

Ministère de l'enseignement supérieur
Et de la Recherche scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

N°.....

THESE

**LES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE A
L'UNITE « ONE STOP CENTER » DE L'HOPITAL
FOUSSEYNI DAOU DE KAYES**

Présentée et soutenue publiquement le 28/ 11/ 2024 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : **M. Mamadou DIAKITE**

Pour obtenir le grade de docteur en médecine
(Diplôme d'Etat)

JURY

Président : M. Soumana Oumar TRAORE, Maitre de conférences agrégé

Membres : M. Abdoulaye SISSOKO, Maitre de conférences

Co-Directeur : M Mahamadou DIASSANA, gynécologue obstétricien

Directeur : M. Amadou BOCOUM, Maitre de conférences agrégé

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Ce Travail est dédié à :

✓ **Mon père : Boubacar DIAKITE** : grâce à toi j'ai pu aller à l'école, tu es un exemple de sagesse et de tolérance, merci pour l'éducation que tu as su nous donner, l'intérêt que tu attaches à la réussite de tous tes enfants et les efforts que tu y déploies font de toi un papa modèle. Homme de culture que Dieu te bénisse qu'il te protège, te garde aussi longtemps que possible à nos côtés ;

✓ **Ma mère : Fatoumata DIALLO** : Dame de fer : tu représentes pour moi le symbole de la bonté, de la bravoure, de la patience, une source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et prier pour moi. Tes prières et tes bénédictions m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices faites depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte. Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder sante, longévité, Chère mère tu es la lumière de ma vie je t'aime plus que les mots ne puissent jamais l'exprimer.

✓ **Ma mère Aissatou Diallo** femme exceptionnelle aux multiples qualités tu as été pour nous plus qu'une mère, tu es une personne d'une générosité et d'une bienveillance sans limites, tu es une source d'inspiration un modèle de force et de résilience, ton optimisme et ta détermination face aux obstacles de la vie et du foyer sont une leçon précieuse pour moi.

✓ **Mes frères et sœurs** : Malick, Aguibou, Alpha, Amadou, Sadio, Fatou, Amadou, Haby, Idrissa, Lamarana, Mariam, Diariétou, Djénèba, Binta, Boye, Mamadou Sadio, Ibrahima Merci pour votre amour, votre soutien et votre apport indéfectibles. Ce travail n'est que le commencement de nos efforts. Je prie le bon Dieu de nous garder, de renforcer nos liens de nous guider vers le droit chemin et nous permettre de rendre nos parents fiers.

REMECIEMENTS

- **ALLAH le tout puissant, le très miséricordieux** : oh ! mon seigneur, tu m'as fait trébucher pour me permettre de mieux apprécier ta grandeur. Gloire à toi ! nous n'avons de savoir que ce que tu nous as appris. Certes c'est toi l'omniscient, le sage, le tout puissant, le clément et le très miséricordieux. Nous implorons votre pardon et prions pour que vous nous assistiez dans nos actes quotidiens, que vous nous montriez le droit chemin et en nous éloignant du mal. Gloire à DIEU, l'omniscient, le maître des maîtres qui nous a permis de mener à bien ce travail et de voir ce grand jour. Que votre volonté soit faite.
- **Son Prophète Mohamed** paix et salut de Dieu soient sur lui (S.A.W) et sur tous ceux qui le suivront jusqu'au jour de la rétribution ;
- A ma Patrie le Mali terre d'accueil et d'hospitalité pour la chance et les conditions d'éducation et d'instruction.
- A mes maitres de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.
- **A la FMOS** : Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.
- Remerciements infinis à mes encadreurs du service **Dr MACALOU Ballan, Dr DEMBELE Sitapha** : chers maîtres vous êtes des modèles pour moi. Votre rigueur scientifique, votre humanisme, votre dévouement pour l'encadrement des étudiants ont fait de la gynéco-obstétrique de l'HFD de Kayes un pôle d'excellence. Ce travail est le résultat de votre implication constante, je ne vous en remercierai jamais assez.
- A mes camarades thésards du service de gynéco-obstétrique de l'HFD de Kayes : Robert DIARRA, Ramata TRAORE, Alpha Oumar DIALLO, Ousmane DIAH.
- A mes cadets du service Mariam YANOGUE, Fadimata Walet Mohamed : pour tous ces moments scientifiques.
- A mes aînés du service Dr Mamadou C DIALLO, Dr Issiaka DOLO, Dr Daouda FOMBA, Dr Falaye Fassirima KEITA, Dr Minata DOUMBIA, Dr Ibrahim COULIBALY, Dr Issa DAOU, Dr Salif KANOUTE : pour l'apprentissage à vos côtés
- ❖ A l'ensemble du personnel médical et des bénévoles du service de gynécologie-obstétrique de l'HFD de Kayes.
Mention spéciale aux sage-femme Djénèbou SANOGO, Sitan Founè DIAKITE, Fatou SYLLA et Fatim TRAORE

Aux infirmières obstétriciennes : Coumbel SY, Fatoumata COULIBALY et Halima SAMASSA

Mr Ibrahima SOW et son équipe (Coumba CAMARA et les autres)

Merci pour votre soutien durant mon séjour

- ❖ Aux personnels du bloc de l'hôpital : Dr Lassine GOITA, Mr Hamidou TRAORE, Mr Moustapha KANE, Mr Idrissa TRAORE, Mr Yacouba SISSOKO, Mr Adama CISSOKO et tout le personnel du bloc opératoire : votre abord facile fait du bloc un lieu excellent d'apprentissage pour les thésards.

- ❖ A Moussa SANOGO, Hawa KONATE, Daoulé DIARRA, Salimata NIAMBELE, Sayon TOURE, Koumakan KEITA, Fatoumata TIRERA, Aisha DIARRA, Madibiné DIOMBERA, Sadio Abba DIARRA, Nana DEMBELE, Aminata DIARRA, Kadiatou DIARRA, Djénèba YATTARA, Fati DIARRA, Karim DOUMBIA, Korotoumou TRAORE, Magou COULIBALY, Oumou TRAORE, Hawa DANIOGO, Soumbou DANIOGO, Kadiatou KEBE, Dionsaba MACALOU, Kamanfing SISSOKO, Bafing FOMBA, : mon équipe de garde vous resterez pour moi une seconde famille.

- ❖ A tous les étudiants et élèves des différentes écoles de santé et institut privés de Kayes : Niama TRAORE, Hawa BATTE, Djouka SISSOKO, Fatoumata KANOUTE merci pour tout

- ❖ A tous les stagiaires et bénévoles ayant séjourné dans le service durant mon séjour

- ❖ A tous les étudiants de l'INFSS annexe Kayes : merci pour votre soutien

- ❖ Aux étudiants de la 8^{ième}, 9^{ième}, 10^{ième} et 11^{ième} promotion de l'APC de l'INFSS annexe Kayes. Mention spéciale à Mme Faiza MAIGA, Niafaty DIALLO, Nana SISSOKO, Fadiama TOURE, Nana DRAME, Nia SIDIBE, Mamadou SIMPARA, Oumar SANGARE, Emile M KAMATE, et à tous les autres merci infiniment pour les moments de partages et d'apprentissage vous aurez toujours une place de choix dans mon cœur

- ❖ A vous mes amis Dr Pierre MILLIMOUNO, Dr Abdou DIALLO, Dr Mahamadou Mangassouba, Dr Kassim TRAORE, Mr Seydou SANGARE, Mr Seyba COULIBALY, Dr Alpha Oumar DIALLO, Dr Ousmane DIAH, Dr Nouhoum DIALLO, Mr Idriss Amine ADOUM Dr Nagana M CISSE : plus que des amis, vous êtes des frères pour moi. Que Dieu

nous accorde une belle et longue vie ensemble dans la santé, la prospérité et le bonheur
Amen. Seul Dieu peut vous récompenser

❖ A mes amis MIC

❖ A la 12^{ième} promotion du Numerus Clausus, ma promotion : à jamais nous resterons une famille pour la vie. Une pensée spéciale à nos camarades regrettés que leurs âmes reposent en paix

❖ A mes amis et frères de la FREE GANG : au-delà d'un simple grin nous avons tissé des liens solides et puissants qui, si Dieu le veut, survivront à toutes les épreuves de la vie. Chacun de vous aura à jamais une place particulière dans ma vie

❖ A la grande famille des rassembleurs des secouristes et des réformateurs (GFR)

❖ A mes camarades de lutte du C/AEEM : Oser lutter, c'est oser vaincre !

❖ **A tous ceux qui ont pu jouer un rôle quelconque dans ma vie, je vous remercie.**

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

Hommage aux membres du jury

A notre Maître et Président du jury

Pr. Soumana Oumar TRAORE

- **Professeur agrégé en Gynécologie-Obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CS Réf CV**
- **Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009**
- **Certifié en programme GESTA International (PGI) de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC)**
- **Leader d'Opinion Local de la surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) en commune V du District de Bamako.**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples et importantes occupations. Vos admirables qualités scientifiques, sociales et humaines et votre modestie font de vous un maître respecté et admiré de tous. Votre amour pour le travail bien fait de vous un maître exemplaire et témoigne aussi de l'importance que vous attachez à la formation. Vos nombreuses tâches ne vous ont pas empêché d'apporter votre contribution à ce modeste travail.

Cher Maître, permettez-nous de vous exprimer notre humble et profonde gratitude.

À notre maître et juge

Professeur Abdoulaye Sissoko

- **Maitre de conférences de Gynécologie-Obstétrique à la FMOS,**
- **Praticien hospitalier à la clinique périnatale Mohammed VI,**
- **Chef de service Gynécologie-Obstétrique de la clinique périnatale Mohammed VI,**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**
- **Membre de la Société de Médecine Militaire du Mali**
- **Ancien Secrétaire général adjoint de la Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique,**
- **Commandant des Forces Armées du Mali.**

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations. Votre gentillesse, votre passion du travail bien fait font de vous un modèle à suivre.

Veillez recevoir en cette occasion solennelle, cher Maître, l'expression de notre très haute considération.

