

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique



U.S.T.T-B

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année universitaire 2023-2024

THEME

Thèse N° : /

**LE PROFIL DE LA SURVIVANTE DE VIOLENCES SEXUELLES
BASEES SUR LE GENRE AU ONE STOP CENTER DE MOPTI DU 1^{er}
JANVIER 2022 AU 30 JUIN 2023**

Thèse :

Présentée et Soutenue publiquement le 28/ 11/2024 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

M. Ousmane KONEKEOU

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Mr BOCOUM Amadou, Maître de Conférences agrégé

Directeur : Mr TRAORE Soumana O, Maître de Conférences agrégé

Co-directeur : Mr COULIBALY Pierre, Maître de Recherche

Membres : Mr DOUMBIA Saleck, Gynécologue Obstétricien

Mr SISSOKO Abdoulaye, Maître de Conférences

DEDICACES **ET** **REMERCIEMENTS**

DEDICACES

Louange à DIEU, le clément, le miséricordieux, L'omniscient, l'omnipotent, le créateur du ciel et de la terre, lui qui m'a donné l'inspiration nécessaire pour mener à bien ce travail. Paix et salut sur le prophète MOHAMET (SAW) et tous ces compagnons. Je dédie ce travail :

A mon Père Mamadou Dédé KONEKEOU

Vous avez tout sacrifié afin de nous donner une éducation exemplaire. Votre présence à chaque étape de notre vie, votre ferme volonté de nous voir réussir et votre grand soutien, font de vous un père exemplaire. Le respect du prochain, l'amour du travail bien fait, l'humilité, l'honnêteté et la rigueur sont des vertus que j'ai apprises de vous. Votre apport, vos conseils, ont été considérable et capital pour la réussite de mes études. Nous ne trouverons jamais assez de mots pour vous exprimer notre affection. Que DIEU vous récompense et vous garde longtemps auprès de nous. Amin ! Cher père sachez que l'honneur de ce travail vous revient.

A ma mère Aminata KONEKEOU

Ce travail est le couronnement de votre souffrance et votre patience. Vous êtes unique maman, ni le temps, ni des mots, encore moins des phrases ne sauraient suffire pour vous traduire ma reconnaissance. Rien qu'en me donnant la vie, vous avez permis que je réalise ce rêve. Les valeurs morales, l'esprit de famille, le respect du mariage, donné sans rien attendre en retour, l'amour inconditionnel font de vous une mère exemplaire. Nous avons bénéficié auprès de vous toute la tendresse affectueuse qu'une mère doit à ses enfants. Merci infiniment pour les conseils, l'affection, l'amour indéfectible et tous ces sacrifices dont vous avez

toujours fait pour nous. Nous espérons être à la hauteur et ne jamais vous décevoir. Puisse DIEU vous garde longtemps à nos côtés, Amin !

A mes frères et sœurs : Sékou dit Dodo, Abdoulaye dit Tenguèlè, Youssouf, Sékou, Naye, Pamada, N'tesso, Bougué, Moukolo.

Le plaisir reste pour moi d'être issue de cette lignée fraternelle de prospérité des **KONEKEOU**. L'amour fraternel est le plus grand soutien que vous m'avez donné, soyez en remerciés. Puisse Dieu maintenir entre nous cet amour et cette complicité. Ce travail est aussi le vôtre.

A mon Grand-père et à mes Grand-mère : Feu Sékou KONEKEOU et Feue N'Tesso PAYANTAO et Feue Moukolo MAYENTAO

Les mots me manquent pour exprimer mes sentiments. Je n'oublierai jamais l'éducation de base que vous m'avez donnée et merci pour l'encouragement que m'avez fait. Jamais je ne vous oublierai. Votre apport m'a été capital. Vous êtes les clefs de ma réussite. Ce travail est le vôtre. Qu'ALLAH vous accorde la paix éternelle et une place dans son paradis. Amin

A mes tontons à mes tantes :

Veillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude pour tous les conseils et bénédictions que vous avez toujours formulés à mon égard. Ce travail est le fruit de vos sacrifices.

A mes cousins et cousines :

À travers ce travail, recevez mon profond respect et ma gratitude pour tous ce que vous avez consenti pour moi, pour tous les bons moments passés ensemble. Ces moments restent de très bons souvenirs et je vous en remercie.

A la famille Bah KONEKEOU(KOA), à la famille Boureima PAYANTAO(KOUAKOUROU), à la famille Boureima NIENTAO(KOUAKOUROU), à la famille Ali NIENTAO(MOPTI), à la famille Abdoulaye DICKO(BAMAKO)

Je ne saurais estimer l'assistance et l'affection dont j'ai bénéficié auprès de vous. Les mots me manquent pour vous témoigner de ma reconnaissance à l'égard de vos belles et généreuses familles. Malgré toutes ces années passées sous vos toits en aucun moment je me suis senti étranger chez vous. Recevez mes sincères remerciements pour ces années d'hospitalité sans faille.

REMERCIEMENTS

A mes enseignants du primaire, du secondaire et à tous mes maîtres de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako. Je suis fier d'avoir été votre élève, votre étudiant. Trouvez dans ce travail cher Maîtres, le témoignage de ma profonde gratitude et ma reconnaissance éternelle pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

Au personnel du service Gynécologie-Obstétrique :

A mes chers maîtres : Pr COULIBALY Pierre, Dr BAGAYOGO Nanko Seydou, Dr SARAMPO Amadou, Dr SAMASSEKOU Mama, Dr NIANGALY Hamadoun

Chers maîtres les mots me manquent pour vous témoigner toute ma gratitude. Grâce à vous, j'ai acquis la base de la gynécologie, vos conseils, vos staffs et cours d'enseignements m'ont été d'un apport inestimable. Merci pour la qualité de l'enseignement reçu.

Aux Sages-femmes et aux Infirmières du service de Gynéco-Obstétrique de l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti

C'est le lieu pour moi de vous témoigner toute ma gratitude, pour la bonne collaboration au service. Ça été un réel plaisir de travailler avec chacun de vous. Je vous souhaite plein de succès dans vos futurs projets.

A mes Aînés du service : Dr OUOLOGUEM Andialou, Dr SARAMPO Alassane, Dr WALET Fatoumata, Dr GANAME Mamoudou Larabou.

A mes Collègues Thésards du service : TOURE Alassane, DEMBELE Kalifa, NIENTAO Kassoum, TANGARA Souleymane, TRAORE Mahalmoudou, MAIGA Imadoudini, Merci pour la bonne collaboration et en souhaitant à chacun de vous, une très belle carrière médicale.

A mes Amis et Aînés de la FMOS : Dr TOGO Hamidou, Dr COULIBALY Drissa, Dr TRAORE Abdou, Dr DENSO Gaoussou, Dr DEMBELE Hamidou..... Merci pour vos soutiens et encouragements.

A Dr TESSOUGUE Boubacar et toute son Equipe de garde au CSREF de Kalaban-coro vous faites preuve d'une volonté et d'une facilité de transmission de vos connaissances. Merci pour la sympathie et la considération.

A mes amis d'enfance

En reconnaissance de vos soutiens tant inestimable.

A MAYENTAOU Boubacar Kansy votre soutien et votre amour ne m'ont jamais manqué. Ce travail est le vôtre et sachez que vous êtes un modèle pour moi.

A Tous ceux de près ou de loin, ayant contribué à la réalisation de ce travail et qui ne sont pas cités dans ce document, qu'ils trouvent ici l'expression de mes remerciements les plus sincères.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Amadou BOCOUM

- **Maître de conférences agrégé en Gynécologie Obstétrique à la FMOS,**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE,**
- **Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire d'échographie en Gynécologie et Obstétrique en France,**
- **Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire de cœlioscopie en Gynécologie en France,**
- **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie de l'Université Paris Descartes,**
- **Secrétaire général adjoint de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).**
- **Membre de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO)**

Cher maître ;

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de ce jury de thèse. Nous avons été fascinés par vos qualités humaines, scientifiques et pédagogiques. En témoignage de notre reconnaissance, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de notre profond respect, et nos sentiments les plus distingués. Puisse Allah vous accorder santé et longévité !

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Saleck DOUMBIA

- **Gynécologue-Obstétricien,**
- **Praticien hospitalier au CSREF CV,**
- **Détenteur d'un DU en VIH obtenu à la FMOS,**
- **Détenteur d'un Master en Colposcopie obtenu en Algérie,**
- **Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en Epidémiologie Biostatistique à l'institut Africaine de Santé Publique,**
- **Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en sénologie a la FMOS.**

Cher maître ;

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Vos qualités humaines et scientifiques ainsi que votre facilité d'abord font de vous un maître admiré de tous. Veuillez accepter cher maître l'expression de nos sincères remerciements. Qu'Allah vous accorde une longue vie !

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Abdoulaye SISSOKO

- **Maître de conférences en gynécologie obstétrique à la Fmos,**
- **Chef de service de Gynécologie Obstétrique de la Clinique périnatale Mohamed VI de Bamako,**
- **Ancien Interne des hôpitaux de Bamako,**
- **Médecin Militaire,**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO),**
- **Membre de la Société Malienne de Médecine Militaire (SOMAMeM)**
- **Past SEGAL Adjoint de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique(SAGO).**

Cher maître ;

C'est un honneur de vous compter parmi notre jury malgré vos multiples occupations.

Votre expertise dans le domaine permettra non seulement une évaluation objective de ce travail mais aussi une amélioration de sa qualité.

Trouvez ici, cher maitre le témoignage de notre très grande reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE

Professeur Pierre COULIBALY

- **Chef de service de Gynécologie Obstétrique à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti,**
- **Praticien hospitalier à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti,**
- **Maître de Recherches en Gynécologie Obstétrique à l'Hôpital Sominé Dolo de Mopti,**
- **Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Science de Santé (INFSS) de Mopti,**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO),**
- **Point focal de « One stop center » à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.**

Cher maître ;

Nous avons été touchés par la confiance et la sympathie avec lesquelles vous nous avez accueillis et confié ce travail. Vos qualités humaines et professionnelles jointes à votre compétence et votre disponibilité font de vous un maître admiré de tous et un exemple à suivre pour vos étudiants que nous sommes.

Nous avons trouvé en vous certes un maître mais aussi un scientifique soucieux de notre encadrement.

Veillez accepter ici cher maître, l'assurance de notre estime et profond respect.

Puisse Allah vous accorder santé et longévité !

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Soumana Oumar TRAORE

- **Maître de conférences agrégé en Gynécologie Obstétrique à la FMOS,**
- **Praticien hospitalier au centre de santé de Référence de la Commune V,**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO),**
- **Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009 ;**
- **Certifié en Programme Gesta International (PGI) de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC),**
- **Leader d'Opinion Local de la Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako.**

Cher maître,

Nous avons été émus par votre disponibilité, votre modestie, votre sens élevé de responsabilité, votre exactitude scientifique, vos qualités humaines et pédagogiques qui font de vous un modèle à suivre.

Soyez rassuré, cher maître de notre entière disponibilité et de notre profonde gratitude.

Puisse ALLAH vous accorder santé et longévité !

LISTES DES SYMBOLES, SIGLES ET ABREVIATIONS

AG : Assemblée Générale

ARV : Anti Retro Viral

AgHBS : Antigène de l'Hépatite B

BW : Bordet-Wassermann

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPN : Consultation Pré Natale

CPS/SS/DS/PF : Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé
Développement Social et Promotion de la Famille

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CS Réf : Centre de Santé de Référence

DDR : Date des Dernières Règles

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des
Statistiques

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

EDS : Enquête Démographique et de Santé

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

GBVIMS : Gender Based Violence Information Management System

HCG : Hormone Chorionique Gonadotrophine

INFSS : Institut National de Formation en Sciences de la Santé

INSTAT : Institut National de la Statistique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MGF : Mutilation Génitale féminine

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

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OGE : Organes Génitaux Externes

OGI : Organes Génitaux Internes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

OSC : One Stop Center

PEC : Prise En Charge

PF : Planification Familiale

PIDS : Prestataire de Détection d'Incidents et de Sécurité

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

PV : Prélèvement Vaginal

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SOGO : Société de Gynéco-Obstétrique du Burkina

VBG : Violence Basée sur le Genre

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Anatomie de l'appareil génital masculin	29
Figure 2 : Anatomie de la vulve	30
Figure 3 : Différents types d'hymen	35
Figure 4 : Certificat médico-légal d'agression sexuelle.....	61

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des survivantes selon l'âge	75
Tableau II : Répartition des survivantes selon l'adresse	76
Tableau III : Répartition des survivantes selon le statut matrimonial	76
Tableau IV : Répartition des survivantes selon la gestité	77
Tableau V : Répartition des survivantes selon la parité.....	77
Tableau VI : Répartition des survivantes selon la profession.....	78
Tableau VII : Répartition des survivantes selon le motif d'admission	78
Tableau VIII : Répartition des survivantes selon le document apporté en consultation.....	79
Tableau IX : Répartition des survivantes selon le contact sexuel.....	79
Tableau X : Répartition des survivantes selon le nombre de rapport sexuel pendant l'agression.....	80
Tableau XI : Répartition des survivantes selon la notion d'éjaculation	80
Tableau XII : Répartition des survivantes selon la connaissance de la DDR au moment de l'agression.....	81
Tableau XIII : Répartition des survivantes selon le délai de consultation.....	81
Tableau XIV : Répartition des survivantes selon le nombre d'agresseurs	82
Tableau XV : Répartition des survivantes selon la tranche d'heure au moment de déroulement des faits.....	82
Tableau XVI : Répartition des survivantes selon la présence de saignement génital	83
Tableau XVII : Répartition des survivantes selon la présence de leucorrhées ...	83
Tableau XVIII : Répartition des survivantes selon l'existence de lésion génitale	84
Tableau XIX : Répartition des survivantes selon l'état de l'hymen au moment de l'examen	84

Tableau XX : Répartition des survivantes selon le résultat de l'ECBU	85
Tableau XXI : Répartition des survivantes selon le résultat de test de grossesse à l'admission	85
Tableau XXII : Répartition des survivantes selon le résultat du prélèvement vaginal	86
Tableau XXIII : Répartition des survivantes selon la présence ou non de spermatozoïdes dans le prélèvement vaginal	86
Tableau XXIV : Répartition des survivantes selon le résultat de la sérologie VHB.....	87
Tableau XXV : Répartition des survivantes selon le résultat de l'échographie pelvienne.....	87
Tableau XXVI : Répartition des survivantes selon l'âge gestationnel à l'admission	88
Tableau XXVII : Répartition des survivantes selon le traitement médical curatif	88

