

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE-UN BUT –UNE FOI



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO
FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE: 2018-2019 THESE N°....

TITRE

**ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET JUDICIAIRES
DES AGRESSIONS SEXUELLES
AU CHU GABRIEL TOURE**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 14 /06 /2019

Devant la faculté de médecine et d'Odontostomatologie par

Mlle COULIBALY MAIMOUNA

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

JURY :

Président : Professeur Mounkoro Niani

Membres : Docteur Youssouf Sogoba

: Procureur Dramane Diarra

Co-directeur : Docteur Mamady Coulibaly

Directeur : Professeur Drissa Kanikomo

DEDICACES

Je dédie ce travail à mes parents qui ont toujours eu confiance en moi.

REMERCIEMENTS :

Au nom d'**ALLAH** le Miséricordieux, le très Miséricordieux

Louange et gloire à Dieu le Tout Puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail. Et que la grâce, le salut, le pardon et les bénédictions d'ALLAH soient accordés aux meilleurs de ses créatures, notre prophète Mohamed (PSL) ; ainsi qu'aux membres de sa famille et tous ses compagnons.

Ce travail est la consécration de plusieurs années d'étude au cours desquelles désillusion, découragement et succès ont été tour à tour au rendez-vous. Au fil des années, cette impatience s'est émoussée, mais la soif de connaissance est demeurée intacte.



A mon père MAMADOU COULIBALY

C'est avec une certaine émotion et beaucoup de sincérité que je t'adresse mes plus profonds remerciements. Je suis particulièrement fière et heureuse de t'avoir comme père. Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi. Tes conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite. Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement sont pour moi le soutien indispensable que tu as toujours su m'apporter. Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serais demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté. Que tu trouves dans la réalisation de ce travail l'aboutissement de ton effort ainsi que l'expression de ma plus affectueuse gratitude. Ceci est mon humble façon de te remercier pour avoir fait de moi une grande personne.

A ma mère SALIMATA MARIKO

Autant de phrases aussi, expressives soient-elles, ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour toi. Tu m'as comblée d'amour et de tendresse tout au long de mon parcours. Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes ces années d'études. Tu as toujours été présente pour moi. Reçois ce travail aussi modeste soit-il en signe de ma vive reconnaissance et de ma profonde estime.



➤ **A mes très chères et adorables sœurs :**

Fatoumata Coulibaly, Bintou Coulibaly, Mariam Coulibaly, Djaminatou Coulibaly

Je rends continuellement grâce à Dieu de nous avoir unies par les liens de sang.

Votre compréhension, votre disponibilité, votre attention, confiance et votre soutien moral et matériel ne m'ont fait défaut avant, pendant et après les moments difficiles de ma vie. Que ma joie d'aujourd'hui soit la vôtre.

L'évènement tant demandé a vu le jour. Puisse le très Haut nous aider afin de prendre en charge nos parents.

➤ **A mon frère Ibrahim Coulibaly :**

Pour toute l'ambiance dont tu m'as entourée, pour toute la spontanéité et ton élan chaleureux, je te dédie ce travail.

Puisse Dieu le tout Puissant exhausser tous tes vœux.

➤ **A mes tantes, oncles, cousins, cousines, grands-parents :**

Je ne saurais vous traduire mes sentiments les plus fraternels. En témoignage de l'affection qui nous unis, trouvez dans ce travail, le fruit des efforts que vous avez consenti à mon égard. Que le Tout Puissant vous prête longue vie, préserve et renforce notre affection fraternelle.

➤ **Aux docteurs :**

Kanikomo Drissa, Youssouf sogoba, Mamady Camara, Agaly , Boubacar Sogoba , Djénè Kourouma

Merci pour l'assistance et la formation



➤ **Au procureur de la commune 4 : Dramane Diarra**

Merci pour l'accueil et le soutien.

➤ **A mes chers aînés**

Dr Djerma Issa, Dr Camara Issa, Dr Boubacar Diakité

Merci pour vos conseils.

➤ **Mes collègues :**

Dr Nagnoumaguè Camara, Dr Mohamed Z Singaré, Mohamed Traoré, Dr Fatoumata Bah, Adiaratou Keita, Youma Traoré, Dr Daouda Sangaré, Abou Diakité, Daouda Marcio, Dr Zoumana Fomba, Dr Amidine Traoré, Zoumana Doumbia, Ali Doumbia, Mamadou Ali Diallo, Adama Coulibaly, Dr Abdoulaye Diarra, Allassane Kourouma, Bakary Dembélé.

Plus que des collègues, vous avez été ma proche famille tout au long de ce séjour.

Merci pour tous ces moments de joie et de peine, de stress et de détente partagés.

Merci pour la convivialité et la fraternité.

Qu'ALLAH puisse consolider d'avantage nos liens.

➤ **A tous les infirmiers du service, aux personnels du secrétariat du service :**

Merci pour tout.



HOMMAGES



A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

PROFESSEUR MOUNKORO NIANI

- **Maitre de conférences de gynécologie obstétrique à la FMOS**
- **Chef du département de Gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel TOURE**
- **Point focal de l'initiative francophone de réduction de la mortalité maternelle par avortement à risque**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé**

Cher Maître,

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

Votre rigueur dans le travail et 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 MEMBRE DU JURY

PROCUREUR DRAMANE DIARRA

- **MAGISTRAT**
- **PROCUREUR de la République près le tribunal de Grande Instance de la commune 4 du district de Bamako**

Cher Maître,

Nous avons été touchée de vous voir accepter de juger ce travail malgré vos multiples occupations et cela nous fait honneur.

Votre simplicité, disponibilité et culte du travail bien fait font de vous un juge de qualité

L'occasion nous est donnée de vous réitérer toute notre reconnaissance pour votre contribution. Que Dieu exhausse vos vœux.



A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

DR SOGOBA YOUSOUF

- **Neurochirurgien au CHU GT.**
- **Membre de Pan African Association of Neurosurgical Sciences (P
AANS)**
- **Membre de l'European Association of Neurosurgical Societies
(EANS)**
- **Membre de l'European Association of Neurosurgical Societies
(EANS)**
- **Membre de la société Marocaine de Neurochirurgie (SMNC)**
- **Membre permanent de l'American Association of Neurosurgical
Surgeons (AANS).**

Cher Maître,

Nous avons admiré et apprécié vos qualités scientifiques et humaines. Votre sympathie, votre simplicité, le contact facile et votre modestie forcent le respect et incitent l'admiration. Vous resterez un exemple pour nous.

Veillez croire, cher Maître à l'expression de notre profonde gratitude



A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE
DOCTEUR MAMADY COULIBALY

- **Médecin légiste Expert médico-légal auprès des Cours et Tribunaux du Mali**
- **Commissaire divisionnaire de police**
- **Chef de service de santé et des affaires sociales de la police nationale**
- **Chargé de recherche.**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé**

Cher Maître,

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

Nous garderons de vous l'image d'un Maître dévoué et serviable et d'un homme dont la présence rassure et dont la parole apaise.

Veillez accepter cher maitre notre profonde gratitude.



A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

PROFESSEUR DRISSA KANIKOMO

- **Maitre de conférences agrégé en Neurochirurgie à la FMOS**
- **Titulaire d'un certificat d'étude spécialisé en médecine de travail à l'Université de Dakar**
- **Titulaire d'un certificat d'étude spécialisé en médecine légale à l'Université de Dakar**
- **Titulaire d'un certificat de neuroanatomie.**
- **Titulaire d'un certificat de neurophysiologie.**
- **Titulaire d'une maîtrise en physiologie générale.**
- **Médecin Légiste Expert médico-légal auprès des cours et Tribunaux.**
- **Chef de service de la Neurochirurgie du CHU Gabriel Touré**

Cher Maitre,

Plus qu'un enseignant, vous êtes un éducateur.

Vous avez allié sagesse, écoute et conseils pour nous transmettre discipline, disponibilité et ponctualité.

Ceci est mon humble façon de vous remercier.



LISTES DES ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

ONG : Organisation non gouvernementale

OMS : organisation mondiale de la santé

GT : Gabriel Touré

VIH : Virus Immunodéficience Humaine

SIDA : Syndrome Immunodépression acquise

MST : Maladies sexuellement transmissibles

EDTA : Ethylène diamine tétra acétique

TPHA : Treponema pallidum Haemagglutination Assay

VDRL : Venereal Disease Research Laboratory

HTLV : Human T-lymphotropic Virus

PCR: Polymerase chain reaction

IM: Intra musculaire



TABLE DE MATIERES

I. INTRODUCTION	19
II. GENERALITES :.....	25
1. DEFINITIONS :.....	25
2-EPIDEMIOLOGIE :	31
4-ETUDE CLINIQUE :.....	41
III. METHODOLOGIE	60
1-CADRE D'ETUDE.....	60
2-PERIODE D'ETUDE.....	62
4-TYPE D'ETUDE :	62
5-DONNEES :.....	62
6-ECHANTILLONNAGE :	63
IV. RESULTATS :.....	65
1-FREQUENCE :	65
2-DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES :	65
3-ANTECEDENTS :	69
4-CIRCONSTANCES DE L'AGRESSION	73
5-EXAMEN CLINIQUE :.....	79
6-EXAMEN PARACLINIQUE :.....	80
7-PRISE EN CHARGE :.....	82
V. DISCUSSIONS ET COMMENTAIRE	85
1-FREQUENCE	85
2-DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES :.....	86
3-ANTECEDENTS	87



4-CIRCONSTANCES DE L'AGRESSION :	87
5-EXAMEN CLINIQUE	90
6-EXAMENS COMPLEMENTAIRES	90
7-TRAITEMENT :	90
8-SUIVI	91
VI. CONCLUSION :	94
VII. RECOMMANDATIONS :	95
VIII.REFERENCES	98
IX. ANNEXE.....	103



LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition selon les lésions trouvées par site	52
Tableau II : Répartition selon le sexe	65
Tableau III : Répartition selon la profession	67
Tableau IV: Répartition selon le statut matrimonial	67
Tableau V : Répartition selon la présence de circonstances aggravantes ...	69
Tableau VI : Répartition selon la gestité.....	70
Tableau VII: Répartition selon la parité	70
Tableau VIII: Répartition selon la connaissance de la date des dernières règles	70
Tableau IX: Répartition selon la survenue d'une agression sur contraception.....	71
Tableau X: Répartition selon l'existence de menace et le type de menace..	73
Tableau XI : Répartition selon le lieu de l'agression.....	74
Tableau XII: Répartition selon le délai de consultation.....	75
Tableau XIII : Répartition selon le type de lien entre l'agressée et l'agresseur.....	75
Tableau XIV : Répartition selon le nombre d'agresseur	76
Tableau XV : Répartition selon le type de contact sexuel	76
Tableau XVI: Répartition selon l'existence du port de préservatif	76
Tableau XVII: Répartition selon l'état psychologique de la victime après l'agression	77
Tableau XVIII: Répartition selon l'existence de toilette intime avant la consultation.....	77
Tableau XIX: Répartition selon l'existence de changement des vêtements avant la consultation et l'état des vêtements au moment de l'agression	78



Tableau XX: Répartition selon l'existence de prise de contraceptif d'urgence avant la consultation	78
Tableau XXI: Répartition selon le type de lésions hyménales.....	79
Tableau XXII: Répartition selon la présence de lésions vulvaires.....	79
Tableau XXIII: Répartition selon la présence de lésions vaginales.....	79
Tableau XXIV: Répartition selon la présence des lésions anales	80
Tableau XXV: Répartition selon la présence des lésions extra-génitales....	80
Tableau XXVI : Répartition selon les bilans demandés et réalisés	80
Tableau XXVII: Répartition selon la demande du test de grossesse.....	81
Tableau XXVIII: Répartition selon la demande de l'échographie abdomino-pelvienne	81
Tableau XXIX: Répartition selon l'existence de l'anorectoscopie	81
Tableau XXX : Répartition selon la prise de contraceptif oral d'urgence ..	82
Tableau XXXI: Répartition selon l'existence d'une antibiothérapie	82
Tableau XXXII: Répartition selon la réalisation du bilan de suivi	82
Tableau XXXIII: Répartition selon la présence de séquelles psychiques ...	83
Tableau XXXIV: Répartition selon les suites judiciaires.....	83



LISTES DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition selon l'âge	65
Graphique 2: Répartition selon les cas de pédophilie	66
Graphique 3: Répartition selon l'adresse des victimes.....	67
Graphique 4: Répartition selon la nationalité	68
Graphique 5: Répartition selon l'âge de la menarche	69
Graphique 6: Répartition selon la provenance de la réquisition	72
Graphique 7: Répartition selon le mois de l'agression.....	73
Graphique 8: Répartition selon l'heure de l'agression.....	74

LISTES DES FIGURES

Figure 1 :Lésions de lutte sur le cou	45
Figure 2: Technique de DICKINSON et DARGENT	49



INTRODUCTION



I. INTRODUCTION

L'agression sexuelle représente un évènement dramatique dans l'histoire du sujet.

