

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2010-2011

No...../

Thèse

**ASPECT EPIDEMIO-CLINIQUE ET JUDICIAIRE DES
AGRESSIONS SEXUELLES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE
BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 19/12/2011

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par

Mme Tènin TRAORE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Pr. Sounkalo DAO
Membre : Mr. Mathieu TRAORE, Magistrat
Co-directeur : Dr. Moustapha TOURE
Directeur de thèse : Dr. Japhet Pobanou THERA

DEDICACES

DEDICACES

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

A mon père : Famolo Traoré,

Cher papa tu as été l'instigateur de ma réussite scolaire, tu m'as guidé en m'inculquant le culte de l'amour du travail bien fait par soi-même, ta rigueur et ton enthousiasme dans le travail ont été un exemple pour moi ; tes conseils et tes encouragements ont été mes compagnons de lutte ; que ce travail soit source de fierté, de satisfaction morale et de réjouissance pour toi. Que Dieu te donne longue. Amen

A ma mère : Macoura Martine Samaké,

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

A ma mère : feu Nègètio Kadidiatou Traoré,

Je ne t'ai pas connu mais les éloges qu'on a fait sur toi ont suffi pour que je t'estime. Repose en paix.

A mes frères, ma sœur, ma belle sœur : Moussa, Arouna, Salimata, Nana kadidia,

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

A mon époux : Brainima Coulibaly,

Ton amour, ta patience, tes encouragements, ton don de soi, ta confiance en moi, ta présence n'ont jamais manqué, je n'ai pas de mots pour t'exprimer mes sentiments les plus profonds. Que le seigneur nous guide dans les difficultés comme dans les moments de bonheur, amen.

A ma fille : Kadidiatou Coulibaly,

Chère bébé tu es ma douce lumière, celle qui illumine ma vie de tous les jours ; je bénie le jour où le seigneur m'a fait don de toi, qu'il te protège et te redresse quand tu trébuche tout au long de ta vie, amen.

A mes neveux : Issaga, Famolo Moussa,

Vous êtes mes premiers nés; appelez-moi et je vous répondrai, que Dieu vous garde, amen.

REMERCIEMENTS

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

- Tout le personnel du centre de santé de référence de la commune IV
- Docteurs : Traoré Ibrahima, Koné Diakaridia, Maiga Sidiya, Diallo Oumar, Traoré Daouda
- Toutes les équipes de garde des internes de la commune IV
- Les personnels de l'institut d'économie rurale de sotuba, en particulier le service de comptabilité
- Mes amies : Diba Sissoko, Kadiatou Coulibaly

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY,

Professeur Soukalo Dao

- **Professeur en maladies infectieuses ;**
- **Responsable de l'enseignement des maladies infectieuses à la FMPOS ;**
- **Investigateur clinique au centre de recherche et de formation sur le VIH et la tuberculose : SEREFO/FMPOS/NIAID.**
- **Président de la SOMAPIT (Société Malienne de Pathologie infectieuse et Tropicale)**

Cher Maître,

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

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

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

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Juge Mathieu TRAORE

➤ **Magistrat au tribunal administratif de Bamako**

Cher maitre,

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

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr Moustapha TOURE

- **Gynécologue obstétricien**
- **Diplômé d'échographie de la faculté de médecine de Brest**
- **Titulaire d'un certificat du cours Européen d'épidémiologie tropicale de bale en Suisse**
- **Titulaire d'un certificat de fécondation in vitro de Hambourg en Allemagne**
- **Chef de service de la gynécologie obstétrique à l'Hôpital du Mali**

Cher maître,

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

Veillez accepter cher maitre notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Docteur Japhet Pobanou THERA

- **Diplômé d’ophtalmologie ;**
- **Diplômé de médecine légale et d’Expertise ;**
- **Chef du service d’ophtalmologie du CS Réf de la Commune IV ;**
- **Maitre-assistant de Médecine Légale à la FMPOS**
- **Maitre assistant en ophtalmologie**

Cher Maître,

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

Nous avons été conquis par la qualité et la clarté de votre enseignement. Votre rigueur scientifique, votre disponibilité votre savoir être et votre savoir faire font de vous un pédagogue confirmé et un grand maître dans l’art médical. Ces qualités ont été un bénéfice inestimable pour l’amélioration de ce travail.

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

LISTE DES ABREVIATIONS

-ASACODJENEKA : Association de santé communautaire de Djénékabougou

-ASACOHAM : Association de Santé Communautaire d'Hamdallaye

-ASACOLA 1 : Association de Santé Communautaire de Lafiabougou Secteur 1

-ASACOLA 2 : Association de Santé Communautaire de Lafiabougou Secteur 2

-ASACOLAB5 : Association de Santé Communautaire de Lafiabougou-Bougoudani Secteur 5

-ASACOLABASAD : Association de Santé Communautaire de Lassa-Banconi-Samakoro-Diakoni

-ASACOLADJIP : Association de Santé Communautaire de Djicoroni-Para

-ASACOSEK : Association de Santé Communautaire de Sebenikoro-Kalabambougou);

-ASACOSEKASI : Association de Santé Communautaire de Sébénikoro- Kairabougou-Sibiribougou

- CAT : conduite à tenir
- CHU : Centre Hospitalo-universitaire
- CSCOM : centre de santé communautaire
- CSREF : centre de santé de référence commune IV
- DNSI : Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques
- INED : Institut National d'Etude Démographique
- MST : Maladie sexuellement transmissible
- NFS : numération formule sanguine
- OMS : organisation mondiale de la santé
- PEV : Programme Elargi de Vaccination
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- USAC : Unité de Soins d'Animation et de Conseils
- TPHA: Treponema pallidum immobilisation test
- VDRL: Venereal disease research laboratory
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
- VIP : Very Important personality

SOMMAIRE

I-Introduction-Objectifs.....	1
II-Généralités.....	7
III-Méthodologie.....	33
IV-Résultats.....	44
V-Commentaires et Discussions.....	57
VI-Conclusion et Recommandations.....	65
VII-Références bibliographiques.....	69
VIII-Annexes.....	74

INTRODUCTION

I-INTRODUCTION

Les abus sexuels ou agressions sexuelles sont définies par le code pénal Français dans son article 222-22 comme étant toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace, ou surprise sur la personne d'autrui [1]. Le code pénal du Mali traite plutôt du viol qui fait partie des agressions sexuelles.

L'OMS dans son rapport mondial sur la violence et la santé définit la violence sexuelle en ces termes «<< tout acte sexuel , tentative pour obtenir un acte sexuel , commentaires ou avances de nature sexuelle , ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition , commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime , dans tout contexte y compris , mais sans s'y limiter , le foyer et le travail.>> Cette définition inclut donc le viol ou tentative de viol qu'il soit hors mariage ou non ; aussi sont inclus le harcèlement sexuel , le mariage forcé , la négation du droit d'utiliser une contraception ou de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles , l'avortement forcé , ou encore la prostitution forcée sans restriction d'âge ou de sexe. Principalement deux critères sortent de cette définition de la violence sexuelle : d'une part le type de relation sexuelle qui peut être le contact, les tentatives, le toucher, la pénétration ; d'autre part le degré de coercition tels que des expressions sexuelles non désirées ou forcées. [2]

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

Les abus sexuels restent un problème majeur de santé publique ; ainsi dans le monde en moyenne une femme sur cinq serait victime de viol ou de tentative de viol au cours de son existence d'après une étude menée par Marie José Alcalá en 2005 [3]. Selon le « RAINN (Rape, Abuse, Incest, National, Network) » et le « bureau of justice statistics bulletin » aux Etats-Unis en 2004-2005, 64 080 personnes ont été victimes de viol, 51 500 d'une tentative de viol soit une personne toutes les deux minutes et demi [4, 5]. LESERMAN J de l'Université de Caroline du Nord rapporte que 15% à 25% de la population féminine en général ont des antécédents de violence sexuelle aux Etats-Unis [6]. En Europe , principalement en France au cours de l'année 2000, l'enquête statistique nationale réalisée par l'INED (Institut national d'Etudes Démographiques) rapportait que sur 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans 1,2% déclaraient avoir subies au cours de l'année 1999 au moins une fois des attouchements sexuels , une tentative de viol ou un viol, ce dernier concernerait 0,3% des femmes rapporté à la population générale ce qui représenterait 48 000 viols par an en France dans cette tranche d'âge [7]. En 2007 la Direction de la Recherche des Etudes, de

l'évaluation et des Statistiques (DREES) rapporte 1% à 2% de cas de viol en France [8].