A notre Maître et Co-Directeur

Docteur Mahamadou DIASSANA

- **Spécialiste en gynécologie et obstétrique ;**
- **Praticien hospitalier à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes ;**
- **Chef du service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes**
- **Chargé de cours d'obstétrique de l'INFSS annexe de Kayes ;**
- **Président de l'antenne régionale de Kayes de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).**
- **Chef de la filière sage-femme à l'INFSS annexe de Kayes**
- **Maitre de recherches.**

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de diriger cette étude. Homme de principe, d'humanisme, votre disponibilité, votre simplicité et votre abord facile sont autant de qualité que vous incarnez. Respecté et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un bon exemple à suivre. Permettez-nous de vous exprimer, le témoignage de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Directrice de Thèse

Pr. Amadou BOCOUM

- **Professeur agrégé en Gynécologie-Obstétrique à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au service de GO du CHU Gabriel Touré ;**
- **Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire d'échographie en gynécologie et Obstétrique en France ;**
- **Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire de coelioscopie en gynécologie en France**
- **Titulaire d'un Diplôme de formation médicale spécialisé en chirurgie gynécologie obstétrique en France**
- **Secrétaire adjoint de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).**

Chère Maître,

Vous nous avez fait un immense honneur en acceptant de diriger ce travail. Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez placée. Nous avons apprécié vos grandes qualités scientifiques et humaines, vos enseignements et surtout votre sens élevé de la responsabilité et de la rigueur dans le travail. Vous avez cultivé en nous, l'admiration l'endurance, la persévérance, le sens du travail bien fait et surtout la patience. Votre simplicité, votre disponibilité, votre rigueur, votre dynamisme et surtout votre humilité font de vous un homme respectueux, respectable et d'une immense grandeur. Cher Maître, veuillez recevoir en toute modestie l'expression de notre immense gratitude.

Tables des illustrations

Liste des figures

Figure 1 : Carte de référencement du one stop center : prise en charge holistique d'une survivante de VBG	28
Figure 2:Fréquence des Violences Basées sur le genre.....	32
Figure 3: Répartition des survivantes selon l'octroi de la réquisition	34
Figure 4 : Répartition des survivantes selon l'état général	35
Figure 5: Répartition des survivantes ayant subis des attouchements	39
Figure 6: Répartition des survivantes ayant subies des caresses	39
Figure 7: Répartition des survivantes avec présence de lésion vulvaire	40

Liste des tableaux

Tableau I:Représentation des variables utilisées	29
Tableau II: Répartition des survivantes selon les caractéristiques socio-démographiques	33
Tableau III: Répartition des survivantes selon le motif d'admission	34
Tableau V:Répartition des survivantes selon le type de VBG	Erreur ! Signet non défini.
Tableau VI: Répartition des survivantes selon la nature de pénétration	36
Tableau VII: Répartition des survivantes selon la notion de l'éjaculation	36
Tableau VIII: Répartition des survivantes selon le temps écoulé entre l'acte et la consultation	36
Tableau IX: Répartition des survivantes selon le nombre de rapport sexuel	37
Tableau X: Répartition des survivantes selon l'état de l'hymen	37
Tableau XI: Corrélacion entre la violence sexuelle et l'âge des survivantes	38
Tableau XII: Corrélacion entre la violence sexuelle selon le statut matrimonial des survivantes	38
Tableau XIII: Répartition des survivantes selon le type de matériel utilisé.....	40
Tableau XIV: Répartition des survivantes selon la nature du traumatisme.....	41
Tableau XV: Répartition des survivantes selon le siège du traumatisme	41
Tableau XVI: Répartition des survivantes selon les résultats de HIV	42
Tableau XVII: Répartition des survivantes selon les résultats de l'AgHbs.....	42
Tableau XVIII: Répartition des survivantes selon les résultats de Béta HCG urinaire.....	42
Tableau XIX : Répartition des survivantes selon la réalisation de l'échographie.....	43
Tableau XX: Répartition des survivantes selon la nature des soins n=69	43
Tableau XXI: Répartition des survivantes selon les mesures de préventions.	44
Tableau XXII: Répartition des survivantes selon le pronostic vital	44
Tableau XXIII: Répartition des survivantes selon l'assistance juridique des survivantes	45
Tableau XXIV: Répartition des survivantes selon l'assistance sécuritaire	45
Tableau XXV: Répartition des survivantes selon l'assistance prise en charge psychologique.....	45

Tables des matières

Table des matières

Table des matières

DEDICACE.....	iii
REMECIEMENTS.....	iv
Hommage aux membres du jury	viii
Liste des figures	xiii
Liste des tableaux	xiv
Table des matières.....	xvi
Liste des abréviations	xviii
1. Introduction.....	1
2. Objectifs :.....	4
2.1. Objectif général :.....	4
2.2. Objectifs spécifiques :.....	4
3. Généralités	6
4. Méthodologie	27
5. Résultats	32
6. Commentaires et discussion :.....	47
7. Conclusion	55
8. RECOMMANDATIONS :	56
Références bibliographiques	58

Liste des abréviations

Liste des abréviations

ADN : Acide Désoxyribonucléique

AgHbs : Antigène Hépatite B

ARV : Anti Retro Viral

BW : Bordet de Wassermann

ECBU : Examen Cyto Bactériologique de l'Urine

EDS : Enquête Démographique et de la Santé au Mali

EFH : Egalité Femmes-Hommes

ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique

GBVIMS : Système de Gestion Inter organisation des Informations sur la Violence Basée sur Genre.

INPS : Institut National de Prévoyance Sociale

INFSS : Institut National de Formation en Sciences de la Santé

ISP : Institut de Santé Publique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MGF/E : Mutilation Génitale Féminine/Excision

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

OOAS : Organisation Ouest Africaine Saharienne

OSC : One Stop Center

PEC : Prise En Charge

PF : Planification Familiale

PNG : Politique Nationale Genre

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

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

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

PIB : Produit Intérieur Brut

RUF : Revolutionary United Front

SAA : Soins Après Avortement

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la Population

UNIFEM : Fonds de Développement des Nations Unies pour la Femme

US : Usages traditionnels

USAC : Unité de Soins d'Accompagnement et conseil

VBG : Violences Basées sur le Genre

VIH : Virus Immuno- Humain

VSS : Violence sexuelle et sexiste

Introduction

1. Introduction

Les violences basées sur le genre (VBG) ont depuis des décennies, été reconnues comme un phénomène traduisant des rapports de force historiquement inégaux entre hommes et femmes, aboutissant à la domination et à une discrimination exercée souvent, par les premiers sur les secondes. Ces violences freinent particulièrement la promotion des femmes et portent atteintes à leurs libertés fondamentales. Elles empêchent partiellement ou totalement, les femmes et filles, qui en sont victimes et qui ne sont pas suffisamment protégées, de jouir de leurs droits. Les VBG font partie des principaux mécanismes sociaux de subordination d'une catégorie de personnes envers une autre [1].

Les VBG constituent l'ensemble des abus, moyens de coercition et menaces physiques, sexuels, émotionnels, psychologiques, économiques et éducatifs à l'encontre d'un individu en raison de son genre ou identité sexuelle [2].

La violence à l'égard des femmes a été récemment reconnue comme étant un problème d'atteinte aux droits de la femme [3]. La Déclaration des Nations Unies sur les violences à l'égard des femmes a défini dans son article 1er la violence comme « tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin causant et /ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » [4].

Les hommes y sont exposés depuis la naissance jusqu'à la mort, en temps de paix comme en temps de guerre ; la violence sexuelle spécifique peut avoir les conséquences directes ou indirectes sur la santé sexuelle et génésique d'une femme : grossesses non désirées, la frigidité, avortements clandestins et ses complications, les infections sexuellement transmissibles et VIH/SIDA (Virus de l'Immunodéficience Humaine/syndrome d'Immunodéficience acquise) [5].

Le nombre de cas de violences basées sur le genre (VBG) rapportés est passé de 2021 cas de janvier à juillet 2019 à 2981 cas de janvier à juillet 2020 ; soit une augmentation de 47 pour cent. Ces données révèlent que 99 pour cent des personnes touchées sont des femmes et 36 pour cent des VBG sont des violences sexuelles. Selon le Système de Gestion des Informations sur les VBG (GBVIMS), l'année dernière (2020) 4 617 incidents ont été enregistrés, dont 97 pour cent des survivant(e)s étaient des femmes et 45 pour cent des filles de moins de 18 ans [6]. En Corée ; la violence basée sur le genre est très répandue – dans une enquête menée auprès de 2 000 hommes sud-coréens en 2017, près de 80 % des sondés admettaient avoir déjà commis

des actes violents à l'encontre d'une partenaire intime – alors qu'on estime qu'une femme sur trois dans le monde subit ce type de violence [7].

Une femme meurt toutes les heures en Inde à cause de la dot. Selon les données du Bureau national des archives criminelles, près de 7 000 femmes au foyer ont été tuées et 1 700 autres se sont suicidées pour des affaires de dot, en 2020 [8].

En Tunisie une femme sur cinq (20%) a déclaré avoir subi des violences physiques, et 14% ont déclaré avoir subi des violences sexuelles [9].

En Afrique du Sud le « South African Institute for Race Relations » affirme qu'en 2003, 147 femmes ont été violées chaque 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 Unies et entrée en vigueur en 1981 [10].

Au Mali, parmi les femmes qui ont subi des agressions 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 [11].

En 1993, l'Assemblée Générale des Nations Unies donne le ton avec la déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes [12].

Le fond des Nations Unies pour la population en 1999 déclare que la violence contre les femmes est une priorité de santé [12].

En raison de la gravité et des conséquences traumatisantes de ces VBG sur les survivantes nous avons jugé opportun d'initier une étude sur les aspects épidémio-cliniques des VBG à l'unité one stop center de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Pour ce faire, nous nous sommes assigné les objectifs suivants :

Objectifs

2. Objectifs :

2.1. Objectif général :

Etudier les violences basées sur le genre à l'unité de « One Stop Center » de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

2.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des violences basées sur le genre à l'unité de « One Stop Center » de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.
- Décrire le profil socio démographique des survivantes ;
- Décrire l'état clinique des survivantes à l'admission dans l'unité de « One stop center »
- Rapporter les prises en charge des cas des violences basées sur le genre à l'unité de « One Stop Center » de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Généralités

3. Généralités

A. Généralités sur les violences basées sur le genre :

1. Définitions : Le Genre : c'est un ensemble d'êtres, ou de choses, caractérisé par un ou des traits communs.

Les violences sexuelles englobent plusieurs concepts : le viol, l'attentat à la pudeur, l'attouchement, l'outrage public, le harcèlement sexuel...

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.

L'attentat à la pudeur : est un acte impudique commis sur une personne non consentante ou incapable d'un consentement valable, de nature à offenser sa pudeur en lieu privé ou public (exemple : la pédophilie).

L'attouchement : est l'action de toucher en particulier avec la main. Il s'agit de caresses abusives.

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

Le harcèlement sexuel : consiste en une violence morale exercée sur la personne d'autrui.