Elle dégage un sentiment d'horreur, hante les esprits, tourmente et scandalise. L'agression sexuelle alerte le social, le judiciaire et constitue un sérieux problème de santé publique en raison des conséquences médico-psychosociales pour les victimes. Pourtant, le malaise suscité risque de favoriser un déni et d'entraver en conséquence la recherche et la reconnaissance des agressions sexuelles [1,2].

L'agression sexuelle se définit selon 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. Le code pénal du Mali traite plutôt le viol et la pédophilie qui font partie des agressions sexuelles [3].

Aux USA une femme sur cinq (1 /5) déclare avoir été victime de viol à un moment donné de sa vie et 16% des femmes interrogées en France déclarent avoir subi un viol ou une tentative de viol au cours de leur vie [4, 5 ,6].

La littérature africaine commence à sortir de l'anonymat par rapport au sujet, ainsi à l'Hôpital Aristide-le-Dantec de Dakar en 2005, Faye et al ont trouvé 0,4% de cas de viol sur 55 femmes reçues pour abus sexuel [7].

Au Cameroun, Mbassa rapporte 15,9% de cas de viol en milieu scolaire.

Au Mali, en 2001 une étude menée au CHU Gabriel Touré notait 2,4% de cas de viol sur un total de 115 patientes reçues pour violences sexuelles. Cependant les violences sexuelles demeurent un tabou dans notre pays malgré l'existence d'associations de défense des droits de femmes [7].



L'examen d'une victime d'agression sexuelle est une pratique fréquente pour le médecin légiste et représente le point de départ d'une longue procédure judiciaire. Du point de vue de la justice, le rôle du médecin légiste est de réunir un maximum de preuves pouvant confirmer ou infirmer les dires de la victime. De nombreux facteurs de risques d'agression sexuelle ont été identifiés :

- Le jeune âge ;
- La consommation de toxique ;
- Les partenaires multiples ;
- La pauvreté (rapport mondial sur la violence et la santé, Organisation mondiale de la santé, octobre 2002) ;
- Les conflits armés ;
- Statut social (esclavage)

Les caractéristiques des victimes d'agression sexuelle sont également bien décrites dans la littérature scientifique. En revanche, leurs liens avec les suites judiciaires ont été peu explorés dans la littérature internationale [8].

La dimension technique de préservation des preuves, du constat médical et de l'instauration de traitements éventuels ne doit pas se substituer à l'humanité et à la qualité de l'accueil des soignants intervenants. Dans toutes les situations de violence, l'absence de lésions traumatiques visibles au moment d'un examen médical, ne signifie pas qu'il n'y a pas eu de coups ; l'absence de coup ne signifie pas qu'il n'y a pas eu de viol, c'est même une situation fréquente.

Dans le certificat médical rédigé à la suite de l'examen, la description de la situation de violence est celle faite par la victime et doit apparaître comme telle, séparée du reste du certificat.



Le médecin, qui n'est pas enquêteur, ne doit pas se prononcer sur la qualité des faits de la violence [9].

Les agressions sexuelles, contrairement à la croyance populaire ne sont pas le propre du genre féminin, en effet plusieurs cas d'abus sexuels commis sur les garçons ont été rapportés [10].

Une enquête menée par l'Inserm et l'Ined en 2006 sur le contexte de la sexualité en France rapporte que 5 % des hommes ont déclaré avoir subi des rapports sexuels forcés ou tentatives de rapports forcés au cours de leur vie [11].

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

Vu ces aspects, il nous a paru nécessaire d'entreprendre une étude sur les agressions sexuelles à l'unité de médecine légale du CHU GABRIEL TOURE



OBJECTIFS



OBJECTIFS

1- Général :

- Etudier les aspects épidémiologique, sociologique, psychologique, clinique, para clinique et judiciaire des agressions sexuelles à l'unité de médecine légale du CHU GABRIEL TOURE.

2- Spécifiques :

- Déterminer la fréquence des agressions sexuelles à l'unité de médecine légale du CHU Gabriel TOURE ;
- Préciser les caractéristiques sociodémographiques des victimes d'agression sexuelle ;
- Décrire les caractéristiques médicales des victimes d'agression sexuelle ;
- Dégager les difficultés liées à la prise en charge des victimes d'agression sexuelle ;
- Préciser la prise en charge juridique des agressions sexuelles



II. GENERALITES :

1. Définitions :

L'OMS définit la violence sexuelle comme 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 s'en s'y limiter, le foyer et le travail [4]. 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 [3].

Selon le code pénal français dans son article 222-22, l'agression sexuelle se définit comme étant toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise sur la personne d'autrui [7].

Elles sont considérées comme un crime ou un délit selon la forme d'agressions [12].

Elles englobent :

Le viol : est défini selon l'article 226 alinéa 1 du code pénal du Mali comme tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit sur la personne d'autrui avec violence, contrainte, menace ou surprise.[13]



L'attentat à la pudeur : selon l'article 225 du code pénal malien, est tout acte de caractère sexuel contraire aux mœurs exercé intentionnellement et directement sur une personne [13].

C'est un acte impudique commis sur une personne non consentante ou incapable d'un consentement valable, de nature à offenser sa pudeur en lieu public ou privé.

L'outrage public : est un ensemble de faits et gestes attentatoires à la pudeur commis en public par un individu lui-même ou sur une autre personne. [13]

Harcèlement sexuel : il peut s'agir de paroles grossières, d'attitudes, d'actions, voir 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.[3]

Attouchement sexuel : est l'action de toucher légèrement en particulier avec la main.il s'agit de caresses abusives. [10]

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.



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.[3]

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.

Bases légales des agressions sexuelles : [13]

Paragraphe I : outrage à l'ordre public

- **Article 224 :** L'outrage public, commis publiquement et intentionnellement sera puni de trois mois à deux ans d'emprisonnement et d'une amende de 20000 à 200000 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 d'un à vingt ans d'interdiction de séjour.

Paragraphe III : du viol

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

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

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

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

- **Article 227** : L'individu qui aura accompli ou tenté d'accomplir l'acte sexuel autorisé coutumièrement sur une fille âgée de moins de quinze ans, sera puni d'un à cinq ans d'emprisonnement sans préjudice 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 le fait 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 une 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 20000 à 1000000 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 [13].

Les sanctions :

Le viol est un crime relevant de la cour d'assise, avec possible peine de prison, voir réclusion criminelle pouvant aller jusqu'à perpétuité s'il y'a eu tortures et actes de barbarie.



Elles sont aggravées dans certaines situations :

Celles liées à la victime :

- Personne vulnérable en fonction de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse,
cette infirmité doit être apparente ou connue de l'auteur ;
- Mineur de moins de 13ans.

Existence de lien entre la victime et l'auteur :

- Ascendant légitime, naturel ou adoptif ou toute personne ayant autorité sur la victime (mari de la mère) ;
- Personne abusant d'une autorité conférée par ses fonctions (enseignant, moniteur d'une colonie de vacances) ;

Celles liées aux circonstances du viol :

- Viol à caractère collectif ;
- Usage ou menace d'une arme ;
- Gravité des conséquences (mutilation et infirmité permanente) [14].



2-EPIDEMIOLOGIE :

La majorité des agressions sexuelles reste méconnue en raison de l'absence de plaintes ou de consultations médicales.

Aux Etats-Unis, une femme est violée toutes les 90 secondes [15].

Les violences sexuelles affectent des millions de femmes dans le monde par an. Ce taux des agressions sexuelles a doublé entre 2002 et 2004 aux Etats-Unis passant de 34% à 69% de la population générale tous sexes confondus [10].

Une étude menée dans 5 pays (Australie, Canada, Angleterre, Ecosse et USA) entre 1990-2008 a trouvé que seulement 14% de toutes les victimes d'agressions sexuelles ont accepté de poursuivre le processus judiciaire rapporté par la police. [16]

En France 7828 viols et 12809 autres agressions sexuelles ont été enregistrés par la police et la gendarmerie en 1998, en Namibie les cas de viol et tentatives de viol ont doublé passant de 564 cas en 1991 à 1184 cas en 2005 [12]

Au Mali Ténin a eu 2% d'agression sexuelle en 2011[3].



3-RAPPELS ANATOMIQUES DE L'APPAREIL GENITAL

3-1-Appareil génital masculin

Le pénis est un organe érectile ayant une racine et un corps. Les deux colonnes cylindriques de tissu érectile sont appelées 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'épididyme et quand ils deviennent matures ils se déplacent dans les deux canaux liant l'épididyme 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 1ère 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.

3-2-Appareil génital féminin :

3-2-1-Organes génitaux externes :

- **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.2)

- **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 pré-anale. Elles sont variables d'aspect :
 - Chez la fillette et la jeune nullipare, elles sont fermes, épaisses, résistantes et unies. Ces caractères s'accroissent 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 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 des corps caverneux chez 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 inexact 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 :



- 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,
- 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 cribriforme,
- Labié présente une fente antéropostérieure séparant deux lèvres latérales. L'hymen est dit frange lorsque les lèvres sont dentelées.

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

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

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

3-2-2-Organes génitaux internes :

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 ostrogéniques 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 10 cm, 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.

4- LA DEFLORATION :

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

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 cribriforme 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.

5- 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-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 1: 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...