En Turquie, Pinar Ilkcaracan rapporte que 35,6% des femmes subissent des viols conjugaux parfois et 16,3% souvent [9].

En Afrique du Sud le « South African Institute for Race Relations » affirme qu'en 2003, 147 femmes sont violées chaque jour. Le taux de condamnation pour viol reste bas avec une moyenne de 7%. Un tiers de l'estimation du nombre de viol ont été signalés en 2003 selon le rapport annuel de la police Sud Africaine [10].

A l'Hôpital Aristide-le-Dantec de Dakar en 2005, FAYE DME et Al avait trouvé 0,4% de cas de viol [11].

Au Cameroun MBassa D. rapporte 15,9% de cas de viol en milieu scolaire [12].

Au Mali une étude menée par Traore A.M au CHU Gabriel Touré en 2001 notait 2,4% de cas de viol [13].

Peu d'études ont porté sur le thème au Mali et aucune en commune IV du District de Bamako, c'est pourquoi nous avons décidé de mener une étude en prenant en compte les domaines aussi bien épidémio-clinique que judiciaire. Nous nous sommes ainsi fixés comme objectifs :

OBJECTIFS

OBJECTIFS :

- Objectif Général :

Etudier l'aspect épidémio-clinique et judiciaire des agressions sexuelles au Centre de Sante de Référence de la Commune IV.

- Objectifs Spécifiques :

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

GENERALITES

II-GENERALITES :

1-Rappels Anatomiques de l'appareil génital

1-1-Appareil génital masculin

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

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

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

Les spermatozoïdes sont produits dans les tubes séminifères des testicules puis emmagasinés dans l'épididyme et quant 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 1^{ère} partie de l'urètre. Elle secrète un liquide fluide laiteux qui constitue environ 30% du sperme et 60% du liquide éjaculé lors d'un orgasme masculin proviennent des vésicules séminales. [14]

1-2-Appareil génital féminin : [15]

1-2-1-Organes génitaux externes :

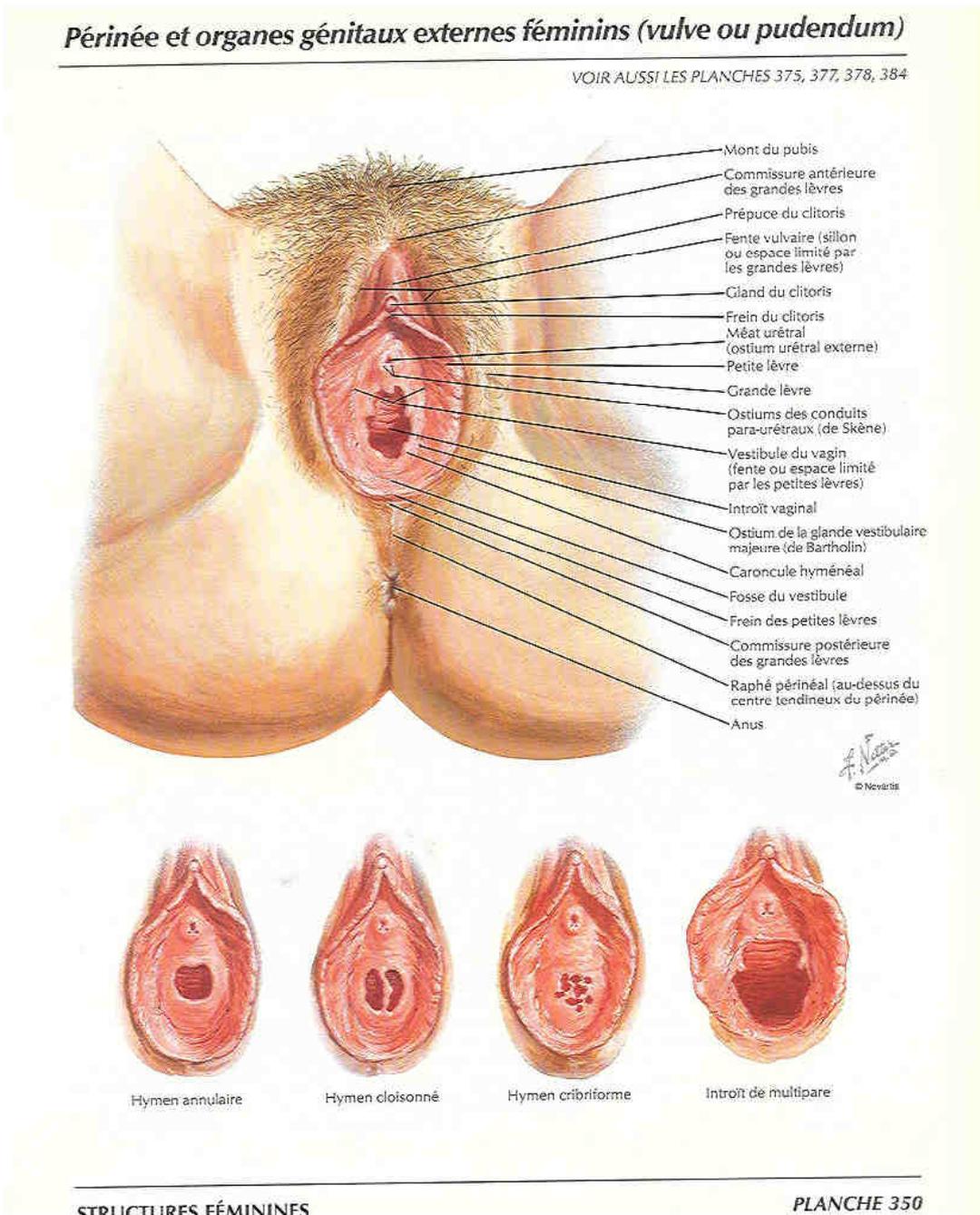


Figure1 : anatomie de la vulve

Source : Atlas d'anatomie de Pierre Kamina

- ✓ **Vulve** : La vulve désigne le cloaque uro-génital féminin et les formations tégumentaires voisines qui le masquent plus ou moins. En terme plus commun, elle représente l'ensemble des formations génitales externes de la femme, c'est-à-dire : le Mont du pubis, les formations labiales, le vestibule, les organes érectiles et les glandes vulvaires (Fig.1)

- ✓ **Le Mont du pubis** : c'est une saillie arrondie, triangulaire à sommet inférieur, situé devant la symphyse pubienne, et limité latéralement par les plis de l'aîne.

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

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

✓ **Les formations labiales :**

❖ **Les grandes lèvres**

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

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

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

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

❖ Les petites lèvres

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

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

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

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

❖ **L'espace inter labial ou canal vulvaire**

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

❖ **Les organes érectiles**

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

➤ **Le clitoris**

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

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

➤ **Les bulbes vestibulaires**

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

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

❖ **Les glandes vulvaires**

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

❖ **L'hymen**

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

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

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

Son bord adhérent est séparé des petites lèvres par un sillon circulaire, le sillon vulvo- 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 hyménaux ; parfois il se

dilate seulement, sans écoulement de sang (c'est « l'hymen complaisant » des légistes).

1-2-2-Organes génitaux internes : [15]

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

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

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

Récepteur hormonal particulièrement sensible aux incitations œstrogéniques qui assurent sa trophicité, le vagin permet en outre, chirurgicalement, une voie d'abord dite basse, d'un certain nombre d'interventions gynécologiques.

Organe impair, médian, situé en partie dans l'excavation pelvienne, en partie dans l'épaisseur même du périnée.

A l'état de vacuité, le vagin est dans sa plus grande longueur aplati d'avant en arrière ; ses parois antérieure et postérieure sont accolées

l'une contre l'autre. Son extrémité supérieure, cylindroïde, se moule sur le col utérin.

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

✓ **L'Utérus** : C'est un organe musculaire creux en forme de poire, aplati d'avant en arrière. Il siège dans la cavité pelvienne entre la vessie et le rectum. Il mesure entre 7 et 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 10 cm s'implantent chacun d'un côté de l'utérus entre le corps et le fond utérin. L'extrémité de chaque trompe a des projections en doigts appelées franges. La plus longue d'entre elles est la frange ovarienne, étroitement associée à l'ovaire. Elles conduisent l'ovule de l'ovaire à l'utérus par péristaltisme et mouvement ciliaire. La fertilisation de l'ovule se produit habituellement dans la trompe utérine et le zygote est propulsé dans l'utérus où il s'implante.