TABLES DES MATIERES

1	INTRODUCTION :	23
1.1	Objectif général	26
1.2	Objectifs spécifiques	26
2	GENERALITES :	28
2.1	Rappels Anatomiques de l'appareil génital :	28
2.1.1	Appareil génital masculin :	28
2.1.2	Appareil génital féminin :	30
2.2	La défloration :	38
2.3	Le Coït :	38
2.4	Définitions des concepts et termes essentielles :	38
2.5	Classification des violences basées sur le genre :	40
2.6	CAUSES ET CONSEQUENCES [18]	41
2.6.1	Causes :	41
2.6.2	Conséquences :	42
2.7	Bases légales des agressions sexuelles : [21]	43
2.8	Revue sur la littérature	45
2.9	PROBLEMATIQUE	51
2.9.1	Approche axée sur les personnes survivantes :	51
2.9.2	Processus de la gestion des cas	52
2.10	PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE DES SURVIVANTES	52
2.10.1	Prise en charge psycho-sociale	52
2.10.2	Les responsabilités du secteur judiciaires sont les suivants	53

2.10.3	La prise en charge sécuritaire.....	55
2.10.4	Prise en charge médicale.....	56
3	METHODOLOGIE	63
3.1	Cadre d'étude et lieu d'étude :	63
3.1.1	Présentation générale de l'hôpital :	63
3.1.2	Présentation du service de Gynéco-Obstétrique :	65
3.2	Méthodes d'études.....	68
3.2.1	Type d'étude.....	68
3.2.2	Période d'étude.....	69
3.2.3	Population d'étude.....	69
3.2.4	Echantillonnage.....	69
3.2.5	Variables étudiées :	70
3.2.6	Traitement et analyse des données :.....	70
3.2.7	Considérations éthiques et déontologiques	70
3.2.8	Définitions opérationnelles des concepts :.....	72
4	RESULTATS :.....	75
4.1	Fréquence des violences sexuelles	75
4.2	Profil sociodémographique des survivantes :.....	75
4.3	Les aspects cliniques des survivant (es).....	79
4.4	Prises en charge holistique des survivantes	85
	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	90
5	COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	91
5.1	Les limites de l'étude	91

5.2	Description générale (fréquence) :	91
5.3	Le profil sociodémographique des survivantes.....	91
5.4	Etude clinique et para cliniques :	93
5.5	Prise en charge :	94
5.6	Assistance psychosociale et psychiatrique :.....	95
5.7	Assistance sécuritaire :.....	96
5.8	Assistance juridique :	96
	Conclusion :.....	98
	Recommandations :.....	99
	REFERENCES	100

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION :

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

La violence sexuelle est une expression englobant qui désigne « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avance de nature sexuelle dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition » (Organisation mondiale de la santé [2]. Le Code Pénal Français définit « le viol comme tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte ou surprise » [3].

Dans le monde, d'après le sondage Eurobaromètre, une femme européenne sur cinq a été, au moins une fois dans sa vie, victime de violence de son compagnon et 25% des crimes commis concernent un homme ayant agressé sa partenaire [4].

Les estimations de la prévalence des abus sexuels varient de 23,2% dans les pays à revenu élevé et de 24,6% dans la région du Pacifique occidental à 37,7% dans la région de l'Asie du Sud Est [5].

En Afrique du Sud, on estime qu'une femme est violée toutes les 83 secondes, sachant qu'un seul cas sur vingt sera rapporté à la police.

Au Zimbabwe, dans la province des Midlands, 25 % des femmes ont dit avoir été victimes de viol ou de tentative de viol par leur partenaire [6].

En Afrique du Sud le « South African Institute for Race Relations » affirme qu'en 2003, 147 femmes ont été violées par jour. La violence faite aux femmes dans le monde a conduit le 18 décembre 1979 à l'adoption de la convention sur

l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes par l'Assemblée des Nations Unis et entrée en vigueur en 1981 [7].

Dans la sous-région, plus particulièrement à Dakar(Sénégal) et à Bamako (Mali), des fréquences de 1,8% et 2% ont été rapportés par les auteurs [8, 9].

Au Mali, selon EDS VI (2018) [10], les femmes ayant subi des actes de violence sexuelle ou physique à un moment quelconque, 33 % ont été blessées. Au cours des 12 derniers mois, ce pourcentage atteint 41 %. Selon la même source, parmi les femmes qui ont subi des violences physiques ou sexuelles, 68 % n'ont jamais recherché d'aide et n'en ont jamais parlé à personne, 12 % n'ont jamais recherché d'aide mais en ont parlé à quelqu'un et seulement 19 % ont recherché de l'aide pour mettre fin à cette situation.

Selon l'étude de K. SIDIBE réalisé à l'unité One Stop Center du CSRéf de la commune V en 2021, les violences sexuelles ont représenté 3,36% des consultations aux urgences gynécologiques et 54,62% de l'ensemble des violences basées sur le genre (VBG) [11].

Selon l'étude de DIARRA M D réalisé au service de gynécologie de l'hôpital FOUSSEYNI DAO de Kayes en 2011, les violences sexuelles ont représenté 2,15% des consultations gynécologiques [12].

A ce jour, aucune étude n'a été faite sur les violences sexuelles basées sur le genre dans la région de Mopti, d'où l'idée d'initier ce travail au ONE STOP CENTER de l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti avec des objectifs ci-après :

OBJECTIFS

OBJECTIFS

1.1 Objectif général

- ❖ Contribuer à l'étude des violences sexuelles basées sur le genre à l'unité de « One Stop Center » à l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti.

1.2 Objectifs spécifiques

- ❖ Déterminer la fréquence des violences sexuelles à l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti ;
- ❖ Décrire le profil socio démographique des survivantes ;
- ❖ Décrire l'état clinique des survivantes à l'admission dans l'unité de « ONE STOPCENTER » ;
- ❖ Décrire la prise en charge des survivantes.

GENERALITES

2 GENERALITES :

2.1 Rappels Anatomiques de l'appareil génital :

2.1.1 Appareil génital masculin :

Le pénis est un organe érectile ayant une racine et un corps. Les deux colonnes cylindriques de tissu érectile sont 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 épididyme 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. [13]

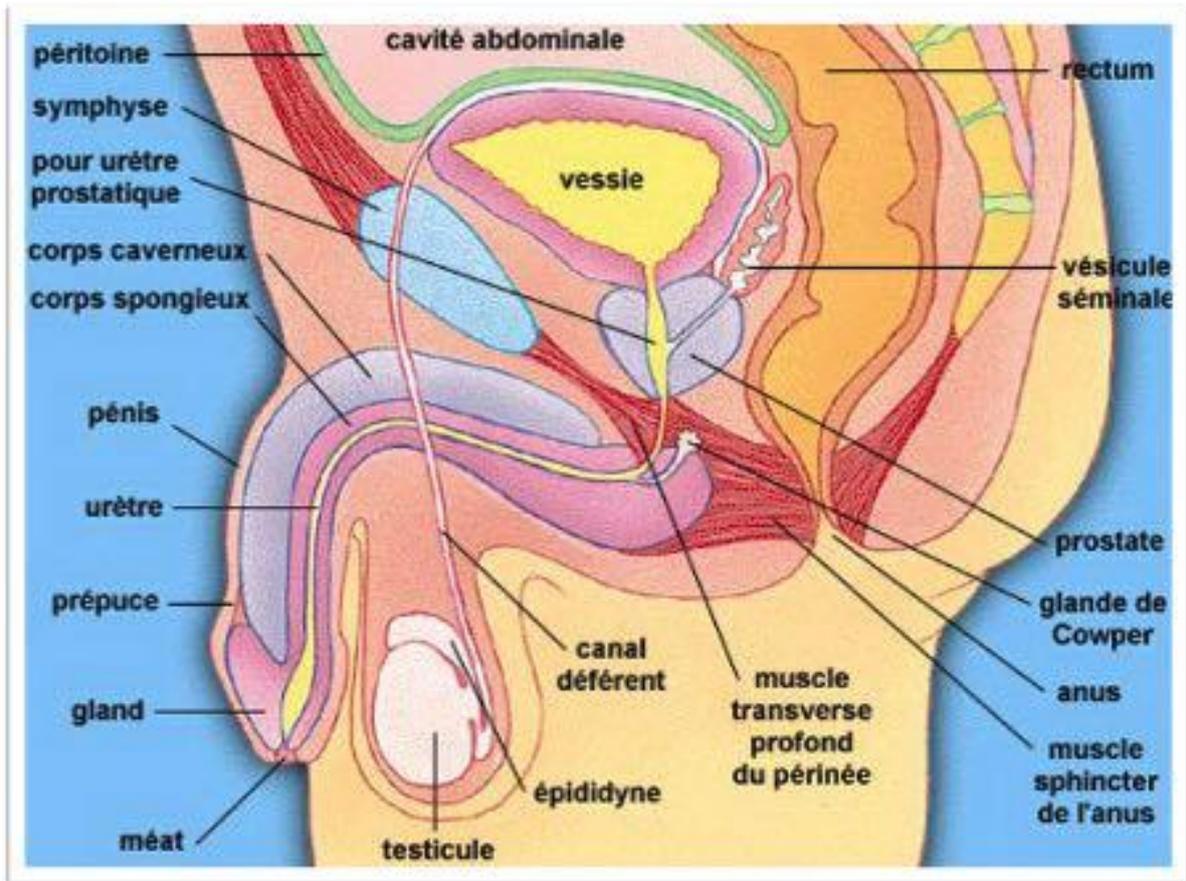


Figure 1 : Anatomie de l'appareil génital masculin

Source : Atlas d'anatomie de Pierre Kamina [14]

2.1.2 Appareil génital féminin : [15]

2.1.2.a.1 Organes génitaux externes :

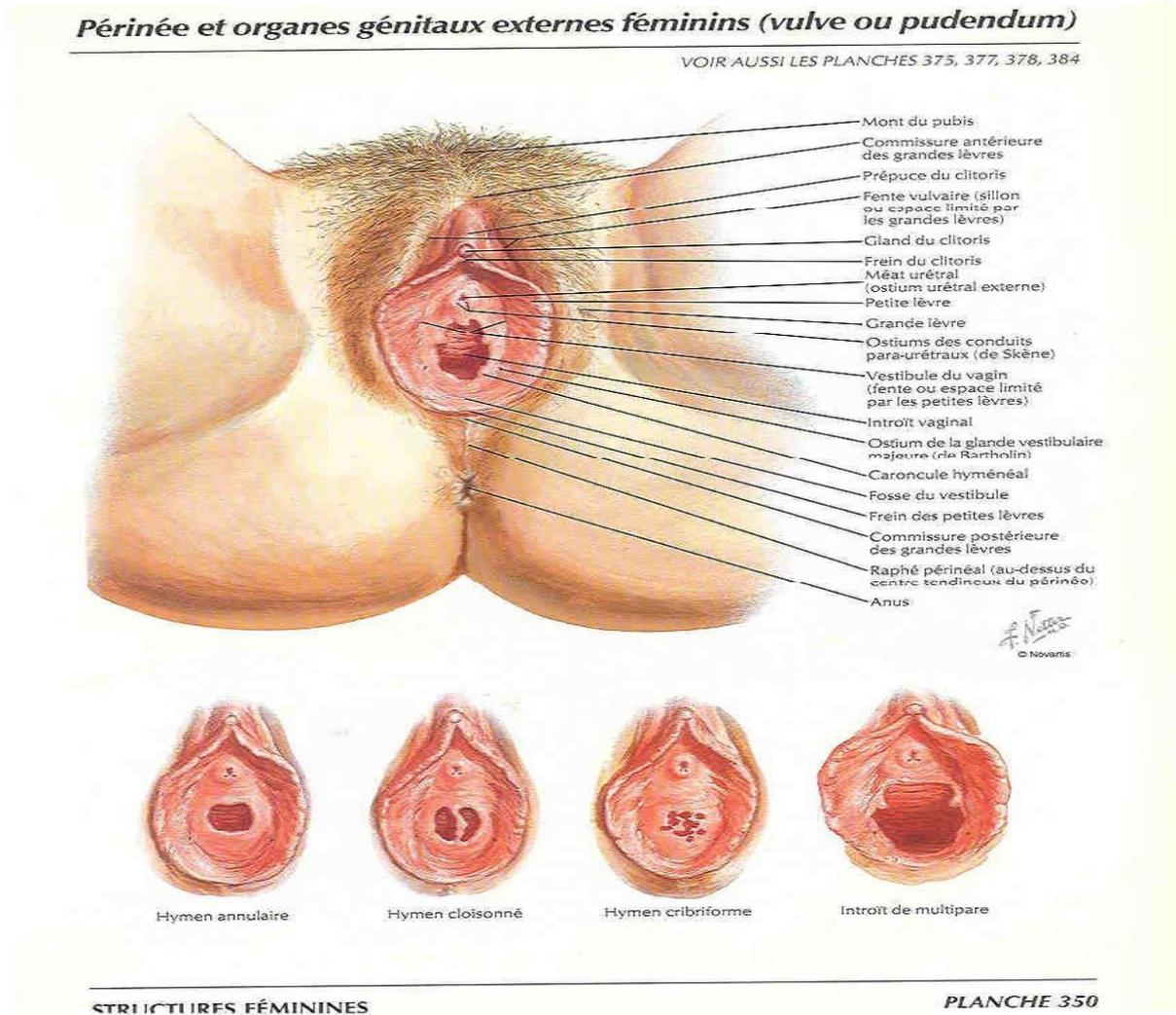


Figure 2 : Anatomie de la vulve

Source : Atlas d'anatomie de Pierre Kamina [14]

2.1.2.a.1.1 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).

2.1.2.a.1.1.1 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.

2.1.2.a.1.1.2 Les formations labiales:

❖ Les grandes lèvres :

Ce sont deux replis cutanés allongés transversalement du mont du pubis à la région péri anale. 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.

2.1.2.a.1.1.3 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, qui se place horizontalement quand le sujet est debout.