2. Situation : Les violences basées sur le genre peuvent advenir sous la forme physique, sexuelle ou psychologique et ont souvent des implications dramatiques sur l'intégrité physique ou la santé mentale de la femme d'où la nécessité de création de l'unité spéciale pour une prise en charge correcte et efficace [13].

Aucune femme, aucune fille dans le monde n'est à l'abri de subir des violences. À tout moment de leur vie, dans leur enfance, leur adolescence ou à l'âge adulte les femmes peuvent subir de violences sexuelles, physiques ou morales et vivre dans la peur. Aucun espace de vie des femmes et des filles n'est protégé. Les espaces habituellement considérés comme les plus protecteurs tel que la famille, le couple, ou amour, soins et sécurité devraient normalement régner, sont lieux où se produisent le plus de violences [13]. Dans le monde, 10 à plus de 79% des femmes signalent qu'elles ont été frappées ou maltraitées physiquement par un partenaire intime, à un moment donné de leur vie [14]. Une femme sur trois subit des violences sexuelles ou physiques au moins une fois dans sa vie [15]

Si les hommes peuvent également être victimes de violence sexuelle, ce type de violence touche les femmes de manière disproportionnée. Généralement parmi les hommes et les femmes qui

signalent des contraintes sexuelles, la majorité des victimes sont des femmes, et la plupart des agresseurs sont des hommes [16,17].

Mais néanmoins, le cas des hommes battus ou maltraités est moins exceptionnel qu'on pourrait le croire. Cette violence, plus tabou, est mal représentée par les statistiques. Les hommes en parlent moins, le déclarent moins [18].

En 2013 selon un rapport de l'OMS [19], 35% des femmes ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire intime, ou des violences exercées par d'autres que leur partenaire, et suivant les pays jusqu'à 71 % des femmes subissent des violences. Toujours selon ce rapport la plupart de ces violences sont commises dans le cadre de la famille et du couple, presque un tiers de toutes les femmes ayant eu une relation de couple ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire intime et 38% du total des meurtres de femmes sont commis par des partenaires intimes. L'effrayante réalité est que la violence contre les femmes et les filles est présente dans tous les pays, les maisons, les lieux de travail, les écoles et les communautés [19].

Selon la Banque Mondiale (1993), les VBG chez les femmes entre 15 et 44 ans, font autant de morts et de malades que le cancer du col utérin. L'Organisation Mondiale de la Santé a reconnu que si nous échouons dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes, beaucoup des objectifs mondiaux d'éradication de la pauvreté seront compromis [20].

Les VBG ne sont pas seulement une violation des droits humains, elles ont aussi un coût économique gigantesque. Les recherches menées par la Banque Mondiale montrent que la violence domestique a un impact significatif sur les PIB des pays. Selon des estimations, la perte de la productivité due à la violence domestique va de 1,2 % du PIB au Brésil et en Tanzanie à 2% du PIB au Chili [21].

Non seulement les femmes sont soumises à une morbidité et mortalité sérieuse suite à la violence physique et sexuelle mais la violence aggrave également d'autres conditions de santé, notamment la transmission du VIH [22].

En dépit des accords internationaux pour faire face aux problèmes des VBG, il reste beaucoup de pays où elles ne sont pas encore considérées comme un crime. Or c'est essentiel car si les gouvernements ne mettent pas en œuvre les lois et politiques publiques nécessaires contre les VBG, les violences contre les femmes continueront, et les sources de discriminations s'aggraveront. Les VBG sont souvent cachées et leurs auteurs sont rarement poursuivis en

justice. Même dans les pays où la violence à l'égard des femmes est interdite par la loi, de tels actes ont beaucoup de chances de passer inaperçus et de ne pas être dénoncés, puisque la société perçoit les VBG comme acceptables et choisit plutôt de stigmatiser et de blâmer les femmes qui en sont victimes. Le manque de services de soutien adaptés en matière de sécurité, santé, aide psychologique, sociale et juridique empêche également celles et ceux qui ont besoin d'aide de dénoncer les violations et de chercher une assistance [20]. Soigner les femmes et les filles victimes de violence, et les enfants témoins de ces violences, c'est non seulement respecter leurs droits à la santé, reconnaître leurs préjudices, les libérer d'une souffrance et d'une culpabilité permanentes délibérément voulues par les agresseurs mais c'est également leur rendre une valeur, une dignité, une liberté d'être soi et de s'appartenir que les agresseurs, dans leurs mises en scène, leur avaient déniées [23].

En Afrique, les données sur les violences basées sur le genre sont rares. La majorité des victimes de violences ne vont pas à l'hôpital, et ne portent pas plainte. Mais certaines enquêtes ont révélé que les causes les plus fréquentes de la brutalité masculine sont toutes liées à la façon dont les femmes remplissent leur rôle d'épouse et de mère, et leur soumission aux désirs du mari, qu'ils soient d'ordre sexuel, alimentaire ou autre [24].

La principale forme de violence dont les femmes sont victimes à lieu dans la famille. C'est aussi dans la famille que beaucoup d'hommes ont appris à être violents. Enfants, ils ont vu leur père battre leur mère, et beaucoup de femmes battues viennent elles-mêmes de familles où le père était violent. Les victimes qui pensent que les coups et les brimades font partie du destin d'une femme mariée n'en parlent pas volontiers, même si elles se sentent embarrassées, honteuses et humiliées [24].

En Afrique, si des violences graves comme les blessures, les meurtres ou l'inceste sont considérées comme telles et punies par la loi, beaucoup d'autres, comme les gifles, les coups, le viol, les menaces, l'humiliation, l'excision ou l'infibulation ne sont pas considérées par tout le monde comme des violences. Or elles le sont. La violence contre les femmes pose une question fondamentale, qui est celle du pouvoir que la société donne aux hommes sur elles [24]. Selon le rapport sur le développement humain en Afrique 2016 du PNUD l'indice d'inégalité du genre (IIG) du Mali est 0,677, ce qui le place à la 150ème position sur l'indice d'inégalité du genre (IIG).

Cette situation favorise plusieurs types de VBG tels que retenus par l'outil de classification des VBG du système de gestion inter organisations des informations sur la violence basée sur le

genre (GBVIMS) à savoir le viol, les agressions sexuelles, y compris les MGF/E, les agressions physiques, le mariage forcé (y compris le mariage d'enfant), le déni de l'accès légitime à des ressources, d'opportunités ou de services, les violences psychologiques/émotionnelles [25].

La violence à l'endroit des femmes et des enfants est souvent liée à des aspects de la culture et de la tradition. Elle est perçue comme acceptable, surtout dans les situations où la femme est pressentie d'avoir transgressé les normes sociales et culturelles établies. Les femmes, en général, sont censées être soumises et obéissantes à leurs maris. Par la suite, ces normes sont internalisées et acceptées comme pratiques courantes dans les attitudes, le rôle, la responsabilité et les relations dans la communauté/la famille. D'où la banalisation de la violence basée sur le genre dans certaines régions du Mali [15]. Ces violences sont encore en grande partie cachées pour plusieurs raisons ; Elle peut aussi être intimement liée à la stigmatisation qui entoure souvent le fait de dénoncer la violence, notamment dans les milieux où « l'honneur de la famille » est placé au-dessus de la sécurité et du bien-être de la femme ou de l'enfant. En particulier, le viol ou d'autres formes de violence sexuelle peuvent entraîner l'exclusion, d'autres violences ou la mort [26].

□ Le manque de confiance fait que la violence est invisible aussi lorsqu'il n'existe pas de moyen sûr ou inspirant confiance de permettre aux femmes, aux enfants ou à leurs parents de la dénoncer. Dans certains pays, les gens n'ont pas confiance en la police, la justice, les services sociaux ou les autres responsables ; ou bien, notamment en milieu rural, il n'existe pas d'autorités accessibles vers lesquelles on peut se confier.

□ L'acceptation de la violence par la société constitue aussi un facteur important : Autant les victimes, femmes ou enfants, que les auteurs de violences peuvent accepter la violence physique, sexuelle et psychologique comme quelque chose d'inévitable et de normal. La discipline imposée par des châtiments physiques et humiliants ainsi que la brutalité et le harcèlement sont souvent perçus comme étant normaux, en particulier lorsqu'il n'en résulte aucune blessure « visible » ou durable.

□ La honte empêche les femmes et les enfants de rechercher une assistance et réparation. L'étude de l'OMS précitée précise que 55 % à 95 % des femmes qui avaient fait l'objet de violence physique conjugale n'ont jamais contacté la police, une ONG ou un refuge pour obtenir de l'aide. Or la sous-notification complique la collecte des données. Non dénoncées, ces violences restent alors également invisibles dans les indicateurs et les statistiques, trop peu nombreux. Désagrégés par le sexe, ils permettraient de rendre davantage compte des inégalités

envers les femmes et les hommes [27]. La république du Mali est un vaste pays sahélo-saharienne dont la population résidente est estimée à 20.933.072 habitants en 2019 [27]. La pluralité ethnique et la diversité linguistique et religieuse est une caractéristique de la population malienne [25]. Cette diversité ethnique, culturelle et religieuse au Mali a une forte influence sur la caractérisation et l'organisation de la société. De ce fait, les normes et règles qui régissent cette société sont fortement influencées par les us, les coutumes et les religions. Le rôle principal attribué par les communautés à la femme est celui de la femme au foyer dévouée à son mari, qui est le chef de famille. Aussi, les facteurs socioculturels pèsent lourdement sur le statut de la femme dans la famille et dans la société, limitent ses capacités à prendre des décisions et à participer à la vie de sa communauté avec les mêmes chances que les hommes. 70% des femmes actives ont un revenu inférieur au salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) contre 30% pour les hommes [25].

Même si le principe de séparation des biens et revenus est respecté au niveau des ménages et que la majorité des femmes gèrent elles-mêmes les revenus qu'elles ont gagnés, les décisions au niveau du ménage sont principalement prises par le mari. A titre d'exemple, dans 84% des cas, l'homme décide principalement pour les soins de santé de la femme, dans 80% des cas pour les achats importants pour le ménage, et 75% des cas pour les visites de la femme à sa famille [25, 28].

Au Mali sous l'impulsion de la société civile, le gouvernement institua en 1993 un Commissariat à la promotion des femmes sous la direction d'une commissaire ayant rang de Ministre. Puis en 1997, le Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (MPFEF) est créé, démontrant ainsi la volonté politique du Mali de traduire les engagements pris lors de la Conférence de Beijing et d'accorder une priorité à ce domaine. La mission de ce ministère sera renforcée par la création en 1999 de la Direction nationale de la promotion de la femme. La question Genre est prise en compte dans le Plan Opérationnel du Programme de Développement Institutionnel (2010-2013) et précisé en termes d'Egalité Femmes-Hommes (EFH) dans l'administration publique malienne. Cette orientation englobe l'institutionnalisation de l'EFH dans dix (10) secteurs publics prioritaires, dont celui de la Réforme de l'Etat et la Fonction Publique [28].