- ✓ **Les Ovaires** : Ce sont les gonades féminines ; ils siègent chacun dans une fosse peu profonde sur la paroi latérale du pelvis. Chacun est attaché à la partie supérieure de l'utérus par le ligament ovarien et à l'arrière du ligament large par une large bande de tissu, le mésovarium. Ils ont deux couches tissulaires ; la médullaire et le cortex. Les ovaires produisent les ovules selon un cycle. Ils secrètent également les hormones sexuelles féminines : œstrogènes et progestérone.

2- La défloration :

La défloration se définit comme la rupture de l'hymen par la pénétration du pénis dans la cavité vaginale [16].

La rupture varie selon la forme de l'hymen.

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

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

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

4- Les différents types d'agressions sexuelles : [17]

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

- **Pédophilie** : tout acte de pénétration sexuelle ou d'attouchement sexuel de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'un mineur de moins de treize ans, ou toute exposition ou exploitation aux fins commerciales ou touristiques de photographies, films ou dessins à caractère pornographique mettant en scène une ou plusieurs personnes mineures âgées de moins de treize ans.
- **Outrage public à la pudeur** : tout acte accompli publiquement, offensant la pudeur et le sentiment moral des particuliers qui en sont involontairement témoins et susceptible de troubler l'ordre public et de causer un préjudice social manifeste.
- **Attentat à la pudeur** : tout acte de caractère sexuel contraire aux mœurs exercé intentionnellement et directement sur une personne.

4- Bases légales des agressions sexuelles : [18]

- **Paragraphe I : de l'outrage à l'ordre public**

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

- **Paragraphe II : de l'attentat à la pudeur**

- ✓ **Article 225** : Tout attentat à la pudeur, consommé ou tenté sans violence sur la personne d'un enfant de l'un ou l'autre sexe, âgé de

moins de quinze ans, sera puni de cinq à dix ans de réclusion, et facultativement de un à vingt ans d'interdiction de séjour.

- **Paragraphe III : du viol**

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

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

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

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

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

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

- **Paragraphe IV : de la pédophilie**

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

Si les coupables sont les descendants de la personne sur laquelle le crime a été commis, s'ils sont de ceux qui ont autorité sur elle, ou s'ils sont chargés de son éducation, de sa surveillance ou s'ils sont employés des personnes ci-dessus désignées, ou si le crime a été commis à l'aide de plusieurs personnes, la peine sera la réclusion à perpétuité et une amende de vingt mille à un million de francs.

Toutefois, le crime ci-dessus n'est pas constitué si la différence d'âge entre l'auteur et la victime ne dépasse pas cinq ans.

5- Examen de la victime : [19]

➤ Accueillir et informer une victime

L'entretien psychologique est particulièrement important chez les mineurs.

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

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

- Proposer un accompagnement psychologique vers d'autres structures proches du domicile,

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

➤ **Les étapes de l'examen clinique**

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

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

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

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

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

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

5-1- A l'interrogatoire :

Des informations générales

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

- l'attitude et le comportement.

Les Antécédents

- médico-chirurgicaux,
- gynéco-obstétricaux,
- développement staturo-pondéral,
- activité sexuelle antérieure,
- contraception,
- utilisation des tampons,
- la date du dernier Frottis Cervico-Vaginal,
- la date des dernières règles.

L'agression

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

La symptomatologie

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

5-2. L'examen clinique comporte :

Description des lésions

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

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

L'examen gynécologique

Inspection :

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

- ✓ forme, largeur et aspect des bords libres,
- ✓ taille de l'orifice vaginal de l'hymen.

Spéculum si possible :

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

Les prélèvements seront effectués (sperme et biologie moléculaire)

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

Toucher Vaginal :

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

⇒ Remarque sur les organes pelviens :

Examen du périnée postérieur.

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

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

5-3. Au cours de l'examen clinique, sont réalisés des prélèvements

Objectifs : identifier l'agresseur et prévenir les complications.

5-3-1. Identifier l'agresseur :

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

- ✓ le plus tôt possible après l'agression,
- ✓ sans toilette préalable,
- ✓ avec un spéculum non lubrifié,
- ✓ sur écouvillons de coton sec, type écouvillon pour bactériologie,
- ✓ le séchage est indispensable 30 à 60 minutes à l'air libre après leur réalisation puis conservation à 4°,
- ✓ le nombre de prélèvements sera pair pour permettre les contre expertises : **4 prélèvements par site est le nombre recommandé**

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

● **La recherche de spermatozoïdes :**

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

● **Les analyses génétiques :**

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

Identification sur spermatozoïdes ou cellules laissées par l'agresseur :

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

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

Prélèvements de poils ou de cheveux de l'agresseur :

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

Si la victime a griffé l'agresseur :

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

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

- Utiliser des écouvillons humides puis secs.

Vêtements tachés (sang, salive, sperme) :

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

Identification ADN de la victime :

- Prélèvement de sang sur tube EDTA, conservé à 4°C,
- Si le prélèvement sanguin pose problème discuter :
- micro prélèvement (goutte de sang) sur papier buvard,
- cytobrosse à la face interne des joues (indispensable en cas de refus de prise de sang, ou de transfusion sanguine récente).

5-3-2.Prévenir les complications : recherche de MST

•Les prélèvements locaux :

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

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

Méthode de prélèvement:

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

Prélever un tube sec de 10 ml d'urines. (Quelques gouttes suffisent avec certains kits).

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

● **Bilan pré thérapeutique avant éventuelle thérapie antirétrovirale.**

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

6. la CAT après l'examen clinique :

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

7. Rédiger un certificat médical

Cette rédaction est indispensable pour faire aboutir le dépôt de plainte de la victime. Ce certificat sera rédigé avec la prudence nécessaire pour ne

pas être complice de fausses allégations. Il rapporte les constatations médicales ; ne doit y figurer aucune interprétation personnelle, ni le terme de viol.

Seul le magistrat peut étiqueter une agression sexuelle

METHODOLOGIE

III-METHODOLOGIE :

1-cadre d'étude: Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la Commune IV (CS Réf CIV) du District de Bamako (Mali) au niveau de l'unité de gynécologie-obstétrique.