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

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

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

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

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

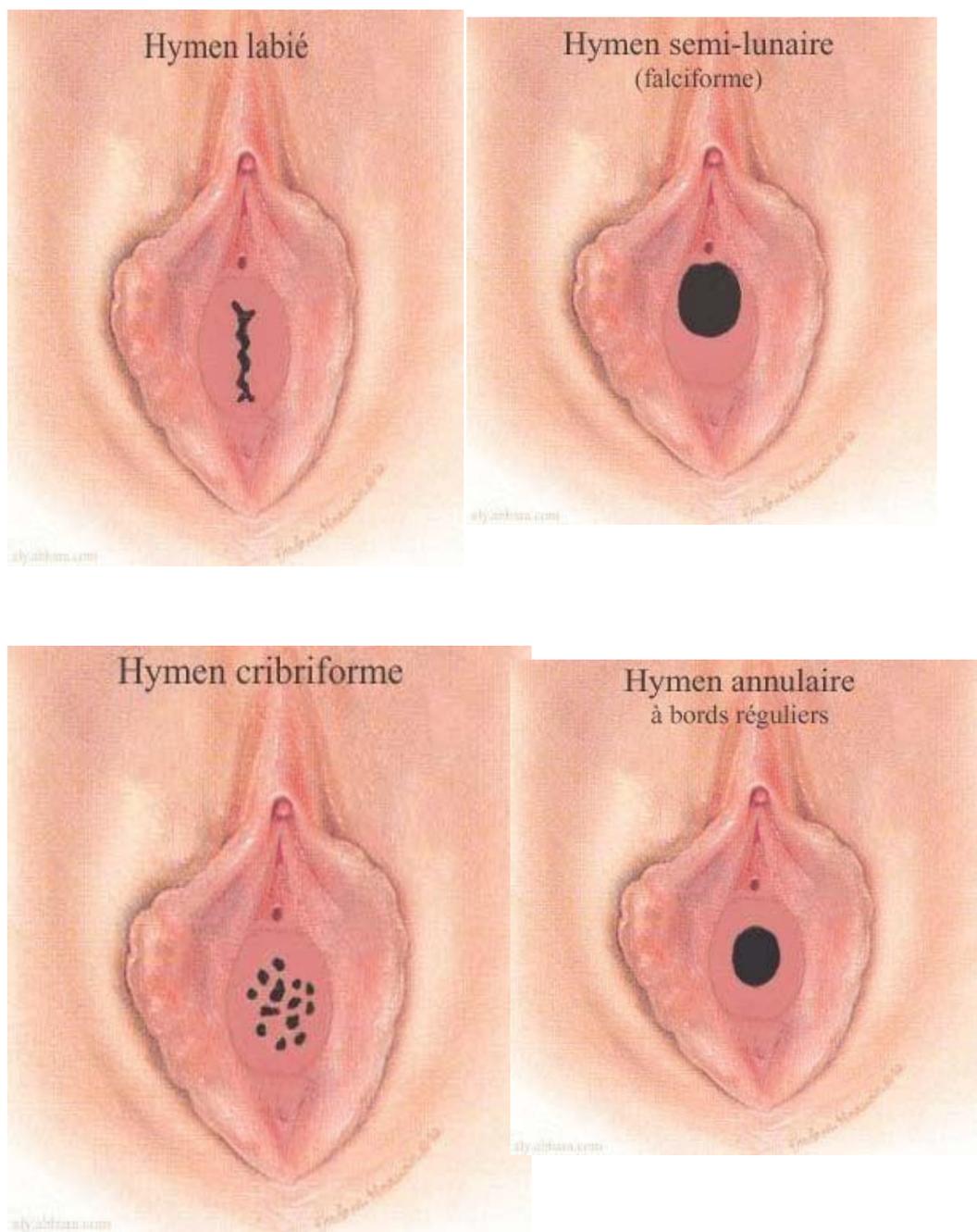


Figure 3 : Différents types d’hymen

Source : Atlas d’anatomie de Pierre Kamina [14]

2.1.2.a.2 Organes génitaux internes : [16]

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.

2.1.2.a.2.1 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 est en outre, une voie d'abord chirurgicale 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.

2.1.2.a.2.2 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. Ses 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.

2.1.2.a.2.3 Trompes utérines ou trompes de Fallope :

Les tubes utérins longs 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.

2.1.2.a.2.4 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 : les œstrogènes et la progestérone.

2.2 La défloration :

La défloration se définit comme la rupture de l'hymen par la pénétration du pénis dans la cavité vaginale [13].

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.

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

2.4 Définitions des concepts et termes essentielles :

- **Sexe :**

En biologie, le sexe est l'ensemble des traits biologiques observables qui permettent de différencier des organismes vivants dans le contexte de la reproduction. Le sexe est : biologique, universel, défini à la naissance, désigné par la nature, déterminé par la physiologie, difficile à changer.

- **Genre :**

Le genre est un concept sociologique désignant les "rapports sociaux de sexe" et de façon concrète, l'analyse des statuts, rôles sociaux, relations entre les hommes et les femmes dans une société donnée. Il non défini à la naissance, varie entre les sociétés et cultures, varie dans le temps et est changeable.

- **Survivantes** : sont considérées comme les personnes ayant été « victimes » de violences, ayant risqué la perte de leur vie et ayant gardé sur elles les séquelles d'actes de violence qu'elles ont subis.
- **Le viol** : est un acte de pénétration sexuelle par violence, contrainte, menace ou surprise. Il s'agit d'un acte pénal, donc puni par la loi.
- **La violence** : C'est l'utilisation de la force qui entraîne un préjudice d'ordre mental, social, émotionnel et/ou physique.
- **Violence sexuelle** : Selon l'OMS la violence sexuelle se définit comme suit : « Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire 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 » [2].
- **Violence basée sur le genre** : La violence basée sur le genre peut être définie comme étant un terme générique qui désigne tous les actes nuisibles commis contre la volonté d'une personne et qui s'appuie sur les différences attribuées par la société entre les hommes et les femmes. Tout acte de violence basé sur le genre qui résulte en, ou qui est de nature à causer du mal ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques aux femmes y compris des menaces à travers de tels actes, la coercition ou la privation arbitraire de la liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée (AG de l'ONU, 1993)[17].

2.5 Classification des violences basées sur le genre :

☐ Type 1 : Viol :

Pénétration vaginale, anale ou buccale sans consentement même superficielle, à l'aide du pénis ou d'une autre partie du corps. S'applique également à l'insertion d'un objet dans le vagin ou l'anus.

☐ Type 2 : Agression sexuelle :

Toute forme de contact sexuel sans consentement ne débouchant pas ou ne reposant pas sur un acte de pénétration. A savoir : les tentatives de viol, ainsi que les baisers, les caresses ; et les attouchements non désirés aux parties génitales ou aux fesses. Les Mutilation Génitale Féminine (MGF) sont un acte de violence qui lèse les organes sexuels ; elles devraient donc être classées dans la catégorie des agressions sexuelles.

Ce type d'incident n'englobe pas les viols qui consistent en un acte de pénétration.

☐ Type 3 : Agression physique :

Violence physique n'étant pas de nature sexuelle.

Exemples : coups, gifles, strangulation, coupures, bousculades, brûlures, tirs ou usage d'armes, l'attaque à l'acide ou tout autre acte occasionnant des douleurs, une gêne ou des blessures.

Ce type d'incident n'englobe pas les MGF.

☐ Type 4 : Mariage forcé / précoce :

Mariage d'une personne contre sa volonté. et mariage d'un enfant /mineur de moins de 18 ans.

□ **Type 5 : Déni de ressources, d'opportunités ou de services :**

Déni de l'accès légitime à des ressources/actifs économiques ou à des opportunités de subsistance, et à des services éducatifs, sanitaires ou autres services sociaux. Il y'a de déni de ressources, d'opportunités et de services, dans plusieurs cas :

- Lorsqu'on empêche à une veuve de recevoir un héritage, ou lorsque les revenus d'une personne sont confisqués de force par son compagnon intime ou un membre de sa famille,
- Lorsqu'une femme se voit interdire l'usage des moyens de contraception,
- Lorsqu'on empêche une fille d'aller à l'école, etc.

Les cas de pauvreté générale ne devraient pas être consignés.

□ **Type 6 : Violences psychologiques / émotionnelles :**

Elles couvrent, l'infliction de douleurs ou de blessures mentales ou émotionnelles. Entre autres : menaces de violence physique ou sexuelle, intimidation, humiliation, isolement forcé, poursuite, harcèlement verbal, attention non souhaitée, remarque, gestes ou écrit de nature sexuelle et/ou menaçant, destruction de biens précieux, etc. [18].

2.6 CAUSES ET CONSEQUENCES [18]

2.6.1 Causes :

Les Causes potentielles à mettre en exergue sont :

- ✓ Inégalité de genre,
- ✓ Asymétrie de pouvoir entre les hommes et les femmes ;
- ✓ Volonté de domination et de contrôle ;
- ✓ Manque de respect aux femmes ;

- ✓ Manque de respect aux droits humains ;
- ✓ Division des rôles dans la famille et dans la société ;
- ✓ Perte des valeurs et dissolution des solidarités familiales traditionnelles
- ✓ Pratiques culturelles et traditions ;
- ✓ Croyances religieuses ;
- ✓ Pauvreté ;
- ✓ Alcool,
- ✓ Drogue ;
- ✓ Législation et système judiciaire ;
- ✓ Impunité des agresseurs.

2.6.2 Conséquences :

La violence à l'égard des femmes influe sur leur santé et entraîne un coût humain et économique élevé, entrave le développement et peut également provoquer des déplacements de personnes. Elles peuvent aussi avoir des effets multiformes et destructeurs non seulement sur les survivantes mais aussi sur l'entourage de la victime, la communauté et la société toute entière quand bien même ils n'en constituent pas la cible intentionnelle.

2.6.2.a.1 Conséquences sur la santé physique :

Blessures, troubles gastro-intestinaux, fonction physique diminué, syndromes de douleurs chroniques, somatisation, invalidité, traumatismes physiques et la mort. Une étude américaine réalisée dans un service d'urgences a montré que sur 892 femmes ayant consulté pour agression sexuelle, 52% présentaient des lésions traumatiques physiques et 20% des lésions traumatiques anales ou génitales [19].

2.6.2.a.2 Conséquences psycho- sociale et sur la santé mentale :

Etat de stress post traumatique, dépression, troubles alimentaires, auto mutilation, troubles anxieux, abus de substances, troubles de sommeil, sentiment de honte, culpabilité, faible estime de soi, tentative suicidaire et suicide.

2.6.2.a.3 Conséquences sexuelles et sur la période de la grossesse :

Comportement sexuel à risque, infections transmises sexuellement et par le sang, VIH/Sida, grossesse non désirée, fausse couche, accouchement prématuré, dysfonctionnement sexuels, troubles gynécologiques, complications de grossesse, dépression post-partum [20].

2.7 Bases légales des agressions sexuelles : [21]

❖ 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 d'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 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 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 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 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 ascendants 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.

2.8 Revue sur la littérature

Dans le monde, 35% des femmes ont subi au moins une fois des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime, ou bien des violences sexuelles de la part d'une autre personne. Ce chiffre ne tient pas compte du harcèlement sexuel [22].

En 2018, une analyse des données sur l'incidence de ce phénomène dans 161 pays et zones entre 2000 et 2018, menée par l'OMS pour le compte du groupe de travail inter institutions des Nations Unies sur la violence à l'égard des femmes, a révélé que près d'une femme sur trois dans le monde (30 %) avait subi des violences physiques ou sexuelles au sein de son couple ou des violences

sexuelles infligées par une personne autre qu'un partenaire, ou avait connu les deux [23].

Plus d'un quart des femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont eu des relations de couple ont subi des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire au moins une fois dans leur vie (à partir de l'âge de 15 ans). Les estimations relatives à l'incidence de la violence tout au long de la vie au sein du couple vont de 20 % dans le Pacifique occidental, de 22 % dans les pays à revenu élevé et en Europe et de 25 % dans la Région OMS des Amériques à 33 % dans la Région africaine de l'OMS, 31 % dans la Région OMS de la Méditerranée orientale et 33 % dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est [24].

En France, les violences conjugales ont augmenté de 10% sur l'année 2020, selon le ministère de l'Intérieur. Environ 87% des victimes de violences conjugales sont des femmes.

Chaque année, plus de 210 000 femmes sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex conjoint, selon la Fondation des Femmes.

En 2019, selon les chiffres Nous Toutes, 152 femmes sont mortes tuées par leur conjoint ou ex-conjoint en France [25].

Au Burkina Faso, Les filles sont également les plus grandes victimes de mariage forcé, précoce et d'harcèlement sexuel. Selon les statistiques de 2011, 1164 filles ont été victimes de mariages forcés et 266 filles victimes de mariages précoces. Les filles du milieu rural sont les plus touchées par les mariages précoces : 77,3% de la jeunesse féminine rurale contre 70% pour l'ensemble des jeunes filles. Les enquêtes statistiques de 2010 à 2013, font état de 565 filles scolarisées victimes de mariages forcés [26]. Au niveau de la clinique juridique de l'AFJ/BF. De 2018 à 2019, près de 795 cas de VBG ont été enregistrés avec

de plus en plus de cas de viols et de grossesses non désirés surtout de jeunes filles de 13 à 17 ans. Ces sources montrent une recrudescence surtout des violences faites aux filles et aux femmes. Par ailleurs, la région Centre-Nord enregistre une forte prévalence des violences basées sur le genre (VBG) sous toutes leurs formes [27]. A titre d'exemple, la prévalence des violences domestiques est estimée à 20%, et 63% des femmes ont été mariées avant 18 ans (contre 52% au niveau National) [28]. En conséquence des mariages précoces, le taux de grossesses enregistrées chez les adolescentes âgées de 13 à 17 ans reste élevé. Selon une étude réalisée par la Société de Gynécologues et Obstétriciens du Burkina (SOGOB), sur 23 764 grossesses enregistrées, 797 soit 3,4% étaient des adolescentes âgées de 13 à 17 ans. Cette étude a également montré que 27,7% des grossesses ont abouti à un accouchement dystocique et 12,9% des grossesses se sont terminées par un avortement. Il ressort de cette étude que le taux de mortalité maternelle chez les adolescentes était de 1786 décès pour 100 000 naissances vivantes dépassant largement le ratio national qui est de 135 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2016. Parmi les 652 grossesses qui ont abouti à un accouchement, on notait 90 cas problématiques soit (13,8%) accouchements prématurés et 54 (83%) mort à la naissance. Ladite étude a ainsi abouti à la conclusion selon laquelle « la grossesse chez les adolescentes a été fréquente et de mauvais pronostic [29].

Au Niger, La maltraitance psychologique/émotionnelle, le viol, les agressions sexuelles, les agressions physiques, le mariage forcé et le déni de ressource, d'opportunité ou de service sont des phénomènes courants au Niger. Les femmes sont victimes de nombreuses violences, sur- tout physiques (43 %), sexuelles (28,3 %), de mariages précoces ou forcés (4,8 %), de non-accès à ses propres ressources (6,6 %) et d'insultes (17,1 %) [30].