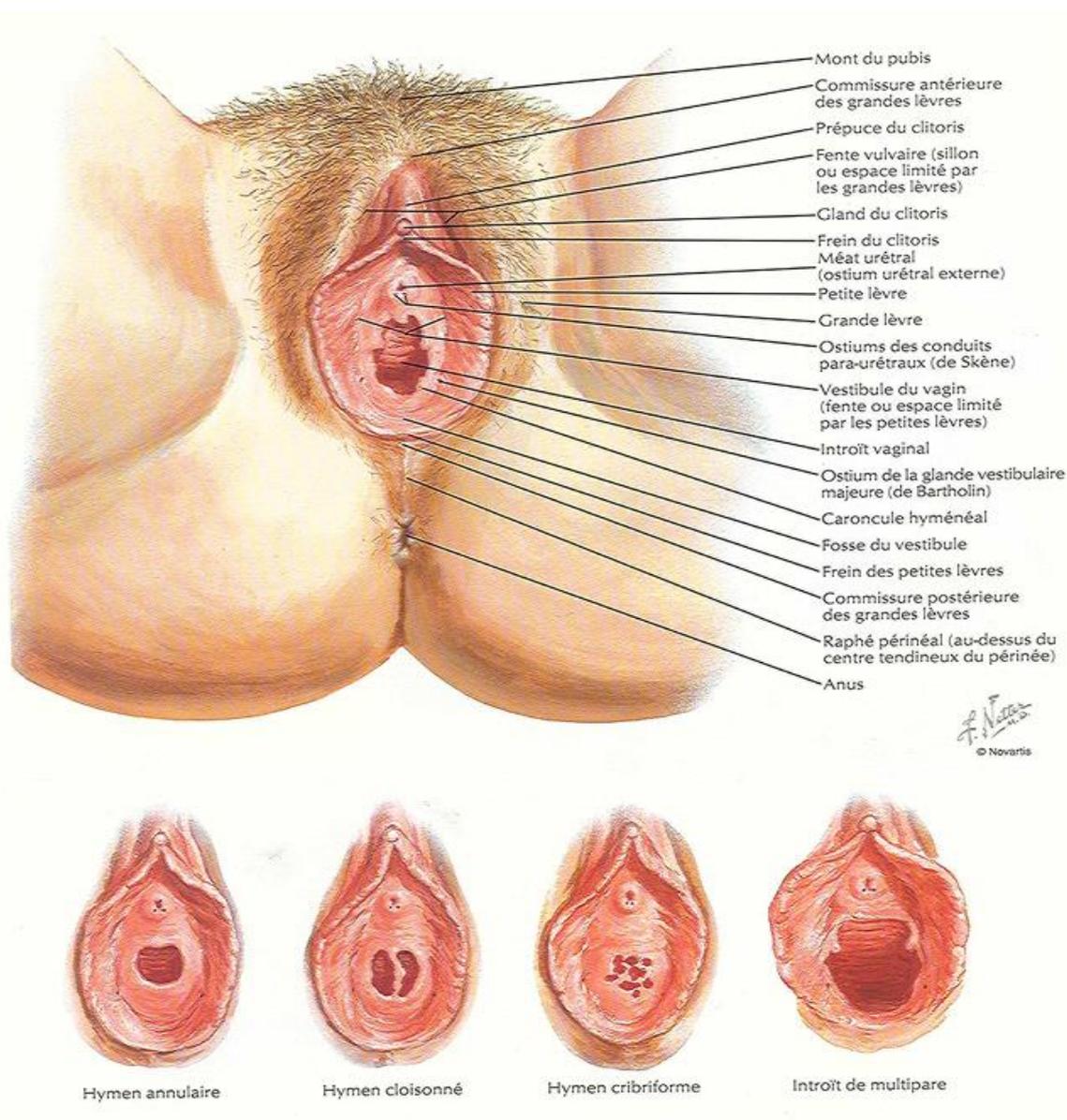


Figure 2: la vulve les différents types d'hymen

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.

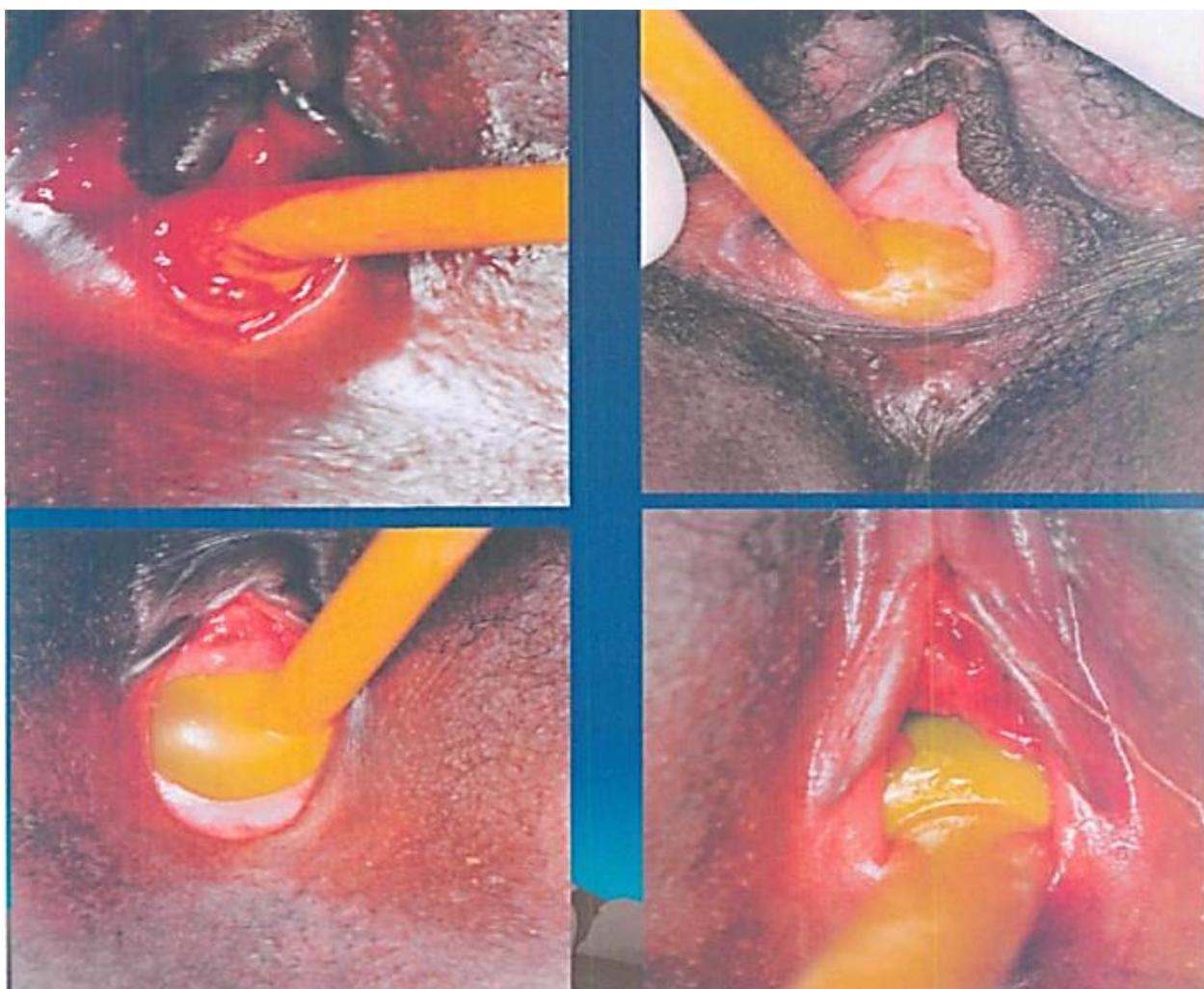


Figure 3: Technique de DICKINSON et DARGENT

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. Les lésions trouvées au terme de l'examen gynécologique sont par site :



Tableau I: Répartition selon les lésions trouvées par site

Site	Incidence des lésions	Type de lésion
Fourchette postérieure	70%	Lacération, abrasion
Petites lèvres	53%	Abrasion, ecchymose
Hymen	29%	Ecchymose, lacération
Col	13%	Ecchymose
Vagin	11%	Lacération, abrasion
Périnée	11%	Lacération, abrasion
Grandes lèvres	7%	Erythème, abrasion

➤ **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 COMPLEMENTAIRES

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.

F- LA PRISE EN CHARGE :

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

- Faire un diagnostic correct par un examen clinique complet ;
- Assurer une prise en charge précoce et adéquate des lésions éventuelles ;
- Prévenir les maladies sexuellement transmissibles et la survenue d'une grossesse ;
- Assurer une assistance psychologique à la victime et à ses parents.

Moyens

- 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.



Indications :

En l'absence de contraception et en cas de rapport vaginal non protégé de moins de 72 heures chez les femmes en période d'activité génitale, on prescrira une pilule du lendemain.

En l'absence de vaccination contre le virus de l'hépatite B, si l'auteur présumé est porteur de l'Ag HBs ou appartient à un groupe à risque et en cas de rapport depuis moins de 48 heures, on proposera une injection IM 500UI de gamma globulines anti-HBs.

Si le rapport est potentiellement contaminant par le VIH et date de moins de 48 heures, il sera mis en place un traitement antirétroviral pendant 48 heures associant deux analogues nucléotidiques et une anti-protéase. Après 48 heures, une réévaluation de l'indication du traitement et l'organisation du suivi seront réalisées lors d'une consultation avec un médecin référent pour le VIH.

En cas de prélèvements positifs :

- Traitement anti-gonococcique= ceftriaxone 500mg en une seule injection IM ou IV ;
- Traitement anti-chlamydiae= Azithromycine 1g per os en mono dose ou Doxycycline 200mg /jour en deux prises per os pendant sept jours et amoxicilline chez les enfants en fonction du poids.

La chirurgie réparatrice est réservée en cas de traumatisme avec lésions chirurgicales importantes. La psychothérapie de soutien est systématique chez toutes les victimes.



F- REDACTION DU CERTIFICAT MEDICAL

Dans le cadre d'un examen sur réquisition, le certificat médical est remis à l'autorité requérante.

Hors réquisition, le certificat médical est remis à la personne examinée.

Les parents peuvent demander qu'un certificat médical leur soit remis à l'issue de l'examen de leur enfant mineur.

Le certificat médical est susceptible d'être produit en justice. Sa rédaction est toujours soigneuse. Le plan suivant est proposé :

- Nom, qualité et adresse du praticien ;
- Identité de la victime ;
- Condition dans lesquelles le médecin a réalisé l'examen, date et heure ;
- Anamnèse, en citant entre guillemets les déclarations de la victime ;
- Doléances ;
- Examen clinique descriptif ;
- Examens complémentaires réalisés ;
- Gestes préventifs réalisés ;
- Date du rendez-vous de suivi proposé ;
- Conclusion reprenant les éléments les plus importants, précisant éventuellement la durée de l'incapacité totale de travail ;
- Date de rédaction du certificat, signature.

Un double est conservé par le médecin.



METHODOLOGIE



III. METHODOLOGIE

1-Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans l'unité de médecine légale et au service de gynéco-obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire **Gabriel Touré** de Bamako. Les victimes ont été accueillies à l'unité de médecine légale. Elles ont toutes bénéficié d'un examen gynécologique.

Présentation du CHU Gabriel Touré :

En 1959, l'ancien dispensaire central de Bamako a été érigé en hôpital. Il fut baptisé « **Hôpital Gabriel Toure** » en hommage au sacrifice d'un jeune médecin voltaïque (actuel Burkina Faso) mort lors d'une épidémie de peste, maladie qu'il a contracté au cours de stage en 1934. En 1992, l'hôpital Gabriel Touré a été érigé en Etablissement Public à caractère Administratif (EPA), doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion. L'hôpital GT est l'un des onze (11) Etablissements publiques à caractère Hospitalier (EPH) institués par la loi n-94-009 du 22 Mars 1994 modifié par la loi n-02-048 du 12 juillet 2002 portant création du centre Hospitalier Universitaire (CHU). Il a quatre (4) missions :

- Assurer le diagnostic, le traitement des maladies, des blessés et des femmes enceintes ;
- Assurer la prise en charge des urgences et références ;
- Assurer la formation initiale et continue des professionnels de santé et des étudiants ;
- Conduire les travaux de recherche dans le domaine de la santé.



- Situé à cheval entre la commune II et la commune III du district de Bamako et bâti sur une superficie de 3,1 hectares, le CHU GT comprend seize (16) services qui sont :
- Le bloc administratif ;
- La neurochirurgie (abritant l'unité de médecine légale) ;
- La gynéco-obstétrique ;
- L'urologie ;
- La chirurgie pédiatrique ;
- La chirurgie générale ;
- L'oto-rhino-laryngologie (ORL) et la chirurgie cervico-faciale (CCF) ;
- La chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- Le service des urgences chirurgicales ;
- L'anesthésie réanimation ;
- L'imagerie médicale
- La pédiatrie ;
- La pharmacie hospitalière ;
- Le service social ;
- La maintenance ;
- Le laboratoire d'analyse médicale ;
- L'hôpital dispose actuellement de 366 lits et emploie 557 agents toutes catégories confondues dont 125 contractuels.
- Les activités médico-légales du service sont :
- L'examen externe des corps ont eu lieu à la morgue de l'hôpital pour établissement du certificat et réponse des autorités



- Les consultations en expertise des dommages corporels se font par deux médecins légistes assistés par les internes du service de façon hebdomadaire.

