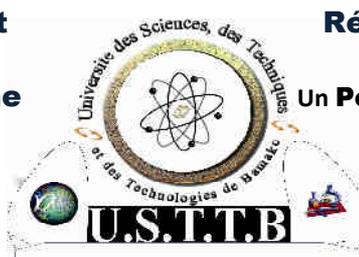


**Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**



République du Mali

Un Peuple—Un But—Une Foi

**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

(USTTB)

Faculté de Médecine, et d'Odonto-stomatologie

F.M.O.S

Année académique : 2011-2012

N°..... /

Thèse

ASPECT EPIDEMIO-CLINIQUE

**DES AGRESSIONS SEXUELLES EN CONSULTATION
GYNECOLOGIQUE A L'HOPITAL FOUSSEYNI DAO DE KAYES**

Présentée et soutenue publiquement le//2012 devant

la faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par M. Dienfa Diarra

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

Jury

Président : Pr Issa DIARRA

Membre : Dr Souleymane COULIBALY

Co-directeur : Dr Mahamadou DIASSANA

Directrice de thèse : Pr SY Assitan SOW

Aspect epidemio-clinique des agressions sexuelles en consultation gynecologique a l'hopital fousseyni
dao de kayes

DEDICACES

Je dédie ce travail au seigneur tout puissant qui m'a permis de voir cette finition.

A mon père :Feu Diagoba,

Cher papa tu as été l'instigateur de ma réussite scolaire, tu m'as guidé en m'inculquant le culte de l'amour du travail bien fait par soi-même, ta rigueur et ton enthousiasme dans le travail ont été un exemple pour moi ; tes conseils et tes encouragements ont été mes compagnons de lutte ; que ce travail soit source de fierté, de satisfaction morale et de réjouissance pour toi. Que Dieu t'accueille dans paradis . Amen

A ma mère :Fatoumata Traoré,

Maman tu es sans pareille, l'éclat de ton amour m'a guidé tout au long de ma vie ; ta grande générosité, ta sociabilité, ton courage, ton dévouement pour ta famille n'ont jamais fait défaut. C'est l'occasion pour moi de te dire un grand merci et sache que ce travail est le fruit de tes sacrifices. Que le miséricordieux te donne longue vie à nos côtés, amen.

A mon frère : Diarraba Diarra ,

Plus qu'un frère tu as vraiment joué le rôle de père pour moi. Aucune sacrifice n'a été de trop à tes pour que j'arrive à ce niveau.Je t'en serai toujours reconnaissant.

A mes sœurs : Tenin, Gniélé et Aiché

Je n'ai pas de mots pour vous exprimer ma gratitude ; vos sages conseils, votre présence et vos encouragements n'ont jamais manqué, vous avez été présents dans les grands moments de ma vie. Ce travail est également le votre. Que Dieu vous garde tout au long de votre vie, amen.

A monsieur Samaké Mahamadou,

Cher maître les mots me manquent sincèrement pour vous remercier car c'est vous qui avez posé le socle de ma formation. Que Dieu vous garde pour très longtemps.

A la famille Bamba à Kolokani et plus particulièrement à ma tante

Waridio : je n'ai de mots si ce n'est de vous adresser mes sincères remerciements pour ces années d'hospitalité sans faille.

A la famille Sidibé à Kati : sincèrement les mots me manquent pour vous témoigner de ma reconnaissance à l'égard de votre belle et généreuse famille. Malgré toutes ces années passées sous vos toits en aucun moment je me suis senti étranger chez vous. Je remercie tout particulièrement : Youssouf, Salif, Oumou Assétou Abdoulaye et Sory

REMERCIEMENT

Je remercie toutes les personnes qui m'ont aidé de près ou de loin dans l'élaboration de ce travail:

- Tout le personnel du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.
 - A mes maîtres : Diallo Aziz, Dembélé Sitapha ; Dembélé Kourou ; Diakité Layé
- Mes aînés : Dr Traoré Samakoro , Ly Amadou ; Berthé Diakalia , Macalou Ibrahima, Sidibé Boubacar Y, Fofana Boubacar
- Mes amis et collègues : Dr Konaté Drissa, Dr Tounkara Mody, Dr Traoré Amadou, Dr Berthé Yaya, Dr Dembélé Gaston, Dr Diall Amadou

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY,

Professeur, colonel major ISSA DIARRA

- **Spécialiste en gynécologie des forces armées maliennes ;**
- **Maitre de conférences à la FMOS ;**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé.**
- **Ancien directeur central du service de santé des armées**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos nombreuses occupations.

Votre grandeur d'âme, votre disponibilité, votre simplicité et votre rigueur dans le travail, vos qualités scientifiques font de vous un maître exemplaire.

Honorable maître veuillez accepter l'expression de nos sentiments les plus profonds.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr COULIBALY Souleymane

- **Psycho-clinicien au CHU du point G**
- **Assistant chef de clinique à la FMOS**

Cher maitre,

Votre simplicité, votre disponibilité et culte du travail bien fait font de vous un juge de qualité ; recevez ici cher maitre notre profonde admiration.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr DIASSANA Mahamadou

- **Gynécologue obstétricien**
- **Chef de service de la gynécologie obstétrique à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes**

Cher maître,

Votre simplicité, votre rigueur dans le travail, votre savoir faire, votre dynamisme, votre grande expérience font de vous un maître exceptionnel.

Veillez accepter cher maitre notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

Mme SY Assitan SOW

- **Professeur honoraire ;**
- **Présidente de la SOMAGO**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé;**

Cher Maître,

Vous nous avez confié ce travail et dirigé avec bienveillance toute sa réalisation.

Nous avons été conquis par la qualité et la clarté de votre enseignement.

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité votre savoir être et votre savoir faire font de vous un pédagogue confirmé et un grand maître dans l'art médical. Ces qualités ont été un bénéfice inestimable pour l'amélioration de ce travail.

Veillez accepter cher maître, notre profonde admiration et le témoignage de notre reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

- CAT : conduite à tenir
- CHU : Centre Hospitalo-universitaire
- CSCOM : centre de santé communautaire
- CSREF : centre de santé de référence
- DNSI : Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques
- INED : Institut National d'Etude Démographique
- MST : Maladie sexuellement transmissible
- NFS : numération formule sanguine
- OMS : organisation mondiale de la santé
- USAC : Unité de Soins d'Animation et de Conseils
- TPHA: Treponema pallidum immobilisation test
- VDRL: Venereal disease research laboratory
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
- VIP : Very Important personality
- spz : spermatozoïde
- Dx : douleur
- FMPOS : faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie

SOMMAIRE

I-Introduction-Objectifs.....	1-3
II-Généralités.....	4
III-Méthodologie.....	23
IV-Résultats.....	27
V-Commentaires et Discussion.....	43
VI-Conclusion et Recommandations.....	48
VII-Références bibliographiques.....	50
VIII-Annexes.....	53

I-INTRODUCTION

Les abus sexuels ou agressions sexuelles sont définies par le code pénal Français dans son article 222-22 comme étant toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace, ou surprise sur la personne d'autrui [10]. Le code pénal du Mali traite plutôt du viol qui fait partie des agressions sexuelles.

L'OMS dans son rapport mondial sur la violence et la santé définit la violence sexuelle en ces termes «<< tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaires ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail.>> Cette définition inclut donc le viol ou tentative de viol qu'il soit hors mariage ou non; aussi sont inclus le harcèlement sexuel, le mariage forcé, la négation du droit d'utiliser une contraception ou de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles, l'avortement forcé, ou encore la prostitution forcée sans restriction d'âge ou de sexe. Principalement deux critères sortent de cette définition de la violence sexuelle: d'une part le type de relation sexuelle qui peut être le contact, les tentatives, le toucher, la pénétration; d'autre part le degré de coercition tels que des expressions sexuelles non désirées ou forcées. [27]

En plus des dommages psychologiques ressentis par les victimes, les agressions sexuelles exposent à un fort risque d'exposition aux maladies sexuellement transmissibles telles que: le VIH, l'hépatite B ou C, la gonococcie, la syphilis, les candidoses.

Les abus sexuels restent un problème majeur de santé publique; ainsi dans le monde en moyenne une femme sur cinq serait victime de viol ou de tentative de viol au cours de son existence d'après une étude menée par Marie José Alcalá en 2005 [1]. Selon le « RAINN (Rape, Abuse, Incest, National, Network) » et le Aspect epidemio-clinique des agressions sexuelles en consultation gynécologique à l'hôpital fousseyini
dao de kayes

«bureau of justice statistics bulletin » aux Etats-Unis en 2004-2005, 64 080 personnes ont été victimes de viol, 51 500 d'une tentative de viol soit une personne toutes les deux minutes et demi [26, 28]. LESERMAN J de l'Université de Caroline du Nord rapporte que 15% à 25% de la population féminine en général ont des antécédents de violence sexuelle aux Etats-Unis [23]. En Europe , principalement en France au cours de l'année 2000, l'enquête statistique nationale réalisée par l'INED(Institut national d'Etudes Démographiques) rapportait que sur 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans 1,2% déclaraient avoir subies au cours de l'année 1999 au moins une fois des attouchements sexuels , une tentative de viol ou un viol, ce dernier concernerait 0,3% des femmes rapporté à la population générale ce qui représenterait 48 000 viols par an en France dans cette tranche d'âge [19]. En 2007 la Direction de la Recherche des Etudes, de l'évaluation et des Statistiques (DREES) rapporte 1% à 2% de cas de viol en France [15].