Selon « l'étude sur l'ampleur et les déterminants des Violences Basées sur le Genre au Niger » (2015), le taux de prévalence des violences tout type et tout sexe confondu est de 53 %. La prévalence nationale des VBG est de 28,4 %. Derrière ce taux qui est une moyenne, se cache ceux des enfants et des femmes, beaucoup plus élevés. En effet, 63 % des enfants du Niger subissent au moins un des types de violences citées plus haut. Le taux de prévalence au sein de la population féminine est de 60 % [31].

Au Mali, 20% de fillettes entrent en union avant l'âge de 15 ans et 50% des jeunes filles entrent en union avant l'âge de 18 ans. 44% de femmes sont victimes de violence domestique. 84 % des filles de 0-14 ans ont déjà subi l'excision (Nord non inclus) [32].

Au cours de l'année 2016, le nombre total des cas de VBG rapporté est de 2 164 dont 99% des survivants sont des femmes et filles. Les types de VBG rapportés incluent les violences sexuelles (35%) dont 8% de cas de viols et 29% de cas d'agressions sexuelles, les agressions physiques (29%), les violences psychologiques et émotionnelles et autres (16%).

De janvier à décembre 2018, 3.330 types de violence dont 2965 cas de VBG ont été rapportés directement par le système de gestion de l'information sur les VBG39 dont 59 % sont des cas de violences sexuelles (parmi lesquels près de 41 % sont des cas d'agressions sexuelles et 18 % de viol avec pénétration, 14 % d'agressions physiques, 12 % de dénis de ressources, 9 % de violences psychologiques et 6 % de mariages forcés.

Il a été noté qu'entre janvier et décembre 2021, 9540 cas de VBG ont été rapportés par les acteurs du GBVIMS, contre 6605 cas rapportés à la même période en 2020, soit une augmentation de 44%. Cette augmentation se caractérise par des viols récurrents ou même des cas des viols collectifs lors de

déplacements de la population, lors de la collecte d'eau ou la recherche du combustible autour de sites de prestataires de détection d'incidents de sécurité (PDIS).

Selon les données rapportées, la région du centre notamment Mopti enregistre plus de cas documentés soit 28% du nombre total des cas rapportés. Les violences sexuelles sont les cas les plus rapportés dans la région soit 48% des incidents dont 31% de viol. 99% des personnes survivantes enregistrées dans la région sont des femmes dont 62% sont des filles de moins de 18 ans et 1% sont des garçons.

En second lieu vient la région de Gao y compris Ménaka, 18% du nombre total d'incidents de 2021 y ont été documentés. 37% des cas sont des cas de violences sexuelles dont 26% de viol, soit les cas les plus rapportés suivis des dénis de ressources représentant 31% des incidents pour la région. 99% des cas sont des femmes dont 29% sont des filles. 1% sont des garçons. La région de Tombouctou, enregistre 16% d'incidents enregistrés ; à l'instar des autres régions, les violences sexuelles demeurent les cas les plus rapportés dans la région soit 30% des cas dont 17% de viol. 29% sont des cas de violence psychologique ; 24% sont des cas de déni de ressource. 100% des survivantes sont des femmes dont 33% sont des filles de moins de 18 ans.

Du fait de la forte disponibilité des services de VBG, mais également de leurs facilités d'accès, et aussi du nombre croissant de cas référés vers les services de Bamako, le district enregistre 33% du nombre total d'incidents.

Concernant les types de VBG rapportés en 2021, les violences sexuelles demeurent les cas les plus documentés soit 39% d'incidents dont 24% sont des cas de viols/pénétration.

Les violences physiques et les situations de déni de ressources, d'opportunités ou services viennent en seconde position et représentent chacun 18% d'incidents. Enfin, les violences psychologiques représentent 13% et les mariages forcés/précoces 12%.

Les filles de moins de 18 ans demeurent la couche la plus exposée aux incidents de VBG. En effet, 98% des personnes survivantes sont des femmes dont 51% sont des filles de moins de 18 ans. Les hommes représentent 2% des cas avec 1,28% des cas concernant les garçons de moins de 18 ans. Selon les données rapportées, 3% à 11% des personnes survivantes de violences sexuelles et de violences physiques déclarent avoir été victimes d'incidents similaires par le passé. De plus, 14% des personnes survivantes sont des femmes et filles en situation d'handicap. Une analyse de données secondaires auprès des centres de santé y compris les One Stop Center, révèle qu'environ 1,6% des personnes survivantes de viol seraient positives au test du VIH-Sida.

Les données statistiques produites par le Système d'Information sur les Violences Basées sur le genre dénommé Gender Based Violence Information Management System (GBVIMS) de 2021, montrent une prédominance des violences sexuelles (38 %) suivie des agressions physiques dont 20 % en sont victimes. Il faut noter que 23 % des violences sexuelles sont des cas de viol/pénétration et 15 % sont des agressions sexuelles. Les dénis de ressources représentent 15% de cas de VBG et le mariage d'enfants 10 %. En 2021, les statistiques montrent une réduction des cas de violence sexuelle de 3 %, la prévalence ayant passé de 23 % en 2020 à 20 % en 2021. Cependant, les cas d'agression sexuelle sont passés de 15 % en 2020 à 34 % en 2021. La même tendance à la hausse se poursuit pour les cas de violence physique qui se sont accrus, allant de 20 % en 2020 à 27 % en 2021, soit un taux d'augmentation de 7%. Entre 2020 et 2021, le taux de mariage d'enfants est resté constant (10%).

Le déni de ressources, d'opportunités ou de services a connu aussi une augmentation de 6 %. De 12% en 2020, il est passé à 18 % en 2021.

Seules les violences psychologiques/émotionnelles ont connu une baisse significative passant de 20 % en 2020 à 11 % en 2021 [33].

2.9 PROBLEMATIQUE

2.9.1 Approche axée sur les personnes survivantes :

- Il s'agit ici de découvrir « comment » les modalités de prise en charge des cas
- Il a lieu de tenir compte du fait que l'expérience de la violence a dépouillé les personnes survivantes de leur dignité, les a privées de tout contrôle sur leur vie et les a rendues méfiantes à l'égard des relations.
- La relation avec les personnes survivantes devient un espace propice à la guérison et l'autonomisation.
- Il convient de l'aider à se procurer d'une sécurité émotionnelle et physique, à renforcer leur confiance et à les aider à reprendre leur vie en main.
- Autonomisation : C'est de promouvoir une politique d'aide à décision au sujet de leur vie. Elle passe par la restauration de leur sens du pouvoir et le contrôle sur leur vie, en leur donnant des informations et un accès à des ressources, ainsi qu'en les laissant faire leurs propres choix.
- Responsabilité : Il s'agit de maintenir un haut niveau de prise en charge et de proposer des services de qualité aux personnes survivantes. En respectant les principes suivants : La sécurité la confidentialité, le respect des droits des souhaits et des opinions et la non-discrimination [19].

2.9.2 Processus de la gestion des cas

La gestion de cas est un mode de prestation de services selon lequel le prestataire évalue les besoins du bénéficiaire organise, coordonne, supervise et défend des multiples services aptes à répondre à ses besoins, afin d'encourager le rétablissement de la personne survivante.

La prise en charge de VBG suit un processus à travers lequel certaines institutions travaillent en synergie ou en interdépendance. Dans le cadre de cette recherche, la collaboration entre institutions contre les VBG peut être analysée à quatre niveaux : la prise en charge psycho-sociale des victimes, la prise en charge médicale, sécuritaire et judiciaire. Ces quatre formes de collaboration dépendent de la disponibilité et de la capacité d'intervention immédiate de l'équipe de One Stop Center.

La gestion des cas de VBG comporte 7 étapes qui sont [34] :

- Étape 1 : Bienvenue et présentation
- Étape 2 : Évaluation initiale
- Étape 3 : Élaboration du plan d'action
- Étape 4 : Mise en œuvre du plan d'action
- Étape 5 : Suivi du plan d'action
- Étape 6 : Clôture le dossier
- Étape 7 : Évaluation

2.10 PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE DES SURVIVANTES

2.10.1 Prise en charge psycho-sociale

Le soutien psychosocial est essentiel pour les personnes survivantes à se sentir immédiatement à donner un sens à leur expérience, à réaffirmer leurs droits et à atténuer les sentiments de culpabilités :

- ✓ Accueillir, écouter, rassurer, compatir, informer, sur les droits et les services disponibles, orienter les survivants à d'autres services avec le consentement éclairé de la personne survivante ;
- ✓ Fournir un soutien psychologique gratuit ;
- ✓ Ecouter attentivement en faisant preuves d'empathie ;
- ✓ Ecouter sans douter ou porter un jugement sur les survivants ;
- ✓ Etablir un diagnostic psychosocial initial ;
- ✓ Evaluer les besoins des survivants et développer un plan d'action pour y répondre ;
- ✓ Mettre en œuvre le plan d'action jusqu'au rétablissement des survivants ;
- ✓ Faciliter aux survivants l'accès à d'autres services ;
- ✓ Suivre et évaluer les résultats obtenus dans le plan d'action ;
- ✓ Arrêt de la prise en charge psychosociale

2.10.2 Les responsabilités du secteur judiciaires sont les suivants

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

- ✓ Évaluer la sécurité et définir une stratégie de protection ;
- ✓ Fournir une sécurité conforme aux besoins ;
- ✓ Plaider en faveur de l'application et du respect des instruments nationaux et internationaux ;
- ✓ Assurer l'accès à un refuge sûr au sein de la communauté ;

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

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

2.10.3 La prise en charge sécuritaire

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

- ✓ Accueillir, écouter, rassurer, compatir, informer, sur les droits et les services disponibles, orienter les survivants à d'autres services avec le consentement éclairé de la personne survivante ;
- ✓ Relocaliser vers une maison sécurisée si sa sécurité est en danger
- ✓ Evaluer le risque de sécurité que court la personne survivante et sa famille ou la personne témoin qui l'accompagne
- ✓ Planifier la sécurité avec la survivante afin de réduire le risque de préjudice de la part de l'auteur de la VBG, les membres de sa famille ou de sa communauté ;
- ✓ Assurer la sécurité avec une protection physique si nécessaire ;
- ✓ Evaluer le risque de suicide chez la survivante ;

- ✓ Etablir un plan pour renforcer la sécurité de la survivante au sein de la famille et la communauté ;
- ✓ Offrir aux survivants une assistance juridique (information sur les procédures et leur fonctionnement) et conduire une enquête si besoin.

2.10.4 Prise en charge médicale

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

participer à la prise en charge des victimes. D'autre part la victime peut se rendre elle-même dans les structures de « One Stop Center ». Cette étape du processus est sanctionnée par un certificat médical avant que le dossier ne soit acheminé aux services de la police, de la gendarmerie ou au tribunal. Seulement faut-il constater que ce certificat médical qui est une obligation en cas de viol ou d'agressions sexuelles, dont la crédibilité est garantie. En plus, les victimes rencontrées sont prises en charge à 100%. C'est à ce stade du processus où réside toute l'importance du rôle des One Stop Center qui se saisissent du dossier et constituent l'interface entre les survivants et les tribunaux afin de suivre les cas jusqu'à la décision de justice. L'assistance des victimes de VBG dans le suivi des dossiers est assurée. Le travail en synergie entre services impliqués dans les stratégies de prévention et de prise en charge des VBG est plus que nécessaire [2].

La prise en charge clinique des cas :

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

- Examens cliniques : dès leur arrivée les consultations médicales sont faites pour évaluer l'état physique et les plaies dans les différentes parties du corps à afin de procéder à la réparation de certains cas ; s'il n'y'a pas de gravité de la plaie. Des analyses à la recherche des preuves médico-légales qui sont :
- Examens complémentaires : ECBU, BW, prélèvements vaginaux, échographie pelvienne.
- En cas de grossesse les suivis seront assurés par les Sages-femmes du OSC jusqu'à l'accouchement. Les bébés sont examinés par les pédiatres pour les prises en charge immédiats des nouveau-nés et des soins aux nouveau-nés.

- Prévention des infections et/ou des grossesses ou kits post viol : Donner les pilules du lendemain, réalisation d'un test de grossesse, test IST, vaccinés contre les tétanos, traitement IST, puis on donne des ARV.
- Traitement : les anti inflammatoires, antispasmodiques, antalgiques ; des ARV, des Bétadine dermiques, des compresses en cas de plaies etc.

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

République démocratique du Congo

CERTIFICAT MÉDICO-LÉGAL D'AGRESSION SEXUELLE

Document Confidentiel

Date de l'examen / / à _____ heures		Lieu de l'examen :	
A. INFORMATION SUR LE / LA PATIENT(E)			
1. Nom		3. Prénom (s)	
2. Post-nom		5. Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
4. Adresse		8. Lieu de naissance <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
6. Date de naissance / / <input type="checkbox"/> Ne sait pas		7. Âge (déclaré par le / la patient(e)) <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
9. Etat civil <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf / Veuve <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Non applicable			
Noter: Si le patient est de sexe masculin, sauter jusqu'à la question numéro 14.			
10. Date des dernières règles / / <input type="checkbox"/> Non réglée <input type="checkbox"/> Ménopausée <input type="checkbox"/> Ne sait pas			
11. Nombre de grossesses		12. Nombre de naissances vivantes	
		13. Actuellement enceinte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
14. Le / la patient(e) a eu un rapport sexuel consenti au cours des 7 jours qui ont précédé la date de l'examen <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si « Oui », expliquer :</i>			
15. Le / la patient(e) a subi des blessures anales / génitales, opérations, procédures diagnostiques ou traitement médical au cours des 80 jours qui ont précédé l'agression, susceptibles d'affecter l'interprétation du présent examen médical <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si « Oui », expliquer :</i>			
16. La date et l'heure de l'agression / / : : <input type="checkbox"/> Ne sait pas		17. Lieu de l'agression <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
18. Utilisation de force, de menaces ou d'armes (cocher tout ce qui s'applique) <input type="checkbox"/> Force physique <input type="checkbox"/> Armes <input type="checkbox"/> Menaces contre le / la patient(e) <input type="checkbox"/> Menaces contre tiers <input type="checkbox"/> Pas de force <input type="checkbox"/> Ne sait pas			
19. Type de force / armes (cocher tout ce qui s'applique) <input type="checkbox"/> Bâtons <input type="checkbox"/> Couteaux <input type="checkbox"/> Bandeau <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Autre (tel que la nudité forcée, la suspension, la torture électrique, sémoiçage ou participation dans la torture des autres, etc.) : _____ <input type="checkbox"/> Pistolets <input type="checkbox"/> Contraintes <input type="checkbox"/> Bâillon <input type="checkbox"/> Pieds			
20. Intoxication chimique involontaire du / de la patient(e) (cocher tout ce qui s'applique) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Drogues <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Autre : _____			
B. INFORMATION SUR LE(S) SUSPECT(S)			
1. Nombre de suspects <input type="checkbox"/> Un (1) <input type="checkbox"/> Deux (2) <input type="checkbox"/> Trois (3) <input type="checkbox"/> Plus de trois <i>Si « plus de trois », préciser le nombre : _____</i> <input type="checkbox"/> Ne sait pas			
<i>Premier Suspect: répondre aux questions 2 à 6</i>		<i>Deuxième Suspect: répondre aux questions 7 à 11</i>	
2. Relation entre le suspect et le / la patient(e) <input type="checkbox"/> Connaissance <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Étranger <input type="checkbox"/> Partenaire intime / Ex-partenaire <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Autre : _____		7. Relation entre le suspect et le / la patient(e) <input type="checkbox"/> Connaissance <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Étranger <input type="checkbox"/> Partenaire intime / Ex-partenaire <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Autre : _____	
3. Sexe du suspect <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Ne sait pas		8. Sexe du suspect <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
4. Âge approximatif du suspect <input type="checkbox"/> Ne sait pas		9. Âge approximatif du suspect <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
5. Le suspect est un: <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Policier <input type="checkbox"/> Militaire <input type="checkbox"/> Militia <input type="checkbox"/> Ne sait pas		10. Le suspect est un: <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Policier <input type="checkbox"/> Militaire <input type="checkbox"/> Militia <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
6. Langue(s) parlée(s) par le suspect <input type="checkbox"/> Ne sait pas		11. Langue(s) parlée(s) par le suspect <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
Si trois suspects ou plus, compléter la question 12.			
12. Décrire les suspects en détail (préciser leur relation avec le / la patient(e), leur sexe, leur âge approximatif, si les suspects sont des policiers / militaires / rebelles, la langue parlée, etc.) : _____			
Nom du clinicien _____		NPC.N.O.M. _____	
Signature du clinicien _____		Date / /	