2-PERIODE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée du 1er Janvier 2018 au 30 septembre 2018.

3- TYPE D'ETUDE :

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive

4- POPULATION D'ETUDE :

La population d'étude a concerné tous les cas de coups et blessures volontaires et agressions sexuelles.

5-ECHANTILLONNAGE :

- Ont été incluses dans notre étude

Toutes les victimes d'agression sexuelle se présentant dans le service avec une réquisition pendant la période d'étude dans le district de Bamako et environs.

- Ont été exclues :

Toutes celles qui ont refusé de participer à l'étude.

6- ANALYSE ET SAISIE DONNEES :

Les données ont été collectées à partir des :

Fiches d'enquêtes préétablies.

Elles ont été saisies sur Microsoft Word 2010 et Excel 2010.

Leur analyse a été faite sur le logiciel SPSS version 10



7- ASPECTS ETHIQUES :

L'anonymat et la confidentialité des données ont été respectés.

Le consentement des victimes a été exigé.



RESULTATS



IV. RESULTATS :

1-Fréquence :

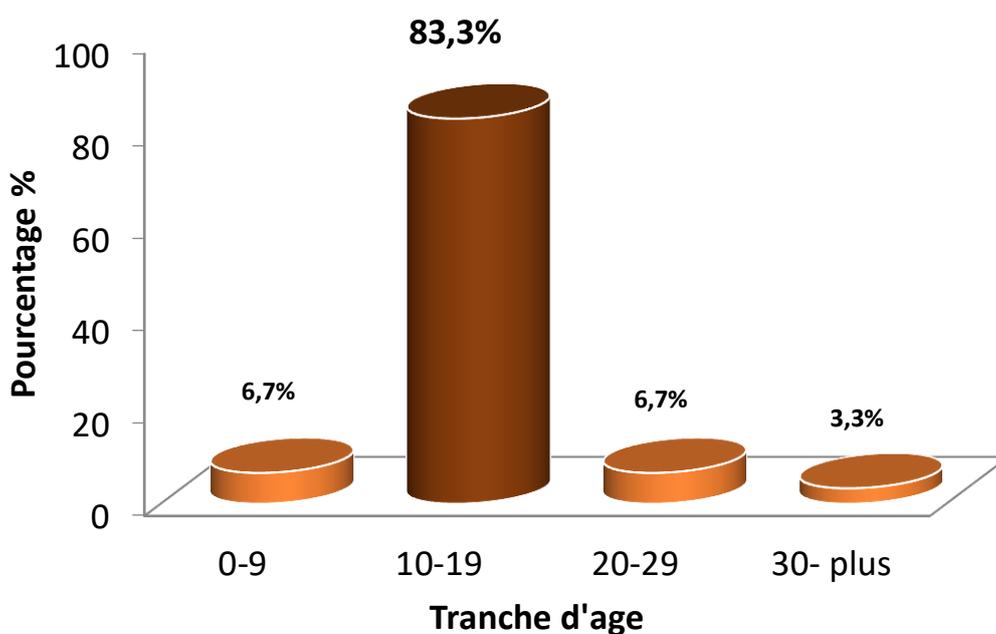
Les agressions sexuelles représentent 27,27% des coups et blessures volontaires

2-Données Sociodémographiques :

Tableau II : Répartition selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
F	29	96,7
M	1	3,3
Total	30	100

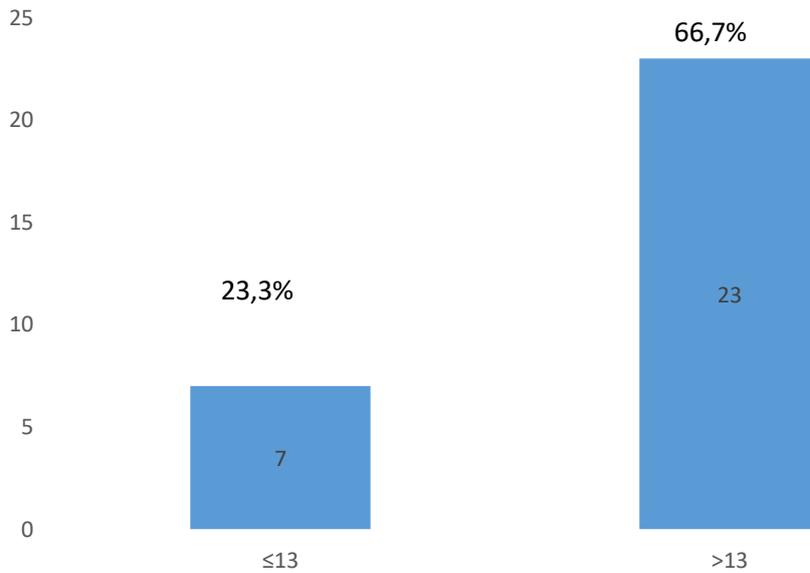
La majorité des victimes était des femmes soit 96,7% contre 3,3% d'hommes avec un sex-ratio de 1 /29



Graphique 1 : Répartition selon l'âge

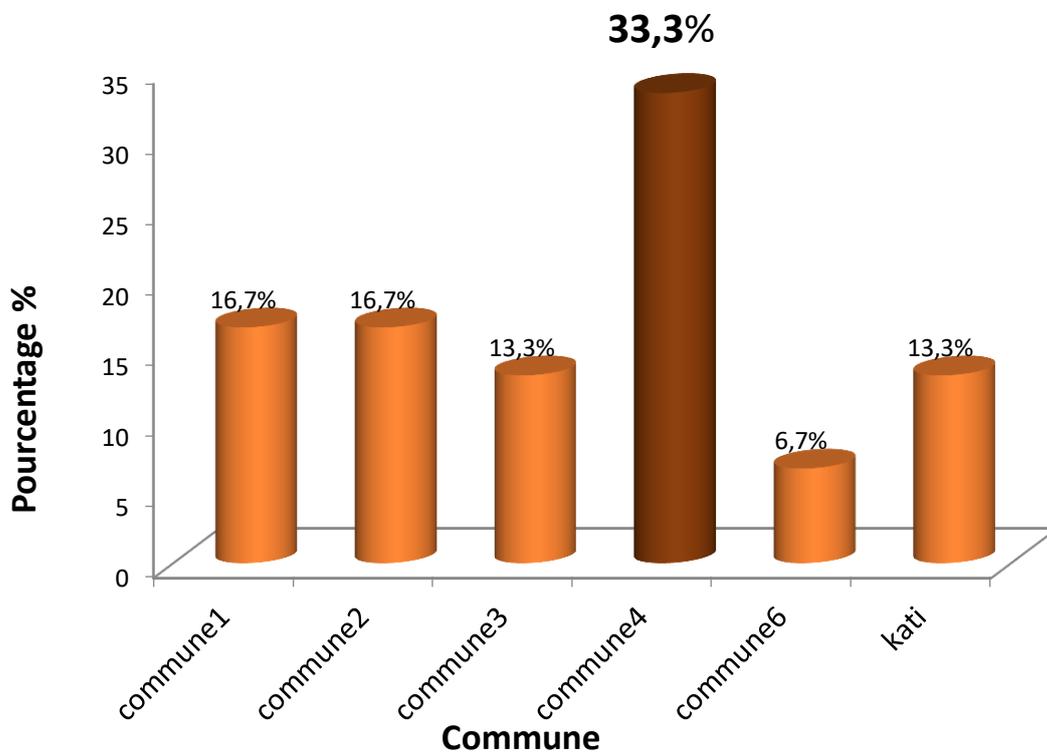
La tranche d'âge de 10 ans à 19 ans était la plus touchée avec 83,3% avec des extrêmes de 4 et 32 ans





Graphique 2: Répartition selon les cas de pédophilie

Il y'a eu 23,3% des cas de pédophilie.



Graphique 3: Répartition selon l'adresse des victimes

La majorité des victimes venait de la commune 4 soit un pourcentage de 33,3%

Tableau III : Répartition selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Aide-ménagère	3	10
Commerçante	5	16,6
Couturière	1	3,3
Elève	11	36,7
Enfant	2	6,7
Etudiant	3	10
Ménagère	3	10
Sportive	2	6,7
Total	30	100

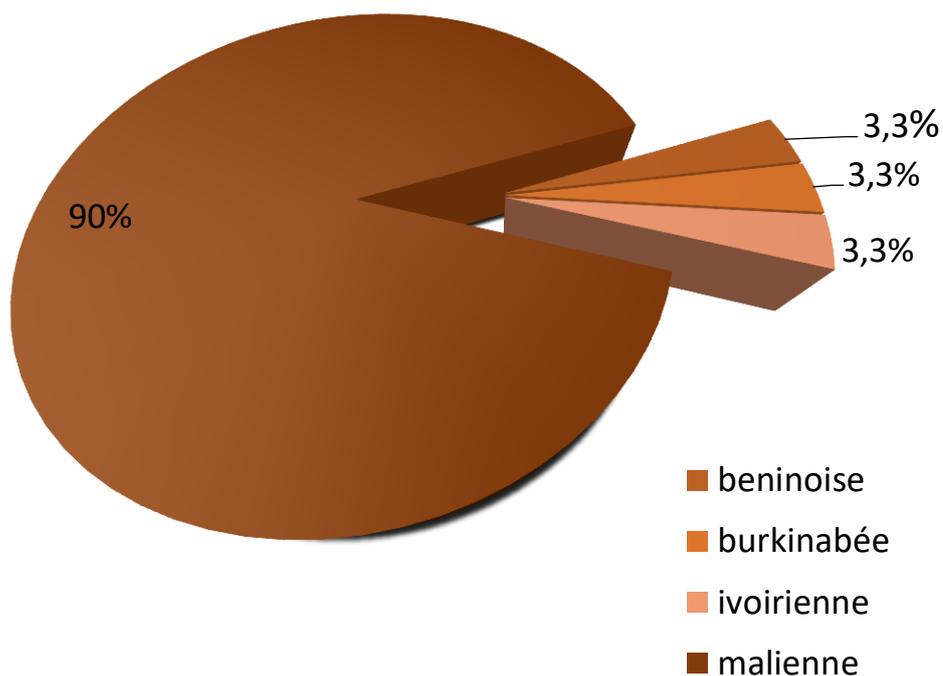
Les élèves ont été les plus agressés avec un pourcentage de 36,7

Tableau IV: Répartition selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	29	96,7
Mariée	1	3,3
Total	30	100

Les célibataires étaient les plus agressés avec 96,7%





Graphique 4: Répartition selon la nationalité

La majorité des victimes était des maliens soit 90% contre 3,3% des autres nationalités (béninoise, burkinabè et ivoirienne)

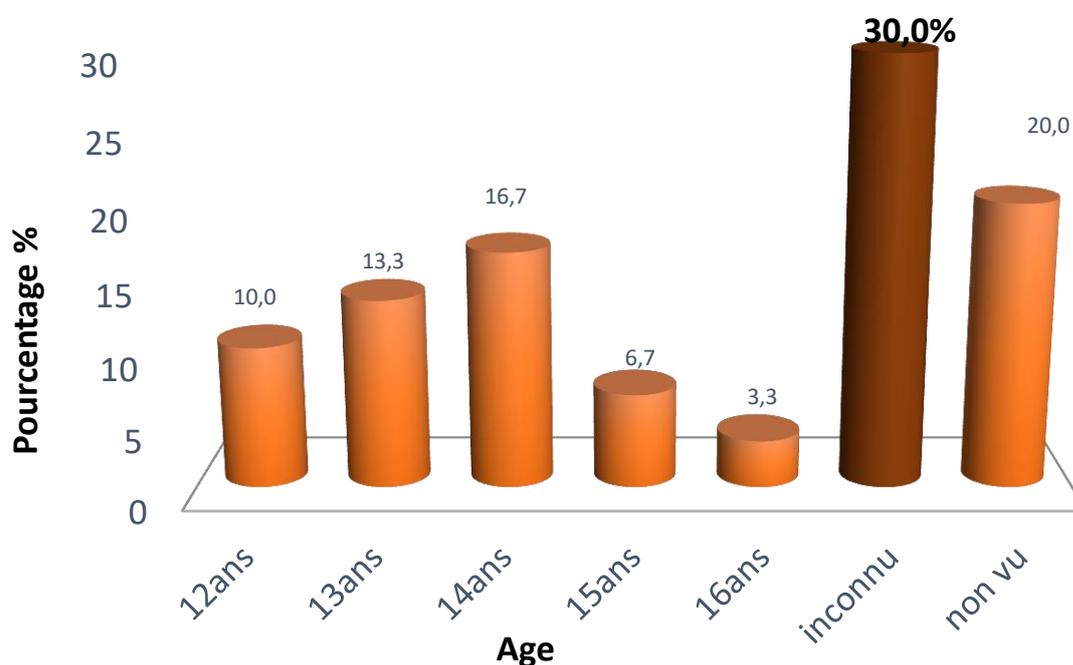


Tableau V : Répartition selon la présence de circonstances aggravantes

Circonstances aggravantes	Fréquence	Pourcentage
Non	17	56,7
Oui	13	43,3
Total	30	100,0

Nous n'avons pas retrouvé de circonstances aggravantes chez 56,7% des victimes.