En Turquie, Pinar Ilkcaracan rapporte que 35,6% des femmes subissent des viols conjugaux parfois et 16,3% souvent [25].

En Afrique du Sud le « South African Institute for Race Relations » affirme qu'en 2003, 147 femmes sont violées chaque jour. Le taux de condamnation pour viol reste bas avec une moyenne de 7%. Un tiers de l'estimation du nombre de viol ont été signalés en 2003 selon le rapport annuel de la police Sud Africaine [2].

A l'Hôpital Aristide-le-Dantec de Dakar en 2005, FAYE DME et Al avait trouvé 0,4% de cas de viol [16].

Au Cameroun MBassa D. rapporte 15,9% de cas de viol en milieu scolaire [13].

Au Mali une étude menée par Traore A.M au CHU Gabriel Touré en 2001 notait 2,4% de cas de viol [29] et Traoré T au Csref de la commune IV du district de Bamako qui avait trouvé 2%. [30]

Aspect epidemio-clinique des agressions sexuelles en consultation gynecologique a l'hopital fousseyni
dao de kayes

Compte tenu du peu d'études sur ce thème au Mali, de l'absence de Travail sur les violences sexuelles dans la région de Kayes et des demandes de consultations sur ce sujet, nous avons initié ce travail à l'HFDK en nous assignant les objectifs suivants :

OBJECTIFS :

•Objectif Général :

Etudier l'aspect épidémio-clinique des agressions sexuelles en consultation gynécologique à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes

•Objectifs Spécifiques :

- Déterminer la fréquence des agressions sexuelles
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des victimes
- Décrire la clinique des cas
- Décrire la prise en charge thérapeutique des victimes

II-GENERALITES :

1-Rappels Anatomiques de l'appareil génital

1-1-Appareil génital masculin

Le pénis est un organe érectile ayant une racine et un corps. Les deux colonnes cylindriques de tissu érectile sont appelés corps caverneux et la colonne entre eux est le corps spongieux. Ces colonnes reçoivent un riche apport sanguin. Le pénis présente à son extrémité une structure triangulaire appelée gland du pénis. Juste au dessus du gland se trouve une double couche mobilisable appelée prépuce.

Le scrotum est une poche de peau très pigmenté de tissu fibreux et conjonctif et de muscle lisse. Il est divisé en deux compartiments, contenant chacun un testicule, un épiddyme et la terminaison testiculaire d'un cordon spermatique. Il siège au-dessous de la symphyse pubienne, devant la partie supérieure des cuisses et derrière le pénis.

Les testicules sont des glandes masculines de la reproduction l'équivalent des ovaires chez la femme. Ils ont environ 4,5cm de longueur, 2,5cm de largeur et 3cm d'épaisseur. Ils sont suspendus dans le scrotum par les cordons spermatiques et sont entourés par trois couches tissulaires : la tunique vaginale, la tunique albuginée et la tunique vasculaire.

Les spermatozoïdes sont produits dans les tubes séminifères des testicules puis emmagasinés dans l'épiddyme et quant ils deviennent matures ils se déplacent dans les deux canaux liant l'épiddyme à la prostate : ce sont les canaux déférents.

La prostate est une glande siégeant dans la cavité pelvienne devant le rectum et derrière la symphyse pubienne entourant la 1^{ère} partie de l'urètre. Elle secrète un

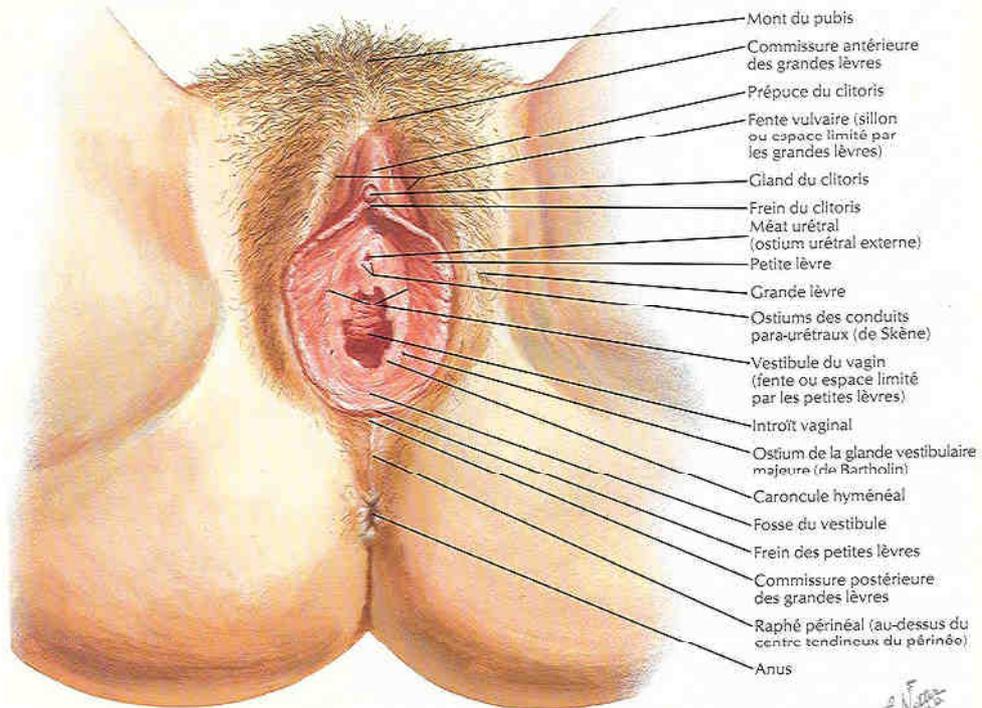
liquide fluide laiteux qui constitue environ 30% du sperme et 60% du liquide éjaculé lors d'un orgasme masculin proviennent des vésicules séminales. [14]

1-2-Appareil génital féminin : [15]

1-2-1-Organes génitaux externes :

Périnée et organes génitaux externes féminins (vulve ou pudendum)

VOIR AUSSI LES PLANCHES 375, 377, 378, 384



Hymen annulaire

Hymen cloisonné

Hymen cribriforme

Introît de multipare

STRICTURES FÉMININES

PLANCHE 350

Figure1 : anatomie de la vulve

Source : Atlas d'anatomie de Pierre Kamina

Aspect epidemio-clinique des agressions sexuelles en consultation gynécologique a l'hôpital fousseyni
dao de kayes

- ✓ **Vulve :** La vulve désigne le cloaque uro-génital féminin et les formations tégumentaires voisines qui le masquent plus ou moins. En terme plus commun, elle représente l'ensemble des formations génitales externes de la femme, c'est-à-dire : le Mont du pubis, les formations labiales, le vestibule, les organes érectiles et les glandes vulvaires (Fig.1)
- ✓ **Le Mont du pubis :** c'est une saillie arrondie, triangulaire à sommet inférieur, situé devant la symphyse pubienne, et limité latéralement par les plis de l'aîne.

Glabre chez l'enfant, il se couvre de poils longs, plus ou moins frisés à la puberté. Cette toison de la couleur des cheveux du sujet s'arrête chez la femme au niveau du sillon horizontal pubo-hypogastrique ou sillon de venus qui sépare les régions hypogastrique et pubienne.

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

✓ **Les formations labiales :**

❖ **Les grandes lèvres**

Ce sont deux replis cutanés allongés transversalement du mont du pubis à la région préanale. Elles sont variables d'aspect :

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

- chez la multipare, la femme âgée ou amaigrie, elles sont minces, flasques, ridées, flottantes, l'espace qui les sépare est entrebâillé.

Elles ont en moyenne, une longueur de 7 à 8 cm, une épaisseur de 2 à 3 cm à leur base, et à l'union de leur un tiers antérieur et leurs deux tiers postérieurs, une hauteur de 1,5 à 2 cm.

❖ Les petites lèvres

Ce sont deux replis cutanés, d'apparence muqueuse, situés en dedans des grandes lèvres.

Aplaties transversalement, les petites lèvres sont rosées, unies, humides et dépourvues de poils.

Chez l'adulte, en période d'activité génitale, elles font souvent saillies en dehors de la fente vulvaire (50%) ; elles prennent alors une coloration brune, plus foncée pendant la grossesse. Dans 30% des cas elles affleurent les grandes lèvres.

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

❖ L'espace inter labial ou canal vulvaire

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

❖ Les organes érectiles

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

➤ Le clitoris

C'est l'homologue, en moins volumineux, des corps caverneux de l'homme. Le clitoris s'attache en arrière sur la partie moyenne de la face interne des branches ischio-pubiennes. Ces deux moitiés latérales du clitoris ou piliers convergent en avant, en haut et en dedans. Au dessous de la symphyse, elles s'adosent sur la ligne médiane pour former un seul organe presque cylindrique : le corps du clitoris.

A l'état de flaccidité sa longueur est en moyenne de 6 à 7 cm dont environ 3 cm pour les piliers 2,5 cm pour le corps et 0,6 pour le gland ; son diamètre est de 0,6 à 0,7 cm. A l'état d'érection ses dimensions augmentent très peu et le corps garde la même direction.

➤ Les bulbes vestibulaires

Ils sont similaires d'un corps spongieux masculin qui aurait été dédoublé par l'interposition du vagin.