En 2005, le Mali a élaboré une stratégie de lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles, accompagnée d'un plan d'actions afin de guider les interventions et permettre la cohérence dans les stratégies adoptées. Toutefois, ce document de référence n'a pas été validé

par l'ensemble des parties prenantes. Les actions dans la lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles sont déterminées dans l'axe d'intervention prioritaire 1 de la Politique Nationale Genre 2009-2018 (PNG-Mali). Il est relatif à la consolidation de la démocratie malienne et l'État de droit par l'égalité d'accès et la pleine jouissance des droits fondamentaux pour les femmes et pour les hommes [29].

En termes de Dispositif légal, le Mali dispose d'un arsenal juridique disponible se prêtant à la répression de certaines formes de violences faites aux femmes. On relève notamment :

- La lettre N° 0019/MSPAS-SG du 16 janvier 1999 du Ministère de la Santé interdisant l'excision en milieu médical ;
- La loi N° 02-044 du 24 juin 2002 sur la santé de la reproduction par l'Assemblée Nationale du Mali dont l'excision est une des composantes ; Sur le plan de la lutte, le Programme National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (PNLE) est un acquis important ;

L'exacerbation des cas de VBG au Mali qui sont entre autres :

- Assassinat d'une femme à Bamako, le 23 janvier 2016,
- Assassinat de la standardiste au Palais de Koulouba le 29 décembre 2017,
- Assassinat d'une fillette albinos à Fana le 12 mai 2018,
- Viol collectif d'une jeune fille à Bamako par quatre jeunes le 2 février 2018,
- Assassinat d'un Imam à Bamako, en janvier 2019,
- Violences conjugales : coups et blessures, injures, répudiations, dénis etc.

La restriction des missions de l'ex Programme National de Lutte contre la pratique de l'Excision (PNLE) pour faire face à la prévention et à la prise en charge de ces violences liées au genre a conduit à la création du Programme National pour l'abandon des Violences Basées sur le Genre (PNVBG) :

- Loi n° 2019 - 014/ du 03 juillet. 2019 portant créations du programme national pour l'abandon des violences basées sur le genre.
- La présente loi abroge l'Ordonnance n°02-053/P-RM du 04 juin 2002 portant création du Programme National de Lutte contre l'Excision.
- Le Code Pénale prévoit des sanctions variables contre les coups et blessures volontaires (articles 207 et 226), la pédophilie, l'abandon du foyer et d'enfant, l'enlèvement de personnes par fraude, violence ou menaces, la traite, le gage et la servitude des personnes, le trafic d'enfants, le viol, l'esclavage sexuel, la prostitution forcée et la grossesse forcée ;
- Le Code du Mariage et de la Tutelle qui punit le mariage forcé [30].

3. **HISTORIQUE** : La violence vise la personne afin de l'assujettir au pouvoir de l'autre, qui puise sa légalité dans une culture humaine ancestrale. Elle représente par conséquent un phénomène universel qui s'exerce dans toutes les sociétés, qu'elles soient avancées ou sous-développées. C'est ainsi qu'en bâtissant en particulier des femmes de tout âge, et de tout niveau social, économique et culturel. La communauté internationale œuvre depuis plus de cinquante ans en vue de consolider l'arsenal des Droits de l'Homme, qui consacre en substance le droit à la liberté, à l'égalité et à la dignité. Malheureusement, la violence basée sur le genre constitue une violation de ces droits, en lui causant une dépendance, une privation et un préjudice. Partant de là, lors de la Conférence de Nairobi, tenue en juillet 1985 (Conférence chargée d'examiner et d'évaluer les résultats de la décennie des Nations Unies pour la femme) Nairobi se propose d'effectuer le suivi et l'examen des réalisations de la décennie des Nations Unies pour la femme ("Egalité, développement et paix"). Lors de cette conférence, il a été constaté que la violence à l'égard de la femme connaît une recrudescence sans précédent. Mais à ce jour, force est de constater que les résultats des différentes réponses au niveau des pays restent mitigés à cause de l'insuffisance de mécanismes et de cadre harmonisé de lutte ainsi que des statistiques pour une mise en œuvre d'actions concrètes. L'ampleur du phénomène à travers le monde a suscité l'instauration d'une journée internationale célébrée le 25 novembre de chaque année par les Nations Unies. L'objectif poursuivi est de sensibiliser les populations et les gouvernements afin de réduire de manière significative ces violences et leurs conséquences [30].

4. **Epidémiologie** :

La fréquence est diversement appréciée dans la littérature Africaine ou mondiale du fait de la rareté des études hospitalières sur le sujet. Les violences sexuelles affectent des millions de femmes dans le monde par an. Ce taux de violence sexuelle a doublé entre 2002 et 2004 aux Etats-Unis passant de 34% à 69% de la population générale tous sexes confondus [31].

Les données rapportées dans la littérature sont disparates et proviennent des cas rapportés par la police, les structures de santé, les organisations internationales et les centres de recherche. Le département de la justice aux Etats Unis en 2003 a rapporté que 39% de cas de violences sexuelles ont été commis sur des femmes au cours de l'année 2002. Le département de santé des enfants aux Etats-Unis en 2005 rapporte que 2/1000 enfants reçus dans les structures de

protection des enfants sont victimes d'abus sexuels, et dans 6% des cas il s'agit des étudiants [17].

Les études Africaines font surtout état de cas survenus dans des écoles comme en Afrique du Sud (5%), ou ceux rapportés par les tribunaux comme au Rwanda (15%) [14]. Car les violences sexuelles ne sont pas adressées systématiquement aux structures de santé.

Selon l'EDSM-V 2012- 2013, près de 13% de femmes d'âge compris entre 15- 49 ans ont déclaré avoir été victimes d'actes de violences sexuelles à n'importe quel moment au cours de leur vie [14]. Aussi plus d'une femme sur dix (11%) en a subi récemment, c'est-à-dire au cours des douze mois avant l'enquête. Dans la région de Ségou, selon la même source ces valeurs sont respectivement près de 8,8% et de 7,6% [15].

Au Mali, d'Avril 2012 au 31 Décembre 2013 ; 6227 cas de violence basée sur le genre (VBG) ont été rapportés par le sous cluster, dont 611 cas de viols et violences sexuelles [16].

5. Fréquence :

Les chiffres de la maltraitance pendant la grossesse varient entre 1% et 17%. Au plan mondial, il est estimé que la violence contre les femmes constitue une cause de décès et d'invalidité au sein de la population féminine en âge de procréer aussi grave que le cancer et une cause de maladie plus importante que les accidents de la circulation et la malaria pris ensemble [32].

En France, en effet, la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique prévoit l'élaboration de cinq plans stratégiques de santé publique (2004-2008) et, parmi ceux-ci, figure un plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence. La loi définit un plan stratégique comme « un ensemble d'actions et de programmes cohérents » pluriannuels et cette démarche de planification stratégique doit « donner une meilleure lisibilité aux efforts consentis pour améliorer la santé [26].

Au cours de la guerre en Bosnie Herzégovine au début des années 1990, on estime entre 20.000 et 50.000 le nombre de femmes violées. Les femmes déplacées sont exposées à l'exploitation sexuelle de la part des travailleurs humanitaires comme le montrent les rapports sur l'Afrique de l'Ouest et les abus subis par les femmes Bhoutanaises dans les camps de réfugiés au Népal [6].

Une étude au Nicaragua a montré que 40 % des femmes en âge de procréer ont subi des violences physiques de la part de leurs partenaires. 70 % des violences physiques étaient considérées comme graves tandis que 31 % des femmes au total ont été battues au cours d'au

moins une de leurs grossesses. En juin 2004, le haut-commissariat des réfugiés (HCR) estimait qu'environ 200.000 Soudanais avaient fui vers le Tchad et qu'un million d'autres personnes étaient déplacées à l'intérieur de leur propre pays en raison de l'augmentation de la violence dans la région du Darfour au Soudan. Les femmes et les hommes soudanais déplacés font état d'enlèvements et de viols généralisés des femmes au Darfour (Soudan) ; par les janjawid. Les femmes et jeunes filles revenant du Tchad vers le Soudan à la recherche d'eau, de vivres et de bois de chauffage sont également exposées à la violence sexuelle.

En raison du recours au viol collectif systématique et exceptionnellement violent, les médecins en République Démocratique du Congo classent désormais la destruction vaginale dans la catégorie des crimes de combat. Des milliers de filles et femmes congolaises souffrent de fistule vaginale des déchirures dans le vagin, la vessie et le rectum après être violées.

Une étude sur les femmes réfugiées palestiniennes indique que 30 % des femmes ont été battues au moins une fois au cours de leur mariage, l'auteur principal de ces violences étant leur mari. 25 % des femmes azéries interrogées par les centres de contrôle des maladies ont reconnu avoir été forcées de subir des rapports sexuels ; les femmes les plus exposées se trouvaient parmi les personnes déplacées à l'intérieur de l'Azerbaïdjan dont 23 % ont avoué être battues par leur mari [14].

Le taux de suicide est élevé chez les femmes tadjikes en raison de violences conjugales non maîtrisées et du manque d'information des victimes sur leurs droits. De janvier à septembre 2008, dernière période pour laquelle nous disposons de statistiques, 240 cas de suicide chez les femmes ont été enregistrés au Tadjikistan. Les experts pensent que les chiffres réels sont bien plus élevés dans la mesure où le rapport de certains décès est inexact [...]. D'après les activistes des droits de l'Homme, environ huit (8) actes de violence sur dix surviennent au sein du foyer. Il est courant que les hommes agressent leurs femmes, celles-ci étant peu protégées par leurs proches qu'elles ont quittés pour intégrer la famille de leurs maris après le mariage [15]

Une étude montre que les violences physiques, sexuelles et conjugales sont très fréquentes au Niger. Ce sont entre 60% et 100% des autorités administratives et coutumières des quatre régions qui confirment l'ampleur des violences physiques à l'égard des femmes. Entre 36% et 100% des chefs de ménage estiment que les violences les plus récurrentes à l'égard des femmes sont les violences physiques. Les hommes sont les principaux auteurs de ces violences, surtout dans leur rôle de chef de ménage [21].