CERTIFICAT MÉDICO-LÉGAL D'AGRESSION SEXUELLE (suite)

C. RÉSUMÉ DES ACTES DÉCRITS PAR LE / LA PATIENT(E)					
1. Pénétration de l'appareil génital féminin par :	Oui	Non	Tenté	Ne sait pas	Commentaires :
a. le pénis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. le(s) doigt(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. corps étranger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Pénétration de l'anus par :	Oui	Non	Tenté	Ne sait pas	Commentaires :
a. le pénis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. le(s) doigt(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. corps étranger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Contact oral avec l'appareil génital	Oui	Non	Tenté	Ne sait pas	Commentaires :
a. du suspect sur le / la patient(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. d'un tiers sur le / la patient(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. du / de la patient(e) sur le suspect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. du / de la patient(e) sur un tiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Contact oral avec la sphère anale :	Oui	Non	Tenté	Ne sait pas	Commentaires :
a. du suspect sur le / la patient(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. d'un tiers sur le / la patient(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. du / de la patient(e) sur le suspect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. du / de la patient(e) sur un tiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Attouchement des organes génitaux :	Oui	Non	Tenté	Ne sait pas	Commentaires :
a. du suspect sur le / la patient(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. d'un tiers sur le / la patient(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. du / de la patient(e) sur le suspect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. du / de la patient(e) sur un tiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e. du / de la patient(e) sur lui- / elle-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Y a-t-il eu éjaculation :	Oui	Non		Ne sait pas	Commentaires :
a. à l'intérieur des orifices du / de la patient(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
b. à l'extérieur des orifices du / de la patient(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
c. préciser la localisation de l'éjaculation :	_____				
D. HYGIÈNE POST-AGRESSION DU / DE LA PATIENT(E)					
1. Après l'agression, le / la patient(e) (cocher tout ce qui s'applique)					
<input type="checkbox"/> a mangé <input type="checkbox"/> a bu <input type="checkbox"/> s'est brossé(e) les dents <input type="checkbox"/> s'est douché(e) <input type="checkbox"/> a pris un bain <input type="checkbox"/> a uriné <input type="checkbox"/> a changé d'habits					
E. RÉSUMÉ DES DÉCLARATIONS DU / DE LA PATIENT(E)					
Résumer les éléments clés de l'agression selon le / la patient(e) (si nécessaire, ajouter des pages additionnelles contenant le récit du / de la patient(e) de préférence sous forme de vidéos) :					

F. EXAMEN PHYSIQUE GÉNÉRAL DU / DE LA PATIENT(E)					
1. Tension artérielle (mmHg)	2. Pouls (battements/min)	3. Respiration (cycles/min)	4. Température (Celsius)	5. Poids (kg)	6. Taille (cm)
/					
7. Le comportement et l'état psychologique (cocher tout ce qui s'applique)					
<input type="checkbox"/> Peureux / peureuse <input type="checkbox"/> Renfermé(e) <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Honteux / honteuse <input type="checkbox"/> État psychique altéré <input type="checkbox"/> Flahé(e) <input type="checkbox"/> Choqué(e) <input type="checkbox"/> En pleurs <input type="checkbox"/> Muette(s) <input type="checkbox"/> Anxieux					
SE RAPPELER DE: RAMASSER LES PREUVES (sécrétions humides et séchées, taches, vêtements et objets étrangers du corps du / de la patient(e) ; D'UTILISER LE KIT DE VIOLENCES (si disponible) ET LE FORMULAIRE DE LA CHAÎNE DE TRAÇABILITÉ ; ET DE PRENDRE DES PHOTOS					
Nom du clinicien _____			NPC.N.O.M. _____		
Signature du clinicien _____			Date _____ / _____ / _____		

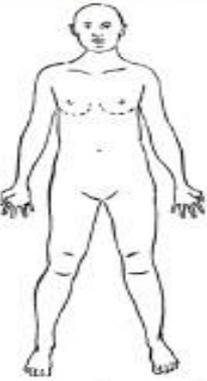
CERTIFICAT MÉDICO-LÉGAL D'AGRESSION SEXUELLE (suite)

F. EXAMEN PHYSIQUE GÉNÉRAL DU / DE LA PATIENT(E) (suite)

Légende des éléments observés et / ou trouvés

A Abrasion	AB Autre blessure (décrite)	AC Autre corps étranger (décrite)	BB Blessure par balle	BÉ Brûlure étranger	D Débris	DF Déformation	EC Ecchymose (bleu)	EN Enflure
F Fibres (y compris cheveux et poils)	I Incision	L Lacération	M Morsure	R Érythème (rougeur)	S Sensibilité (y compris douleur)	SH Sécrétion humide	SS Sécrétion sèche	V Végétation (y compris terre, saletés)

Numéroter chaque blessure / élément trouvé sur les schémas ci-dessous.
Dans le tableau situé à droite des schémas, noter le numéro avec l'abréviation correspondant à l'élément observé ou trouvé.

		Localisation sur le corps	Éléments observés et / ou trouvés	Commentaires

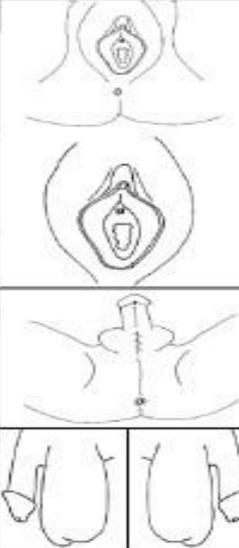
G. EXAMEN GÉNITAL (FÉMININ)

Utiliser la légende figurant en haut de page pour identifier et localiser sur les schémas ci-contre les éléments observés / trouvés lors de l'examen génital. Examiner l'intérieur des cuisses, l'appareil génital et la sphère périnéale (cocher le case s'il y a des éléments relatifs à une agression).

<p>1. Blessure à l'intérieur des cuisses <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>2. Blessure au méat urétral / pérurétral <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>3. Blessure au périnée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>4. Blessure aux grandes lèvres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>5. Blessure aux petites lèvres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>6. Blessure à l'hymen <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>7. Blessure au clitoris / sphère alentour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>8. Blessure à la marge de l'anus / fesses / plis ou orfès <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>9. Blessure au vagin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>10. Blessure au col de l'utérus <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>11. Position pendant l'examen <input type="checkbox"/> Couché(e) <input type="checkbox"/> Genoux sur poitrine <input type="checkbox"/> Autre</p>
---	--

H. EXAMEN GÉNITAL (MASCULIN)

Utiliser la légende figurant en haut de page pour identifier et localiser sur les schémas ci-contre les éléments observés / trouvés lors de l'examen génital. Examiner l'intérieur des cuisses, l'appareil génital et la sphère périnéale (cocher le case s'il y a des éléments relatifs à une agression).

<p>1. Blessure à l'intérieur des cuisses <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>2. Blessure au gland ou pénis <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>3. Blessure au scrotum <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>4. Blessure aux testicules <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>5. Le patient est-il circoncis <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>6. Blessure à la marge de l'anus / fesses / plis ou orfès <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>7. Saignement rectal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
--	--

Nom du médecin _____ page 3 sur 4 NPC.N.O.M. _____
Signature du médecin _____ Date _____

Figure 4 : Certificat médico-légal d'agression sexuelle [35]

METHODOLOGIE

3 METHODOLOGIE

3.1 Cadre d'étude et lieu d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service de Gynécologie – Obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti

3.1.1 Présentation générale de l'hôpital :

L'Hôpital Sominé DOLO de Mopti, est l'unique structure médico-chirurgicale de 2ème référence de la 5ème région administrative du Mali. Il est actuellement situé à la zone administrative de Sévaré au bord de la route nationale 6 (RN6). Il est construit sur une superficie de 5,2 Ha. La surface bâtie est de 12 000 ares. Précédemment situé au quartier « Komoguel II » de Mopti l'Hôpital Sominé DOLO, hérité d'un établissement sanitaire colonial, a vu le jour au début des années 1950. Au fil des ans, il a connu des évolutions sur le plan en 1952, il passa par diverses appellations notamment « Hôpital Secondaire » en 1969, puis « Hôpital Régional » à partir de 1972 et bénéficia à chaque étape de nouvelles constructions.

Certaines dates marquant son histoire et les textes régissant l'hôpital sont :

- 1952, date des premières constructions ;
- 1995, l'hôpital est baptisé Sominé Dolo (seul ministre de la santé de la 1ère république) institutionnel que structurel ;
- 2002, la loi N°02-050 du 22 juillet 2002 est promulguée et elle confère aux hôpitaux l'autonomie administrative et financière et la personnalité morale de droit public ;
- 2003, l'Hôpital Sominé Dolo, devient Etablissement Public Hospitalier doté de l'autonomie de gestion et de la personnalité morale (Loi N°03-016 du 14 juillet 2003) ;

- 2003, validation du premier Projet d'Établissement (2004-2008) dont la mise en œuvre ne commencera qu'en 2006 dans le cadre du PADSS ;
- Juin 2007, tenue du premier conseil d'administration ;
- 2007- 2008, élaboration du 2ème Projet d'Établissement (2009-2013) ;
- 8 octobre 2012, transfert de l'hôpital sur le nouveau site à Sévaré ;
- 18 mars 2014, inauguration du nouvel hôpital ;

L'Hôpital Sominé Dolo de Mopti est un établissement public hospitalier régi par de nombreux textes dont les principaux sont :

- ❖ Loi n°02-050, du 22 Juillet 2002, portant loi hospitalière ;
- ❖ Loi n°03-016 du 14 Juillet 2003, portant création de l'Hôpital Sominé Dolo ;
- ❖ Décret n° 03-342/P-RM du 07Août 2003, fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'hôpital Sominé Dolo.

a) **Missions de l'hôpital :**

L'hôpital a pour missions d'assurer :

- ❖ Les soins curatifs de 2ème référence et la prise en charge des urgences ;
- ❖ La recherche dans le domaine de la santé.

b) **Infrastructures :**

L'hôpital est composé des services suivants :

- Médecine, regroupant l'infectiologie ; la kinésithérapie ; l'unité de dialyse ; l'unité d'hématologie ; la cardiologie ; l'hépto-gastro-entérologie ; la dermatologie ; l'endocrinologie ;
- Pédiatrie ;
- Ophtalmologie ;

- Chirurgie, regroupant la chirurgie générale, la chirurgie maxillo-faciale, la chirurgie pédiatrique, la traumatologie, l'urologie et l'ORL ;
- Odontostomatologie ;
- Gynécologie-obstétrique ;
- Urgences et réanimation ;
- Bloc opératoire ;
- Pharmacie ;
- Laboratoire ;
- Imagerie médicale ;
- Service social ;
- Maintenance ;
- Administration ;
- Financier et matériel.