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

❖ Les glandes vulvaires

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

❖ L'hymen

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

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

- l'hymen semi-lunaire ou falciforme a la forme d'un croissant à concavité antérieure, dont le bord convexe adhère à la paroi postérieure du vagin et aux bords latéraux. Les cornes se perdent sensiblement en avant,
- l'hymen annulaire revêt la forme d'une membrane percée d'un trou. Lorsque la membrane présente de multiples orifices ponctiformes, il s'agit d'un hymen cribiforme,
- l'hymen labié présente une fente antéropostérieure séparant deux lèvres latérales. L'hymen est dit frange lorsque les lèvres sont dentelées.

Son bord adhérent est séparé des petites lèvres par un sillon circulaire, le sillon vulvo- hyménal ou nympho-hyménal.

Sa face supérieure ou vaginale est irrégulière ; sa face inférieure ou vulvaire est lisse.

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

1-2-2-Organes génitaux internes : [22]

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

- ✓ **Le vagin** : C'est un conduit musculo-membraneux qui s'étend de l'utérus à la vulve. Organe de la copulation chez la femme, c'est aussi la voie d'exploration gynécologique par excellence.

Voie de passage des sécrétions utérines, du fœtus pendant l'accouchement et des annexes fœtaux au moment de la délivrance, le vagin représente le mat de soutien des viscères pelviens.

Récepteur hormonal particulièrement sensible aux incitations œstrogéniques qui assurent sa trophicité, le vagin permet en outre, chirurgicalement, une voie d'abord dite basse, d'un certain nombre d'interventions gynécologiques. Organe impair, médian, situé en partie dans l'excavation pelvienne, en partie dans l'épaisseur même du périnée.

A l'état de vacuité, le vagin est dans sa plus grande longueur aplati d'avant en arrière ; ses parois antérieure et postérieure sont accolées l'une contre l'autre. Son extrémité supérieure, cylindroïde, se moule sur le col utérin.

La longueur moyenne est de 8 cm. Elle varie entre 4 cm et 14 cm. La paroi antérieure (7 cm) est plus courte que la paroi postérieure (9 cm) reliant les organes de reproduction externes et internes. Il se dirige obliquement en haut et en bas

- ✓ **L'Utérus** : C'est un organe musculaire creux en forme de poire, aplati d'avant en arrière. Il siège dans la cavité pelvienne entre la vessie et le

rectum. Il mesure entre 7 et 10cm, l'embryon s'y développe pendant la grossesse. Ces parties sont : le fond utérin, le corps utérin et le col utérin. Sa paroi est faite de trois couches tissulaires : le périmètre, le myomètre et l'endomètre. Les cellules de ce dernier sont destinées à desquamer à la fin du cycle menstruel et constituent la menstruation.

- ✓ **Trompes utérines ou trompes de Fallope** : Les tubes utérines longues d'environ 10cm s'implantent chacun d'un côté de l'utérus entre le corps et le fond utérin. L'extrémité de chaque trompe a des projections en doigts appelées franges. La plus longue d'entre elles est la frange ovarienne, étroitement associée à l'ovaire. Elles conduisent l'ovule de l'ovaire à l'utérus par péristaltisme et mouvement ciliaire. La fertilisation de l'ovule se produit habituellement dans la trompe utérine et le zygote est propulsé dans l'utérus où il s'implante.
- ✓ **Les Ovaires** : Ce sont les gonades féminines ; ils siègent chacun dans une fosse peu profonde sur la paroi latérale du pelvis. Chacun est attaché à la partie supérieure de l'utérus par le ligament ovarien et à l'arrière du ligament large par une large bande de tissu, le mésovarium. Ils ont deux couches tissulaires ; la médullaire et le cortex. Les ovaires produisent les ovules selon un cycle. Ils secrètent également les hormones sexuelles féminines : œstrogènes et progestérone.

2- La défloration :

La défloration se définit comme la rupture de l'hymen par la pénétration du pénis dans la cavité vaginale [14].

La rupture varie selon la forme de l'hymen.

En cas d'hymen en anneau, l'hymen se déchire en haut ou en bas selon la position sexuelle adoptée. En cas d'hymen cribiforme l'hymen se déchire au centre ; s'il est semi-lunaire il peut se déchirer latéralement.

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

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

4- Les différents types d'agressions sexuelles : [7]

- **Les attouchements sexuels :** touchers à connotation sexuelle que l'agresseur pose sur la victime ou lui demande de poser sur lui. Il peut également obliger la victime à toucher une troisième personne.
- **Appels obscènes :** anonymes la plupart du temps, ces appels sont constitués de propos à caractère sexuel, dans le but d'intimider la personne.
- **Exhibitionnisme ;** provoqué de la gêne ou de la peur en montrant des comportements sexuels et ce sans nécessairement rechercher de contacts physiques par exemple : exhiber ses organes génitaux, montrer des illustrations ou des vidéos pornographiques.
- **Harcèlement sexuel :** il peut s'agir de paroles grossières, d'attitudes, d'actions, voire même de comportement provoquant l'inconfort et la crainte, menaçant ainsi le bien être de la personne. Le harcèlement sexuel est une forme de discrimination, d'abus de pouvoir et violence qui implique habituellement la notion de répétition.
- **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.
- **Viol :** relation sexuelle avec pénétration qu'elle soit vaginale, anale ou orale. La pénétration peut être faite avec le pénis, une autre partie du corps ou un objet et est effectuée contre le gré de la victime.

- **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.
- **Outrage public à la pudeur** : tout acte accompli publiquement, offensant la pudeur et le sentiment moral des particuliers qui en sont involontairement témoins et susceptible de troubler l'ordre public et de causer un préjudice social manifeste.
- **Attentat à la pudeur** : tout acte de caractère sexuel contraire aux mœurs exercé intentionnellement et directement sur une personne.

4- Bases légales des agressions sexuelles : [11]

- **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 cinq à dix ans de réclusion, et facultativement de un à vingt ans 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 préparé ou facilité.

- **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.

5- Examen de la victime : [31]

5-1 Accueillir et informer une victime

L'entretien psychologique est particulièrement important chez les mineurs.

- Accueillir et informer sur le sens de sa présence dans le centre avec explication du travail de l'équipe.

- ✓ comment la victime évolue depuis la révélation de l'abus sexuel,
- ✓ a-t-elle porté plainte ? Dans ce cas la réquisition impose l'exécution de l'examen médical et la rédaction d'un certificat,
- ✓ si la victime vient spontanément, sans réquisition, il faut différencier l'agression récente de moins de 72 heures qui impose une prise en charge urgente, de l'agression plus ancienne qui permet une évaluation psycho-médico-sociale plus sereine.
- ✓ quelles sont ses capacités à intégrer, comprendre, le mouvement dans lequel elle se trouve,
- ✓ le vécu de la culpabilité,
- ✓ les pressions qu'elle peut subir,
- ✓ le ressenti de ce qu'elle a vécu,

- Préparer la victime à l'examen médical, c'est expliquer l'impératif de cet examen et son déroulement.
- Proposer un accompagnement psychologique vers d'autres structures proches du domicile,

C'est mettre en place une prévention possible des séquelles psychologiques.

5-2 Les étapes de l'examen clinique

Deux situations cliniques peuvent amener à modifier la prise en charge :

a- La victime peut être adressée sur réquisition : l'examen gynécologique et les prélèvements doivent théoriquement être effectués rapidement voire en Urgence,

b- La victime peut se présenter spontanément ou accompagnée de ses parents s'il s'agit d'un ou d'une mineure. L'évaluation psycho-sociale est alors fondamentale et doit être réalisée sauf cas évident avant l'examen clinique et gynécologique.

La consultation médicale avec examen génito-anal doit être réalisée avec le maximum de compétence.

Après explication des objectifs de l'examen médical, celui-ci doit être réalisé dans une salle accueillante, bien éclairée.

L'exhaustivité du matériel nécessaire pour la consultation doit être contrôlée avant la consultation. L'entretien médical va préciser :

5-2- 1 A l'interrogatoire :

Des informations générales

- la date, l'heure et les personnes présentes,
- la qualité de l'entretien (comportement psychologique de la victime),
- l'attitude et le comportement.

Les Antécédents

- médico-chirurgicaux,
- gynéco-obstétricaux,
- développement staturo-pondéral,
- activité sexuelle antérieure,

Aspect epidemio-clinique des agressions sexuelles en consultation gynecologique a l'hopital fousseyni
dao de kayes

- contraception,
- utilisation des tampons,
- la date du dernier Frottis Cervico-Vaginal,
- la date des dernières règles.

L'agression

Type de sévices, rappel des faits pour expliquer la démarche et le pourquoi de l'examen clinique. Ces détails sont parfois fournis par la demande des autorités judiciaires avec la réquisition. Dans ce cas, il n'est pas nécessaire de rappeler les circonstances douloureuses de l'agression.

La symptomatologie

- Signes fonctionnels au moment de l'agression,
- Préciser si une toilette a été effectuée et si les vêtements ont été changés,
- Signes fonctionnels actuels : douleur, saignement ?

5-2-2. L'examen clinique comporte :

Description des lésions

Localisation (cuir chevelu, face, thorax, membres supérieurs, abdomen, fesses, membres inférieurs) :

- type (plaie, hématomes, contusions et ecchymoses),
- taille,
- ancienneté,
- Autres traces de violence (vêtements),

L'examen gynécologique

Inspection :

- face interne des cuisses,
- vulve : grandes lèvres, petites lèvres, vestibule,
- Description soigneuse de l'hymen (par traction divergente des grandes Lèvres) :

- ✓ forme, largeur et aspect des bords libres,

- ✓ taille de l'orifice vaginal de l'hymen.