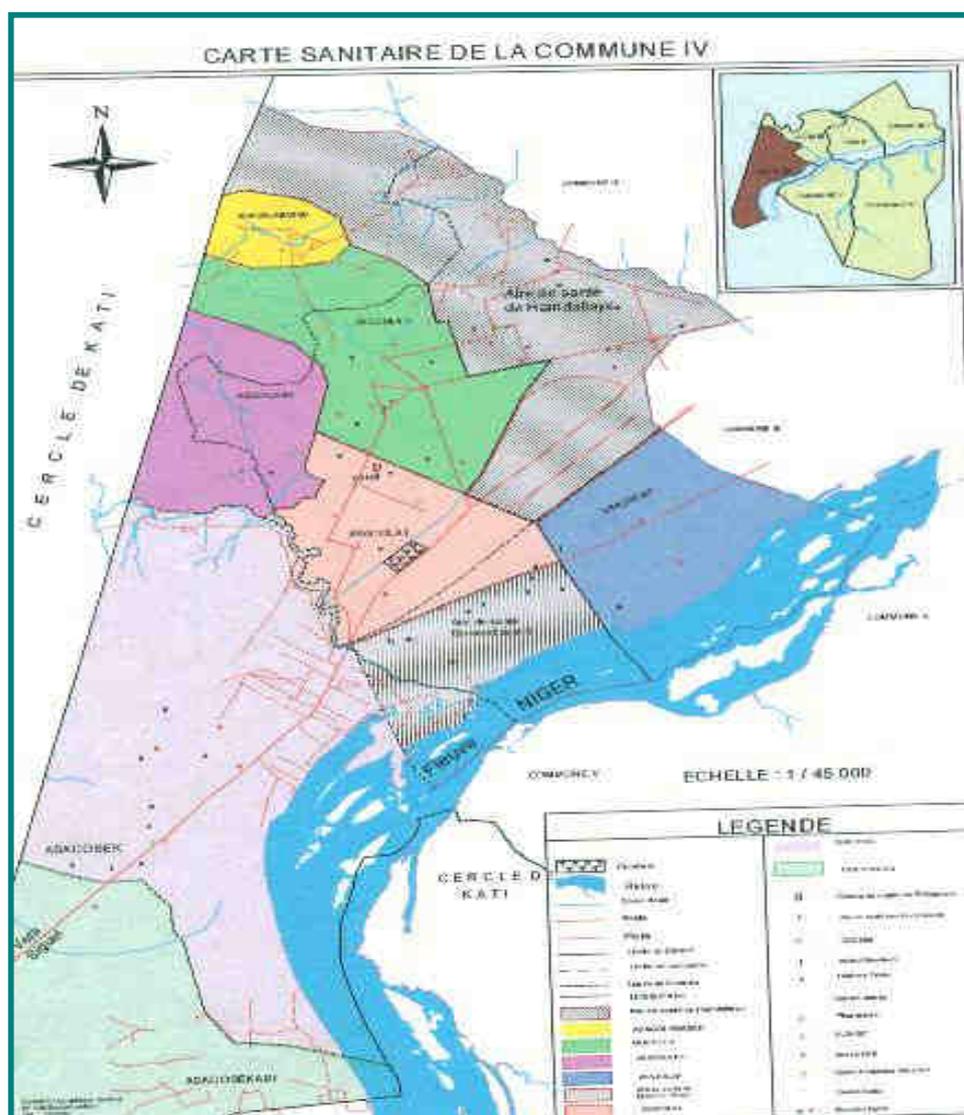


Figure 2 : Carte Sanitaire de la commune IV du district de Bamako

Source : (source PUS CIV Mars 2001).

2- Historique de la commune IV:

L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de Bamako, qui selon la tradition orale a été créée vers le 17^{ème} siècle par les Niakaté sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développée au début d'Est en Ouest entre les cours d'eau WOYOWAYANKO et BANKONI.

Le plus ancien quartier Lassa fut créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent Sibiribougou en 1980. La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du District de Bamako par l'ordonnance N° 78-34/CMLN du 18 Août 1978 fixant les limites et le nombre des communes du District de Bamako.

Actuellement la commune IV est régie par les textes législatifs suivants :

- ✓ la loi N° 93-008 du 11 Février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales.
- ✓ la loi N° 95-034 du 12 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales.
- ✓ Loi N° 95-022 du 20 Mars 1995 portant statut des fonctionnaires des collectivités territoriales.
- ✓ Loi N° 96-025 du 21 Février 1996 portant statut particulier du District de Bamako.

3- Données géographiques :

La commune IV couvre une superficie de 37,68 km² soit 14,11% de la superficie du District de Bamako.

Elle est limitée :

- à l'Ouest par la limite Ouest du District qui fait frontière avec le cercle de Kati,
- à l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III,
- au Sud le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III (source PUS CIV Mars 2001).

4- Données sociodémographiques :

La majorité des ethnies du Mali sont représentées en commune IV ainsi que les ressortissants d'autres pays. Sa population totale était estimée à **252 294** habitants (source DNSI, recensement 2009).

5- Les structures sanitaires :

5.1- Structures communautaires de 1^{er} niveau : sont représentées par les centres de santé communautaires (CSCOM) au nombre de 09 (ASACOSEK, ASACOLAI, ASACOLAB5, ASACOLAI, ASACODJIP, ASACOLABASAD, ASACOSEKASI, ASACODJENEKA et ASACOHAM) employant:

- ✓ 8 médecins,
- ✓ 7 infirmiers d'état,
- ✓ 17 infirmiers du premier cycle,
- ✓ 20 sages femmes,
- ✓ 10 manœuvres;

Et la Maternité Renée Cissé (MRC)).

5.2- Structures communautaires de 2^{ème} niveau : représentées par le Centre de Santé de Référence de la Commune IV (**CS Réf CIV**).

Le centre de santé de référence est situé en plein cœur de la commune IV, à Lafiabougou.

Il a d'abord été Protection Maternelle et Infantile (PMI) à sa création (en 1981) érigé en CS Réf en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

a- Les locaux : le CS Réf CIV comprend :

- ⇒ 2 bureaux de consultation gynécologique,
- ⇒ 2 bureaux de consultation médicale,
- ⇒ 2 salles de consultation pédiatrique,
- ⇒ 1 bureau de consultation ophtalmologique,
- ⇒ 1 salle des urgences,
- ⇒ 2 salles d'interventions chirurgicales,
- ⇒ 1 salle de réveil,
- ⇒ 1 salle de stérilisation,
- ⇒ 1 salle d'accouchement,
- ⇒ 1 salle de suites de couche,
- ⇒ 1 salle de réunion,
- ⇒ 1 salle pour le SIS,
- ⇒ 1 salle pour la brigade d'hygiène,
- ⇒ 2 blocs d'hospitalisation, dont :

- * 5 salles pour la gynécologie obstétrique avec 18 lits dont une salle VIP
- * 2 salles pour la chirurgie générale avec 6 lits dont une salle VIP,
- * 3 salles d'hospitalisation pour la médecine et la pédiatrie,
- * 1 salle pour l'ophtalmologie avec 4 lits.
- * 1 salle pour le major de la gynécologie,
- * 1 salle pour les infirmières de la gynécologie-obstétrique
- * 1 salle pour le major et les infirmières de la médecine.
 - ⇒ 1 unité d'anesthésie-réanimation,
 - ⇒ 1 unité de consultation prénatale,
 - ⇒ 1 unité de consultation postnatale,
 - ⇒ 1 unité PEV,
 - ⇒ 1 unité pour le développement social,
 - ⇒ 1 salle des faisant fonction d'interne
 - ⇒ 1 salle de garde des anesthésistes,
 - ⇒ 1 salle pour le surveillant général,
 - ⇒ 1 unité de consultation ORL,
 - ⇒ 1 cabinet dentaire,
 - ⇒ 1 laboratoire,
 - ⇒ 1 DAT,

- ⇒ 1 unite USAC,
- ⇒ 2 salles de soins infirmiers,
- ⇒ 1 morgue,
- ⇒ 1 Mosquée
- ⇒ Des toilettes

b- Personnel : le CS Réf CIV emploie :

- ✓ 1 médecin pédiatre qui est le chef du centre
- ✓ 3 médecins gynécologues obstétriciens,
- ✓ 1 médecin ophtalmologiste,
- ✓ 5 médecins généralistes,
- ✓ 25 sages-femmes,
- ✓ 5 assistants anesthésistes réanimateurs,
- ✓ 7 infirmiers d'états,
- ✓ 3 techniciens supérieurs,
- ✓ 2 assistants de laboratoire,

2-Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les victimes d'agression sexuelle reçues dans le centre de juillet 2007 à avril 2010

3-Base de collecte de données

La base de collecte des données a été les registres de consultations du service de gynécologie.

4-Taille de l'échantillon

Il s'agit d'une étude exhaustive prenant en compte toutes les patientes victimes d'agressions sexuelles pendant la période de 2007 à 2010, soit 37 cas.

4-1 Critères d'inclusion

Toutes les patientes figurant sur les registres de consultation de 2007 à 2010 et reçues en consultation pour agression sexuelle.

4-2 Critères de non inclusion

-N'étaient pas incluses dans notre étude les patientes ayant consultées dans le centre pour traumatisme après un rapport consenti.

-les dossiers inexploitable.

5-Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective, les registres de consultations des patientes ont été utilisés selon un ordre croissant.

6-Plan de collecte des données

Les données ont été recueillies dans le registre de consultation des urgences, dans un ordre croissant de juillet 2007 à avril 2010 sur un questionnaire ayant d'abord fait l'objet d'un pré-test.

7- Tableau 1: Variables étudiées

Variable	Nature	Unité	Technique de collecte
Age	Quantitative	Année	Interrogatoire
Niveau d'étude	Qualitative	Année	Interrogatoire
Lieu de résidence	Qualitative		Interrogatoire
Moment de l'agression	Qualitative		Interrogatoire
Lieu de l'agression	Qualitative		Interrogatoire
Type d'agression	Qualitative		Interrogatoire
Lésions constatées	Qualitative		Examen clinique

8-Traitement des données

Les données ont été traitées sur l'ordinateur grâce au logiciel SPSS version 12.0.

9-Aspects éthiques

Les informations recueillies ont été utilisées dans un but purement scientifique et dans l'intérêt des patientes et n'ont pas servi pour d'autres fins. L'anonymat a été respecté. Les noms des patientes ont été remplacés par des numéros.

