des agressions sexuelles chez les sujets de sexe féminin à Lomé. African journal of reproductive Health March. Mars 2013 ; page 2-5 ; 30.
- 31.. Diallo D. Aspects épidémiocliniques et prise en charge des agressions sexuelles à l'hôpital Roi BAUDOUIN de Dakar : A propos de 140 cas. Journal de la SAGGO 2017 vol. 2 ;(18).
32. Diarra D. Aspect épidémioclinique des agressions sexuelles en consultations gynécologiques à l'hôpital Fousseyni DAO de Kayes. Thèse de médecine n°320 USTTB Faculté de médecine et d'odontostomatologie Bamako 2012.
33. Niort F., Delteil C., Capasso F. et al. Étude rétrospective épidémioclinique sur 10 ans des victimes de viol reçues en consultation à l'institut médico-légal de Marseille, CHU de Timone. Analyse de 292 cas de viol science direct. 2014 juillet page 64-69.
34. Kamina P. Anatomie opératoire en gynécologie obstétrique. Maloine : Paris, 2000 ; 336p.
35. Céline D., Céline p., Patrick C. Accueil en médecine légale des adolescentes et adultes victimes de violence sexuelle ou de violence dans le couple n'ayant pas déposé plaintes- étude observationnelle en Seine-Saint-Denis. ScienceDirect. Jan2018 ; 1 (47) :1-8
36. **18-Code pénal du Mali.** Loi N°01-079 Du 20 AOUT 2001

FICHE D'ENQUETE :

Dossier No /...../

A-Caractéristiques sociodémographiques

Q1a- Nom et Prénom :

Q1b-Age/ / Année

Q1c- Adresse :

Q1d-N° de téléphone :

Q2-Sexe

Q2a- Féminin Q2b- Masculin

Q3-Residence

Q3a-Commune I Q3b-Hors commune I Q3c-Hors District de Bamako

Q4- Ethnie

Q4a- Bambara Q4b-Malinké Q4c-Peulh Q4d-Sarakolé Q4e-Dogon Q4f-
Sonrhäï Q4g- Autres à préciser

Q5- Niveau d'instruction :

Q5a- Primaire Q5b- Secondaire Q5c- Supérieur Q5d-Non scolarisée

Q6-Profession :

Q6a-Ménagère Q6b- Aide-ménagère Q6c- Élève Q6d-Etudiante
Q6e-vendeuse Q6f- serveuse Q6g-Autres

À préciser.....

Q7- Statut Matrimonial

Q7a- Célibataire Q7b- Mariée Q7c- Divorcée Q7d-Veuve

Q8- Antécédents gynécologiques :

Q8-1-Menarche 1a- Oui 1b- non

Si oui, l'année

Q8-2- Cycle

Q8-2a- régulier Q8-2b- irrégulier

Q8-3-Duree des règles en jours

Q8-3a- 1 à 2jours Q8-3b- 3 à 4jours Q8-3c- 4jours et plus

Q8-4-Contraception en cours : 4a- oui 4b- non

Si oui, préciser

Q9-Antécédents Obstétricaux :

Q9a-Nullipare/...../ Q9b-Primipare/...../ Q9c-Pauci pare/...../

Q9d-Multipare/...../ Q9e-Nulligeste/...../Q9f-Primigeste/...../ Q9g-
Paucigeste

Q10-Les Circonstances de l'agression

Q10-Heure de l'agression : Q10a-19H-24H// Q10b-24H-7H/

Q10c-7H-19H/

Q11-Lieu de l'agression :

Q11a-A domicile /...../ Q11b-Ecole/...../ Q11c-Lieu de travail /...../

Q11d-Dans la rue /..... / Q11e-Autres lieux à
préciser.....

Q12- Type de contact sexuel :

Q12a- Génito-génital /...../

Q12b- Attouchement/...../ Q12c- Psychologique/...../ Q12a-Autres à
préciser.....

Q13- Sous l'emprise de la drogue

Q13a- Victime s'est droguée 1- Non 2- Oui

Si oui, préciser

Q13b- Victime a été droguée 1- Non2-Oui

Si oui, préciser

Q13c- Agresseur drogué 1-Non 2-Oui

Si oui, préciser

Q14- Objet traumatisant.....Q14a-Non Q14b-Oui /...../si oui préciser la
nature.....

Q15-Menace Q15a oui Q15b-non

Si oui, préciser le type

Caractéristiques de l'agresseur et lien avec la victime

Q16- Nombre d'agresseurs :

Q17-Lien avec la victime :

Q17a- Un Proche de la famille/...../ Q17b- Enseignant/...../

Q17c-Employeur/...../ Q17d- Aucun lien avec la victime/...../

Q17e-Autres

à

préciser.....

B- Aspects cliniques, para cliniques et prises en charge médicale

Q18- Heure d'admission/ /

Q19-Mode d'admission :

Q19a-Venue seule/...../ Q19b- Accompagnée par le parents/...../

Q19c- Reçue sur réquisition judiciaire/...../ Q19d-Accompagnée par la police

Q20- Délai de consultation :

Q20a- 0- 24Heures /...../ Q20b-1 à 2 jours/...../ Q20c- autre à préciser

Q21-Etat psychologique à l'admission :

Q21a-Agressivité/...../ Q21b-Peur/...../

Q21c- Crainte /...../ Q21d-Indifférence/...../

Q22-État des vêtements :

Q22a- Déchirures/...../ Q22b- Traces de sang et/ ou de sperme/...../

Q22c-Autres à préciser.....