Spéculum si possible :

- aspect des bords latéraux de l'hymen et du vagin,
- aspect des culs de sac vaginaux,
- aspect du col utérin (préciser si l'examen est complété d'une vulvoscopie et d'une colposcopie).

Les prélèvements seront effectués (sperme et biologie moléculaire)

N.B. : il n'est pas conseillé de faire le test au ballonnet qui est un geste intrusif avec risques (physiques et psychologiques) et dont les renseignements fournis sont faibles.

Toucher Vaginal :

1 doigt voire 2 (1ère ou 2ème phalange) pour tester le degré de perméabilité de l'hymen,

⇒ **Remarque sur les organes pelviens :**

Examen du périnée postérieur.

- Anus et plis radiés à l'inspection.
- Toucher Rectal (facultatif) : sphincter anal : tonicité.

Le médecin doit tout inscrire et faire un schéma des constatations anatomiques.

5-3. Au cours de l'examen clinique, sont réalisés des prélèvements ayant pour objectifs : identifier l'agresseur et prévenir les complications.

5-3-1. 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,
- à 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 à 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).

5-3-2.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
- ✓ 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 : Fraîse + 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.

6. Le syndrome traumatique post viol :

.Les réactions sont variables après l'acte mais toutes sont des mises en œuvre inconscientes face l'immense perte de contrôle de soi ressentie par la victime

.L'une d'entre elles est caractéristique : le syndrome post viol. Il se déroule en trois phases : aigue, réajustement et de réajustement.

6.1 La phase aigue :

.Sur le plan émotionnel la victime peut pleurer, être calme ou agitée avec une possible labilité des affects. Il existe une composante dépressive constante. Les principaux sentiments sont l'impuissance, la honte, l'incompréhension, la culpabilité et la terreur. L'intensité de l'expression émotionnelle n'est pas corrélée à celle de l'agression.

.De manière concomitante on observe une phase de dysfonction cognitive avec une amnésie partielle des faits récents (détails du viol...)ou anciens(antécédents..) et la crainte de la victime d'être « folle » ou « prise pour folle »

.Pour reprendre le contrôle de soi, la victime peut effectuer un retour à la routine de réassurance (faire le ménage, du shopping ou toute autre activité quotidienne) avant de penser à consulter.

6.2 La phase de réajustement :

.Cette phase, qui peut durer de quelques semaines à plusieurs mois, consiste à rationaliser et à « décortiquer » toutes les étapes du viol en établissant des plans abracadabrants de protection pour éviter que l'acte puisse se reproduire.

6.3 La phase de réorganisation :

.IL s'agit de la prise de conscience par la victime de la « victimisation ». Elle abandonne les plans de défense établis et souvent effectue des changements parfois drastiques dans son style de vie ses amis ou son travail.

.Cette phase peut être très longue avant la guérison, qui parfois ne peut être obtenue.

7. la CAT après l'examen clinique :

- ✓ Prescription d'un éventuel arrêt de travail,
- ✓ Prescription de la pilule du lendemain : Tétragynon* ou Norlevo*,
- ✓ Antibiothérapie présomptive Doxycycline 100 mg/j pendant 8 jours,
- ✓ Proposition de la thérapie anti-rétro-virale.
- ✓ Proposer une prise en charge : en hospitalisation si danger ou menace, un suivi psychologique, une assistance sociale.
- ✓ Proposer les contrôles sérologiques : à 1 mois : PCR VIH 1, Sérologie VIH, à 3 mois : Bilan sérologique : Chlamydiae, TPHA et VDRL, Hépatites B et C, HIV 1 et 2, Eventuellement HTLV.

8. Rédiger un certificat médical

Cette rédaction est indispensable pour faire aboutir le dépôt de plainte de la victime. Ce certificat sera rédigé avec la prudence nécessaire pour ne pas être complice de fausses allégations. Il rapporte les constatations médicales ; ne doit y figurer aucune interprétation personnelle, ni le terme de viol.

Seul le magistrat peut étiqueter une agression sexuelle

IV- METHODOLOGIE

1-Cadre d'étude :

Lieu d'étude

Notre étude a eu lieu au service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.

Le service de gynécologie et d'obstétrique :

C'est un bâtiment à un étage datant de 1883.

Au rez-de-chaussée : Trois (3) salles d'hospitalisation à deux lits chacune,

Une grande salle à quatre lits,

Une salle d'accouchement et de soins des nouveaux nés comportant :

Quatre tables d'accouchement et communiquant avec une salle d'attente,

Une salle de consultation prénatale et d'information, une salle de garde,

Trois toilettes dont une pour le personnel.

A l'étage : Une salle d'hospitalisation pour une capacité de six lits,

Une salle de pansement des malades opérées, une salle des étudiants en année de thèse, deux salles pour les consultations externes, une salle de consultation prénatale et dépistage du cancer du col, une salle pour les manœuvres, trois toilettes dont une pour le personnel.

Le personnel se compose de :

Trois médecins gynécologues obstétriciens dont le médecin directeur,

Trois médecins généralistes stagiaires

Cinq étudiants en année de thèse,

Aspect epidemio-clinique des agressions sexuelles en consultation gynecologique a l'hopital fousseyni
dao de kayes

Huit sages femmes,

Deux infirmières obstétriciennes,

Une infirmière en santé publique,

Trois matrones et de trois manœuvres.

Les activités du service sont programmées comme suit :

Trois jours de consultations externes,

Trois jours de consultation prénatale,

Deux jours d'échographie,

Une visite journalière des malades hospitalisées, après le staff quotidien,

Un jour d'activités chirurgicales programmées (jeudi).

Au niveau organisationnel du service de garde :

La permanence est assurée par l'équipe de garde composée du gynécologue-obstétricien en astreinte, un médecin généraliste, un étudiant en année de thèse, une sage femme ou une infirmière obstétricienne, une matrone et un manœuvre.

L'équipe dispose de :

- quatre tables d'accouchement,
- trois salles d'opération fonctionnelles
- un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales. Ce kit créé sur fonds propres de l'hôpital est remboursé par les patientes après l'intervention. Il s'agit de kit de laparotomie (GEU, torsion d'annexe etc.), kit d'urgence pour

la gestion des hémorragies du post-partum immédiat et un kit de césarienne.

Un staff quotidien à lieu tous les jours ouvrables à 8 heures 30 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde.

Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque lundi après le staff.

Le service reçoit toutes les urgences obstétricales et de gynécologie provenant des structures de santé situées dans un rayon de 250km et prend en charge les évacuations du CS Réf de Kayes, de certains cercles de la région et des localités frontalières du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée Conakry.

2- Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective transversale et descriptive , effectuée dans le service de gynécologie-obstétrique à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

3- Période d'étude

Notre étude s'est étendue sur une période d'un an. Du trente avril 2010 au trente avril 2011

4-Population d'étude

L'étude a porté sur un échantillon de patientes reçues et consultées dans le service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

5- Échantillonnage

- Critère d'inclusion.

Toute patiente reçue et consultée pendant notre période d'enquête au service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes et ayant été victime de violences sexuelles avec ou sans réquisition.

- Critères de non inclusion :

- Toute patiente ayant consultée pour un traumatisme génital non sexuel.
- Les patientes consultées pour un traumatisme génital d'origine accidentelle.
- **6- Collecte des données**
- Le support des données était des fiches d'enquête.

7- traitement et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées au logiciel Word 2007, Excel.

8-Difficultés et limites du travail : il s'agissait surtout de problème de suivi des victimes de violences sexuelles mais aussi la faiblesse du plateau technique pour la réalisation de certains examens complémentaires indispensables

RESULTATS

Notre étude prospective transversale et descriptive s'est déroulée du 30 Avril 2010 au 30 Avril 2011. Pendant la période d'étude nous avons enregistré 2375 consultations gynécologiques avec 51 cas de violences sexuelles soit 2,15%.

1-Caractéristiques sociodémographiques

Tableau I : Répartition des cas en fonction de l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
5-9ans	7	13,72
10-19ans	41	80,4
20-30ans	3	5,88
Total	51	100

La tranche d'âge de 10-19 ans était la plus représentée avec 80,40% avec un âge moyen 17,5ans.