10-Références

Nous avons opté pour le système numérique séquentiel (citation order system, vancouver system)

11-Tableau: Chronogramme de la thèse

Tableau 2: Diagramme de Gant

Périodes d'examen Activités	Avril 2010 à Mai 2010	Juin 2010 à Août 2010	Septembre à Décembre 2010	Janvier 2011 à Août 2011	Septembre à Novembre 2011
Recherche bibliographique	+				
Elaboration Du Protocole	+				
Collecte des données			+		
Rédaction du draft				+	
Correction Dr Théa	+	+	+	+	+
Correction Dr Touré					+
Correction Pr Dao					+
Correction Maitre Traoré					+

RESULTATS

IV-RESULTATS :

La fréquence

Notre étude a porté sur 1810 patientes reçues en consultation dans le service de gynécologie obstétrique du CSREF de la commune IV parmi lesquelles 37 étaient venues pour agression sexuelle soit une fréquence de 2%.

Tableau III: Répartition des patientes selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
2-7 ans	14	37,8
8-14ans	7	18,9
15-25ans	13	35,1
26-35ans	2	5,4
36-40ans	1	2,7
Total	37	100,0

La tranche d'âge de 2-7 ans était prédominante avec 37,8

Tableau IV: Répartition des patientes selon leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	21	37,9
Mariée	1	2,7
Divorcée	1	2,7
Total	23	43,3

Les célibataires étaient majoritaires avec 37,9%.

Tableau V: Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Elèves	18	48,6
Autres	4	10,8
Ménagère	3	8,1
Femme au foyer	1	2,7
Aide-ménagère	3	8,1
Etudiantes	3	8,1
Vendeuses	3	8,1
Serveuses	1	2,7
Assistante de presse	1	2,7
Total	37	100,0

Les élèves étaient nombreuses avec (48,6%).

Tableau VI : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Venues sur réquisition avec les parents	16	43,25
Venues avec les parents sans réquisition	5	13,5
Venues sur réquisition sans les parents	16	43,25
Total	37	100,0

Les patientes admises sur réquisition représentaient 43,25% des cas pour les réquisitions avec ou sans les parents

Tableau VII : Répartition des patientes selon le traumatisme de l'organe génital

Traumatisme	Effectif	Pourcentage
Aucune lesion	19	51,4
Lésions vulvopérinéales	12	32,4
Lésions hyméneales	6	16,2
Total	37	100,0

Les traumatismes génitaux les plus fréquents étaient les lésions vulvopérinéales (32,4%) suivies des lésions hyméneales (16,2)

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les résultats des examens complémentaires effectués

Tests effectués	Positif	Négatif	Non fait
Sérologie VIH	0	14	23
Antigène HBs	0	14	23
β HCG urinaire	0	23	14
Prélèvement vaginal	2	20	15
BW	0	10	27
Total	2	81	102

Nous avons eu deux cas de prélèvement vaginal positif mycosique les patientes étant symptomatiques au moment de l'examen clinique.

Tableau IX: Répartition des patientes en fonction du type de contact sexuel

Contact sexuel	Effectif	Pourcentage
Génito-génital	24	64,9
Attouchement	13	35,1
Total	37	100,0

Les contacts Génito-génitaux étaient majoritaires avec 64,9 %.

Tableau X : Répartition des patientes en fonction du délai de consultation

Délais de consultation	Effectif	Pourcentage
0-24 heures	22	59,5
1-7 jours	12	32,4
8-15 jours	0	0,0
plus de 15 jours	3	8,1
Total	37	100,0

La majorité des patientes soit 59,5 % ont été consultées dans les 24 heures qui ont suivi l'agression.

Tableau XI : Répartition des patientes en fonction du nombre des agresseurs

Nombre des agresseurs	Effectif	Pourcentage
Un individu	33	89,2
Un groupe de 2 garçons	2	5,4
un groupe de 4 garçons	1	2,7
Un groupe de 6 garçons	1	2,7
Total	37	100,0

L'acte était commis par un seul individu dans 89,2%

Tableau XII : Répartition des patientes en fonction du lien de l'agresseur avec la famille

Lien avec la famille	Effectif	Pourcentage
Aucun lien avec la famille	35	94,6
Ex-mari	1	2,7
Cousin	1	2,7
Total	37	100,0

Dans 5,4% des cas l'agresseur était un proche de la famille.

Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction de la profession de ou des agresseurs

Profession de l'agresseur	Effectif	Pourcentage
Chauffeur	1	2,7
Vendeur	3	8,1
Ouvrier	1	2,7
Profession méconnue	32	86,5
Total	37	100,0

Les vendeurs ont représenté 8,1%

Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction du lieu de l'agression

Lieu de l'agression	Effectif	Pourcentage
Domicile	2	5,4
Périurbain	34	91,9
Bar	1	2,7
Total	37	100,0

Majoritairement l'agression a eu lieu dans la rue avec 91,9% des cas

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

Moment de l'agression	Effectif	Pourcentage
00heure-6h	8	21,6
7h-12h	5	13,5
13h-18h	11	29,7
19h-23h	13	35,2
Total	37	100,0

L'agression était fréquente entre 19h-23h (35,2%).

Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'engagement de poursuites judiciaires

Poursuites judiciaires	Effectif	Pourcentage
Oui	29	78,4
Non	8	21,6
Total	37	100,0

Nous avons obtenu 29 cas de poursuites judiciaires soit 78,4 %.

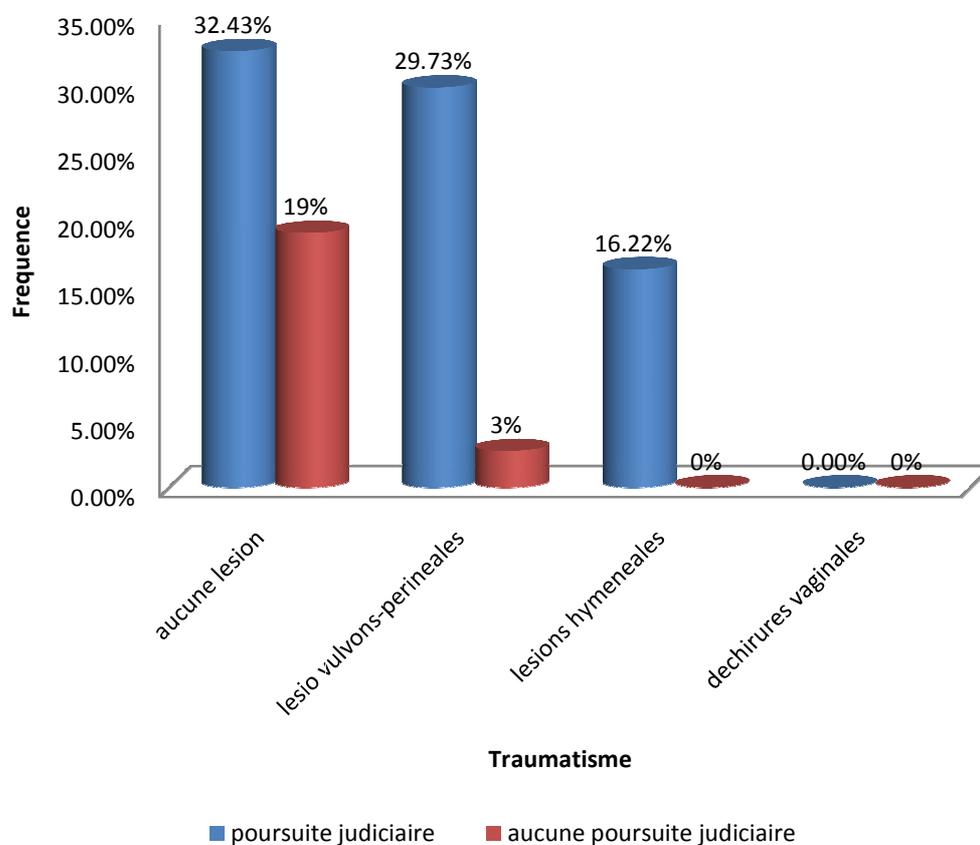


Figure 3 : Distribution des traumatismes génitaux par rapport aux poursuites judiciaires

Le taux de poursuites judiciaires était élevé dans les cas de lésions vulvopérinéales soit 29,73 %.