B. DIFFERENTES FORMES DE VBG [14].

1. **Viol/tentative de viol** : Acte de rapport sexuel non consensuel (invasion de toute partie du corps de la victime ou de l'agresseur avec un organe sexuel ou l'ouverture génitale ou anale de la victime avec tout objet ou toute autre partie du corps, par force, menace de force ou coercition). Toute pénétration est jugée viol. Un acte qui n'aboutit pas toujours à une pénétration est jugée comme une tentative de viol.

Le consentement d'un mineur sera jugé selon les normes internationales précisant qu'avant l'âge de 18 ans, une personne n'est pas en mesure de donner un consentement donné en toute connaissance de cause.

Le viol ou la tentative de viol englobe les actes suivants :

- Viol d'une femme adulte ;
 - Viol d'une femme ou d'un homme mineur, y compris l'inceste ;
 - Viol collectif, s'il existe plus d'un agresseur ;
 - Viol conjugal entre mari et femme ;
 - Viol masculin, connu sous le nom de sodomie.
2. **Abus sexuels** : Autres actes sexuels non consensuels, non compris le viol ou la tentative de viol. L'abus sexuel comprend tout acte infligé sur un mineur. Tel que susmentionné, même si l'enfant donne son consentement, l'activité sexuelle avec un mineur peut être considérée comme un abus sexuel car il ou elle n'est pas jugée capable de donner son consentement en toute connaissance de cause. Exemples d'abus sexuel :
 - Forcer quelqu'un à retirer ses vêtements ;
 - Forcer quelqu'un à s'engager dans des actes sexuels, par exemple, forcer à embrasser ou à toucher ;
 - Forcer quelqu'un à observer des actes sexuels.
 3. **Exploitation sexuelle** : L'exploitation sexuelle est une coercition et une manipulation sexuelle par une personne occupant une position de pouvoir et qui utilise ce pouvoir pour s'engager dans des actes sexuels avec une personne qui n'a pas de pouvoir. L'exploitation s'accompagne quelque fois d'assistance en échange d'actes sexuels. Dans ces situations, la personne pourrait penser qu'il ou qu'elle n'a pas d'autre choix que de se prêter à cette exploitation peut-être pour protéger sa famille, pour recevoir des biens ou services, etc. et, par conséquent, même si le consentement est donné, c'est un consentement obtenu par manipulation ou coercition. Exemples :
 - L'agent humanitaire qui demande des rapports sexuels en échange d'assistance matérielle, de faveurs ou de privilèges ;

- L'enseignant qui demande des faveurs sexuelles pour faire passer l'élève ou l'admettre dans la classe ;
- Le leader de réfugiés qui demande des rapports sexuels en échange de faveurs ou privilèges ;
- Le soldat ou l'agent de sécurité demandant des rapports sexuels pour escorter quelqu'un et la garder à l'abri du danger.

4. **Mariage précoce / forcé** : Il y'a mariage forcé lorsque les parents ou autres personnes prennent les arrangements et forcent un mineur à épouser quelqu'un.

- Ils peuvent le faire en exerçant une pression ou en donnant l'ordre à un mineur ou à une mineure de se marier, pour des raisons se rapportant à une dot ou autres.
- Le mariage forcé est une forme de violence sexuelle et sexiste (VSS), car le mineur ou la mineure n'est pas autorisé à faire un choix éclairé ou n'est pas suffisamment âgé pour le faire.

5. **Violence familiale** : La violence conjugale survient entre partenaires (époux, petits amis) et entre membres de la famille (belles-mères et belles-filles). Cette violence conjugale se traduit par des actes d'abus sexuels, physiques et psychologiques. Il est important de préciser clairement dans ce type de violence si elle a été commise par un partenaire intime ou un autre membre de la famille.

D'autres termes utilisés pour évoquer la violence conjugale commise par un partenaire intime sont « traitement abusif par l'époux » et « battre sa femme. » Exemples : Gifler, frapper, donner des coups de pied, utiliser des armes ;

- Abus verbal et émotionnel, dont l'humiliation publique, l'isolement forcé ;
- Meurtre ou menaces de mort ;
- Fait de priver son partenaire de nourriture, d'eau, d'abri, de vêtements, de soins de santé, contrôle sur la fécondité, grossesses et/ou avortements forcés
- La femme est battue ou maltraitée parce qu'elle n'a pas rempli ses obligations à l'égard du mari, a refusé des rapports sexuels, était en retard pour préparer la nourriture, etc. ;
- La femme est battue par sa belle-mère à cause de son statut subordonné dans le ménage.

6. **Mutilation génitale féminine** : La mutilation génitale concerne l'ablation d'un tissu génital sain chez la femme, généralement dans le cadre d'une cérémonie traditionnelle qui symbolise un rite de passage pour la victime.

- Les femmes adultes et les filles pourraient consentir à cette mutilation sous l'effet d'une pression sociale et culturelle ou elles peuvent être physiquement forcées de le faire.
- Les mineures sont souvent forcées physiquement et, même si elles ne le sont pas, on ne juge pas qu'elles aient l'âge nécessaire pour donner leur consentement en toute connaissance de cause. La mutilation génitale de la femme est souvent appelée « excision ».

7. **Les violences culturelles** : Qui réunissent les autres pratiques traditionnelles néfastes : lévirat, sororat, rites de veuvage, enlèvement de petites filles pour les mariages forcés, etc. ;
8. **Les violences économiques** : La pression économique s'exerce différemment selon les milieux socioéconomiques et le niveau d'éducation, mais il convient de retirer à la personne son autonomie, de faire en sorte qu'elle n'ait pas de marge de manœuvre si elle manifeste des velléités de liberté ou de séparation. Le cas le plus classique est la dépendance économique de la personne victime de violence, qui ne travaille pas et qui n'a pas de revenu propre. La crainte des difficultés économiques empêche cette personne de quitter un conjoint violent avec qui sa marge de liberté est limitée. Elle a peur de ne pas pouvoir s'en sortir, de ne pas trouver un travail, un logement.

Souvent ces personnes ne connaissent pas leurs droits, n'ont pas confiance en elles et sont découragées. Pour s'assurer de garder le pouvoir financier, le conjoint peut commencer par vérifier systématiquement les dépenses de l'autre, refuser de donner suffisamment d'argent ou bien en donner au compte-goutte, tout avec des accusations fallacieuses ; ou voire confiscation du salaire.

Le conjoint estime normal de gérer non seulement son propre argent, mais aussi celui de sa compagne y compris les revenus de son héritage. Cette dépendance peut exister, quel que soit le niveau de revenus du ménage, et il arrive que cette pression économique soit justifiée par son souci « d'assurer une bonne gestion des revenus du ménage », tout en l'accusant d'être dépensière et d'être par conséquent incapable de gérer son propre salaire. Le conjoint peut aussi faire pression pour amener l'autre à cesser toute activité professionnelle ou ses études, le mari a tendance à justifier son acte à travers certains comportements notamment mauvais entretien du foyer, etc.

9. **Les violences politiques** : Sont considérées comme violence politique le manque d'opportunités et de capacités pour une participation à la vie publique. Elles sont souvent prises en considération, car leur caractère « violent » s'éloigne plus de l'image de la violence socialement partagée dans nos sociétés. Elles sont plus insidieuses, moins évidentes et ne font pas l'objet de plaintes, ce qui n'attire pas de manière impérieuse l'attention des pouvoirs publics sur ces problèmes. L'Etat peut également perpétrer des violences basées sur le genre par la négation des droits et la promulgation de lois et de mesures qui limitent les rôles dans la famille et dans la société. C'est le cas par exemple, de nombreuses législations dont les codes de la famille, actuellement en vigueur dans des nombreux de pays arabes et musulmans, qui ne reconnaissent pas la pleine citoyenneté des femmes et légalisent le contrôle exercé sur elles par les hommes : polygamie, mariage forcé, etc. Les Etats peuvent également tolérer les VBG par

la promulgation de lois inappropriées ou l'application inefficace de législation, assurant dans la réalité l'impunité aux auteurs de VBG : viols, etc.

10. La violence à l'égard des femmes dans la communauté :

- Féminicide : le meurtre des femmes ;
- Violence sexuelle de non-partenaires ;
- Harcèlement sexuel et violence sur le lieu de travail, dans les établissements éducatifs et sportifs ;
- Traite des femmes ;
- Interdiction du port de voiles ;

11. La violence à l'égard des femmes perpétrée par l'Etat :

- Violences à l'égard des détenues ;
- Stérilisation forcée ;
- Violence à l'égard des femmes durant les conflits armés ;
- Violences juridiques.

I. Types de classification des violences basées sur le genre :

La communauté du secteur de la VBG se trouve actuellement confrontée à de nombreuses difficultés en raison de l'absence de standardisation des données. Cette situation des données de terme relative à la VBG s'explique en grande partie par la variété de terme et de procédures employés pour classer les cas de VBG chez les différents prestataires de services, les acteurs humanitaires, les cabinets juridiques, les institutions nationales et internationales ainsi que les organismes publics. En raison de ces grandes variétés, les prestataires de services peuvent choisir entre plusieurs possibilités pour désigner un cas de VBG donné. Dès lors, la terminologie employée pour désigner, définir et classer les cas de VBG peut grandement varier d'un prestataire de service à un autre. Pour cela, la discussion, la diffusion et l'analyse significative des données relatives à la VBG et des tendances qui se dégagent entre les différentes organisations sont extrêmement difficiles, quel que soit le contexte humanitaire. Adopter une terminologie standard permettra de réduire au minimum la subjectivité en matière de classification et d'assurer une communication efficace relative à la VBG, indépendamment du lieu de la survenance de l'incident et de la personne qui consigne la déclaration des faits. [20]

Il existe six (6) types d'incidents qui sont le viol/pénétration, l'agression sexuelle, l'agression physique, le mariage forcé, le déni de ressources, d'opportunité et de service et la violence psychologique. Les six principaux types de VBG ont été créés pour permettre la collecte de

données et l'analyse des statistiques sur la VBG. Ils ne devraient être employés qu'en rapport avec la VBG, même si certains peuvent s'appliquer à d'autres formes de violence qui ne sont pas basées sur le genre.

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.
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 Mutilations

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.