Tableau II : Répartition des cas en fonction de la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Fonctionnaire	1	1,96
Commerçante	1	1,96
Ménagère	6	11,77
Elève	32	62,75
Professionnelle de sexe	1	1,96
Aide ménagère	10	19,60
Total	51	100

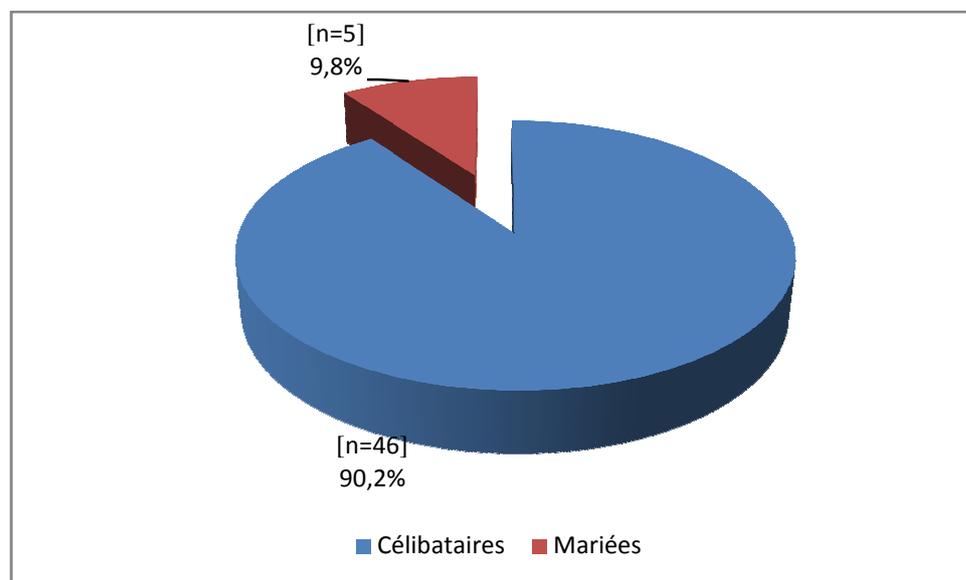
Les élèves ont représenté 62,75% des cas

Tableau III : Répartition des cas en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Soninké	16	31,37
Bambara	10	19,60
Peulh	8	15,69
Khassonké	8	15,69
Malinké	6	11,77
Autres	2	3,92
Senoufo	1	1,96
Total	51	100

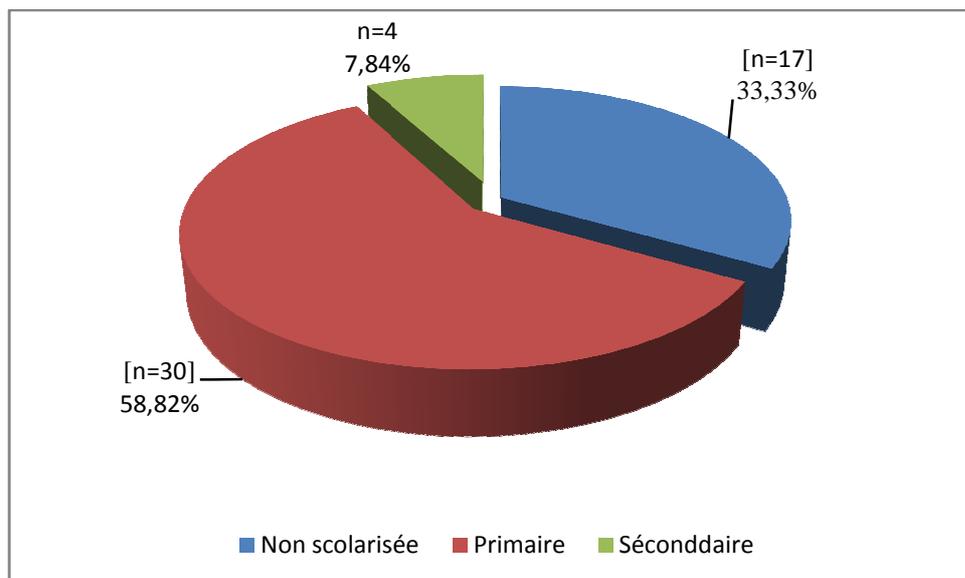
Autres : Bozo, dogon

Les soninkés étaient les plus représentés avec 31,37%

**Graphique2** : Répartition des cas en fonction du statut matrimonial

Aspect epidemio-clinique des agressions sexuelles en consultation gynecologique a l'hopital fousseyni
dao de kayes

Les célibataires étaient les plus représentées avec 90,2%



Graphique 3 : répartition des cas en fonction du niveau d'étude

Les élèves du primaire étaient les plus représentées avec 58,82%

2-Clinique

Tableau IV: répartition des cas en fonction du mode d'admission

Mode	Effectif	Pourcentage
Seule	11	21,57
Accompagnée par la police	4	7,84
Accompagnée par un des parents	34	66,67
Accompagnée par un agent de santé	2	3,92
Total	51	100

La majorité soit 66,67% des victimes étaient accompagnées par un des parents

Tableau V : répartition des cas en fonction de l'émission ou non d'une réquisition

Réquisition	Effectif	pourcentage
Oui	46	90,2
Non	5	9,8
Total	51	100

Dans 90,2% des cas, les victimes étaient munies d'une réquisition

Tableau VI : répartition des cas en fonction du motif d'admission

Motif	Effectif	Pourcentage
Viol	47	92,16
Attouchement sexuel(avec la main)	4	7,84
Total	51	100

Le viol a été motif le plus fréquent avec 92,16%

Tableau VII : répartition des patientes en fonction de l'état émotionnel à l'admission

Etat émotionnel	Effectif	Pourcentage
En pleurs	3	6
Calme	45	90
Agitée	2	4
Total	50	100

Dans 90 % des cas les victimes étaient d'apparence calme

Tableau VIII: Répartition des cas en fonction des ATCD personnels

ATCD	Effectif	Pourcentage
Dyspareunie	10	12
Infection génitale	25	49,02
Violence sexuelle	4	7,84
dysménorrhée	12	23,53
Total	51	100

Dans 7,84% des cas nos victimes avaient un ATCD d'agression sexuelle

Tableau IV : répartition des cas en fonction du nombre d'agresseur

Nombre	Effectif	Pourcentage
Cinq	1	1,96
Quatre	1	1,96
Un	47	92,16
Deux	2	3,92
Total	51	100

L'agresseur avait agit seul 92,16% des cas

Tableau X : Répartition des cas en fonction de l'âge de l'agresseur

Age	Effectif	Pourcentage
15-19 ans	16	26,67
20-40 ans	5	8,33
Méconnu	39	65
Total	60	100

Dans 65% l'âge de l'agresseur était méconnu

Tableau XI : Répartition des cas en fonction de la profession de l'agresseur

Profession	Effectif	Pourcentage
Enseignant	5	8,33
Elève	13	21,67
Cultivateur	7	11,67
Chauffeur	6	10
Commerçant	3	5
Méconnu	26	43,33
Total	60	100

Dans 10% des cas l'agresseur exerçait une profession de chauffeur

Tableau XII : Répartition des cas en fonction du statut matrimonial de l'agresseur

Statut	Effectif	Pourcentage
Marié	6	10
Célibataire	30	50
Méconnu	24	40
Total	60	100

Dans 50% des cas l'agresseur était célibataire

Tableau XIII : Répartition des cas en fonction du mode de vie de l'agresseur

Mode	Effectif	Pourcentage
Alcool-tabagique	5	8,33
Méconnu	55	91,67
Total	60	100

Dans 8,33% des cas l'agresseur était alcool-tabagique

Tableau XIV : répartition des cas en fonction du lieu de l'agression

Lieu	Effectif	Pourcentage
Domicile de la victime	6	11,77
Domicile de l'agresseur	5	9,80
Bar	4	7,84
Rue	34	66,67
Marché	2	3,92
Total	51	100

Dans 66,67% l'agression a lieu dans les périphéries.

Tableau XV : Répartition des cas en fonction du moment de l'agression

Heures	Effectif	Pourcentage
00h-06h	11	21,57
07h-12h	4	7,84
13h-18h	7	13,73
19h-23h	29	56,86
Total	51	100

La majorité des cas d'agression soit 56,86% a lieu de 19h-23h

Tableau XVI : répartition des cas en fonction des liens avec l'agresseur

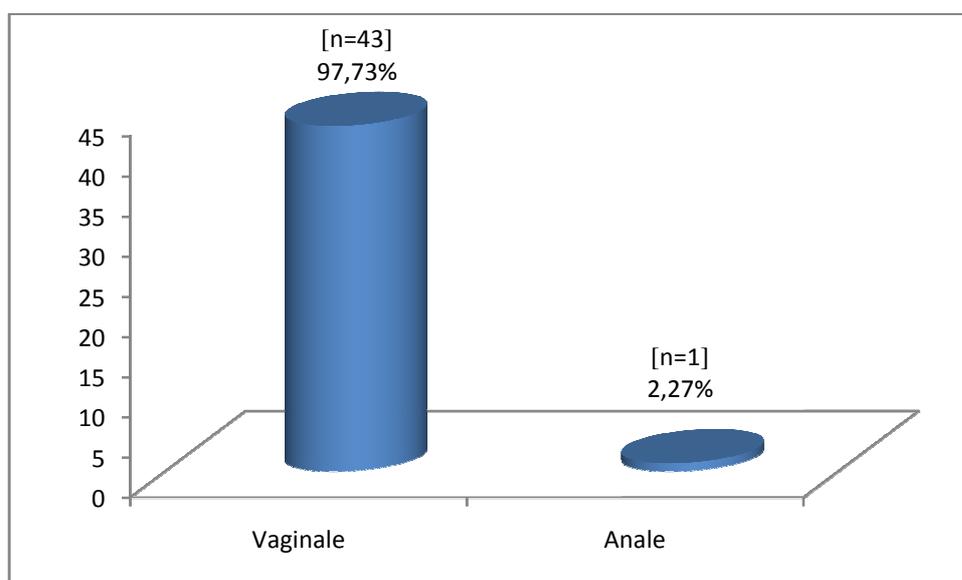
Lien	Effectif	Pourcentage
Cousin	2	3,92
Oncle	1	1,96
Epoux	4	7,84
Camarade de classe	10	19,61
Simple connaissance	26	51
Aucun lien	8	15,69
Total	51	100