3-Antécédents :



Graphique 5: Répartition selon l'âge de la ménarche

Trente pour cent des victimes ne connaissaient pas l'âge de la ménarche tandis que 16,7% avaient eu leur ménarche à l'âge de 14 ans

Tableau VI : Répartition selon la gestité

Nombre de gestité	Fréquence	Pourcentage
0	25	86,2
1	2	6,9
2	2	6,9
Total	29	100

Sur les 29 victimes féminines, 25 étaient des nulligestes soit 86,2% des cas.

Tableau VII: Répartition selon la parité

Nombre de parité	Fréquence	Pourcentage
0	26	89,7
1	1	3,4
2	2	6,9
Total	29	100

Quatre-vingt-neuf virgule sept pourcent (89,7%) étaient des nullipares

Tableau VIII: Répartition selon la connaissance de la date des dernières règles

Date des dernières règles	Fréquence	Pourcentage
Connue	4	13,8
Inconnue	20	69
Pas encore vu	5	17,2
Total	29	100,0

Soixante-neuf pour cent (69%) des victimes ne connaissaient pas la date des dernières règles



Tableau IX: Répartition selon la survenue d'une agression sur contraception

Survenue d'agression sur contraception	Fréquence	Pourcentage
Non	27	93,1
Oui	2	6,9
Total	29	100

Quatre-vingt treize virgule un pour cent (93,1%) des victimes n'utilisaient pas de methodes contraceptives avant l'agression

Tableau VIII : Répartition selon l'âge et la notion d'activité sexuelle antérieure

Activité sexuelle antérieure		Oui	Total	Pourcentage	
	Non				
Age (an)	4	1	0	1	3,3
	5	1	0	1	3,3
	10	1	0	1	3,3
	12	2	0	2	6,7
	13	1	1	2	6,7
	14	0	7	7	23,3
	15	2	0	2	6,7
	16	0	2	2	6,7
	17	0	3	3	10
	18	2	0	2	6,7
	19	2	2	4	13,3
	20	1	0	1	3,3
	23	0	1	1	3,3
	32	0	1	1	3,3
Total	13	17	30	100	
Pourcentage	43,3	56,7	100	100	

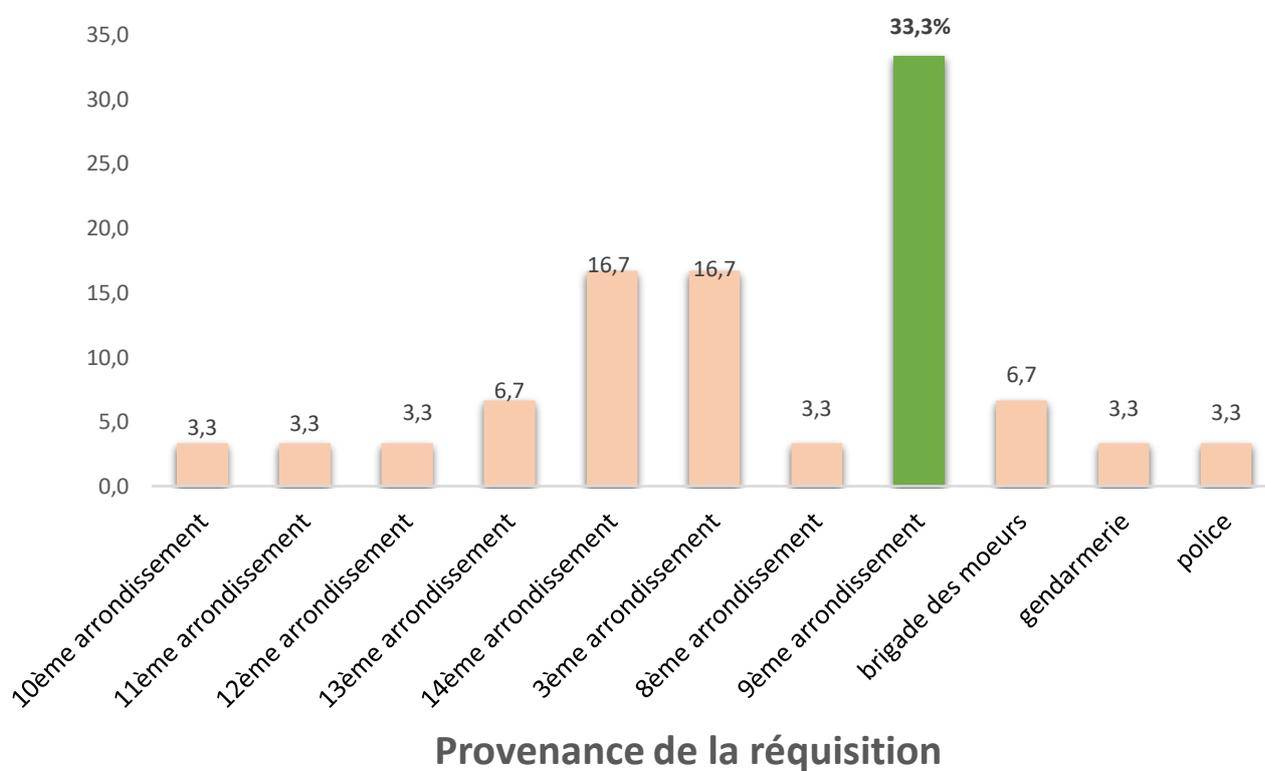
Vingt-trois virgule trois pour cent (23,3%) des victimes de 14ans avaient des activités sexuelles antérieures à l'agression sexuelle.



Tableau IX : Répartition selon la connaissance de la date du dernier rapport sexuel consenti

Date du dernier rapport sexuel	Fréquence	Pourcentage
Connue	2	6,7
Inconnue	15	50
Pas encore	13	43
Total	30	100,0

La moitié des victimes ne connaissait pas la date du dernier rapport sexuel.



Graphique 6: Répartition selon la provenance de la réquisition

Trente-trois virgule trois pour cent (33,3%) des réquisitions venaient du 9^{ème} arrondissement de Bamako



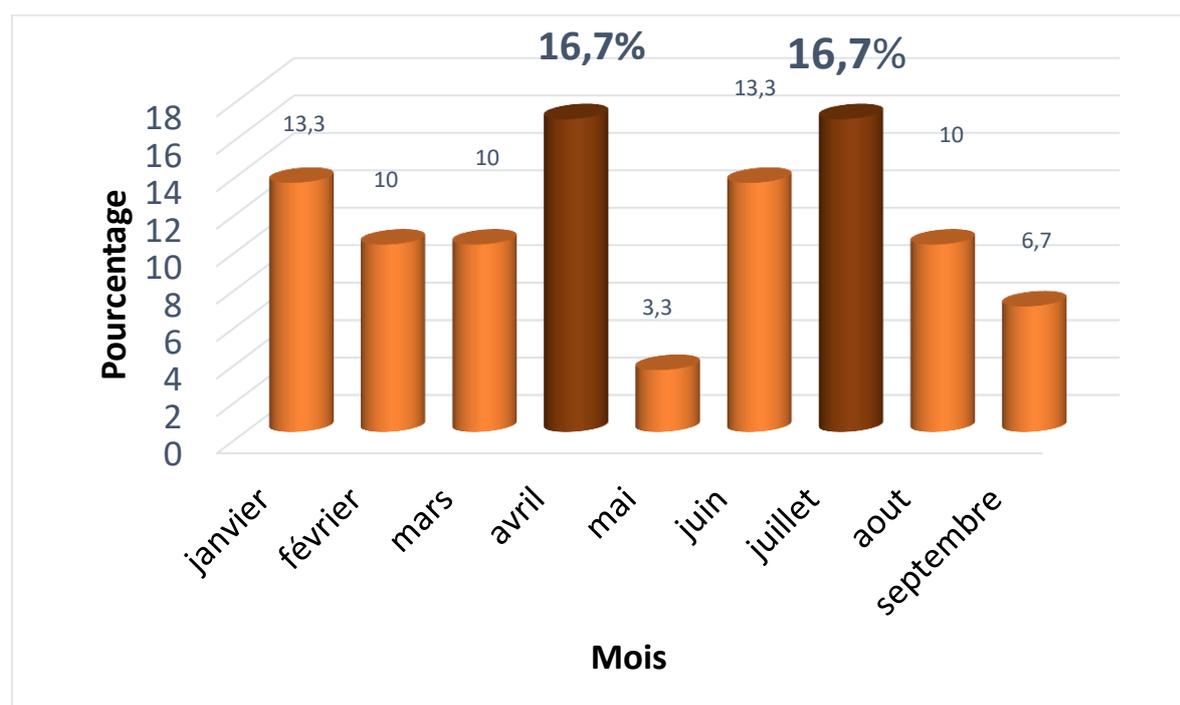
4-Circonstances de l'agression

Tableau X: Répartition selon l'existence de menace et le type de menace

Type de menace	Absent	Arme à feu	Arme blanche	Verbale	Nbre	Pourcentage
Existence de menace	Non	14	0	0	14	47
	Oui	0	1	8	7	16
		0	1	8	7	16
Total	14	1	8	7	30	100
	47%	3%	27%	23%	100	

53% des victimes ont dit avoir été menacées parmi lesquelles on note 23% de menace verbale, 27% de menace par arme blanche et 3% de menace par arme à feu

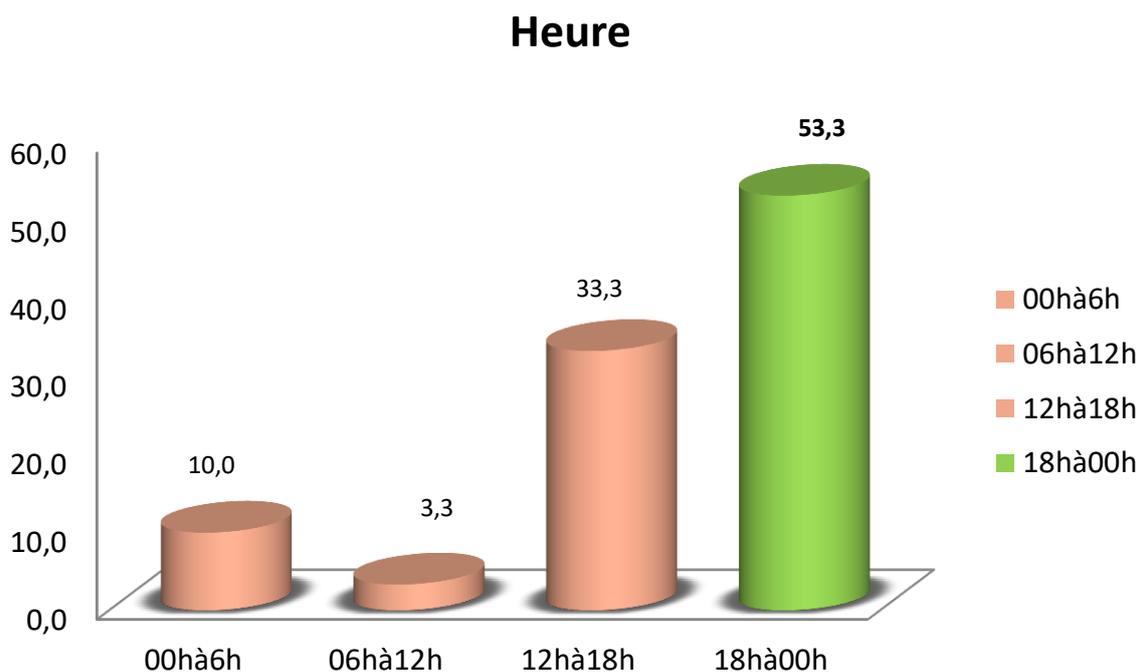
NB : aucune victime n'a été forcée de prendre les stupéfiants au moment de l'agression. Nous n'avons pas constaté de soumission médicamenteuse.