3. **Agression physique** : Violence physique n'étant pas de nature sexuelle. Exemples : coups, gifles, strangulation, coupures, bousculades, brûlures, tirs ou usage d'armes, qu'elles soient, l'attaques à l'acide ou tout autre acte occasionnant des douleurs, une gêne ou des blessures. Ce type d'incident n'englobe pas les MGF.
4. **Mariage forcé / précoce** : Mariage d'une personne contre sa volonté. et mariage d'un enfant /mineur de moins de 18 ans.
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 n'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.
6. **Violences psychologiques / émotionnelles** : Elles couvrent, infliction de douleurs ou de blessures mentales ou émotionnelles. Entre autres : menaces de violence physique ou sexuelle, intimidation, humiliation, isolement forcé, poursuite, harcèlement verbal, attention non

souhaitée, remarque, gestes ou écrit de nature sexuelle et/ou menaçant, destruction de biens précieux, etc. [28].

C. CAUSES ET CONSEQUENCES [21]

1. Causes :

Les Causes potentielles à mettre en exergue sont :

- Inégalité de genre,
- Asymétrie de pouvoir entre les hommes et les femmes ;
- Volonté de domination et de contrôle ;
- Manque de respect aux femmes ;
- Manque de respect aux droits humains ;
- Division des rôles dans la famille et dans la société ;
- Perte des valeurs et dissolution des solidarités familiales traditionnelles ;
- Pratiques culturelles et traditions ;
- Croyances religieuses ;
- Pauvreté ;
- Alcool,
- Drogue ;
- Législation et système judiciaire ;
- Impunité des agresseurs.

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

• **Conséquences sur la santé physique** : Blessures, troubles gastro-intestinaux, fonction physique 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 [33].

• **Conséquences psycho- sociale et sur la santé mentale** : Etat de stress post traumatique, dépression, troubles alimentaires, auto mutilation, troubles anxieux, abus de substances,

troubles de sommeil, sentiment de honte, culpabilité, faible estime de soi, tentative suicidaire et suicide.

- Conséquences sexuelles et sur la période de la grossesse : Comportement sexuel à risque, infections transmises sexuellement et par le sang, VIH/Sida, grossesse non désirée, fausse couche, accouchement prématuré, dysfonctionnement sexuels, troubles gynécologiques, complications de grossesse, dépression post-partum [34].

D. PROBLEMATIQUE

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 [22].

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 [15] :

- 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 ;

E. PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE DES SURVIVANTES :

1. Prise en charge psycho-sociale : Le soutien psychosocial est essentiel pour les personnes survivantes à se sentir immédiatement à donner un sens à leur expérience, à réaffirmer leurs droits et à atténuer les sentiments culpabilités :

- Accueillir, écouter, rassurer, compatir, informer, sur les droits et les services disponibles, orienter les survivants à d'autres services avec le consentement éclairé de la personne survivante ;
- Fournir un soutien psychologique gratuit ;
- Ecouter attentivement en faisant preuves d'empathie ;
- Ecouter sans douter ou porter un jugement sur les survivants ;
- Etablir un diagnostic psychosocial initial ;
- Evaluer les besoins des survivants et développer un plan d'action pour y répondre ;
- Mettre en œuvre le plan d'action jusqu'au rétablissement des survivant(e)s ;
- 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. 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 sureté et la sécurité des personnes survivantes.

Tous les acteurs doivent garder à l'esprit que la tendance à culpabiliser le survivant est très généralisée et que les personnes survivantes souffrent d'une extrême stigmatisation sociale et d'une vulnérabilité.

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

- Information et orientation sur le droit de la personne survivante ;
- Donner des informations sur la procédure ;
- Assurer l'accès à un abri sûr à court terme ;
- Formation et engagement des secteurs concernés, notamment les forces de l'ordre, les juges, les avocats et autres praticiens du droit, les praticiens de la santé et les autres prestataires de services ;
- Donner des informations sur les choix disponibles aux survivants et ses conséquences ;
- Accompagner la personne survivante à la police pour le dépôt de la plainte si la victime est d'accord ;
- Garder la personne survivante toujours informée des progrès du dossier ;
- Assurer le suivi de l'exécution de la peine et en général des décisions de justice ;
- Conduire un plaidoyer pour la ratification des instruments internationaux non encore ratifiés ;
- Déposer la plainte au nom de la personne survivante au bureau du procureur de la république ;
- Conduire un plaidoyer pour l'harmonisation des lois nationales aux instruments internationaux et leurs applications ;
- Conduire un plaidoyer pour l'institution d'un juge chargé de la protection de la femme à l'instar du juge des enfants ;
- Vulgariser les textes de droit international pertinent pour la protection légale des survivants et formation sur l'application des instruments juridiques nationaux internationaux au Mali ;
- Conduire un plaidoyer pour l'organisation d'assises spécifiques aux cas de violences sexuelles (voir assises pour les enfants) ;
- Conduire un plaidoyer pour l'institution de points focaux VBG au niveau des commissariats de police et brigades de gendarmerie ;
- Demander au juge d'assurer les audiences à huit clos pour les cas de violence sexuelle ;
- Trouver des endroits sécurisés pour aider la personne survivante, sa famille (si requis) et les témoins ;
- En cas des menaces avérées demander au procureur l'interdiction de contact de certaines personnes avec la personne survivante /mesures additionnelles de protection pour la victime (éloignement des certaines personnes, etc.) ;
- Participer activement aux réunions trimestrielles de suivi des cas ;
- S'impliquer dans l'utilisation des outils de collecte des données VBG (GBVims).

3. La prise en charge sécuritaire :

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

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

4. Prise en charge médicale :

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

médical avant que le dossier ne soit acheminé aux services de la police, de la gendarmerie ou au tribunal. Seulement faut-il constater que ce certificat médical qui est une obligation en cas de viol ou d'agressions sexuelles, dont la crédibilité est garantie. En plus, les victimes rencontrées sont prises en charge à 100%. C'est à ce stade du processus où réside toute l'importance du rôle des One Stop Center qui se saisissent du dossier et constituent l'interface entre les survivants et les tribunaux afin de suivre les cas jusqu'à la décision de justice. L'assistance des victimes de VBG dans le suivi des dossiers est assurée. Le travail en synergie entre services impliqués dans les stratégies de prévention et de prise en charge des VBG est plus que nécessaire [19].

5. La prise en charge clinique des cas :

Les différents types de soins prodigués dès l'admission des survivant(e)s :

- Examens cliniques : dès leur arrivée les consultations médicales sont faites pour évaluer l'état physique et les plaies dans les différentes parties du corps à afin de procéder à la réparation de certains cas ; s'il n'y'a pas de gravité de plaie. Des analyses à la recherche des preuves médico-légales qui sont :
- Examens complémentaires : ECBU, BW, prélèvements vaginaux, échographie obstétricale.
- En cas de grossesse les suivis seront assurés par les Sage-femmes du centre 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 : 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, antibiotiques ; 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.

Méthodologie

4. **Méthodologie** :

4.1- **Cadre et Lieu d'étude** :

L'étude a eu lieu dans l'unité « One Stop Center » de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

4.1-1 : **L'unité One Stop Center de Kayes** : c'est une unité qui assure la prise en charge des violences basées sur le genre

Un bâtiment construit en juillet 2021. Ce centre se situe à côté du service de la gynécologie obstétrique afin d'éviter la stigmatisation des survivants de VBG. Il est composé de quatre bureaux :

- Une salle pour la prise en charge médicale
- Une salle pour la prise en charge psycho-sociale et également bureau de la gestionnaire de cas
- Une salle pour la prise en charge sécuritaire et judiciaire
- Une salle de jeux

❖ **Le personnel est composé de :**

- La Gestionnaire de cas
- Trois référents médicaux (trois gynécologue-obstétriciens)
- Trois référents judiciaires
- Quatre référents psycho-sociaux
- Six référents sécuritaires

❖ **Accessibilité** : L'accès au centre se fait par soit le volet

- Sécuritaire ou judiciaire (commissariat, tribunal, brigade)
- Sanitaire (consultation gynécologique)
- Psycho-social (Promotion de la femme)
- Soit même (venir directement dans le centre)

❖ **Procédure** :

La procédure de la prise en charge est adaptée à la demande de la survivante sauf pour les cas de viol pour lesquels le dossier est mis à la disposition de la justice pour l'assistance juridique.

❖ **Partenariat** : Les partenaires du centre sont UNFPA comme bailleur, AMSOPT pour la mise en œuvre des projets et les ministères de la santé, de la promotion de la femme de l'enfant et de la famille, de la sécurité et de la justice.

Les atouts : le one stop center grâce à l'appui de l'UNFPA assure

- La prise charge holistique et gratuite de tous et toutes les survivants(es) de VBG admises dans le centre.

- Octroi d'un kit dignité, d'un kit post viol. Il associe des agents de la santé, de la sécurité, de l'assistance sociale et de la justice.

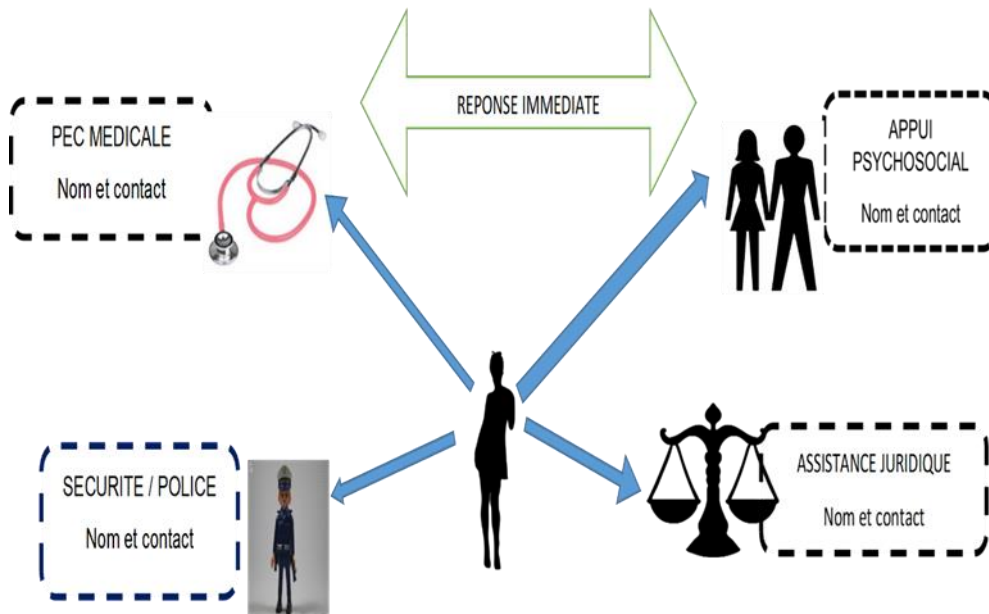


Figure 1 : Carte de référencement du one stop center : prise en charge holistique d'une survivante de VBG

4.2- **Type et période d'étude :**

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive qui a été menée du 1er janvier au 31 décembre 2022 soit une période 12 mois.