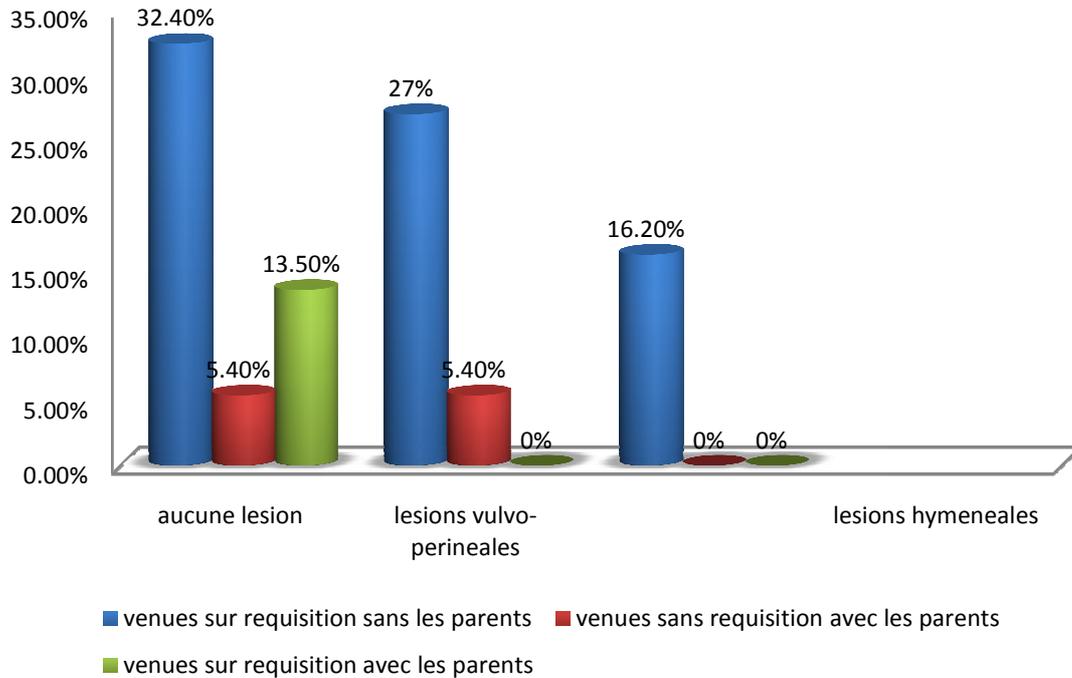


Figure 4: Distribution des traumatismes génitaux par rapport au mode d'admission

L'admission sur réquisition était fréquente dans les cas de lésions vulvopérinéales soit 27%.

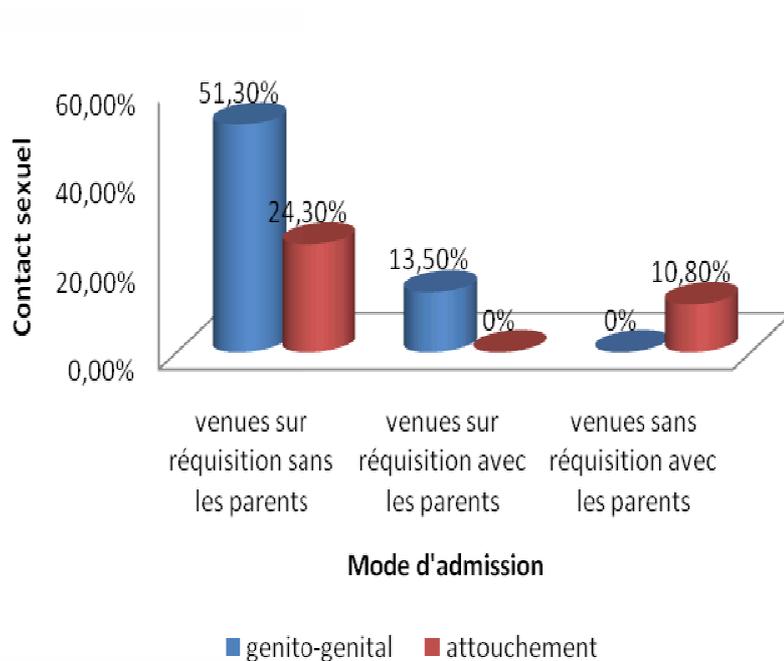


Figure 5 : Distribution des types de contact sexuel par rapport au mode d'admission

L'admission sur réquisition était fréquente dans les cas de contact Génito-génital soit 51,3 %.

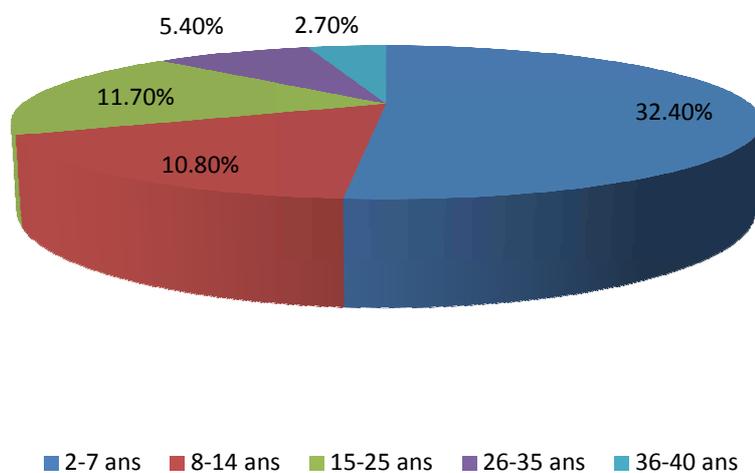


Figure 6 : Distribution des tranches d'âge par rapport à l'admission sur réquisition.

Les patientes de la tranche d'âge de 2 à 7 ans étaient les plus admises sur réquisition soit 32,4 % des cas.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V-Commentaires et Discussion

1-Description générale

Notre étude a porté sur 1810 patientes reçues en consultation dans le service de gynécologie obstétrique parmi lesquelles 37 étaient admises pour agression sexuelle soit une fréquence de 2%.

Notre taux est comparable à celui de TRAORE A.M. au Mali en 2001, qui avait trouvé 2,4 % [14] et supérieur à celui de FAYE D.M.E et al au Sénégal en 2005 qui avait trouvé 0,4% [12].

Par contre il est inférieur à ceux des auteurs suivants :

BUGS S. en Afrique du sud en 2000 a rapporté un taux de 53% [20].

L'organisation KAY FANM en Haïti a enregistré en 2007 et 2008 respectivement 15% et 14% de cas d'agression sexuelle [32].

En Angleterre et au Pays de Galles en 2001 la police a enregistré 20301 cas d'agression sexuelle sur les femmes avec 7929 cas de viol [22].

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

2-caractéristiques sociodémographiques :

a -Age :

L'âge moyen de nos patientes est de 21 ans avec des extrêmes de 2 à 40 ans.

La tranche d'âge de 2 à 7 ans a été la plus représentée avec 37,8 % suivie de celle de 15-25 ans (24,32 %). Notre taux est inférieur à celui de FAYE D.M.E. à Dakar en 2005 chez qui la tranche d'âge de 10-20 a été la plus représentée avec un taux de 60% et un âge moyen de 14ans [11].

Par contre il est supérieur à celui de MBASSA au Cameroun qui, en 1999 a trouvé en milieu scolaire une prévalence de 15,9% pour les patients de moins de 16 ans parmi lesquels on a 72,5% de filles [12] ainsi qu'à celui de KAY FANM en Haïti qui a trouvé en 2007 pour la tranche d'âge 0-5 ans, 3% de cas d'agression sexuelle [32] et aussi la DRESS en France en 2000 qui a rapporté un taux de 11% d'agression sexuelle chez un groupe de femmes âgées de 18-75 ans [8].

Le taux élevé d'agression sexuelle dans la tranches d'âge de 2 à 7 ans (qui sont par ailleurs des cas de pédophilie) dans notre étude pourrait s'expliquer par l'immaturation de ces jeunes enfants, et leur incapacité à se défendre au cours de la tentative d'agression.

c- Statut matrimonial :

Les célibataires ont été les plus nombreuses (37,9 %). Les mineures de 2 à 15 ans ne sont pas mentionnées.

Ce taux est inférieur à celui de KAY FANM qui, en 2008 a trouvé 87% d'agression sexuelle chez les célibataires dont 76% de mineures et 11% d'adultes [32].