Q23- Examen général

Traumatismes constatés

Recherche de lésions corporelles en insistant sur les zones citées (valeur médico-légale de résistance ou de violences associées.)

Tête : Visage, cuir chevelu, bouche, oreilles, gorge, nuque.

Membres supérieurs :

Épaules avant-bras (bord cubital) mains.

Membres inférieurs :

Face interne des cuisses masses fessières.

Genoux crêtes tibiales.

Tronc: abdomen, dos, thorax, seins

Q24- Traumatismes génitaux :

Q24a- Déchirures périnéales /... / Q24b-Déchirures vulvo-périnéales /.../ Q24e- Vaginales /..... / Q24d- Rupture du douglas Q24f-Etat de l'hymen : Intact/...../ Lésions hyménales /..... /

Q25-Degré de sévérité de l'agression :

Q25a-Modéré/...../ Q25b- Moyen/...../ Q25c-Grave/...../

Q26- Examens biologiques :

Q26a-Test urinaire de grossesse : Q26a1- Positif Q26a2-Négatif Q23a3- Non fait

Q27b-Sérologie VIH : Q27b1- Positif Q27b2- Négatif Q27b3- Non fait

Q28c-Prélèvement Vaginal Q28c1- oui Q28c2 non Q28c3- Non fait

Q29d-l'Antigène HbS : Q29d1- Positif Q29d2-Négatif Q29d3- Non fait

Q30e-Bordet westerman Q30e1 oui Q30e2 non Q30e3- Non fait

Q31f-Autres examens..... ;.

Q27-Aspects thérapeutiques :

Q27a-Traitement médical :

Q27-1a-Contraception d'urgence 1-Oui 2-Non 3-Non fait

Q27-1b-Antibioprophylaxie 1-Oui 2-Non 3-Non fait

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DJIGUIBA

Prénom : Aneye

Contact : 0022376518850

Email : djiguibaaneye@gmail.com

Titre de la thèse : Agression sexuelle sur le genre féminin admise à l'unité «one stop center» de la commune I : aspects épidémiologiques, cliniques, judiciaires et prise en charge

Année universitaire : 2022-2023.

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : Mali.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique, one stop center.

Résumé : Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique portant sur les agressions sexuelles sur le genre féminin admises à l'unité «one stop center» de la commune I : aspects épidémiologiques, cliniques, judiciaires et prise en charge qui avait pour objectifs spécifiques, déterminer la fréquence des agressions sexuelles admises, de 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, déterminer l'issue judiciaire. L'agression sexuelle a constitué 48,66% des consultations gynéco-obstétricales. L'âge moyen des patientes étaient de $14,12 \pm 5,06$ ans avec des extrêmes de 2 et 36 ans. Les victimes étaient toutes de sexe féminin. La majorité des survivantes, soit 94% étaient célibataires. Plus de la moitié des victimes étaient des élèves, soit 55%. Plus de la moitié des agressions, soit 57,8% avaient lieu entre 19H et 00H. L'agression s'est déroulée dans 60,6% sur à domicile des survivantes. Dans 8% des cas, il y'avait la présence d'une menace avec des armes. Dans 8% des cas, il y'avait la présence d'une menace avec des armes.

Les lésions hyménales étaient prédominantes avec 76,2% des cas. La sérologie VIH était revenue positive chez 1% des victimes. L'antibioprophylaxie était le traitement médical prédominant dans 69,7% des cas. La suture de déchirure vulvo périnéale était le traitement chirurgical appliqué chez 2,8% des victimes.

Mots clés : agression sexuelle, victimes, agresseur, hymen.

SAFETY DATA SHEET

Name: DJIGUIBA

First name: Aneye

Contact: 0022376518850

Email: djiguibaaneye@gmail.com

Title of the thesis: Sexual assault on the female gender admitted to the « one stop center » unit of commune I: epidemiological, clinical, judicial and treatment aspects

Academic year: 2022-2023.

City of defense: Bamako.

Country of origin: Mali.

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology.

Sector of interest: Gynecology-obstetrics, one stop center.

Summary: This was a cross-sectional, descriptive and analytical study on sexual assault on females admitted to the "one stop center" unit of commune I: epidemiological, clinical, judicial and treatment aspects. Charge which had the specific objectives of determining the frequency of sexual assaults admitted, of describing the socio-demographic profile of the survivors, of describing the clinical state of the survivors upon admission to the One stop center unit, of describing the treatment survivors, determine the legal outcome. Sexual assault constituted 48.66% of gyneco-obstetric consultations. The average age of the patients was 14.12 ± 5.06 years with extremes of 2 and 36 years. The victims were all female. The majority of survivors, 94%, were single. More than half of the victims were students, or 55%. More than half of the attacks, or 57.8%, took place between 7 p.m. and midnight. The assault took place in 60.6% of survivors' homes. In 8% of cases, there was the presence of a threat with weapons.

In 8% of cases, there was the presence of a threat with weapons.

Hymenal lesions were predominant with 76.2% of cases. HIV serology came back positive in 1% of victims. Antibiotic prophylaxis was the predominant medical

treatment in 69.7% of cases. Vulvoperineal tear suture was the surgical treatment applied in 2.8% of victims.

Keywords: sexual assault, victims, aggressor, hymen.

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 sa 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 !!!