3.1.2 Présentation du service de Gynéco-Obstétrique :

Il assure la prise en charge de toutes les pathologies gynécologiques et obstétricales du cercle de Mopti et des centres de santé de référence de la région, et parfois de celles de certains cercles du nord. Actuellement le service fait partie du groupe « Pool mère enfant », constitué de service de Gynéco-Obstétrique et de la pédiatrie

a) Situation :

Le service de gynécologie obstétrique est situé à l'Est de la grande porte d'entrée, à l'Ouest de la pédiatrie, au Nord des toilettes publiques et au sud des boîtes de consultation externe.

b) Personnel :

Le personnel est composé de :

- Deux (2) gynécologues obstétriciens ;
- Huit (6) sages-femmes dont la sage-femme maitresse ;
- Cinq (4) infirmières obstétriciennes et trois (3) infirmières de santé publique chargées des soins des patientes dans l'unité d'hospitalisation.
- Trois (3) manœuvres ;

C'est un lieu de stage qui reçoit, les étudiants et thésards de la FMOS, des étudiants de l'INFSS et des écoles privées de santé.

c) Infrastructures :

Le service comprend :

- ✓ Un bloc opératoire avec vestiaire, contigüe à la salle d'accouchement ;
- ✓ Un bureau pour chaque médecin (gynécologue) ;
- ✓ Un bureau de consultation externe des médecins ;
- ✓ Un bureau pour la sage-femme maîtresse ;
- ✓ Une unité de prise en charge des victimes de violence basée sur le genre ;
- ✓ Une salle d'urgence, avec 2 bouchés d'oxygène et aspirateur, ventilée ;
- ✓ Une salle de garde pour les sages-femmes et les infirmières obstétriciennes ventilée, climatisée ;
- ✓ Une salle de garde pour les infirmières santé publique climatisée ;
- ✓ Une salle de garde avec toilette, ventilée, climatisée, pour les médecins ;
- ✓ Une salle de garde des thésards du service ventilée et climatisée ;
- ✓ Une salle de CPN ventilée et climatisée ;

- ✓ Une salle de travail ayant deux lits, deux bouchés d'oxygène et d'aspirateur ;
- ✓ Une salle d'accouchement climatisée ayant trois box, 2 bouchés d'oxygène et d'aspirateur dans chaque box ;
- ✓ Une salle de suites de couches physiologiques ayant deux lits deux bouchés d'oxygène et aspirateur ;
- ✓ Une salle de soins des nouveaux nés ayant trois bouchés d'oxygène et aspirateur, climatisée et ventilée ;
- ✓ Une unité hospitalisation et soins ventilée avec trois toilettes externes pour les malades et accompagnants ;
- ✓ Deux magasins ;
- ✓ Cinq (5) salles d'hospitalisation comprenant :
 - Deux (2) salles d'hospitalisation ayant 6 lits chacune et ventilées ;
 - Deux (2) salles à 3 lits chacune et ventilées ;
 - 1 salle VIP ayant 1 lit, ventilée et climatisée.
 - 1 salle de surveillance des patientes dans les 6 premières heures postopératoires, ayant trois (3) lits, ventilée et climatisée ;
 - 1 salle d'hospitalisation des victimes de violence basée sur le genre ayant un lit et climatisée ;
 - Une salle de pansements post-opératoires.
- ✓ Un ONE STOP CENTER qui est une unité de prise en charge holistique des survivant(e)s de VBG qui fut créé en février 2019 et est composé de :
 - Un bureau pour la gestionnaire de cas

- Un bureau pour les policiers
- Un bureau pour la PEC psychosociale
- Une salle de jeu pour les enfants
- ✓ Deux toilettes fonctionnelles pour le personnel ;
- ✓ Deux bureaux d'accueil ;

d) Fonctionnement :

Les consultations externes sont effectuées du Lundi au Mardi par les médecins avec le concours des sages-femmes et les faisant fonction d'interne.

Les Mercredi et Jeudi sont les jours d'interventions programmées.

Les visites aux malades hospitalisées se font également tous les jours à partir de 10 heures après le staff qui se tient du lundi au vendredi à partir de 8 heures.

La garde est assurée par un gynécologue, une sage-femme, une infirmière Obstétricienne, une infirmière santé publique et les stagiaires en formation (un thésard, étudiant) et un personnel d'appui (un manoeuvre).

Le service reçoit les patientes de la ville de Mopti et environnants ainsi que les patientes référées des CSCOM et des CSREF des autres cercles, et souvent des CSREF de certains cercles du nord.

3.2 Méthodes d'études

3.2.1 Type d'étude

Nous avons effectué une étude transversale descriptive avec collecte prospective des données.

3.2.2 Période d'étude

Notre étude s'est étendue du 1^{er} janvier 2022 au 30 juin 2023 soit une période de 18 mois.

3.2.3 Population d'étude

L'étude a porté sur toutes les patientes reçues et prises en charge dans l'unité « One Stop Center » de l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti.

3.2.4 Echantillonnage

a) Méthodes d'échantillonnage :

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif de tous les cas de violences sexuelles.

b) Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon correspondait au nombre de violences sexuelles enregistrées dans l'unité de « One stop Center » durant la période d'étude.

c) Critère d'inclusion :

Toute patiente reçue et consultée pendant notre période d'enquête au service de l'unité de « One Stop Center » de l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti et ayant été victime de violences sexuelles avec ou sans réquisition.

d) Critère de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans cette étude, toutes les survivantes d'autres formes de violences basées sur le genre

e) Techniques et outils de collecte des données :

Le recueil des données, était basé sur l'analyse documentaire des différents supports d'enregistrement des informations sur les survivantes. L'accès à ces

données de « One Stop Center » nous a permis d'avoir la liste des survivantes de violences sexuelles ayant eu recours à nos services.

3.2.5 Variables étudiées :

Les variables étaient l'âge, l'adresse, la profession de la victime, le statut matrimonial, le document apporté, le motif d'admission, le contact sexuel, le nombre d'agresseur, le délai de consultation, la lésion génitale, la prise en charge.

3.2.6 Traitement et analyse des données :

Une fois la collecte terminée, les données étaient saisies sur Excel en plaçant les patientes en ligne et chaque variable placée en colonne. Une vérification s'était suivie afin de les purger de toute erreur. L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel SPSS version 25.0. L'étude étant descriptive nous n'avons pas pu réaliser un test statistique.

Le Word 2016 a été utilisé pour la rédaction et la bibliographie avec le logiciel Zotero.

3.2.7 Considérations éthiques et déontologiques

La confidentialité et l'anonymat ont été respectés. Les dossiers de l'OSC sont classés dans un lieu sûr et sécurisé et l'accès n'est possible qu'avec l'autorisation du coordinateur et cela après l'acceptation d'une demande formalisée.

La confidentialité : Droit d'un individu au respect du caractère privé des informations personnelles, notamment les informations contenues dans des dossiers de soins de santé.

La confidentialité de la survivante et celle de sa famille doit être respectée. Toutes les informations écrites doivent être conservées dans des dossiers sécurisés et sous clés.

Les informations concernant les incidents de VBG rapportés ne doivent jamais être partagées si elles contiennent le nom de la personne ou autres informations sur son identité.

Les informations concernant le survivant doivent uniquement être partagées qu'après avoir demandé et obtenu le consentement écrit explicite du survivant ou de ses parents, dans le cas d'enfants.

Le respect : L'attitude d'acceptation, de consentement et de considération, souvent codifiée, envers une personne, une chose ou une idée. Toutes les actions prises seront guidées par le respect des choix, désirs, droits et dignité de la survivante. Essayer toujours de faire des interrogatoires et des examens avec le personnel de même sexe que le survivant. *Ecoutez et ne jugez pas.*

Être patient et ne chercher pas à obtenir plus d'informations si le survivant n'est pas disposé à parler de son expérience.

Son histoire sexuelle ou sa virginité avant les faits ne doit pas être discutée.

Eviter de faire répéter au survivant son histoire dans de multiples interrogatoires.

Ne pas rire ou montrer un manque de respect pour la survivante, sa famille ou sa culture.

L'empathie : c'est la capacité à se mettre à la place de l'autre par rapport au récit qu'elle fait de ce qu'elle vit.

La non-discrimination : Droit de tout adolescent de recevoir des soins de santé de niveau et de qualité optimaux, sans discrimination d'aucune sorte à l'égard de l'adolescent ou de ses parents ou tuteurs légaux.

Les adultes et les enfants doivent tous recevoir les mêmes soins et la même forme de soutien, indépendamment de leur race, de leur religion, de leur nationalité, de leur origine ethnique, de leur sexe ou de leur orientation sexuelle.

La sécurité : Garantir la sécurité de la survivante doit être la priorité numéro un pour tous les acteurs et à tout moment. S'assurer qu'elle ne risque pas de subir d'autres agressions ;

Si nécessaire, demander de l'aide à la sécurité (police, gendarmerie ou autres autorités chargées de faire respecter la loi);

Protéger la survivante en la déplaçant vers un autre lieu si sa sécurité est menacée ;

Etre conscient de la sécurité des personnes qui aident la survivante comme la famille, les amis, les services communautaires, les travailleurs humanitaires, le personnel de soins de santé.

3.2.8 Définitions opérationnelles des concepts :

- **Prise en charge holistique :** Prise en charge globale dans tous ses aspects (prise en charge médical, psychosociale, sécuritaire et juridique).

- **Genre :** C'est ce qui différencie les hommes et les femmes dans leurs relations sociales. [24]

- **Violences basées sur le Genre :** elles concernent tout acte dirigé contre un homme ou une femme du fait des rapports sociaux inégalitaires régissant la communauté et défavorisant un groupe ». La Violence Basée sur le Genre est aussi est un terme générique pour désigner tout acte nuisible/préjudiciable perpétré contre le gré d'autrui, et qui est basé sur des différences socialement prescrites entre hommes et femmes/filles et garçons.

-Violences sexuelles : dans cette étude, nous avons désigné sous ce vocable de violences sexuelles, pour des raisons sémantiques, les cas de viols avec pénétration sexuelle, buccale ou anale par le pénis avec ou sans éjaculation.

-Survivantes : sont considérés comme les personnes ayant été « victimes » de violences, ayant risqué la perte de leur vie et ayant gardé sur elles les séquelles d'actes de violence qu'elles ont subis.

- OSC : une unité qui assure la prise en charge des violences basées sur le genre.

Auteur présumé : personne ne qui a pu commettre l'acte de violence mais qui bénéficie jusque-là de la présomption d'innocence.

Respect : Déférence dont on fait preuve envers quelqu'un que l'on considère.

Sécurité : Etat d'esprit confiant et tranquille d'une personne qui se croit, se sent à l'abri du danger.

Confidentialité : Maintien du secret d'informations.

Non-discrimination : Refus d'appliquer des traitements différents selon les appartenances ethniques, politiques, etc.

RESULTATS

4 RESULTATS :

4.1 Fréquence des violences sexuelles

Pendant la période d'étude nous avons enregistré 75 cas de VBG dont 50 cas de violences sexuelles soit 66,67%.

4.2 Profil sociodémographique des survivantes :

Tableau I : Répartition des survivantes selon l'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
≤15 ans	19	38,0
16 à 19 ans	17	34,0
20 à 35 ans	11	22,0
≥ 35 ans	3	6,0
Total	50	100,0

La tranche d'âge comprise entre ≤15 ans était la plus représentée avec 38% des victimes. Les extrêmes ont été de 5 ans et 40 ans, avec une moyenne d'âge de $18,08 \pm 6,93$ ans.

Tableau II : Répartition des survivantes selon l'adresse

Adresse	Effectif	Pourcentage
District	38	76,0
Hors district	12	24,0
Total	50	100,0

La majorité des victimes résidaient dans le district soit 76%.

Tableau III : Répartition des survivantes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Marié	11	22,0
Célibataire	35	70,0
Divorcé	2	4,0
Autre	2	4,0
Total	50	100,0

AUTRES= Veuve ; Fiancée

Les célibataires étaient les plus représentés avec 70%.

Tableau IV : Répartition des survivantes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Nulligestes	32	64,0
Primigestes	7	14,0
Paucigestes	7	14,0
Multigestes	4	8,0
Total	50	100,0

Les nulligestes ont représentées 64% des victimes.

Tableau V : Répartition des survivantes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipares	36	72,0
Primipares	4	8,0
Paucipares	6	12,0
Multipares	4	8,0
Total	50	100,0

Les nullipares étaient les plus représentées soit 72% des victimes.

Tableau VI : Répartition des survivantes selon la profession

Profession de la survivante	Effectif	Pourcentage
Ménagère	12	24,0
Aide-ménagère	5	10,0
Elève/Étudiante	28	56,0
Autre	5	10,0
Total	50	100,0

Autres= Fonctionnaire ; Vendeuse/commerçante

Les élèves/étudiantes étaient majoritairement représentés soit 56% des victimes.

Tableau VII : Répartition des survivantes selon le motif d'admission

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
Viol	45	90,0
Agression sexuelle	5	10,0
Total	50	100,0

Le viol a été le motif le plus fréquent avec 90%.

Tableau VIII : Répartition des survivantes selon le document apporté en consultation

Document apporté	Effectif	Pourcentage
Réquisition	38	76,0
Fiche de premiers soins	10	20,0
Aucun	2	4,0
Total	50	100,0

Les victimes étaient munies d'une réquisition dans 76% des cas.

4.3 Les aspects cliniques des survivant (es)

Tableau IX : Répartition des survivantes selon le contact sexuel

Contact sexuel	Effectif	Pourcentage
Pénis-Vagin	44	88,0
Autres	6	12,0
Total	50	100,0

La voie vaginale était la plus utilisée soit 88%.

Tableau X : Répartition des survivantes selon le nombre de rapport sexuel pendant l'agression

Nombre de rapport sexuel	Effectif	Pourcentage
0	6	12,0
1	22	42,0
2 à 3	16	32,0
≥ 4	7	14,0
Total	50	100,0

Les survivantes ayant fait un seul rapport sexuel ont été les plus représentés avec 42% des cas. La moyenne était de $2,10 \pm 2,32$ avec des extrêmes allant de 0 à 12 fois.

Tableau XI : Répartition des survivantes selon la notion d'éjaculation

Ejaculation	Effectif	Pourcentage
Oui	42	84,0
Non	8	16,0
Total	50	100,0

La notion d'éjaculation était ressortie dans 84% des cas.

Tableau XII : Répartition des survivantes selon la connaissance de la DDR au moment de l'agression

Connaissance de la DDR	Effectif	Pourcentage
Connue	1	2,0
Inconnue	49	98,0
Total	50	100,0

La majorité des victimes ignoraient leur DDR au moment de l'agression soit 98%.

Tableau XIII : Répartition des survivantes selon le délai de consultation

Délai	Effectif	Pourcentage
<24 Heures	3	6,0
24-48 Heures	19	38,0
49-72 Heures	5	10,0
>72 Heures	23	46,0
Total	50	100,0

La majorité des survivantes a consulté après les 72 heures soit 46% des cas

Tableau XIV : Répartition des survivantes selon le nombre d’agresseurs

Nombre d’agresseur	Effectif	Pourcentage
1	29	58,0
2	12	24,0
3	1	2,0
≥4	6	12,0
Non précisé	2	4,0
Total	50	100,0

La majorité des agressions était commise par une seule personne avec 58% des cas. La moyenne était de $1,81 \pm 1,47$ avec des extrêmes allant de 1 à 8 agresseurs.

Tableau XV : Répartition des survivantes selon la tranche d’heure au moment de déroulement des faits

Tranche d’heure	Effectif	Pourcentage
06H à 18H	13	26,0
19H à 00H	14	28,0
01H à 05H	4	8,0
Non précisés	19	38,0
Total	50	100,0

Le moment de survenu de la violence sexuelle n’était pas précisé dans 38% des cas.

Tableau XVI : Répartition des survivantes selon la présence de saignement génital

Saignement génital	Effectif	Pourcentage
Oui	5	10,0
Non	45	90,0
Total	50	100,0

10% des victimes présentaient un saignement génital.

Tableau XVII : Répartition des survivantes selon la présence de leucorrhées

Leucorrhées	Effectif	Pourcentage
Oui	14	28,0
Non	36	72,0
Total	50	100,0

28% des victimes présentaient de leucorrhées.