Dans 7,84% des cas c' étaient des viols entre époux

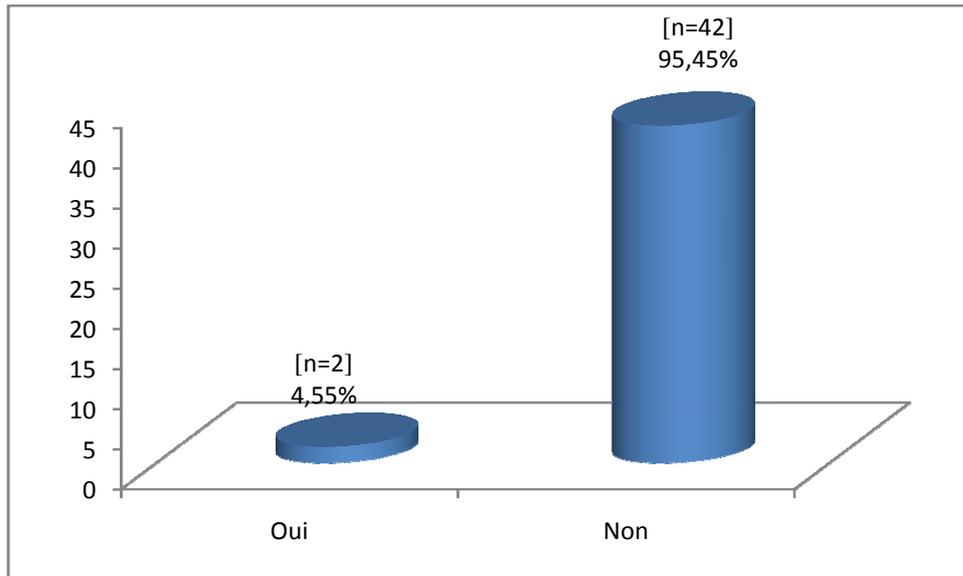
Tableau XVII : Répartition des cas en fonction du type d'abus sexuel

Type	Effectif	Pourcentage
Attouchement	6	11,77
Viol	44	86,27
Harcèlement	1	1,96
Total	51	100

Le viol était le plus fréquent avec 86,27%

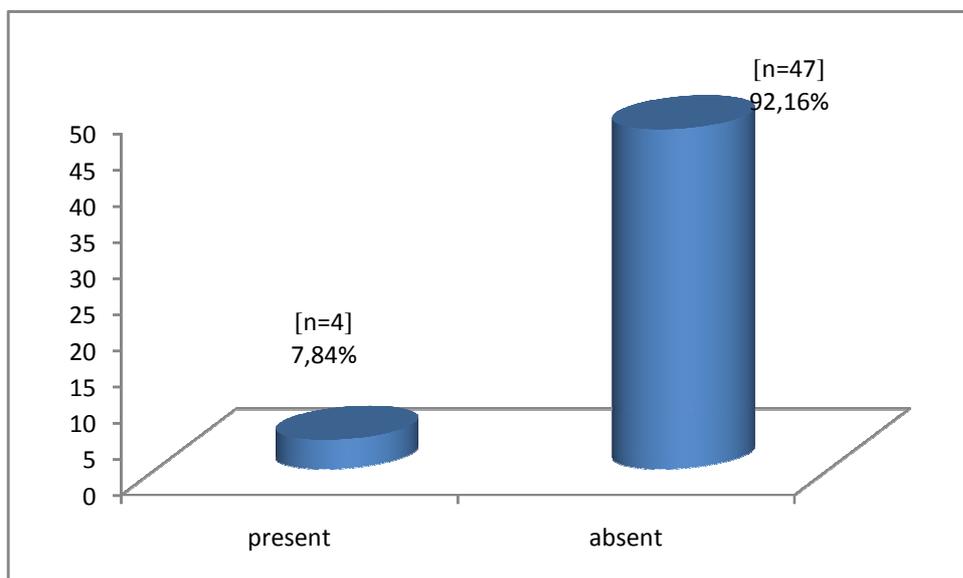
**Graphique 4 :** répartition des cas en fonction de la voie de pénétration

La voie vaginale était la plus utilisée avec 97,73% des cas



Graphique 5 : répartition des cas en fonction de l'existence d'éjaculation

Dans 95,45% il y avait existence d'éjaculation



Graphique 6 : répartition des cas en fonction du saignement génital

Le saignement était absent dans 92,16% des cas

Tableau XVIII : répartition des cas en fonction de l'existence ou non de lésion génitale

Lésion génitale	Effectif	Pourcentage
Présente	13	25,49
Absente	38	74,51
Total	51	100

La lésion génitale était absente dans 74,51% des cas

Tableau XIX : répartition des cas en fonction du siège de la lésion

Siege	Effectif	Pourcentage
Vulve	3	23,08
Périnée	1	7,69
Vagin	2	15,38
Commissure postérieure	3	23,08
Douglas	4	30,77
Total	13	100

Les lésions siégeaient dans 30,77% des cas au niveau du Douglas

Tableau XX : répartition des cas en fonction de l'état de l'hymen

Hymen	Effectif	Pourcentage
Intact	5	9,80
Non intact	46	90,20
Total	51	100

L'hymen était en place dans seulement 7,84% des cas

Tableau XXI : répartition des cas en fonction de la taille de l'utérus

Taille	Effectif	Pourcentage
Normale	49	96,08
Augmentée(grossesse)	2	3,92
Total	51	100

L'utérus était augmenté de taille dans 3,92% des cas

Tableau XXII : répartition des cas en fonction du délai de consultation

Délai	Effectif	Pourcentage
Moins de 72heures	40	78,43
Plus de 72heures	11	21,57
Total	51	100

Dans 78,43% des cas les victimes avaient consultées dans les 72heures

Tableau XXIII : répartition des cas en fonction des coups et blessures associés

Coups et blessures	Effectif	Pourcentage
Coup de pied	5	9,8
Strangulation	4	7,84
Arme blanche	2	3,92
Absence	32	62,75
Coup de poing	8	15,69
Total	51	100

Dans 62,75% des cas la violence physique était absente

Tableau XXIV : répartition des cas en fonction de la violence verbale

Violence verbale	Effectif	Pourcentage
Pression Psychologique	30	58,83
Chantage	2	3,92
Insulte	5	9,8
Aucun	14	27,45
Total	51	100

Une pression psychologique était exercée dans 58,83%

Tableau XXV : répartition des cas en fonction des événements associés

Événements associés	Effectif	Pourcentage
Perte de connaissance	3	5,88
Chute	18	35,29
Décès	1	1,96
Aucun	29	56,87
Total	51	100

Il ya eu 1,96% de cas de viol avec homicide

Tableau XXVI : Répartition des cas en fonction des lésions cutanées

Lésions	Effectif	Pourcentage
Egratignure	4	7,84
Ecchymose	3	5,88
Plaie	2	3,92
Aucune	42	82,36
Totale	51	100

Dans 82,36 % des cas il n y avait aucune lésion cutanée

Tableau XXVII : Répartition des cas en fonction du comportement de la victime après agression

Comportement	Effectif	Pourcentage
Toilette intime	30	58,83
Changement de vêtement	18	35,29
Prise de toxique	2	3,92
Aucun	1	1,96
Total	51	100

Dans seulement 1,96% les victimes avaient conservés les preuves matériels de l'agression

Tableau XXVIII : Répartition des cas en fonction des troubles fonctionnels

Troubles	Effectif	Pourcentage
Céphalées	6	11,77
Dx digestive	13	25,49
Dx génitale	12	23,53
Courbatures	8	15,69
Aucun	12	23,53
Total	51	100

Dans 23,53% des cas les victimes présentaient une douleur génitale

Tableau XXIX : répartition des cas en fonction des troubles psychologiques

Troubles	Effectif	Pourcentage
Troubles anxieux	15	33,32
Sentiment de dévalorisation	9	17,65
Insomnie	20	39,23
Aucun	5	9,8
Total	51	100

Dans 17,65% des cas nos victimes éprouvaient un sentiment de dévalorisation

Tableau XXX : Répartition des cas en fonction des résultats de la recherche de spermatozoïdes

Résultats	Effectifs	Pourcentage
Négatif	33	86,84
Positif	5	13,16
Total	38	100

La recherche des spz était positive dans 13,16% des cas.

Tableau XXXI : Répartition des cas en fonction des résultats de la sérologie BW à l'admission

Sérologie	Effectif	Pourcentage
Positive	2	3,92
Négative	43	84,31
Non réalisée	6	11,77
Total	51	100

La sérologie BW était positive dans 3,92% des cas

Tableau XXXII : Répartition des cas en fonction des résultats de la sérologie VIH à l'admission

Sérologie	Effectif	Pourcentage
Négative	48	94,12
Non réalisée	3	5,88
Total	51	100

La sérologie VIH a été négative dans tous les cas ou elle avait été réalisée

Tableau XXXIII : Répartition des cas en fonction des résultats de la sérologie AgHbs à l'admission

Sérologie	Effectif	Pourcentage
Négative	46	90,2
Positive	2	3,92
Non réalisée	3	5,88
Positif	51	100

L'antigène Hbs a été positif dans 3,92% des cas

Tableau XXXIV : Répartition des cas en fonction des résultats de la sérologie Hbc à l'admission

Sérologie	Effectif	Pourcentage
Négative	48	94,12
Non réalisée	3	5,88
Total	51	100

La sérologie Hbc était négative 94,12% des cas /

Tableau XXXV : Répartition des cas en fonction des résultats du test UCG à l'admission

Test UCG	Effectif	Pourcentage
Négatif	41	80,39
Positif	4	7,84
Non réalisé	6	11,77
Total	51	100

Le test UCG était positif 7,84% des cas

Tableau XXXVI : répartition des cas en fonction du traitement instauré

Traitement	Instauré	Non instauré
Contraception d'urgence	34	17
Antibiotique	46	5
Antalgique	23	28
Antifongique	35	16
Tranquillisant	26	25
Trithérapie	10	41
Total	174	132

La pilule du lendemain a été instauré dans 34 des cas.