Graphique 7: Répartition selon le mois de l'agression

Les mois d'avril et de juillet ont été les mois où la fréquence d'agression sexuelle était élevée avec 16,7%





Graphique 8: Répartition selon l'heure de l'agression

Cinquante-trois virgule trois pour cent (53,3%) des agressions sexuelles ont eu lieu entre 18h et 00h

Tableau XI : Répartition selon le lieu de l'agression

Lieu de l'agression	Fréquence	Pourcentage
Lieu de travail	2	6,7
Colline	4	13,3
Endroit non habité	8	26,7
Hôtel	2	6,7
Concession	14	46,7
Total	30	100,0

Quarante-six virgule sept pour cent (46,7%) des agressions ont été commises dans les concessions.

Tableau XII: Répartition selon le délai de consultation

Durée (H)	Fréquence	Pourcentage
<24	11	36,7
24-48	7	23,3
48-72	3	10
>72	9	30
Total	30	100

Trente-six virgule sept pour cent (36,7%) des victimes ont consulté avant 24 heures

Tableau XIII : Répartition selon le type de lien entre l'agressée et l'agresseur

Type de lien	Fréquence	Pourcentage
Ami	1	3,3
Aucun	14	46,8
Connaissance	13	43,3
Partenaire sexuel	1	3,3
Cousin	1	3,3
Autorité	0	0
Total	30	100,0

Il- n'y avait pas de lien entre la victimes et l'agresseur dans 46,7%.



Tableau XIV : Répartition selon le nombre d'agresseur

Nombre	Fréquence	Pourcentage
1	22	73,4
2	4	13,3
3	4	13,3
Total	30	100,0

Sur les 30 victimes d'agression sexuelle, l'agression a été commise par un seul agresseur dans 73,3%.

Tableau XV : Répartition selon le type de contact sexuel

Type de contact sexuel	Fréquence	Pourcentage
Attouchement sexuel	2	6,7
Pénétration anale	1	3,3
Pénétration digito-génitale	1	3,3
Pénétration pénio-vaginale (pénis-vagin)	26	86,7
Autres	0	0
Total	30	100,0

La pénétration pénio-génitale était fréquente dans 86,7% des cas

Tableau XVI: Répartition selon l'existence du port de préservatif

Usage de préservatif	Fréquence	Pourcentage
Inconnu	3	10
Non	27	90
Oui	0	0
Total	30	100

Il n'y avait pas de moyen de protection (port de préservatif) dans 90% des cas



Tableau XVII: Répartition selon l'état psychologique de la victime après l'agression

Etat psychologique	Fréquence	Pourcentage
Agitation	1	3,3
Calme	28	93,4
Déprimée	1	3,3
Total	30	100,0

Quatre-vingt-treize virgule trois pour cent (93,3%) des victimes n'avaient pas de troubles psychiques après l'agression.

Tableau XVIII: Répartition selon l'existence de toilette intime avant la consultation

Toilette intime	Fréquence	Pourcentage
Non	1	3,3
Oui	29	96,7
Total	30	100

Quatre-vingt-seize virgule sept pour cent (96,7%) des victimes ont fait des toilettes intimes avant la consultation.



Tableau XIX: Répartition selon l'existence de changement des vêtements avant la consultation et l'état des vêtements au moment de l'agression

Etat des vêtements		Bon état	Non vu	Total	Pourcentage
Notions de changement des vêtements avant la consultation	Non	3	0	3	10
	Oui	4	27	27	90
Total		5	27	30	100
Pourcentage		6	90	100	

Sur les 30 victimes 27 ont changé de vêtements soit 90% et 3 n'ont pas changé de vêtements, et ces 3 vêtements étaient en bon état

Tableau XX: Répartition selon l'existence de prise de contraceptif d'urgence avant la consultation

Prise de contraceptif d'urgence	Fréquence	Pourcentage
Non	27	93,1
Oui	2	6,9
Total	29	100,0

Quatre-vingt-treize virgule un pour cent (93,1%) des victimes n'ont pas utilisé de méthodes contraceptives d'urgence avant la consultation



5-Examen clinique :

Tableau XXI: Répartition selon le type de lésions hyménéales

Type de lésion	Fréquence	Pourcentage
Défloration ancienne	25	86,2
Hymen intact	2	6,9
Défloration récente	2	6,9
Total	29	100,0

La défloration hyménéale était ancienne dans 86,2% des cas.

Tableau XXII: Répartition selon la présence de lésions vulvaires

Lésions vulvaires	Fréquence	Pourcentage
Non	24	82,8
Oui	5	17,2
Total	29	100,0

Quatre-vingt-deux virgule huit pour cent (82.8%) des victimes n'avaient pas de lésions vulvaires.

Tableau XXIII: Répartition selon la présence de lésions vaginales

Lésions vaginales	Fréquence	Pourcentage
Non	27	93,1
Oui	2	6,9
Total	29	100,0

Quatre-vingt-treize virgule un pour cent (93,1%) des victimes n'avaient pas de lésions vaginales.



Tableau XXIV: Répartition selon la présence des lésions anales

Lésions anales	Fréquence	Pourcentage
Non	29	96,7
Oui	1	3,3
Total	30	100,0

Quatre-vingt-seize virgule sept pour cent (96,7%) des victimes n'avaient pas de lésions anales.

Tableau XXV: Répartition selon la présence des lésions extra-génitales

Lésions extra-génitales	Fréquence	Pourcentage
Non	27	90
Oui	3	10
Total	30	100

Les lésions extra-génitales étaient absentes dans 90%.

6-Examen paraclinique :

Tableau XXVI : Répartition selon les bilans demandés et réalisés

Bilans	Demandés				Réalisés			
	Oui		Non		Oui		Non	
	N	P	N	P	N	P	N	P
Prélèvements cervico-vaginaux	27	93,10	2	6,90	5	17,24	22	75,86
Sérologie VIH	28	93,33	2	6,66	14	46,66	14	46,66
Ac anti HBC	28	93,33	2	6,66	2	6,66	26	86,66
Ag HBs	28	93,33	2	6,66	5	16,66	23	76,66
Sérologie syphilitique	28	93,33	2	6,66	1	3,33	27	90

Les bilans infectieux ont été demandés chez 28 victimes et le prélèvement cervico-vaginal à la recherche de spermatozoïdes et de germes chez 27 victimes. Parmi ces bilans demandés, seulement 5 prélèvements cervico-



vaginaux, 14 sérologies VIH ,2 sérologies hépatite c, 5 sérologies de l'hépatite B et une sérologie syphilitique ont été réalisés.

Tableau XXVII: Répartition selon la demande du test de grossesse

Test de grossesse	Fréquence	Pourcentage
Non	8	27,6
Oui	21	72,4
Total	29	100

Soixante-douze virgule quatre pour cent (72,4%) des victimes ont bénéficié du test de grossesse.

Tableau XXVIII: Répartition selon la demande de l'échographie abdomino-pelvienne

Echographie	Fréquence	Pourcentage
Non	22	73,3
Oui	8	26,7
Total	30	100

L'échographie abdomino-pelvienne a été demandée chez (73,3%) des victimes.

Tableau XXIX: Répartition selon l'existence de l'anorectoscopie

L'anorectoscopie	Fréquence	Pourcentage
Non	29	96,7
Oui	1	3,3
Total	30	100

L'anorectoscopie n'a pas été demandée chez 96,7% des victimes.



7-Prise en charge :

Tableau XXX : Répartition selon la prise de contraceptif oral d'urgence

Contraceptif	Fréquence	Pourcentage
Non	17	58,6
Oui	12	41,4
Total	29	100

Cinquante-huit virgule six pour cent (58,6%) des victimes ont bénéficié de contraceptif oral d'urgence.

Tableau XXXI: Répartition selon l'existence d'une antibiothérapie

Antibiotiques	Fréquence	Pourcentage
Non	4	13,3
Oui	26	86,7
Total	30	100

La majorité des victimes a bénéficié d'antibiothérapie soit 86,7%

NB : aucune des victimes n'a reçu de traitement antirétroviral, aucune n'a également reçu de traitement chirurgical

6-Evolution

Tableau XXXII: Répartition selon la réalisation du bilan de suivi

Bilan	Fréquence	Pourcentage
Oui	1	3,3
Non fait	29	96,7
Total	30	100

Quatre-vingt-seize virgule sept pour cent (96,7%) des victimes n'ont pas pu effectuer les bilans de suivi.



Tableau XXXIII: Répartition selon la présence de séquelles psychiques

Séquelles psychiques	Fréquence	Pourcentage
Non	29	96,7
Oui	1	3,3
Total	30	100,0

96,7% des victimes n'ont pas eu de séquelles psychiques

NB : Nous n'avons pas constaté de séquelles physiques ni de grossesse chez les victimes au cours de l'évolution.

Tableau XXXIV: Répartition selon les suites judiciaires

Suites judiciaires	Fréquence	Pourcentage
Oui (10 ans de prison)	1	3,3
Désistement	6	20,0
En cours	3	10,0
Non connue	19	63,4
Non-lieu partiel	1	3,3
Total	30	100,0

Les suites judiciaires n'étaient pas connues dans **63,4%**



COMMENTAIRES ET DISCUSSION



V. DISCUSSIONS ET COMMENTAIRE

Notre étude prospective a couvert 9 mois de consultations médico-légales au sein de l'unité de médecine légale du CHU Gabriel Touré et a porté sur 30 victimes d'agressions sexuelles.

1-Fréquence

Les agressions sexuelles ont représenté 27,27% des coups et blessures volontaires.

L'analyse de nos résultats montre que son incidence est faiblement élevée dans nos pratiques de consultation. Ce taux est nettement supérieur à celui retrouvé par F. Niort et al qui ont eu 1,5% de viol. [11].

Cette différence s'expliquerait par le fait que son étude était basée uniquement sur le viol. Il est également supérieur à celui trouvé par F. Herin et al qui ont eu 2,7% en 2014 [17].

Cette baisse serait due au fait que son travail portait sur les soignants victimes d'agression sur le lieu de travail.