Ce taux relativement élevé parmi les célibataires pourrait s'expliquer par leur exposition, une plus forte fréquentation des lieux dangereux la nuit.

d - Contact sexuel :

Dans notre étude on note un taux de relations génito-génitales de 64,9% suivies des attouchements (29,7%). Ce taux est inférieur à ceux des séries suivantes : TRAORE M.A. en 2001 au Mali qui a trouvé 91,3% d'abus sexuel accomplis par voie vaginale [13]et MBASSA au Cameroun en 2005 qui avait rapporté que les attouchements constituaient le mode d'abus sexuel le plus fréquent en milieu scolaire avec 54,5 % [12] .

Notre résultat est comparable à celui de FAYE D.M.E. et al au Sénégal qui ont rapporté que le contact génito-génital était plus fréquent (67,3%). [11]

Les relations hétérosexuelles étant généralement génito-génitales dans notre étude toutes les relations étaient hétérosexuelles car il n'y avait pas d'agression homosexuelle.

3-Examen clinique et paraclinique:

a-Traumatisme des organes génitaux:

Dans notre série, on note plus de lésions génitales au niveau vulvo-périnéal (32,4 %) suivies des lésions de l'hymen (16,2 %).

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

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

b-Les infections sexuellement transmissibles :

Contrairement à notre étude où aucune infection à VIH ou à l'hépatite B n'a été retrouvée, d'après une étude menée par LAMBA aux Etats-Unis, les IST sont des risques qui suivent l'agression sexuelle avec des taux variant entre 4% et 56 % chez les femmes [24], ainsi pour :

La sérologie VIH :

La sérologie était négative pour tous les cas où le test a été effectué dans notre étude. D'après CLAYDON, le risque de contracter le VIH à la suite d'un viol est inconnu mais semble être faible dans les zones de faible prévalence telles que le Royaume Uni. Il peut être élevé si le viol a eu lieu dans les zones de forte prévalence ou implique un traumatisme

général [26] ce qui est le cas pour l'Afrique du Sud et le Cameroun où de nombreux cas d'infection au VIH/sida après un viol ont été rapportés avec respectivement 78% et 33,8% [30, 31]

A l'hôpital Aristide de Dakar Faye D.M.E. et al ont trouvé deux cas de séropositivité à l'infection VIH [11]

L'hépatite B :

Dans notre étude aucun résultat positif n'est apparu.

Par contre une étude menée par CROWE aux Etats-Unis affirme que l'hépatite B suite à une agression sexuelle est commune [27].

Contrairement à notre étude, au Sénégal l'antigène Hbs a été retrouvé chez une patiente [11].

Les tests ont été effectués à l'admission chez les patientes donc l'absence de cas positif pourrait s'expliquer par l'insuffisance de suivi chez nos patientes.

β HCG urinaire :

Aucune de nos patientes n'était enceinte à l'admission ; ce résultat est contraire à celui de HOLMES M.M. aux Etats-Unis où le viol a entraîné une grossesse chez environ 5% des femmes en âge de procréer, avec la plupart des grossesses survenant chez les adolescents et suite à une agression commise par une personne connue d'elles [28].

Nos résultats s'expliquent par l'insuffisance de suivi chez nos patientes en âge de procréer.

Nombre et liens avec l'agresseur :

Dans notre étude l'agression était commise par un seul individu (89,2 %), un groupe (10,8 %). Dans 5,4% des cas l'agression était commise par un proche de la famille.

Ce résultat est comparable à celui d'autres auteurs : MBASSA au Cameroun qui a trouvé 85,5 % pour un individu tandis qu'elle était collective pour 14,5% [12] ; FAYE D.M.E. et al au Sénégal ont rapporté qu'il s'agissait d'un guide spirituel dans 12,5% ; du beau-père dans 4,2% ; de l'employeur dans 6,2% ou d'autres proches de la famille pour 21,6%, cependant 49,1% des patientes n'avaient aucun lien avec le présumé agresseur [11].

Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que les agressions se sont déroulées le plus souvent en dehors de la famille à des heures tardives lors d'une promenade.

Aspect judiciaire :

Nous avons noté 78,4% de cas de poursuites judiciaires suite aux différentes réquisitions émises par l'autorité de police judiciaire. Dans 21,6% des cas il n'y a eu aucune poursuite.

Contrairement à notre étude FAYE D.M.E. et al au Sénégal avaient trouvé 57,4 % d'absence de poursuite, 42,6% de plaintes avec une condamnation à quatre ans d'emprisonnement [11].

La plupart de nos patientes étaient des mineures avec des traumatismes, ce qui a peut-être motivé les parents à porter plainte.

Suite à la non identification des agresseurs dans la plupart des cas, ajoutée aux difficultés administratives, nous n'avons pu enregistrer de condamnation judiciaire.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI-CONCLUSION

ET RECOMMANDATIONS :

1- Conclusion :

Au terme de notre étude rétrospective qui a porté sur 37 patientes reçues en consultation au service de gynécologie pour agression sexuelle, nous pouvons retenir que :

- ▶ les patientes de la tranche d'âge de 2 à 7 ans ont été 37,8%,
- ▶ les célibataires ont constitué 37,9% des cas,
- ▶ les élèves ont représenté 48,6% des cas,
- ▶ les patientes admises sur réquisition avec ou sans les parents ont constitué 43,25%,
- ▶ parmi les traumatismes génitaux les lésions vulvopérinéales étaient fréquentes 32,4%,
- ▶ parmi les patientes reçues pour agression sexuelle 78,4% ont eu recours à des poursuites judiciaires.
- ▶ les contacts génito-génitaux étaient majoritaires avec 64,9% des cas,
- ▶ dans la majorité des cas l'acte était commis par un seul individu 89,2%, un proche de la famille dans 5,4% des cas,

► les patientes consultaient dans les 24 heures qui suivaient l'agression sexuelle dans 59,5% des cas,

2-Recommandations:

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

► *Aux autorités sanitaires :*

- Renforcer les structures d'accueil dans la prise en charge des victimes d'agression sexuelle.

► *Aux autorités judiciaires :*

- Prise en charge par le code pénal du concept d'agression sexuelle et les autres types d'agression sexuelle.

- Application stricte des textes pour condamner les auteurs d'agression sexuelle.

- Renforcer la collaboration entre les différentes autorités judiciaires.

► *Au personnel socio-sanitaire :*

- Sensibiliser la population à consulter devant toute agression sexuelle.

- Assurer une prise en charge correcte des victimes d'agression sexuelle

► *A la population :*

- Consulter les autorités compétentes devant tout cas d'agression

- **Dénoncer les auteurs d'agression sexuelle**

Références bibliographiques

1-Code Pénal de la France

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

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

3- ALCALA MARIA JOSE

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

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

Statistics keys facts, rapport 2004-2005 consulte 1207-16

5-Shannan M.Catalano

Bureau of justice statistics bulletin: violent crime rape unchanged during 2005, numéro de production NCJ 214644, September 10, 2006

6-LESERMAN JANE

Sexual Abuse History: Prevalence, Health Effects, Mediators, and Psychological Treatment *Psychosomatic Medicine* 67:906-15 (2005)

7-JASPARD M., BROWN E., CONDON E. et al;

Rapport National ENVEFF (enquête nationale sur les violences envers les femmes en France), population et sociétés, Janvier 2001, numéro 364

8-Enquête, Evénements de vie et santé, les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans

Bulletin de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), numéro 598, Septembre 2007

9- Pinar Ilkkaracan

Women and sexuality in muslim societies, Editions Women for women's human rights (WWHR) Istanbul2000

10-Amnesty international

Making violence against women count: facts and figures, sexual violence, press release, March 05/2004

11- FAYE DIEME M.E., TRAORE A.L., GUEYE S.M.K., et al

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction : Profil épidémioclinique et prise en charge des victimes d'abus sexuel à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar, période 2003-2005 Volume 37, numéro 4 pages 358-364 (juin 2008)

12-D. MBASSA MENICK,

Les abus sexuels en milieu scolaire au Cameroun : résultats d'une recherche-action à Yaoundé *Med Trop* 2002; **62** : 58-62

13-TRAORE AM.