Tableau XXXVII : Répartition des cas en fonction des résultats de sérologie VIH à trois mois

Sérologie	Effectif	Pourcentage
Négative	24	47,06
Perdus de vue	27	52,94
Total	51	100

Dans 52,94% des cas nos patientes étaient perdues de vue

Tableau XXXVIII : Répartition des cas en fonction des résultats de l'AgHbs à trois mois

Sérologie	Effectif	Pourcentage
Négative	22	43,14
Positive	2	3,92
Perdus de vue	27	52,94
Total	51	100

Dans 3,92% des cas la sérologie AgHbs était positive

V-Commentaire et Discussion

1-Description générale (fréquence)

Notre étude a porté sur 2375 patientes reçues en consultation dans le service de gynécologie obstétrique parmi lesquelles 51 étaient admises pour agression sexuelle soit une fréquence de 2,15%.

Notre taux est comparable à ceux de TRAORE , A.M au Mali en 2001 et de Traoré T en 2011, qui ont trouvé respectivement 2,4 % [29] et 2% [30] ,mais est supérieur à celui de FAYE, D.M.E et al au Sénégal en 2005 qui avait trouvé 0,4% [13].

Par contre il est nettement inférieur à ceux des auteurs suivants :

BUGS, S. en Afrique du sud en 2000 qui a rapporté un taux de 53% [6],

l'organisation KAY FANM en Haïti qui a enregistré en 2007 et 2008 respectivement 15% et 14% de cas d'agression sexuelle [21].

Notre taux faible pourrait s'expliquer par notre lieu d'étude qui n'est pas un centre spécialisé dans la prise en charge des victimes d'agression sexuelle, aussi par la petite taille de l'échantillon.

2-caractéristiques sociodémographiques :

a -Age :

L'âge moyen de nos patientes est de 17 ans avec des extrêmes de 5 à 30 ans.

La tranche d'âge de 10 à 19 ans a été la plus représentée avec 80,4 %.Ce taux élevé pourrait s'expliquer par le jeune âge des victimes qui constitue un facteur de risque pour les agressions sexuelles. En effet d'après les données fournies par l'appareil judiciaire et les associations d'assistance aux victimes d'agression sexuelle des pays suivants : Chili, Mexique, Papouasie Nouvelle guinée

et USA un à deux tiers des victimes sont âgées de 15ans ou moins[27]. Notre taux est supérieur à celui de FAYE, D.M.E. à Dakar en 2005 chez qui la tranche d'âge de 10-20ans a été la plus représentée avec un taux de 60% et un âge moyen de 14ans [16].

b- Statut matrimonial :

Les célibataires ont été les plus représentées avec 90,2%.Ce taux élevé pourrait s'expliquer par le fait que la majorité était des mineures donc n ayant pas atteint l'âge de se marier. Mais ce taux pourrait être trompeur car la grande majorité des victimes n'ose pas avouer être victime d'agression sexuelle par peur d'être rejetée.

Ce taux se rapproche de ceux de Traoré, A.M au Mali en 2001et KAY FANM en 2008 en Haïti qui ont trouvé 87,7% [29] et 87%[21] d'agression sexuelle chez les célibataires.

3-La clinique

a – Le type d'abus sexuel :

Dans notre étude, le viol avec pénétration génitale a été le plus représenté avec 86,27%. Ce taux se rapproche de celui de TRAORE, A.M. en 2001 au Mali qui a trouvé 91,3% d'abus sexuel accomplis par voie vaginale [29],mais est supérieur à ceux de Traoré ,T au Mali et de FAYE, D.M.E. et al au Sénégal qui ont trouvé respectivement 64,9%[30] et 67,3%[16].

b- Le nombre d'agresseur :

Dans notre étude les auteurs d'agression ont agit seuls dans 92,16% des cas contre 7,84% de viol collectif ou en réunion.

Notre taux est comparable à celui Traoré ,T au Mali qui trouva 89,2% [30] et aux résultats d'une étude menée selon l'OMS aux Etats-Unis d'Amérique qui montre qu'un cas d'agression sur dix se passe en réunion [27].

c-Lien avec l'agresseur :

Dans notre étude l'agresseur était un proche de la famille dans 13,78% des cas. Il s'agissait de viol entre époux dans 7,84% des cas. Notre taux est supérieur à celui de Traoré, T qui trouva un taux de 5,4% [30].

d-Lésion cutanée :

Dans notre étude il y avait absence de toute lésion cutanée dans 82,36% des cas. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par le fait que beaucoup de victime consultent tardivement, à un moment où certaines lésions ont déjà disparu. Mais il faut noter que la violence sexuelle ne s'accompagne pas le plus souvent de violence physique. Notre taux se rapproche de celui Traoré ,A.M qui trouva 87,83% [29]

e- La lésion génitale:

Dans notre étude, la lésion génitale était présente dans 25,49% des cas. Elle siégeait au niveau du Douglas dans 30,77% des cas.

Nos résultats sont comparables à ceux rapporté par BOWYER, L aux Etats-Unis d' Amérique en 1997 où la fréquence des lésions après un viol variait entre 16% et 61 % [5].

Nos résultats pourraient s'expliquer par le nombre élevé d'agression sexuelle chez les enfants dans notre série.

4-Les examens complémentaires :

✓ La sérologie VIH :

La sérologie était négative pour tous les cas où le test a été effectué dans notre étude.

D'après CLAYDON,E le risque de contracter le VIH à la suite d'un viol est inconnu mais semble être faible dans les zones de faible prévalence telles que le Royaume Uni. Il peut être élevé si le viol a eu lieu dans les zones de forte prévalence ou implique un traumatisme génital [9] ce qui est le cas pour l'Afrique du Sud et le Cameroun où de nombreux cas d'infection au VIH/sida après un viol ont été rapportés avec respectivement 78% et 33,8% [4, 19].

A l'hôpital Aristide de Dakar Faye, D.M.E. et al ont trouvé deux cas de séropositivité à l'infection VIH [16].

✓ **L'hépatite B :**

Dans notre étude on a trouvé 2cas d'antigène Hbs positif soit 3,92% des cas. Comparativement à notre étude, au Sénégal l'antigène Hbs a été retrouvé chez une patiente [16].Ce faible taux s'explique par l'insuffisance de suivi des patientes étant donné qu'une étude réalisée aux Etats-Unis d'Amérique l'hépatite est commune après agression sexuelle[27].

✓ **β HCG urinaire :**

Dans notre étude 7,84% de nos patientes étaient enceinte ; ce résultat est comparable à celui de HOLMES, M.M [18], aux Etats-Unis où le viol a entraîné une grossesse chez environ 5% des femmes en âge de procréer, avec la plupart des grossesses survenant chez les adolescentes et suite à une agression commise par une personne connue d'elles.

Résumé :

Au terme de notre étude prospective qui a porté sur 51 patientes reçues en consultation au service de gynécologie pour agression sexuelle, nous pouvons retenir que :

- .Les patientes de la tranche d'âge de 10 à 19 ans ont représenté 80,40%
- .Les lésions génitales étaient présentes dans 25,49%
- .Les cas d'agression avec pénétration sexuelle ont représenté 85,27%
- .Dans la majorité des cas, soit 92,16% l'acte était commis par un seul individu, un proche de la famille dans 13,78% des cas.
- .Un cas de viol avec homicide.

VI-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

1- Conclusion :

Au terme de notre étude prospective qui a porté sur 51 patientes reçues en consultation au service de gynécologie pour agression sexuelle, nous avons retenu que la violence sexuelle est un drame qui peut avoir des répercussions physiques psychologiques à court moyen et long terme.

2-Recommandations:

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

► *Aux autorités sanitaires :*

- Renforcer les structures d'accueil dans la prise en charge des victimes d'agression sexuelle.
- Encourager la diffusion des comportements à adopter par la victime en cas d'agression sexuelle.

► *Aux autorités judiciaires :*

- Prise en charge par le code pénal du concept d'agression sexuelle et les autres types d'agression sexuelle.
- Application stricte des textes pour condamner les auteurs d'agression sexuelle.
- Renforcer la collaboration entre les différentes autorités judiciaires.