4.3- **Population d'étude :**

L'étude a porté sur les survivantes ou survivants reçus en consultation dans l'unité « One Stop Center » de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

4.4- **Echantillonnage :**

4.4.1 **Méthodes d'échantillonnage :** Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif de tous les cas de violences basées sur le genre admises à l'unité « One Stop Center » de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

4.4.2. **Taille de l'échantillon :** La taille de l'échantillon correspondait au nombre de violence enregistrées dans l'unité « One Stop Center » de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes durant la période d'étude.

4.5- **Critères d'inclusion :**

Nous avons inclus dans cette étude toutes les survivantes de violences basées sur le genre admises à l'unité « One Stop Center » de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes durant la période d'étude ayant un dossier exploitable.

4.6- Critères de non inclusion :

Nous n'avons pas inclus dans cette étude :

- Toutes les autres personnes admises pour autres motifs que les violences basées sur le genre
- Les survivantes non consentantes
- Les cas de VBG venus en dehors de la période d'étude

4.7- Variables utilisées :

Variables qualitatives : réfèrent à une caractéristique qui n'est pas quantifiable

Variables quantitatives : réfèrent à une caractéristique quantifiable dont les valeurs sont des nombres qui correspondent en fait à des codes.

Variables épidémiologiques : réfèrent à une étude des rapports entre une maladie et divers facteurs qui peuvent influencer sur la fréquence ou l'évolution d'une maladie

Variables cliniques : réfèrent à une caractéristique d'une quantité dans un essai clinique qui peut avoir une gamme de valeurs possibles.

Tableau I:Représentation des variables utilisées

Variables	Qualitatives	Quantitatives
Socio-démographiques	Résidence	Age
	Profession	
	Statut matrimonial	
Cliniques	Motif d'admission	Nombre de rapports de sexuels
	Type de violences	Temps écoulé entre l'acte et la consultation
	Pronostic	
	Prise en charge	
Paracliniques	Echographie	
	Sérologie HIV	
	Sérologie AgHbs	

4.8- Collecte des données et support :

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête à partir des dossiers médicaux, le registre de violences basées sur le genre, les réquisitions et les certificats médicaux.

4.9-Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur les logiciel Excel 2016 et SPSS version 20.0.

Le document a été Saisi par le logiciel Microsoft world version 2016.

4.10- **Considération éthique :**

Chaque survivante avait un code d'identification.

La confidentialité et l'anonymat ont été respectés.

L'examen physique des patients (es) a été fait dans la confidentialité avec le consentement éclairé mentionné dans une fiche par la secrétaire.

Les certificats médicaux établis après examens ont été transmis sous pli fermés aux différentes autorités judiciaires concernées. Les fiches des données étaient anonymes.

4.11- **Difficultés et contraintes :**

Au cours de l'étude nous avons été confrontés à certaines difficultés qui sont :

- L'insuffisance de rapportage des données dans les dossiers ;
- L'insuffisance dans la réalisation des examens complémentaires
- La non disponibilité des suites judiciaires

Ces difficultés ne nous ont pas permis de faire une recherche approfondie des causes des VBG et bonne évaluation lésionnelle dans certains cas en plus nous n'avons pas pu connaître avec certitude si les survivantes ont été dédommées ou si les auteurs ont été punis ou pas.

Résultats

5. Résultats

5.1. Fréquence

Durant notre période d'étude nous avons colligé 79 cas de violences basées sur le genre sur un total de 8404 cas de consultation gyneco-obstetricales soit une fréquence de 0,94%.

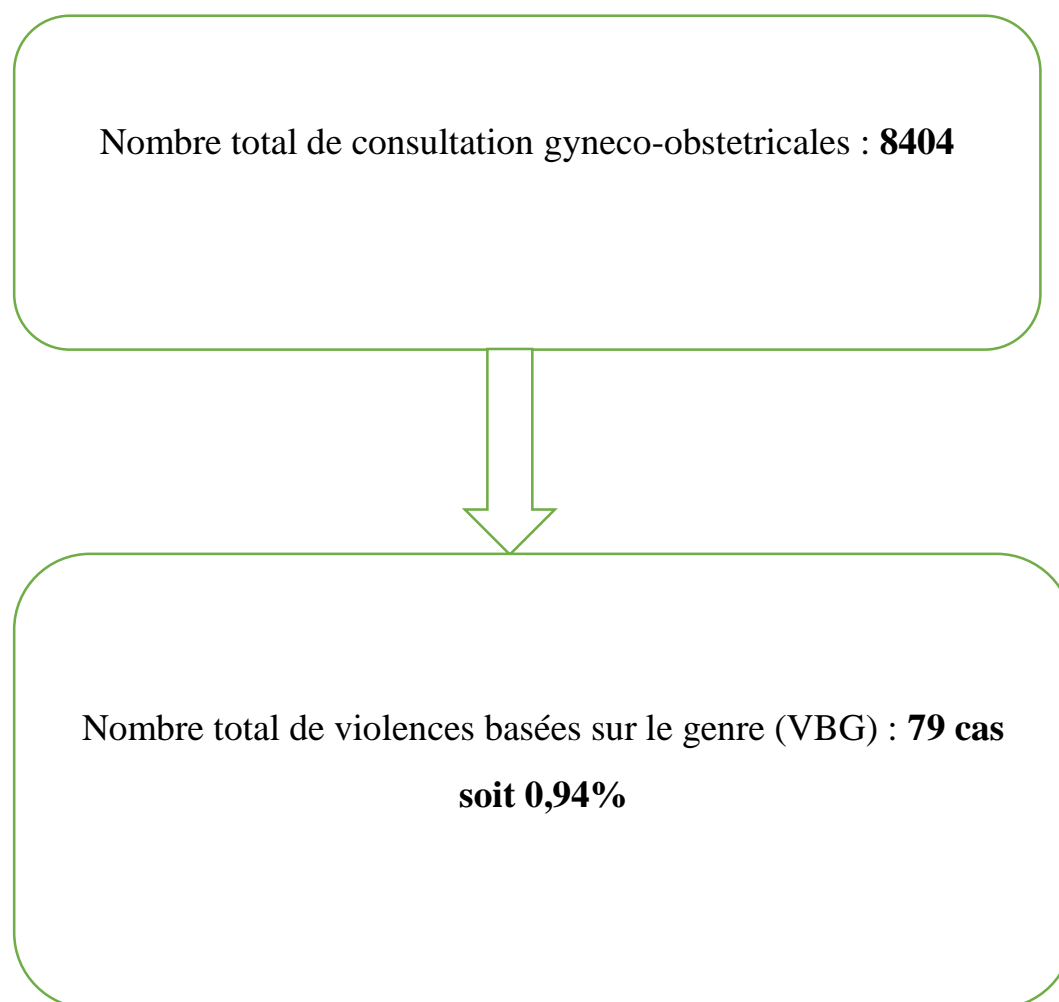


Figure 2: Fréquence des Violences Basées sur le genre

5.2. Profil socio-démographique :

5.2.1. Caractéristiques socio-démographiques :

Parmi les célibataires 23 étaient des enfants qui n'ont pas l'âge de mariage. La tranche d'âge la plus touchée était celle de 11 à 19 ans avec 41 cas soit 51,9%. **La moyenne d'âge était de 16,54 ans et les limites d'âge étaient de 2 à 35 ans.**

Dans la profession les enfants et les adolescents non scolarisés étaient les plus représentés avec 29 cas soit 36,7%

Les femmes résidentes en zone urbaine étaient les plus représentées avec 55 cas soit 69,6%.

Les célibataires étaient les plus représentées avec 53 cas soit 67,1%

Tableau II: Répartition des survivantes selon les caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques socio-démographiques	Effectif (N= 79)	%
Age		
Moins de 10 ans	9	11,4
Entre 11 et 19 ans	41	51,9
Entre 20 et 30 ans	22	27,8
≥ 31 ans	7	8,9
Profession		
Ménagère	15	19,0
Vendeuse/Commerçante	5	6,3
Élève/étudiante	20	25,3
Aide-ménagère	9	11,4
Enfants et adolescents non scolarisés	30	38,0
Résidence		
Urbaine	55	69,6
Rurale	24	30,4
Statut matrimonial		
Célibataire	53	67,1
Mariée	26	32,9
Total	79	100,0

5.2.2. Réquisition :

Durant notre étude 89% des survivantes étaient venues avec une réquisition contre 11% qui étaient venues sans réquisition.

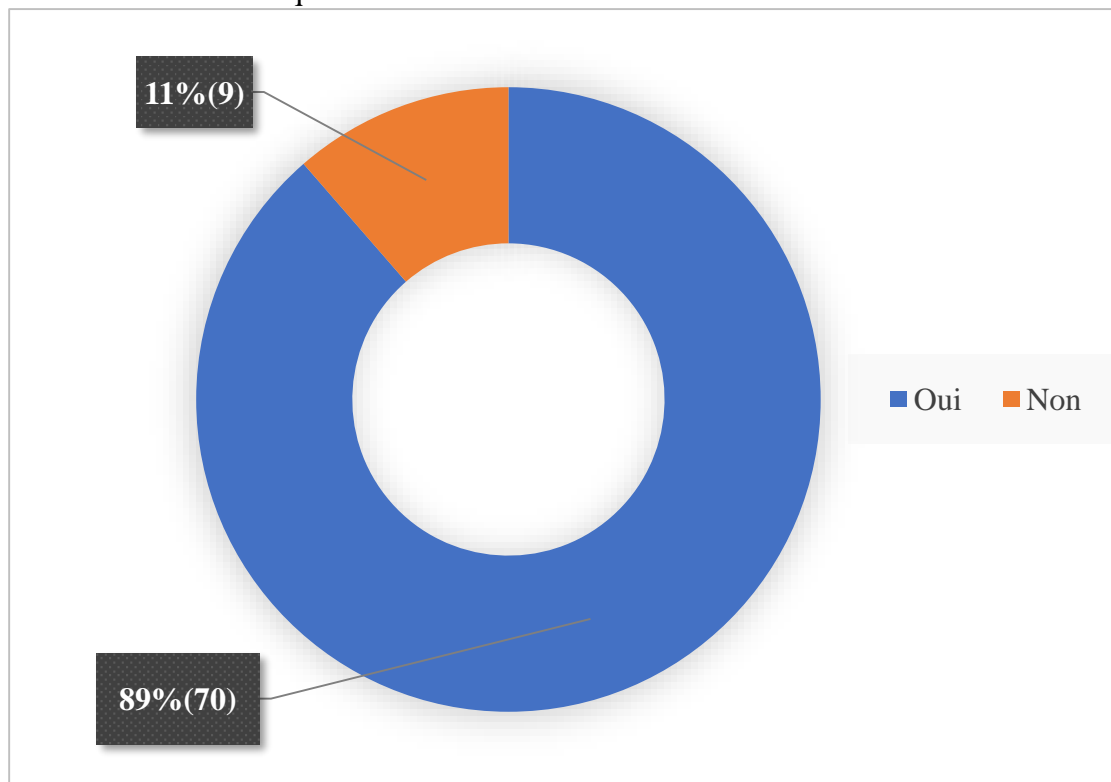


Figure 3: Répartition des survivantes selon l'octroi de la réquisition

5.3. Etude clinique :

5.3.1. Motif d'admission :

Le viol a représenté le principal motif de consultation avec 24 cas soit 30,4%

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

Motif d'admission	Effectif	(%)
Viol	24	30,4
Séquestration	7	8,9
CBV	22	27,8
Violence sexuelle	17	21,5
Pédophilie	3	3,9
Détournement de mineur	2	2,5
Famille du défunt refusant de donner l'héritage à la femme	2	2,5
Refus du mari de laisser sa femme aller travailler	2	2,5
Total	79	100