Il est par contre inférieur aux données trouvées par Faye et al qui ont rapporté que 53% des femmes d'Afrique du sud ont subi au moins un abus sexuel au cours de leur vie en 2002 [11,18]. Cette différence observée pourrait provenir non seulement de la durée d'étude (son étude s'étendait de janvier 2003 en Mai 2005) mais également du fait que les agressions sexuelles demeurent des sujets tabous dans nos pays, certaines victimes préfèrent ne pas poursuivre leurs agresseurs au risque de susciter leur rejet par la société ; car elles sont le plus souvent stigmatisées.



2-Données sociodémographiques :

➤ Sexe :

La majorité des victimes était des femmes soit 96,7% avec un sexe ratio de 0,03. Ce résultat est comparable à celui de la société guinéenne de gynécologie avec 92,73% [12]. Il est également comparable à celui de K. Tayler et al qui ont eu 98% en 2012 [19]. Le même constat a été fait par Akila Bassowa et al qui ont eu 91% [20]. Ces taux pourraient expliquer la vulnérabilité de la gent féminine.

➤ Age :

L'âge moyen de nos victimes était de 18 ans avec des extrêmes de 4 à 32 ans.

La tranche d'âge la plus représentée était 10-19 soit 83,3%. Olusola a fait le même constat avec 57%. Ceci s'expliquerait par le faible niveau de compréhension et de détection des risques à cet âge. En effet, les enfants de par leur immaturité, leur naïveté et leur faiblesse physique à se défendre n'arrivent pas à percevoir le caractère abusif de l'acte sexuel.

➤ Profession :

Les élèves ont été les plus agressés avec 36,7%. Le même constat a été fait par Japhet et al qui ont eu 56,8% en 2014 [7]. Ce bas niveau d'instruction couplé à la naïveté de cette tranche d'âge expose le plus souvent ces mineurs aux manigances de leurs violeurs qui en profitent pour commettre leurs forfaits.

➤ Statut matrimonial :

Les célibataires ont été les plus agressés avec 96,7%. Olusola Oladeji et al ont fait le même constat soit 45% [21]. Ceci pourrait être due à la vulnérabilité et l'exposition de cette classe sociale.



➤ **Nationalité :**

Quatre dix pour cent (90%) des victimes étaient de nationalité malienne, 3,3% de béninoise, 3,3% de burkinabé et 3,3% d'ivoirienne. Ceci s'expliquerait par le fait que l'étude a été réalisée ici.

3-Antécédents

➤ **Activité sexuelle antérieure**

Notre étude a mis en évidence que 23,23% des victimes de 14 ans avaient des activités sexuelles antérieures à l'agression, ceci pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes ont un accès précoce aux pratiques sexuelles par faute d'éducation.

➤ **Provenance de la réquisition**

Trente-trois virgule trois pour cent (33,3%) des réquisitions venaient du commissariat de police du 9^{ième} arrondissement, ceci pourrait s'expliquer par la fréquence de l'agression à Sébenicoro.

4-Circonstances de l'agression :

➤ **Menace :**

Trente pour cent (30%) de victimes seraient menacées par arme soit 27% par arme blanche et 3% par arme à feu. Ce taux est supérieur à celui trouvé par F. Niort et al qui ont 9% des cas. Ceci pourrait être dû à une augmentation progressive de la délinquance dans le pays [11].



➤ **Heure :**

Soixante-trois virgule trois pour cent 63,3% d'agressions sexuelles ont eu lieu entre 18h et 6h. Ce résultat est comparable à celui retrouvé par Mohamed et al qui ont eu 67,5% des cas entre 18h à 07h et 32,4% le jour [22]. L'agresseur choisit naturellement ce moment par soucis de discrétion afin d'éviter le regard interrogatoire de gens.

➤ **Lieu :**

Notre étude a mis en évidence que 46,7% des agressions ont été commises dans des concessions. Ce même constat a été fait par la société guinéenne de gynécologie et obstétrique en 2012 avec 72,47% (31,19% dans le domicile de la victime et 41,28% dans celui de l'agresseur) [12]. Ce constat pourrait être dû par le fait qu'il y'a un certain lien de proximité. Les agresseurs sont connus de la victime.

➤ **Délai de la consultation :**

Trente-six virgule sept pour cent 36,7% des victimes ont consulté dans les 24h après l'agression, 30% après 3jours et 23,3% entre 24h-48h. Notre court délai de consultation pourrait s'expliquer par la survenue de lésions au cours de l'agression. En absence de lésions, les victimes préfèrent se résigner.

➤ **Type de lien entre l'agresseur et l'agressé(e)**

L'agresseur était connu de la victime dans 53,3% des cas. Ce résultat est inférieur à celui trouvé par Mohamed et al qui ont eu 75% en 2013 [22]. Ce résultat s'expliquerait non seulement par la durée de son étude (2003-2009), mais aussi par la taille de l'échantillon.



➤ **Nombre d'agresseurs :**

Vingt-deux (22) cas d'agressions ont été commis par un seul agresseur soit 73,3%. Ce résultat est comparable à celui trouvé par Nwolisa et al en 2016 qui ont eu 71,6% [23].

➤ **Type d'agression**

Dans notre étude, les pénétrations génito-génitales étaient de 86,7%, suivis des attouchements (6,7%). Ce résultat est différent de celui de M. Houet et al en 2015 qui avaient rapporté que les attouchements constituaient le mode d'agressions le plus fréquent avec 66,6% chez les mineurs [24].

Cette différence serait due aux critères d'inclusion et du fait que les attouchements ne sont pas considérés comme agressions sexuelles par la société.

Au Mali, l'homosexualité n'est pas fréquente ; les partenaires sont le plus souvent des hétérosexuels d'où la fréquence relativement élevée des relations génito-génitales.

➤ **Protection du contact**

Nous avons constaté une absence du port de préservatif dans 90% des cas. Cette faible utilisation du préservatif serait due aux circonstances même du viol où l'agresseur voudrait vite venir à bout de son acte avant d'être attrapé par une tierce personne qui l'empêcherait.

➤ **Existence de changement des vêtements et l'état des vêtements**

Quatre-vingt-dix pour cent 90% des victimes ont changé de vêtements avant la consultation. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par une déficience de sensibilisation sur les agressions sexuelles



5-Examen clinique

➤ Lésions de l'hymen :

Elles étaient anciennes dans 86,2%. Ce taux est supérieur à celui trouvé par Amadou B et al soit 42,1% de défloration ancienne en 2013 [24]. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes ont un accès précoce aux pratiques sexuelles.

➤ Lésions extra-génitales :

Elles étaient présentes dans 10% des cas. Ce taux est inférieur à celui trouvé par F. NIORT et al qui ont eu 24,5%. Cette différence s'expliquerait non seulement par la taille de l'échantillon (529) mais aussi par la durée de son étude (10ans) [11].

6-Examens complémentaires

➤ Test de grossesse

Le test de grossesse n'a pas été réalisé chez 27,6% des victimes. Ceci s'expliquerait par le fait que d'une part certaines victimes étaient déjà sous contraception et d'autre part certaines n'étaient pas en âge de procréer.

➤ Anorectoscopie :

Réalisée chez un seul patient. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il y'a eu un seul cas de pénétration anale.

7-Traitement :

➤ Contraceptif oral d'urgence :

58,6% des victimes ont bénéficié de contraception orale d'urgence. Ce résultat est comparable à celui trouvé par Celine Denis et al soit 52% [26]. Ceci pourrait



s'expliquer par le fait qu'un bon nombre de victimes est venu en consultation après 72 heures et d'autres n'étaient pas en âge de procréer.

➤ **Antibiotiques :**

86,7% des victimes ont bénéficié d'ordonnance d'antibiotiques. La nécessité d'une prévention systématique de la survenue des IST chez les victimes pour une prophylaxie appropriée et précoce paraît évidente.

➤ **Anti-retro-viral :**

Aucune des victimes n'a bénéficié de traitement anti-retro-viral. Ceci pourrait être dû par la non disponibilité des anti-retro-viraux pour les cas d'agressions sexuelles et aussi par la méconnaissance de sa nécessité par certains soignants.

➤ **Résultats des bilans demandés :**

Nous n'avons pas eu accès à la moitié des résultats car d'une part ces examens n'étaient pas réalisables au sein de l'hôpital et d'autre part bien que figurant dans le dossier judiciaire, les victimes n'avaient pas assez de moyen pour réaliser les examens demandés.

8 - Suivi

➤ **Bilan de suivi :**

96,3% des victimes n'ont pas pu réaliser des bilans de suivi. Ceci pourrait s'expliquer par des difficultés financières.

9 - Suites judiciaires

Nous avons noté 36,6% de poursuites judiciaires suites aux différentes réquisitions émises par l'autorité de police judiciaire.



Le viol a été retenu dans 3,3% des cas et non-lieu partiel dans 3,3%.

M.kollop et al ont eu 23,9% de condamnation et 8,3% de non-lieu.

Cette différence serait due à la taille de l'échantillon [8].



CONCLUSION ET RECOMMADATIONS



VI. CONCLUSION :

L'agression sexuelle des deux sexes demeure une réalité et un tabou dans la plupart des pays en voie de développement.

Au terme de notre étude, nous pouvons retenir que :

- Les jeunes de sexe féminin sont le plus souvent agressés.
- Les célibataires ont constitué 96,7%
- Les élèves ont représenté 36,7%
- Parmi les traumatismes génitaux, les lésions vulvaires étaient fréquentes
- Les contacts génito-génitaux étaient majoritaires avec 86,7%
- Trente-six virgule sept pour cent ont consulté dans les 24 premières heures
- Les suites judiciaires n'étaient pas connues dans 63,3%



VII. RECOMMANDATIONS :

Aux autorités :

- Lancer des campagnes de sensibilisation gouvernementale contre les agressions sexuelles, en particulier le viol, afin de faire baisser la tolérance sociale face à de tels crimes par une forte implication de la presse dans la lutte contre les agressions sexuelles ;
- Assurer une prise en charge gratuite aux victimes d'agression sexuelle ;
- Mettre en place des centres spécialisés de prise en charge holistique des cas d'agressions sexuelles ;
- Promouvoir la scolarisation et l'éducation des filles ;
- Allonger les délais de prescriptions relatifs aux délits et crimes sexuels en particulier ceux touchant les mineurs ;
- Renforcer les mesures de repressions judiciaires ;
- Renforcer le système de sécurité urbaine et périurbaine ;
- Réviser le cadre médico-légal de l'interruption de la grossesse afin d'y inclure les cas de grossesse après le viol et l'inceste.

Aux personnels de santé :

- Réserver un bon accueil aux victimes d'agressions sexuelles ;
- Faire un examen clinique minutieux afin de décrire de façon précise les lésions observées chez ces victimes d'agressions sexuelles ;
- Systématiser la contraception d'urgence chez les victimes d'agressions en période d'activité génitale ;
- Systématiser la prévention de l'infection à VIH /SIDA ;
- Faire un suivi médico-psychique ;



- Permettre aux victimes d'agressions sexuelles l'accès direct et en urgence aux unités médico-légales même sans dépôt de plainte préalable.

Aux associations de lutte contre les agressions sexuelles :

- Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation sur tout le territoire national en impliquant toutes les ONG qui luttent contre les violences sexuelles ;
- Promouvoir des projets de développement économique et social à l'intention des adolescentes non scolarisées.

A la population civile :

- Signaler immédiatement aux autorités policières et judiciaires tout cas d'agression sexuelle ;
- Ne pas changer les vêtements après les cas d'agressions sexuelles ;
- Dénoncer les auteurs d'agression sexuelle.