Tableau XVIII : Répartition des survivantes selon l'existence de lésion génitale

Lésion génitale	Effectif	Pourcentage
Oui	17	34,0
Non	33	66,0
Total	50	100,0

Les lésions génitales étaient présentes dans 34% des cas.

Tableau XIX : Répartition des survivantes selon l'état de l'hymen au moment de l'examen

Hymen	Effectif	Pourcentage
Intact	7	14,0
Non Intact/Déchiré	43	86,0
Total	50	100,0

86% des victimes présentaient une défloration de l'hymen.

4.4 Prises en charge holistique des survivantes

Tableau XX : Répartition des survivantes selon le résultat de l'ECBU

Résultat de l'ECBU	Effectif	Pourcentage
Absence de germes	5	71,43
Présence de germes	2	28,57
Total	7	100,0

L'ECBU a objectivé la présence de germes dans 28,57% des cas.

Tableau XXI : Répartition des survivantes selon le résultat de test de grossesse à l'admission

Test de grossesse à l'admission	Effectif	Pourcentage
Positif	8	27,59
Négatif	21	72,41
Total	29	100,0

Le test urinaire de grossesse à l'admission était positif dans 27,59 des cas.

Tableau XXII : Répartition des survivantes selon le résultat du prélèvement vaginal

Résultat du PV	Effectif	Pourcentage
Absence de germes	40	90,91
Présence de germes	4	9,09
Total	44	100,0

Le PV a objectivé la présence de germes dans 9,09% des cas.

Tableau XXIII : Répartition des survivantes selon la présence ou non de spermatozoïdes dans le prélèvement vaginal

Présence de spermatozoïdes	Effectif	Pourcentage
Absents	38	86,36
Présents	6	13,64
Total	44	100,0

La recherche des spermatozoïdes était présente dans 13% des cas.

Tableau XXIV : Répartition des survivantes selon le résultat de la sérologie VHB

AgHBS	Effectif	Pourcentage
Négatif	43	93,48
Positif	3	6,52
Total	46	100,0

La sérologie AgHBS était positive dans 6,52% des cas.

Tableau XXV : Répartition des survivantes selon le résultat de l'échographie pelvienne

Echographie pelvienne	Effectif	Pourcentage
Normale	6	40,0
Grossesse	6	40,0
Epaississement de la vessie	2	13,33
Dystrophie ovarienne	1	6,67
Total	15	100,0

40% des échographies réalisées étaient en faveur d'une grossesse.

Tableau XXVI : Répartition des survivantes selon l'âge gestationnel à l'admission

Age gestationnel	Effectif	Pourcentage
6SA-10SA+6j	3	50,0
11SA-15SA+6j	1	16,67
≥16SA	2	33,33
TOTAL	6	100,0

L'âge gestationnel compris entre 6SA à 10SA+6j a représenté la moitié avec 50%.

Tableau XXVII : Répartition des survivantes selon le traitement médical curatif

Traitement général	Effectif	Pourcentage
Antibiotique	26	26,0
Antalgique /Anti-inflammatoire	13	13,0
Antifongique	3	3,0
Antiseptique local	4	4,0
Pilule du lendemain	26	26,0
Prophylaxie ARV	28	28,0
Total	100	100,0

La prophylaxie ARV était utilisée dans 28% des cas et la pilule d'urgence dans 26% des cas.

La sérologie VHC était négative dans tous les cas.

La sérologie syphilitique était négative dans tous les cas.

La sérologie VIH était négative dans tous les cas.

COMMENTAIRES ET

DISCUSSION

5 COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

5.1 Les limites de l'étude

Au cours de notre étude nous avons rencontrés des difficultés surtout dans les dossiers médicaux qui sont peu renseignés ou inachevés, le suivi à moyen et long terme des survivantes.

En effet, il n'y a pas eu d'étude sur le sujet dans la région. Nous avons perdu de vue bon nombre de survivantes après les premiers soins. La prise en charge judiciaire et les issues judiciaires ne figurent pas dans notre étude.

Le bilan sérologique de 3 mois après le premier contact n'est pas effectué.

5.2 Description générale (fréquence) :

Durant la période d'étude, les violences sexuelles ont représenté 66,67% des violences basées sur le genre (VBG).

Notre taux est supérieur à ceux de **Djelia L** au Sénégal [36] et de **Sidibé K** [10] au Mali qui ont rapporté respectivement 10% et 54,62% des violences sexuelles sur l'ensemble des VBG.

Notre taux élevé pourrait s'expliquer par notre lieu d'étude qui se trouve au centre de l'insécurité et aussi par la taille de l'échantillon.

5.3 Le profil sociodémographique des survivantes

La tranche d'âge comprise entre ≤ 15 ans était la plus représentée avec 38% des violences sexuelles. L'âge moyen de nos survivantes était de $18,08 \pm 6,93$ ans avec des extrêmes allant de 5 ans à 40 ans.

Notre taux est inférieur à celui de **Diarra M D** à Kayes en 2011 [12] chez qui la tranche d'âge de 10 à 19 ans a été la plus représentée avec un taux de 80,4% et un âge moyen de 17ans avec des extrêmes de 5 à 30 ans et est comparable à celui de **Sidibé K** [11] chez qui la tranche d'âge ≤ 19 ans était la plus représentée

avec un taux de 54,18% et un âge moyen de 28 ±4ans avec des extrêmes de 13 ans et 57 ans. C'est la couche la plus fragile de la population et ce taux élevé pourrait s'expliquer par le jeune âge des victimes qui constitue un facteur de risque pour les agressions sexuelles.

Les célibataires ont été les plus représentées avec 70%.Ce taux élevé pourrait s'expliquer par le fait que la majorité était des mineures donc n'ayant pas atteint l'âge de se marier. Mais ce taux pourrait être trompeur car la grande majorité des victimes n'ose pas avouer être victime d'agression sexuelle par peur d'être rejetée. **Traoré A.M [37]**, **Sidibé K [11]**, **DIARRA M D [12]** ont apporté respectivement 87,8% ; 69,68% et 90,2% des victimes célibataires.

Les élèves/étudiantes ont représenté 56% de notre échantillon contre 69,68% dans l'étude de **Sidibé K [11]**. Dans certaines séries rapportées dans la littérature, environ un cas sur deux des survivantes était élèves **Stoltenborgh M, EDSM, [8,10]**. **Diallo AA [38]** et **Dakouo H [39]** ont rapporté que les ménagères étaient majoritairement représentées avec respectivement 44,4% et 55%

Dans notre étude, 64% des survivantes étaient des nulligestes et 72% des nullipares, **Sidibé K [11]** a rapporté 49,20% des nulligestes et 85,9% des nullipares.

La quasi-totalité de nos survivantes était admise pour viol soit 90% des cas de violences sexuelles dont 76% des survivantes étaient munies d'une réquisition **Thiam O à Dakar [9]** avait trouvé de 92,6% cas d'admissions avec réquisition. Dans l'étude de **Sidibé K [11]**, 70,40% des survivantes étaient accompagnées par un officier de police judiciaire avec seulement 23,92% des survivantes munies d'une réquisition.

5.4 Etude clinique et para cliniques :

Dans notre étude, le viol avec pénétration génitale a été le plus représenté avec 88% dont 84% était accompagné d'éjaculation. Ce taux se rapproche à celui de **DIARRA M D [12]** en 2011 et de **TRAORE A.M [37]** en 2001 au Mali qui avaient trouvé respectivement 86,27% et 91,3% mais inférieur à celui de **Sidibé K [11]**, qui a rapporté que la pénétration vaginale avec éjaculation a été rencontrée dans 98 % des cas.

Dans notre travail ; 46% des survivantes ont consulté après un délai de 72 heures. Ce taux est inférieur à ceux de **Sidibé K [11]** et de **DIARRA M D [12]** qui ont trouvé respectivement 75,85% et 78,43% des survivantes ayant consulté dans un délai de 72 heures

Dans notre étude les auteurs d'agression ont agi seuls dans 58% des cas contre 38% de viol collectif. Ce taux est inférieur à ceux de **Traore A.M [37]** et de **DIARRA M D [12]** qui ont trouvé respectivement 87,8% et 92,16%. Le résultat d'une étude menée par l'OMS aux Etats-Unis d'Amérique qui a montré qu'un cas d'agression sur dix se passe en réunion **[40]**.

Dans notre étude, la lésion génitale était présente dans 34% des cas contre 25,49% dans l'étude de **DIARRA M D [12]**. 88% des survivantes présentaient des déchirures hyménales (récentes ou anciennes) et ce taux est comparable à ceux de **Thiam O** à Dakar **[9]** et de **Sidibé K [11]** qui ont trouvé respectivement 74,7% et 85,8% de déchirures hyménales (récentes ou anciennes). 10% des survivantes avaient un saignement génital contre 28,7% dans l'étude de **Traore A.M [37]**. Dans notre étude, 28% des survivantes présentaient des leucorrhées et ce taux est inférieur à celui de **Traore A.M [37]** qui a apporté 71,3% des cas.

5.5 Prise en charge :

Le dosage des β HCG urinaires nous a permis de diagnostiquer 8 cas de grossesses soit 27,59% confirmée par une échographie pelvienne. Ce taux est supérieur à ceux de **Sidibé K [11]** et de **DIARRA M D [12]** qui ont trouvé respectivement 0,23% et 7,84% de cas positif.

Le dépistage systématique du VIH chez les survivantes n'a retrouvé aucun cas positif dans notre échantillon et il en était de même dans l'étude de **DIARRA M D [12]** par contre un cas positif a été retrouvé dans l'étude de **Sidibé K [11]**. Les antirétroviraux ont été donnés à 28% des survivantes à but préventif. **Thiam O** et **Cissé** au Sénégal [9,41] ont rapporté respectivement 14,7% et 20% de prophylaxie anti rétrovirale HIV.

Dans notre étude, l'antigène HBS était positif dans 6,52% des cas où le test a été effectué. **DIARRA M D [12]** a trouvé 2 cas positifs d'AgHBS soit un taux 3,92%. Ce faible taux pourrait s'expliquer par l'insuffisance de suivi des patientes étant donné qu'une étude réalisée aux Etats-Unis d'Amérique a rapporté l'hépatite est commune après agression sexuelle [40].

Les spermatozoïdes étaient présents dans 13,64% des cas de tous les prélèvements vaginaux dans notre étude contre 2,48% des cas dans l'étude de **Sidibé K [11]**. **Thiam O** au Sénégal [9] a rapporté un cas de recherche de spermatozoïdes positive sur un total de 21cas. Des auteurs comme **Laudata A [42]** et **Boutin L [43]** ont rapporté jusqu'à 30% de recherche positive de spermatozoïdes. Cette différence pourrait s'expliquer par le long délai de consultation avec risque de la réalisation de la toilette intime avant la consultation.

Dans notre étude, l'ECBU a isolé de germes dans 28,57% des cas contre 8,35% dans l'étude de **Sidibé K [11]**. Le PV a isolé de germes dans 9,09% des cas contre 4,06% dans l'étude de **Sidibé K [11]**.

L'administration de la pilule du lendemain dans le cadre de la contraception d'urgence (lévonorgestrel) en vue de prévenir d'éventuelle grossesse a été une attitude observée chez 26% des survivantes. **Thiam O au Sénégal [9]** et **Sidibé K [11]** au Mali ont trouvé respectivement 15% et 83%.

Dans notre étude, les antibiotiques ont été donnés dans 26% des cas. **Thiam O** au Sénégal [9] et **Sidibé K [11]** au Mali ont trouvé respectivement 7,4% et 52,82% des cas. Il s'agissait essentiellement des bêtalactamines, des cyclines, des Imidazolés. Les antalgiques /anti-inflammatoires ont été utilisés dans 13% des cas. Ce taux est inférieur à celui de **Sidibé K [11]** au Mali qui a trouvé 54,62% des cas.

5.6 Assistance psychosociale et psychiatrique :

L'assistance psychosociale des survivantes de violences sexuelles reste un point essentiel de la prise en charge holistique des survivantes. Le soutien psychologique par un psychologue est essentiel pour les survivantes après un tel drame vécu. C'est une étape nécessaire de la prise en charge pour la reconstitution et la réhabilitation des survivantes. Dans notre travail, la quasi-totalité des survivantes ont bénéficié de l'assistance psychosociale. **Sidibé K [11]** au Mali a rapporté que 7,14% des survivantes ont bénéficié de l'assistance psychosociale. La prise en charge psychiatrique n'a concerné aucune survivante. Nous procédions par une écoute attentive en faisant preuve d'empathie sans porter de jugement, ce qui nous permettait d'établir un diagnostic psychosocial initial. Dans cette étape de la prise en charge, nous évaluons les besoins de la survivante, développons un plan d'action que nous mettons en œuvre jusqu'au

rétablissement de la survivante. **GANHI Eminka[44]** n'a rapporté aucun cas de consultation psychologique.

5.7 Assistance sécuritaire :

L'assistance sécuritaire est assurée par la police qui est présente en permanence. Elle assure la sécurité des survivantes dans leur environnement et au « One Stop Center » si elles sont hospitalisées. Elle diligente les réquisitions et assure leurs transmissions aux autorités judiciaires compétentes. Elle a concerné toutes les survivantes dans cette étude.

5.8 Assistance juridique :

Ce volet de la prise en charge ne figure pas dans notre étude.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Conclusion :

Les violences sexuelles constituent un problème majeur dans la région de Mopti. Elles ont constitué la majorité des cas des violences basées sur le genre. Les adolescentes ont été les plus concernées. Ce travail nous a permis de constater de lésions génitales de diverses natures et des cas de grossesses suite aux violences sexuelles. La prise en charge doit être holistique afin de reconstruire et de réhabiliter les survivantes. La bonne éducation des enfants et la communication peuvent prévenir la violence.

Recommandations :

Au terme de notre étude, dans le souci de réduire la fréquence des violences sexuelles et de faciliter la prise en charge des survivantes, nous avons fait quelques recommandations :

❖ Aux partenaires techniques et financiers :

- Appuyer les structures de prise en charge holistiques de VBG ;
- Doter les structures de PEC à des médicaments adaptés et adéquats ;
- Instaurer un système de gestion financière indépendant afin d'éviter des ruptures de médicaments, des réactifs

❖ Aux survivantes

- Recourir tôt au centre de santé avant la disparition des preuves de violence sexuelle ;
- Dénoncer les cas de violences sexuelles ;
- Eviter les sorties clandestines nocturnes ;
- Se faire contrôler régulièrement par des examens cliniques et para cliniques après tout acte de violences sexuelles.