► *Au personnel socio-sanitaire :*

- Sensibiliser la population à consulter devant toute agression sexuelle.
- Assurer une prise en charge correcte des victimes d'agression sexuelle

► ***A la population :***

- Consulter les autorités compétentes devant tout cas d'agression sexuelle.
- Dénoncer les auteurs d'agression sexuelle
 - Eviter les sorties nocturnes clandestines ,ainsi que la fréquentation des endroits mal famés.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-ALCALA, M. J. Etat de la population mondiale en 2005. La promesse d'égalité. Egalité des sexes, santé en matière de procréation et objectifs du millénaire pour le développement UNFPA 2005 ; page 65

2-Amnesty international. Making violence against women count. Facts and figures. Sexual violence. Press release, March 05/2004

3-ANNE, W., ALLISON, G. Anatomie et physiologie normales et pathologiques, système de reproduction masculin. 9^e éd : éditions Maloine p.448-51

4-BERGER, D. Violences sexuelles. Conduites à tenir en présence d'une victime d'agression sexuelle. In : Mises en jour en gynécologie obstétrique. Collège national des gynécologues et obstétriciens français Paris : éd vigot ; 2000. p.282-4

5-BOWYER, L., DALTON, M. E. Female victims of rape and their genital injuries Br j Obstet gynaecol 1997; **104:617-20**

6-BUGS, S. Contraception IVG grossesse. Question de l'IVG et les nouveaux croisés de l'ordre moral Grenoble : édition Thot 2000 ; p.242

7-Calacs trois-rivières. Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel. En ligne site disponible sur www.calacs-trt.org

8-CAZANAVE, R. A., MILLOT, C. Réflexion et mise en place d'un cadre d'accueil pour les enfants victimes d'abus sexuels à l'hôpital st-Vincent-de-Paul Ann Fr Psychol 2003;105-10

9-CLAYDON, E. Rape and HIV Int J STD AIDS 2000;11:487-97

10-Code Pénal de la France

(Partie législative) Section 3 .Des agressions sexuelles article 222-22 Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 art. 19 Journal Officiel du 18 juin 1998

11-Code Pénal du Mali. LOI N 01-079 DU 20 AOUT 2001

12-CROWE, C. A case of acute hepatitis B occurring four months after multiple rape Int J STD AIDS 1996;7:133-4

13-D MBASSA, M. Les abus sexuels en milieu scolaire au Cameroun: résultants d'une recherche-action à Yaoundé Med Trop 2002;62:58-62

14-EMMA, C., CAMILLE, S. L. Appearance of the hymen in adolescents is not well documented. British Medical Journal Feb 27, 1999

15-Enquete, Evenements de vie, les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75ans. Bulletin de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques(DREES), numéro 598; Septembre 2007

16-FAYE, D. M. E, TRAORE, A. L, GUEYE S M K, et al. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Profil epidemioclinique et prise en charge des victimes d'abus sexuel à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar. Période 2003-2005 vol 35 numéro 4.p.358-364(juin 2008)

17-FELDHAUS, K .M. Lifetime sexual assault prevalence rates and reporting practices in an emergency department population Ann Emerg Med 2000 ;36 :23-7

18-HOLMES, M M. Rape-related pregnancy. Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women Am J Obstet Gynecol 1996;175:320-5

19-JASPARD, M. Nommer et compter les violences sexuelles envers les femmes. Une première enquête nationale en France Popul soc 2001;364:1-4

20-JASPARD, M. , BROWN, E., CONDON E et al. Rapport National ENVEFF (enquête nationale sur les violences envers les femmes en France) population et société Janv 2001, numéro 364

21-KAY FANM (organisation Haïtienne pour la promotion et la défense des droits de la femme)

22-LANSAC, J. Précis d'obstétrique 3^e éd.p.347-440

23-LESERMAN, J. Sexual Abuse History. Prevalence Health Effects Mediators and Psychological Treatment Psychosomatic Médecine 67:906-15 (2005)

24-MBASSA ,M. N. Séroprévalence de l'infection à VIH chez les enfants victimes d'abus sexuels au Cameroun Med Trop 2003 ;63 :155-5

25-Pinar Ilkcaracan. Women and sexuality in muslim societies.Edition women women's human rights(WWHR) Istanbul 2000

26-RAINN (Rape, Abuse ,Incest, National, Network)

27-Rapport mondial sur la violence et la santé; OMS 2002

28-Shannan, M. C. Bureau of justice statistics bulletin:violent crime rape unchanged during 2005;numero de production NCJ 214644,September 10,2006

29-Traoré ,A. M. Violences sexuelles. Aspects cliniques en consultation Gynécologique dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 115 cas. Thèse de doctorat en médecine Bamako, 2001.p.58-62

30-Traoré ,T. Aspect épidémio-clinique et judiciaire des agressions sexuelles en commune IV du district de Bamako. Thèse de doctorat en médecine ;2011

31-Université Paris-VI Pierre et Marie Curie :Faculté de médecine Pitié-Salpêtrière. Polycopié national de gynécologie ; chapitre 26.Prise en charge des victimes d'abus sexuel ;p.387-94

ANNEXES**Fiche d'enquête d'enregistrement des patients présumés victimes d'agression sexuelle**

Dossier No /...../

A-Caractéristiques sociodémographiques**Q1-Age** : 1- 5-10ans/...../ 2- 10-21ans/...../ 3- 22-30ans/...../

4- plus de 30/...../

5

Q2-Sexe**Q3-Adresse****Q4- Ethnie****Q5-Provenance** : 1-Ville de Kayes/...../

2-Hors de Kayes/...../

Q6- Statut Matrimonial... 1-Célibataire/...../

2-Mariée/...../

3-

Divorcée/...../

4-Veuve/...../

Q7-Profession : 1-Ménagère/...../

2-Aide ménagère/...../

3-Elève/...../

4-Etudiante/...../

5-Prostituée/...../

6-Autres à préciser.....

Q8- Niveau d'instruction : 1-Primaire/...../

2-Secondaire/...../

3-

Non scolarisée/...../

4-Autres à préciser.....

Les Circonstances de l'agression

Q9-Heure de l'agression : 1-00H-6H/...../ 2-7H-12H/...../ 3- 13H-18H/...../

4-19H-23H/...../

Q10-Lieu de l'agression : 1-A domicile /...../ 2-Ecole/...../ 3-Lieu de travail /...../

3-Dans la rue /..... / 4-Autres lieux à préciser.....

Q11- Type d'abus sexuel : 1- Viol /...../

2- Attouchement/...../ 3- Harcèlement/...../ 3-Autres à préciser.....

Q12- Sous l'emprise de la drogue..... 1- Oui.../...../ 2- Non.../...../

Caractéristiques de l'agresseur et lien avec la victime

Q14- Nombre d'agresseurs : 1-Un Seul individu/...../

2- Groupe d'individus/...../

Q15-Lien avec la victime : 1- Un Proche de la famille/...../ 2- Enseignant/...../ 3- Employeur/...../ 4- Aucun lien avec la victime/...../

5-Autres à préciser.....

B- Aspects cliniques, para cliniques et prises en charge médico-juridiques

Q16-Mode d'admission : 1-Venue seule/...../ 2- Accompagnée par les parents/...../

3- Reçue sur réquisition judiciaire/...../

Q17 Existence d'éjaculation : 1-Oui/...../ 2-Nom/...../

Q18 Délai de consultation : 1- Moins de 72Heures /...../ 2-Plus de 72 heures/...../

Q19-Etat psychologique à l'admission : 1-Anxiété/...../ 2-Dépression/...../ 3- Autres à préciser.....

Q20- Etat des vêtements : 1- Déchirures/...../ 2- Traces de sang et/ ou de spermes/...../

3-Autres à préciser.....

Q21- Lésions génitales : 1- Déchirures périnéales /...../ 2-Déchirures vulvopérinéales /.... / 3-Vaginales /..... / 4Douglas/...../ Lésions hyménales /..... /

Q22-Lésions cutanées : 1-Ecchymoses/...../ 2- Egratignures/...../

3- Plaies/...../ 4-Autres à préciser.....

Q23-Violence physique : 1-Coups de poing/...../ 2 Coups de pied/...../ 3 Armes blanches/...../

Q24-Violence verbale : 1-Insultes/...../ 2-Pression psychologique/...../ 3-Chantage/...../ 4-Aucun/...../

Aspect epidemio-clinique des agressions sexuelles en consultation gynecologique a l'hopital fousseyni
dao de kayes

Q25 : -Evénement associé 1-Chute/...../ 2-Perte de connaissance/...../
3-Autres à préciser.....

Q26 Comportement de la victime après agression : 1-Toilette intime/...../
2-Changement de vêtements/...../ 3-Autres à préciser.....

Q27- Examens biologiques : 1-Test des β HCG urinaires : Positif/...../
Négatif/...../

2-Sérologie VIH : Positif/...../ Négatif/...../ 3-Prélèvement
Vaginale/...../ Résultats..... 4-l'Antigène
HbS : Positif/...../ Négatif/...../

5-Autres examens.....

Q28-Aspects thérapeutiques :

Q29a-Traitement médical : 1-Contraception d'urgence/...../

2-Antibioprophylaxie/...../ 3-Autres à préciser.....

Q29b-Traitement chirurgical : 1-Suture de déchirures périnéales /...../

2-Suture de déchirures vulvopérinéales /...../ 3- Sutures de
déchirures vaginales /...../

4-Autres à préciser.....

Q23c-Traitement psychologique /...../

Q24-Evolution:

Certificat pour agression sexuelle

Je, soussigné(e), Dr

dans le Service de,

Prête serment d'apporter mon concours à la Justice en mon honneur et conscience et certifie avoir examiné le à

M....., né(e) le

en présence de

sur réquisition de, Officier de Police Judiciaire.

La victime dit :

Examen somatique :

Examen génital :

— vulve :

— Hymen :

Examen anal :

Il a été pratiqué des prélèvements

Conclusion :

le

Dr.....

Certificat établi pour servir et faire valoir ce que de droit, remis aux Autorités requérantes.

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 race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

Je le Jure