REFERENCES



VIII. REFERENCES

1. Andrian Arnoul, Mauel Orsat, Gilles Dubois de Prisque. Agressions sexuelles et scarification à l'adolescence. ScienceDirect.2015 Avr 23 ;2038 :6-2
2. Audet j-katz j f, précis de victimologie. Paris : dunod ;2006.
3. T .Traoré. Aspects épidémie-clinique et judiciaire des agressions sexuelles au centre de sante de référence de la commune iv du district de bamako,2008 ;
n :12m78, page16
4. J. Hiquet, E.Christin, F.Tovagliari et al. Evaluation des couts directs de la prise en charge en urgence d'une victime de violences sexuelles.
SciencDirect.2017 nov. 28 ;1022 :7 -2
5. Black MC, Basile KC, Breiding MJ, Smith SG, et al. The national intimate partner and sexual violence survey: 2018summary report.
6. Bajos N, Bozon M, et al. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libere.Population Soc 2008;445(consulté le 06-5-2017 sur le site de l'Ined <https://www.ined-fr/fichiers/s.rubrique/19113/pop-soc-445-fr.pdf>).
7. Japhet Pobana Théra, Mohamed Soumah, Tenin Traoré et al. Aspects épidemio-cliniques et judiciaires des agressions sexuelles au MALI.
CAIR.INFO. 2014 janv ;26 :129-124
8. M. Kolopp, E. Delbaere-Crespo, C.Lecossec et al. Examen médico-légal des victimes d'agression sexuelle caractéristiques et liens avec les suites judiciaires.
ScienceDirect.2017 Jan ; 06(30) :6-2



9. P. Chariot. Prise en charge d'une victime de viol : médecine légale. 2011.chapitre 6
10. B .Drame; les abus sexuels au centre de sante de référence de la commune v du district de bamako (mali), 2008 ; n :08m251, pages 16....
11. F. Niort, C. Delteil, F. Capasso et al. Etude rétrospective épidémio-clinique sur 10 ans des victimes de viols reçues en consultation à l'institut médico-légal de Marseille, CHU de Timone. Analyse de 592 cas de victimes de viol. ScienceDirect.2014 juil 10 ;69-64
12. Annales de la SOGGO. Epidémiologie des agressions sexuelles sur mineur à Dakar.2012 ; 7 (18) :56-2
13. Code pénal du Mali. Loi Numéro 01-079 DU 20 AOUT 2001
14. V Alunni. Violences sexuelles. Révue de médecine légale.Mai 2018 ; 2(9):85-88
- 15.H bah, H.Y. Ette, M Soumah et al. Etudes des auteurs de violences sexuelles à Conakry en Guinée. ScienceDirect.2011; 2: 54-58
- 16.Katherine A Muldoon, Allegra Drum, Tara Leach et al.Achieving just outcomes: forensic evidence collection in emergency department sexual assault cases.Original article.june 2018;11(3);137-143
- 17-F. Herin ; S. Tran, F.Saval et al. Les soignants victimes d'agression sexuelle sur le lieu de travail : étude des données des consultations pour coups et blessures volontaires de l'unité médico-légale de Rangueil (Toulouse) 15 mars 2014



18. Faye Dieme ME, Traore AI, Gueye SMK, Moreira PM, Diouf A, Moreau J-C. Sexual abuse: epidemiological, clinical aspects and management at gynaecological and obstetrical department of Dakar university hospital. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2008;37(4):358-64
- 19- K.Taylor-Smith,R-Zachariah,S-G-Hinderaker et al. Sexual violence in post Liberia: Survivors and their care. *Tropical Medicine and International Health* ,2012:5-3
20. Akila B, Kodjo F, Ayoko A et al. VIOL SUR MINEURS DE 10-15 RECUES AU CHU-So De Lomé. Aug 2018. *European Scientific Journal* ;14(23).73-84
- 21- Olusola Oladeji, Bibilola Oladeji et al. Sexual violence-related Pregnancy Among Internally Displaced Persons camp in Northeast Nigeria. *Journal of violence interpersonnelle*; 1-1-2018
- 22- Mohamed Maniboliot Soumath, Gladys Rita Olendo, Mor Ndiaye, Mamadou Lamine Sow. Agresions sexuelles à Port-Gentil. *The Pan African Medical Journal*. 28-8-2013. (15)
- 23- Nwolisa CE, Ofondu E, Ezeogu J et al. Event characteristics and socio-demographic features of rape victims presenting for post exposure prophylaxis at the Federal Medical Centre, Owerri Nigeria setembre 2016 3 (4)
- 24- M. Hauet-wiedemann, A. wiedemann, A- Gatin et al. Agresions sexuelles sur mineurs : étude d'une population d'enfants ayant consulté dans une unite medio-judiciaire hospitalière entre 2011 et 2015. *SciencDirect* ; May 2018 ; 4(25) ;247-250



25- B Amah. Adama-Hondéglá, Abdoul-Samadou Aboubakari, Kodjo Fiagnon et al. Aspects épidémio-cliniques et prise en charge des agressions sexuelles chez les sujets de sexe féminin à Lomé. African Journal of Reproductive Health. Mars 2013 ;1(17) :67-72

26-Celine Denis, Celine Poret, Patrick Chariot. 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. Jan 2018 ;1(47) :1-8



ANNEXES



IX. ANNEXE

DEFINITIONS DE QUELQUES TERMINOLOGIES :

-Lésions

. Plaie :

Toute solution de continuité de la peau ou des muqueuses causées par un agent mécanique. Elle réalise une hémorragie qui peut être interne ou externe.

. Contusions :

Ce sont des lésions des tissus profonds (muscles, vaisseaux, nerfs, etc.) causées par des traumatismes avec meurtrissures des tissus sans rupture de la peau.

. Hématome :

Il s'agit d'une collection de sang plus ou moins importante siégeant dans le tissu conjonctif lâche et peut être superficiel ou profond.

. Ecchymose :

C'est une infiltration sanguine des tissus sous cutanés.

. Victimes :

On appelle victime, un tué, un blessé (grave ou léger) par suite d'un accident.

. Erosions :

C'est un arrachement épidermique superficiel.

. Plaies contuses :



Déchirure cutanée, écrasement tissulaire entre un objet contondant et un plan dur (os) berges irrégulières, perte de substances, saignement, parfois fracture associée.

Défloration :

C'est une déchirure de la membrane hyménale.

Traumatisme :

Toute lésion de l'organisme due à un choc de l'extérieur.

Erythème :



Fiche d'enquête

Identification :

Age :

Sexe : M..... F.....

Adresse de l'agressé(e).....

Profession de l'agressé(e).....

Statut matrimonial : Célibataire... Marié (e) : ...

Antécédents gynéco -obstétricaux

La ménarche :

La gestité :

La parité :

Date des dernières règles :

Contraception : OUI..... NON.....

Notions d'activité sexuelle antérieure : OUI..... NON.....

Date du dernier rapport sexuel :

Numéro de la réquisition :.....



Circonstances de l'agression :

Notions de menace : Oui..... Non....

Type de menace : Arme blanche.... Arme à feu.... Autre.....

Notions de prise de stupéfiant : Oui Non...

Date de l'agression :

Heure de l'agression :

Lieu de l'agression : Endroit inhabité... Concession... Ecole....

Non précisé

Délai de la consultation :

Type de lien entre l'agresseur et l'agressé(e) : Parent

Enseignant.... Ami(e)..... Connaissance

Copain(e)..... Employeur Aucun.....

Nombre d'agresseur(s) :

Type de contact sexuel : Attouchement sexuel Pénétration génito-
génitale.... Pénétration digito-génitale.... Pénétration anale....

Protection du contact : Oui.... Non.....

Comportement de l'agressé(e) : Dépression Agitation....

Calme.....



Notions de toilette intime avant la consultation : Oui.... Non....

Notions de changement des vêtements avant la consultation : Oui
Non.....

Etat des vêtements après l'agression : Déchiré.... Sale..... Bon
état.....

Notions de prise de contraceptif d'urgence avant la consultation : Oui
..... Non...

Circonstances aggravantes : Oui.....Non.....

EXAMEN CLINIQUE :

Lésions génitales : œdème vulvaire... Plaie vulvaire... Défloration
oui... À préciser... Non

Ecchymoses de l'hymen... Hémorragies hyménales.... Hymen
intact... Suppurations génitales.... Plaies vaginales.... Déchirures
vaginales.... Ecchymoses du col:... Déchirures périnéales
Présence de sperme.... Cicatrices : ancienne... récente....

Lésions anales : Ecchymoses de la marge anale Hématomes de la
marge anale... Fissures anales Lacérations traumatiques
endo-anales... Prolapsus.... Présence de sperme....



Lésions extra-génitales : Ecorchures de la face interne de la cuisse...

Déchirure de la face postérieure du périnée...

Autres lésions : Oui... Non...

Examens para cliniques :

Test de grossesse : Oui.... Non...

Prélèvements cervico-vaginaux : Oui Non :....

Sérologie HIV victime : Oui.... Non....

Sérologie HBs : Oui ... Non.....

Sérologie syphilitique : Oui.... Non.....

Dosages de beta –HCG : Oui.... Non

Traitements

Contraception : Oui.... Non....

Antirétroviraux : Oui Non

Antibiotiques :.....

Autres à préciser :.....



Résultats des bilans demandés :

HIV : Positif..... Négatif

HBs : Positif..... Négatif.....

BW : Positif.... Négatif

Beta HCG : Positif Négatif....

Présence de sperme : Oui... Non...

Présence de germe : Oui ... Non... Si oui à préciser.....

Evolution

Infections sexuellement transmissibles : Oui.... Non...

Grossesse : Oui.... Non ...

Décès : Oui... Non....

Séquelles physiques : Oui... Non... si oui à préciser.....

Séquelles psychiques : Oui... Non... à préciser.....

Suites judiciaires

Affaires classées sans suite : Oui... Non...

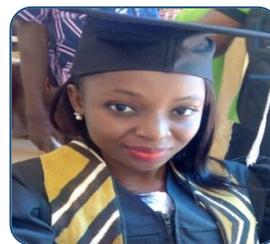
Affaires avec poursuite judiciaire : Oui... Non...



FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Coulibaly

Prénom : Maimouna



Adresse téléphonique : +22376358971/+223 62858208

Adresse mail : coulibalymaimouna611@gmail.com

Titre de la Thèse : Aspects socio-démographiques et judiciaires des agressions sexuelles à l'unité de médecine légale et de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré

Date de la soutenance : 2019

Année universitaire : 2018-2019

Ville de soutenance : Bamako Pays d'origine Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et

D'Odontostomatologie et de la faculté de pharmacie FMOS.

Secteurs d'intérêt : Unité de médecine légale et service de gynécologique du C.H.U Gabriel Touré.

Résumé : Il s'agit d'une étude prospective descriptive portant sur les aspects socio-démographiques et judiciaires des agressions sexuelles à l'unité de médecine légale et au service de gynéco-obstétrique de CHU Gabriel Touré qui avait pour objectifs spécifiques, de déterminer la fréquence des agressions sexuelles, préciser les caractéristiques sociodémographiques des victimes, décrire les caractéristiques médicales, dégager les difficultés liées à la prise en



charge et présider la prise en charge juridique et les suites judiciaires des victimes d'agression sexuelle.

L'agression sexuelle a constitué 27,27% des coups et blessures volontaires. L'échantillon était majoritairement composé de filles (96,7%). La tranche d'âge la plus représentée a été de 10-19ans.33,3% des victimes résidaient en commune 4. Les célibataires ont été les plus agressés avec 96,7%. Trente-six virgule sept pour cent (36,7%) des victimes étaient des élèves. La plupart des victimes ont été agressé entre 18h-00 (53,3%). L'agression s'est déroulée dans 46,7% dans des concessions. Trente-six virgule sept % des victimes ont consulté dans les 24heures suivant l'agression. C'était un agresseur dans 73,4% Il s'agissait d'une pénétration penio-vaginale dans 86,7% Les lésions de l'hymen étaient anciennes dans 86,2%. Toutes les victimes ont bénéficié d'une prise en charge psychologique.

Mots clés : Agression sexuelle, victime, hymen