Violences Sexuelles : Aspects cliniques en consultation gynécologique dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré à propos de 115 cas. Thèse de doctorat en médecine Bamako, 2001, pages 52-63

14-ANNE WAUGH, ALLISON GRANT

Anatomie et physiologie Normales et pathologiques. Editions Maloine ; 9eme Edition, Système de reproduction masculin : pages 448-51

15-LANSAC

Précis d'obstétrique, 3ème édition pages 347-440

16-EMMA CURTIS, CAMILLE SAN LAZARO

Appearance of the hymen in adolescents is not well documented, British Medical Journal, Feb 27, 1999

17-Calacs trois-rivières

Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel

En ligne site disponible sur www.calacs-tr.org, (page consultée le 2 août 2011)

18-Code pénal du Mali

LOI N° 01-079 DU 20 AOUT 2001

19-Université PARIS-VI Pierre et MarieCurie : Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière

Polycopié national de gynécologie ; chapitre 26 : prise en charge des victimes d'abus sexuel, pages 387-94

20-BUGS S.

Contraception, IVG, grossesse : question de l'IVG et les nouveaux croisés de l'ordre moral Grenoble: Édition Thot (2000). p.242.

21-CAZANAVE R.A., MILLOT C.

Réflexion et mise en place d'un cadre d'accueil pour enfants victimes d'abus sexuels à l'hôpital St-Vincent-de-Paul *Ann Fr Psychol* 2003 ; 105-10

22- FELDHAUS K.M.

Lifetime sexual assault prevalence rates and reporting practices in an emergency department population *Ann Emerg Med* 2000; **36**: 23–7.

23- RIGGS N.

Analysis of 1,076 cases of sexual assault *Ann Emerg Med* 2000; **35**: 358–62.

24- BOWYER L., DALTON M.E.

Female victims of rape and their genital injuries *Br J Obstet Gynaecol* 1997; **104**: 617–20

25- LAMBA H., MURPHY S.M.

Sexual assault and sexually transmitted infections: an updated review *Int J STD AIDS* 2000; **11**: 487–91.

26- CLAYDON E.

Rape and HIV *Int J STD & AIDS* 1991; **2**: 200–1

27-CROWE C.

A case of acute hepatitis B occurring four months after multiple rape *Int J STD AIDS* 1996; **7**: 133–4.

28-HOLMES M.M.

Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women *Am J Obstet Gynecol* 1996; **175**: 320–5

29- MBASSA M., NGOH F.

Séroprévalence de l'infection à VIH chez les enfants victimes d'abus sexuels au Cameroun *Med Trop* 2003 ; **63** : 155-8

30- BERGER D.

Violences sexuelles : conduite à tenir en présence d'une victime d'agression sexuelle. In: Mises à jour en gynécologie obstétrique ; Collège national des gynécologues et obstétriciens français Paris: Éditions Vigot (2000). 282–4.

31- JASPARD M.

Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France *Popul Soc* 2001 ; 364 : 1-4

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

Août 2009 Violence envers les femmes et les filles – Bilan combiné 2007 et 2008. En ligne site disponible sur www.kayfanm.net, (page consultée le 17 Août 2011)

ANNEXES

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

Dossier No /...../

A- Caractéristiques sociodémographiques

Q1-Age : 1- 2-7ans/...../ 2- 8-14ans/...../ 3- 15-25ans/...../ 4- 26-35ans/...../
5- 36-40ans/...../

Q2-Sexe

Q3-Adresse

Q4- Ethnie

Q5-Provenance : 1-Commune IV/...../ 2-Hors Commune IV/...../

Q6- Statut Matrimonial... 1-Célibataire/...../ 2-Mariée/...../ 3-Divorcée/...../

4-Veuve/...../

Q7-Profession : 1-Ménagère/...../ 2-Aide ménagère/...../

3-Elève/...../ 4-Etudiante/...../ 5-Autres/...../ 6- vendeuse/...../ 7- serveuse/...../

8-Autres à préciser.....

Q8- Antécédents Obstétricaux : 1-Nullipare/...../ 2-Primipare/...../ 3-Pauci
pare/...../

4-Multipare/...../

Les Circonstances de l'agression

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

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

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

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

Q11- Type de contact sexuel : 1- Génito-génitale /...../

2- Attouchement/...../ 3- Psychologique...Oui.../...../ Non.../...../ 4-Autres à préciser.....

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

Q13- Objet traumatisant.....1-Oui /...../si oui préciser la nature.....

2-Non /...../

Caractéristiques de l'agresseur et lien avec la victime

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

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

Q15-Lien avec la victime : 1- Un Proche de la famille/...../ 2- Enseignant/...../

3- Employeur/...../ 4- Aucun lien avec la victime/...../

5-Autres à préciser.....

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

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

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

Q17 Délai de consultation : 1- 0- 24Heures /...../ 2-1 à 7 jours/...../

3- 8 à 15 jours/...../ 4-plus de 15 jours.....

Q18-Etat psychologique à l'admission : 1-Agressivité/...../ 2-Peur/...../

3- Mutisme/...../ 4-Indifférence/...../

Q19- Etat des vêtements : 1- Déchirures/...../ 2- Traces de sang et/ ou de spermes/...../

3-Autres à préciser.....

Q20- Traumatismes génitaux : 1- Déchirures périnéales /...../ 2-Déchirures vulvopérinéales /.... / 3-Vaginales /..... / 4-Etat de l'hymen : Intact/...../ Lésions hyménales /..... /

Q21-Degré de sévérité de l'agression : 1-Modéré/...../ 2- Moyen/...../

3-Grave/...../

Q22- Examens biologiques : 1-Test des β HCG urinaires : Positif/...../ Négatif/...../

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

5-Autres examens.....

Q23-Aspects thérapeutiques :

Q23a-Traitement médical : 1-Contraception d'urgence/...../

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

Q23b-Traitement chirurgical : 1-Suture de déchirures périnéales /...../ 2-Suture de déchirures vulvopérinéales /...../ 3- Sutures de déchirures vaginales /...../

4-Autres à préciser.....

Q23c-Traitement psychologique /...../

Q24-Aspects juridiques : 1-Aucune poursuite judiciaire /...../

2-Poursuite judiciaire avec issue : Emprisonnement de : 1-5 ans /...../ 5-10 ans /...../ 10-20 ans /...../

Réclusion à perpétuité /...../ Interdiction de séjour de : 1-5 ans/..... / 5-10 ans /...../
10-20 ans /...../

3-Poursuite judiciaire sans issu /...../

Fiche signalétique

Nom : TRAORE

Prénom : Tènin

Titre de la Thèse : Aspect épidémiologique et judiciaire des agressions sexuelles au centre de santé de la commune IV du District de Bamako

Année universitaire : 2010-2011

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Secteurs d'intérêt : Gynécologie, Médecine légale, Santé publique

Résumé

C'est une étude rétrospective qui s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique au centre de santé de référence de la commune IV allant de Juillet 2007 à Avril 2010.

Notre étude avait pour but d'étudier la prévalence des agressions sexuelles au centre de santé de référence de la commune IV ; elle a porté sur 37 cas d'agressions sexuelles sur 1810 consultations gynécologiques soit une prévalence de 2%.

les patientes de la tranche d'âge de 2 à 7 ans ont été les plus représentées 37,8%, les célibataires ont représenté 37,9%, les élèves représentaient 48,6%, les patientes admises sur réquisition avec ou sans les parents prédominaient avec 43,25% ,au niveau des traumatismes génitaux les lésions vulvopérinéales étaient fréquentes 32,4% ; parmi les patientes reçues pour agression sexuelle 78,4% ont eu recours à des poursuites judiciaires, les contacts génito-génitaux étaient majoritaires avec 64,9% des cas ; l'acte était commis par un seul individu dans 89,2% des cas, un proche de la famille dans 5,4% des cas ; les patientes consultaient dans les 24 heures qui suivaient l'agression sexuelle dans 59,5% des cas.

Mots clés : agressions sexuelles, clinique, épidémiologie, judiciaire, commune IV

Certificat pour agression sexuelle

Je, soussigné(e), Dr
dans le Service de
Prête serment d'apporter mon concours à la Justice en mon honneur et conscience
et certifie avoir examiné le à
M....., né(e) le
en présence de
sur réquisition de, Officier de Police Judiciaire.

La victime dit :

Examen somatique :

Examen génital :

— vulve :

— Hymen :

Examen anal :

Il a été pratiqué des prélèvements

Conclusion :

le

Dr.....

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception. Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers les maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leurs estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure!!!