❖ Au personnel de la santé

- Faire une sensibilisation sur la nécessité de la consultation après tout acte de violence sexuelle ;
- Réserver un bon accueil à l'endroit des survivantes ;
- Assurer la confidentialité sur l'identité des survivantes ;
- Informer les survivantes sur leur droit et de la procédure à suivre ;
- Assurer une prise en charge adéquate des cas de violences sexuelles ;
- Informer les patientes et leurs parents sur les conséquences possible d'un viol (grossesse, contamination vénérienne, trouble psychoaffectif).

REFERENCES

1. **Ministère de la santé publique** (Comité permanent inter organisations, Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire). Stratégie nationale holistique pour mettre fin aux violences basées sur le genre. Mali 2019-2030 : s.n., Juillet 2018. p. 8.
2. **Organisation mondiale de la santé OMS (2012)**. Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : intervenir et produire des données. Organisation mondiale de la santé, Genève. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75201/1/9789242564006_fre.pdf(le lien est externe) 26 juillet 2012.
3. **Académie de Médecine (1999)**. Dans D. Sournia et D. Millez. Dictionnaire de Gynécologie Obstétrique (p. 496). Paris : Conseil International de la langue française. Citation : (Académie de médecine, 1999). Mai 1999 ; Navarin Paris n°1 et 2 – 2019 ; 300 page.
4. **J.Lansac \ Plecom**, TE. 5ème Edition, Edition Masson ; Accouchement et prise en charge obstétrical ; 2018, n° 175.
5. **Adejannip (EDS)**. Jeune culture de la rue et de la violence urbaine en Afrique, Ibadan 2005 édition IFRA : 247-275. La santé de la femme à travers l'âge et les frontières.
6. **Rapport Québécois sur la violence et la santé**. Conséquences de la violence conjugale sur les femmes 14 nov. 2017. Page 367.
7. **Résolution de l'assemblée générale**. Pub : Côte d'Ivoire n°34/180 du 18 décembre 1979

8. **Stoltenborgh M, Van Ijzendoorn MH, Euser EM, BakermansKranenburg MJ.** A global perspective on child sexual abuse : meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat.* 2011 ; 16(2):79–101.
9. **Thiam O, Gassama O, Diallo M, Sow DB, Sarr SCT, Lo S, Ndiaye S, DiedhiouNF, Kasse M, Mbaye M, Moreau JC.** Les abus sexuels dans la région de saint louis (senegal) : Aspects epidemiologiques et prise en charge. *JGOMF.* Vol. 1 n°7 Mai 2019.
10. **EDSM-VI 2018.** Institut National de la Statistique(INSTAT), Cellule de planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF. Page 643.
11. **Sidibé K:** Violences sexuelles basées sur le genre à l'unité de « One Stop Center » au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako/Mali-FMOS 2021-121p-21M312.
12. **Diarra M D :** Aspect epidemio-clinique des agressions sexuelles à l'hôpital FOUSSEYNI DAO de KAYES. Thèse de doctorat en médecine ;2011
13. **Emma C, Camille, S. L.** Appearance of the hymen in adolescents is not well documented. *British Medical Journal* Feb 27,1999
14. **Kamina P.** Anatomie clinique 2è Edition tome 4. Maloine Poitiers - Hiver 2006 p378

15. **Enquete, Evenements de vie**, les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75ans. Bulletin de la Direction de la Recherche des Etudes de l’Evaluation et des Statistiques(DREES), numéro 598;Septembre 2007
16. **Lansac J.** Précis d’obstétrique 3e éd.p.347-440
17. **Organisation mondiale de la santé (ONU)** La déclaration des Nations unies sur l’élimination de la violence à l’égard des femmes (1993).Page 52 rue des pâquis CH-1201 Genève, Suisse.
18. **Care.** Relever le défi des violences basées sur le genre dans le monde : impact des programmes, stratégies, résultats et évaluation de l’impact période Cité par l’Organisation Mondiale de la Santé.2011-2013. p. P.9.
19. **Usaid.** Lutte contre la violence basée sur le genre dans les programmes de santé Cité par, Bott and Betron. 2005. p. pp.64.
20. **Monitoring, République Centrafricaine.** Des violences basées sur le genre et des violences sexuelles p4. République Centrafrique : s.n. 2015. p. p4. 26. Rapport Québécois sur la violence et la santé. Conséquences de la violence conjugale sur les femmes 14 nov. 2017.Page 367
21. **Code Pénal du Mali.** LOI N 01-079 DU 20 AOUT 2001
22. **Les enquêtes auprès de la population fondée sur les déclarations des survivantes** fournissent les estimations les plus précises sur l’ampleur de la violence au sein du couple et de la violence sexuelle.

23. **Violence against women Prevalence Estimates, 2018.** Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. OMS, Genève, 2021 (en anglais).
24. **Organisation mondiale de la Santé,** London School of Hygiene and Tropical Medicine et South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health impacts of intimate partner violence and non-partner sexual violence. OMS, Genève, 2013 (en anglais).
25. **OXFAM France,** financement du développement et aide internationale, inégalités femmes-hommes. <https://www.oxfamfrance.org/inegalites-femmes-hommes/dans-le-monde-les-violences-basees-sur-le-genre-montent-en-fleche/>
26. **Rapport du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, 2016,** examen des rapports soumis par les États parties en application de l'article 18 de la Convention du Burkina Faso, Septième rapport périodique des États parties attendu en 2014, CeDAW.
27. **Kabore Ouédraogo Pascaline,** étude exploratoire sur la prévention et l'élimination de la violence basée sur le genre au Burkina Faso, Trust Africa.
28. **Social institutions et Gender index,** etude pays Sigi-Burkina Faso, précité.
29. **Sibraogo Kiemtoré,** « Grossesse chez les adolescentes : fréquence et pronostic dans cinq formations sanitaires de la ville de Ouagadougou, Burkina Faso », Vol. 19 No 2, 2018.

30. **Rapport annuel**, Annexe Genre, 2018.
31. **Stratégie nationale de prévention et de réponse aux violences basées sur le genre (VBG) au Niger (2017-2021)**, ministère de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant, 2017.
32. **Le Ministère de la Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille**, selon son Programme National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (PNLE) faisant une Enquête Nationale sur le Phénomène de l'Excision, 2009).
33. **Rapport statistiques annuels des cas de violences basées sur le genre déclaré en 2016, 2018, 2020, 2021**. Les données statistiques produites par le Système d'Information sur les Violences Basées sur le genre dénommé Gender Based Violence Information Management System (GBVIMS).
34. **Organisation Mondiale de la Santé**, Relever le défi des violences basées sur le genre dans le monde : impact des programmes menés par, stratégies, résultats et évaluation de l'impact période. Cité par. Estimations globales. 2011-2013. p. P.9
35. **Physicians for Human Rights PHR** : Certificat médico-légal d'agression sexuelle ; conseils pratiques.
36. **Djelia Ly** : Les violences faites aux femmes, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, dans la ville de Kaolack au Sénégal : sn., 2011. Maitrise.N : 928
37. **Traoré A M** : Violences sexuelles. Aspects cliniques en consultation Gynécologique dans le service médecine Bamako, 2001.p.58-62

- 38.**Diallo AA** : Etude épidémio- clinique des violences faites aux femmes reçues dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre de Sante de Référence de la Commune V (CSRéf C.V) du District de Bamako, thèse de médecine 2015, p64-69.
- 39.**Dakuo H** : Etude épidémio-clinique des traumatismes par coup et blessures volontaires perpétrés sur les femmes dans les foyers à propos de 100 cas, thèse de médecine, Bamako 2011 n°78.
- 40.**Rapport mondial sur la violence et la santé ; OMS 2002**
- 41.**C.T. Cisse, M.M. Niang, A.K. SY, E.H.O. Faye, J.-C. Moreau** : Aspects épidémio cliniques, juridiques et coût de la prise en charge des abus sexuels chez les mineurs à Dakar, Sénégal. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2015) 44, 825—831.
- 42.**Laudat A. Lecourbe K.** La recherche de spermatozoïdes sur réquisition. Ann Biol Clin 2008 ; 66 (5) : 577-80.
- 43.**Boutin L.** Prise en charge d'une victime d'agression sexuelle. Réal GynécolObstét 2001 ; 64 :32-6.
- 44.**Ganhi.,Eminkasiméon.** Problématique de la prise en charge des survivantes des VBG en Côte d'Ivoire cas du district des Montagnes. . Côte d'Ivoire : s.n. JANVIER 2018.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETTE

Le profil de la survivante des victimes de violences sexuelles basées sur le genre à l'unité de «ONE STOP CENTER» au Centre de Mopti /Mali

Date :

IDENTIFICATION

Code :

Adresse :

Age :

Sexe :

Q1 : Profession :.....

Q2 : Statut matrimonial :.....

Q3 : Motif d'admission :

ETUDE CLINIQUE

Type de VBG : 1-Viol 2-Agression sexuelle 3-Agression physique
4-Violence psychologique 5-Autre (à préciser) :

1-VIOL

Q4 : Mode de pénétration : 1-vaginale 2-anale 3- buccale

Q5 : Nombre de rapport sexuel:.....

Q6 : Ejaculation : 1-oui 2-non

Q7 : Date de dernières règles :.....

Q8 : Nombre d'heures passées depuis l'acte :

Q9 : Toilette vaginale et/ou corporelle : 1-oui 2-non.....

Q10 : Saignement génital: 1-oui 2-non Si oui préciser l'orifice du saignement.....

Q11 : Ecoulement: 1-oui 2-non Si oui préciser la nature de l'écoulement.....

Q12 : Lésion vulvaire : 1-oui 2-non Si oui préciser.....

Q13 : Etat de l'hymen 1-Dechiré 2-Intacte

Q14 : Etat du vagin : 1-présence de lésion 2-absence de lésion.....

Q15 : Etat du col au spéculum : 1-présence de lésion 2-absence de lésion

Q16 : Etat du cul de sac de Douglas : 1-présence de lésion 2-absence de lésion

2-AGRESSION

SEXUELLE

Q17 : Attouchement : 1-oui 2-non 3-siège

Q18 : Caresse : 1-oui 2-non 3-siège

Q19 : Pénétration digitale ou avec objet : 1- ou 2-non Si oui préciser l'objet :.....

Q20 : Attentat à la pudeur : 1-oui 2-non

Q21 : Tentative de viol : 1-oui 2-non

Q22 : Ejaculation 1-oui 2-non

Q23 : Lésion(s) : 1-oui 2-non Si oui nature(s) et siège :.....

3-AGRESSION

PHYSIQUE

Q24 : Matériel utilisé : 1-Poing 2-Pied 3-Bâton 4-Fouet 5-Barre de fer 6-Couteau 7-Arme à feu 8-Autre :.....

Q25 : Nature traumatisme.....

Q26 : Siège du traumatisme :.....

4-VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE

Q27 : Nature du traumatisme psychologique : 1-Stress 2-Psychose 3-Délire 4-Dépression 5-Maniaque

5-AUTRE TYPE DE VBG (à préciser) :.....

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Q28 : ECBU : Normale Pathologique Si pathologique préciser les germes.....

Q29 : Test au BHCG : 1- Positif 2-Négatif

Q 30 : Echographie pelvienne : 1-Normale 2-Pathologique : Si pathologique préciser :.....

Q31 : Radiographie : 1-Normale 2- Pathologique Si pathologique préciser.....

Q32 : Scanner : 1- Normale 2-Pathologique Si pathologique préciser.....

Q33 : BW : 1-Normale 2-Pathologique

Q34 : Prélèvement vaginal : 1-Normal 2-Pathologique

Q35 : Recherche de spermatozoïdes : 1-Présent 2-Absent

Q36 : Sérologie HIV : 1-Positif 2-Négatif

Q37 : Sérologie HVB : 1-Positif 2-Négatif

Q38 : Sérologie HVC : 1-Positif 2-Négatif 1-Prises en charges médical :.....

Q39 : Nature de soins : 1-Médicamenteux 2-Chirurgical (à préciser) :.....

Q40 : Prévention de VIH : 1-oui 2-non Si oui préciser le médicament :.....

Q41 : Prévention des IST : 1-oui 2-non Si oui préciser le médicament :.....

Q42 : Prévention de la grossesse : 1-oui 2-non Si oui préciser le médicament :..... 2-Prises en charges psycho-social :.....

Q43 : Psychothérapie : 1-oui 2-non 3-Prises charges sécuritaire :.....

Q44 : Hébergement : 1-oui 2-non

Q45 : Réquisition : 1-oui 2-non

Q46 : Policière : 1-oui 2-non 3-Prises en charges juridiques : 1-oui 2-non**Q47** :

Condamné : 1-oui 2-non

Q48 : Conseillé : 1-oui 2-non

PRONOSTIC

Q49:1-Bon 2-Mauvais

EVOLUTION

Q50 : 1-Favorable 2- Défavorable

Q51 : Réinsertion sociale : 1-oui 2-non

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KONEKEOU

Prénom : Ousmane

Année de soutenance : 2024

Ville de soutenance : Bamako

Nationalité: Malienne

Email : konekeouousmane@gmail.com

Tel : +22379636386

Titre de thèse : LE PROFIL DE LA SURVIVANTE DE VIOLENCES SEXUELLES BASEES SUR LE GENRE AU ONE STOP CENTER DE MOPTI DU 1^{er} JANVIER 2022 AU 30 JUIN 2023

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique, Santé Publique

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

Résumé :

Nous avons mené une étude transversale descriptive avec collecte prospective des données à l'unité de One Stop Center de l'hôpital Somine DOLO de Mopti sur les cas de violences sexuelles basée sur le genre qui s'étend du 1^{er} janvier 2022 au 30 juin 2023.

Durant cette période, Au total, nous avons enregistré 75 cas de violence basé sur le genre dont 50 cas de viol soit 66,67% de l'ensemble des violences basées sur le genre (VBG). L'âge moyen de nos survivantes était de 18,08±6,93 ans avec

des extrêmes de 5 ans et 40 ans, 56% étaient des élèves/étudiantes et 70% étaient des célibataires. La pénétration dans le vagin a été rencontrée dans 80 % des cas et l'éjaculation dans 84%. La majorité des survivantes ont consulté après les 72 heures après l'acte soit 46%. Le dosage des β HCG urinaires a été systématique et nous a permis de diagnostiquer 8 cas de grossesses confirmées par une échographie. Le dépistage systématique du VIH chez les survivantes n'a pas retrouvé de cas positif. Les antirétroviraux ont été donnés à 28% des survivantes à but préventif. L'administration de la pilule du lendemain dans le cadre de la contraception d'urgence a été réalisée chez 26% des survivantes.

Mots clés : Violences sexuelles, Survivantes,

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

Je le jure !