5.3.2. Le type de VBG :

La violence sexuelle était le type de violence le plus représenté avec 53 cas soit 67,0%

Tableau IV: Répartition des survivantes selon le type de VBG

Type de VBG	Effectif	(%)
Violence sexuelle	53	67
Agression physique	16	20,3
Mariage forcé	6	7,6
Déni d'opportunité	4	5,1
Total	79	100

5.3.3. Etat général :

La majorité des survivantes avait un bon état général soit 97% contre 3% qui avaient un mauvais état général

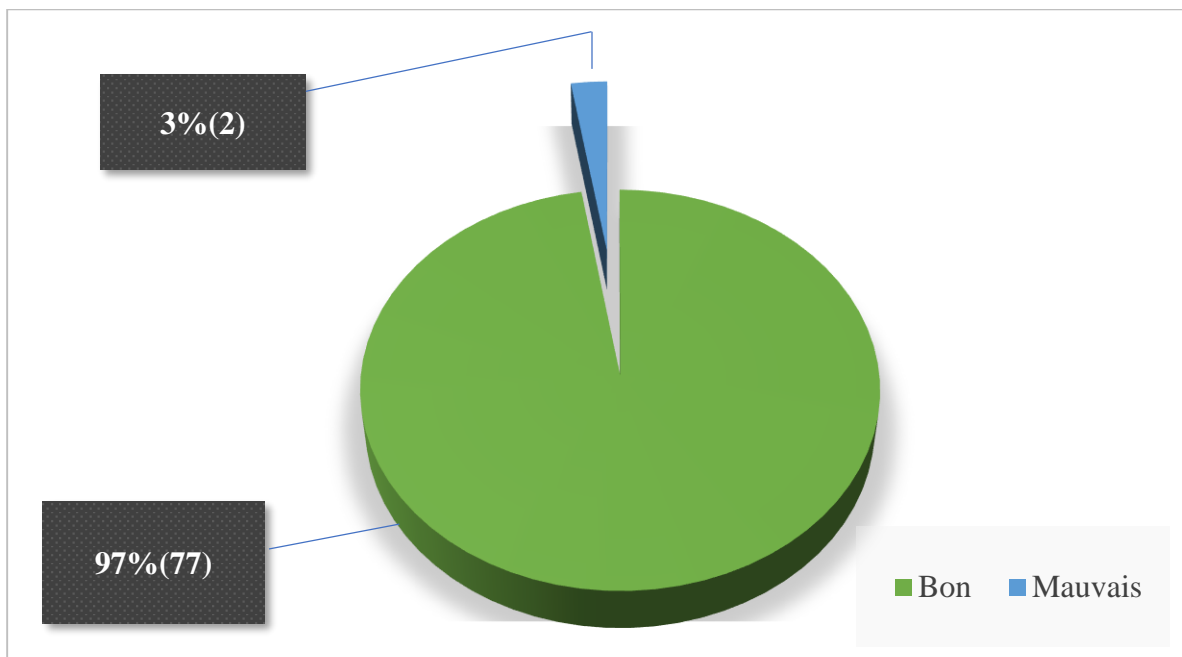


Figure 4 : Répartition des survivantes selon l'état général

5.3.4. Mode de pénétration :

La pénétration vaginale a été la nature de pénétration la plus représentée avec 37,9%

Tableau V: Répartition des survivantes selon la nature de pénétration

Nature de la pénétration	Effectifs	%
Pénis-Vagin	30	37,9
Pénis-Anus	1	1,3
Pas de pénétration	48	60,8
Total	79	100

5.3.5. Survenue de l'éjaculation :

Il y aurait eu éjaculation dans 30,4% des cas.

Tableau VI: Répartition des survivantes selon la notion de l'éjaculation

Notion d'éjaculation	Effectifs	%
Oui	24	30,4
Non	55	69,6
Total	79	100

5.3.6. Temps écoulé entre l'acte et la consultation :

Durant notre étude 51,9% des survivantes ont attendu plus 72h avant de consulter, 26,6% ont consulté entre 24 et 72h et seulement 17 cas soit 21,5% ont consulté avant 24h

Tableau VII: Répartition des survivantes selon le temps écoulé entre l'acte et la consultation

Temps entre l'acte et la consultation	Effectif	(%)
Moins de 24h	17	21,5
Entre 24 et 72h	21	26,6
Après 72h	41	51,9
Total	79	100

5.3.7. Nombre de rapport sexuel :

Durant notre étude dans 25,3% des cas les survivantes avaient eu un seul rapport sexuel et seulement dans 13% des cas les survivantes avaient eu deux fois ou plus de rapports sexuels.

Tableau VIII: Répartition des survivantes selon le nombre de rapport sexuel

Nombre de rapport sexuel	Effectifs	%
Une fois	20	25,3
≥ à 2 fois	11	13,9
Pas de rapport	48	60,8
Total	79	100

5.3.8. Etat de l'hymen :

Dans 32,9% des cas les survivantes avaient une ancienne défloration de l'hymen, dans 5,0% des cas il y avait une nouvelle défloration et dans seulement 1 cas l'hymen était intacte.

Tableau IX: Répartition des survivantes selon l'état de l'hymen

Etat de l'hymen	Effectif	%
Nouvelle défloration	4	5,0
Ancienne défloration	26	32,9
Intact	1	1,3
Pas de pénétrations	48	60,8
Total	79	100

5.3.9. Relation entre l'âge des survivantes et la violence sexuelle :

Durant notre nous constatons qu'il a une relation entre l'agression sexuelle et l'âge

Tableau X: Corrélacion entre la violence sexuelle et l'âge des survivantes

Age	Violence sexuelle		Total
	Oui	Non	
Moins de 10 ans	9	0	9
Entre 11 et 19 ans	36	5	41
Entre 20 et 30 ans	8	14	22
≥ 31 ans	0	7	7
Total	53	26	79

P < 5%

5.3.10. Relation entre la violence sexuelle et le statut matrimonial des survivantes :

Durant notre étude nous constatons qu'il y a une relation entre l'agression sexuelle et le statut matrimonial. Le statut de célibataire peut être considéré comme un facteur d'exposition aux violences basées sur le genre.

Tableau XI: Corrélacion entre la violence sexuelle selon le statut matrimonial des survivantes

Statut matrimonial	Violence sexuelle		Total
	Oui	Non	
Mariée	3	23	26
Célibataire	50	3	53
Total	31	48	79

P < 5%

5.3.11. Répartition des survivantes selon les attouchements

Durant notre étude dans 4% des cas les survivantes ont subi des attouchements

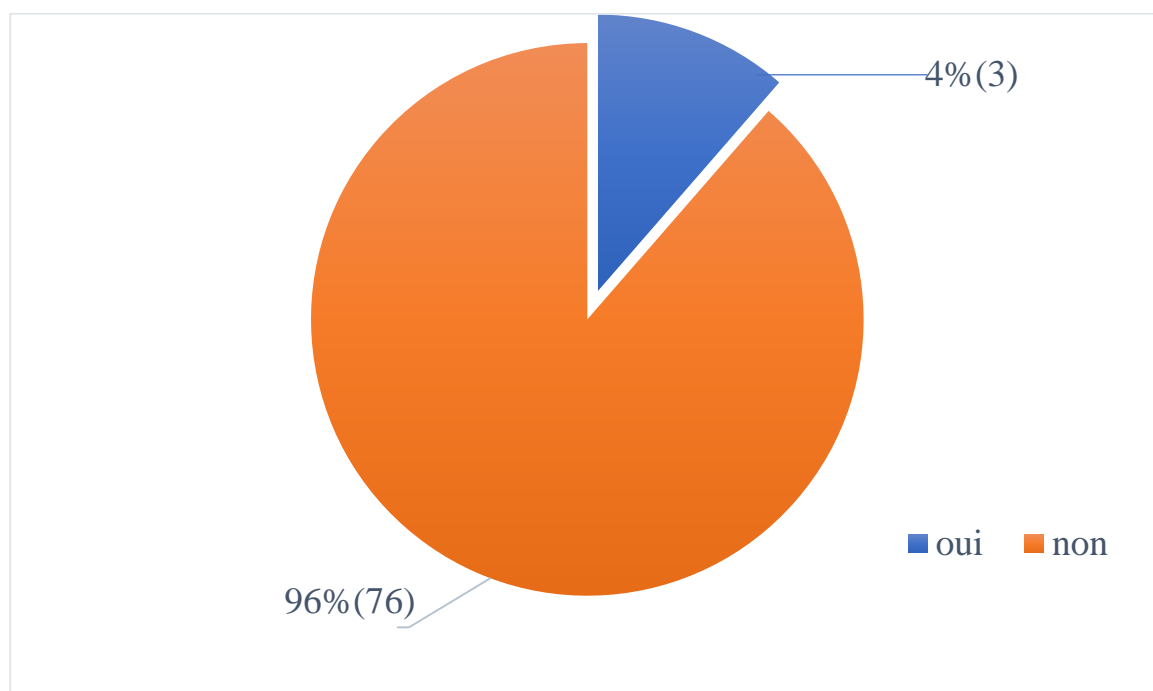


Figure 5: Répartition des survivantes ayant subis des attouchements

5.3.12. Répartition des survivantes ayant subies des caresses

Dans 16% des cas les survivantes ont subi des caresses

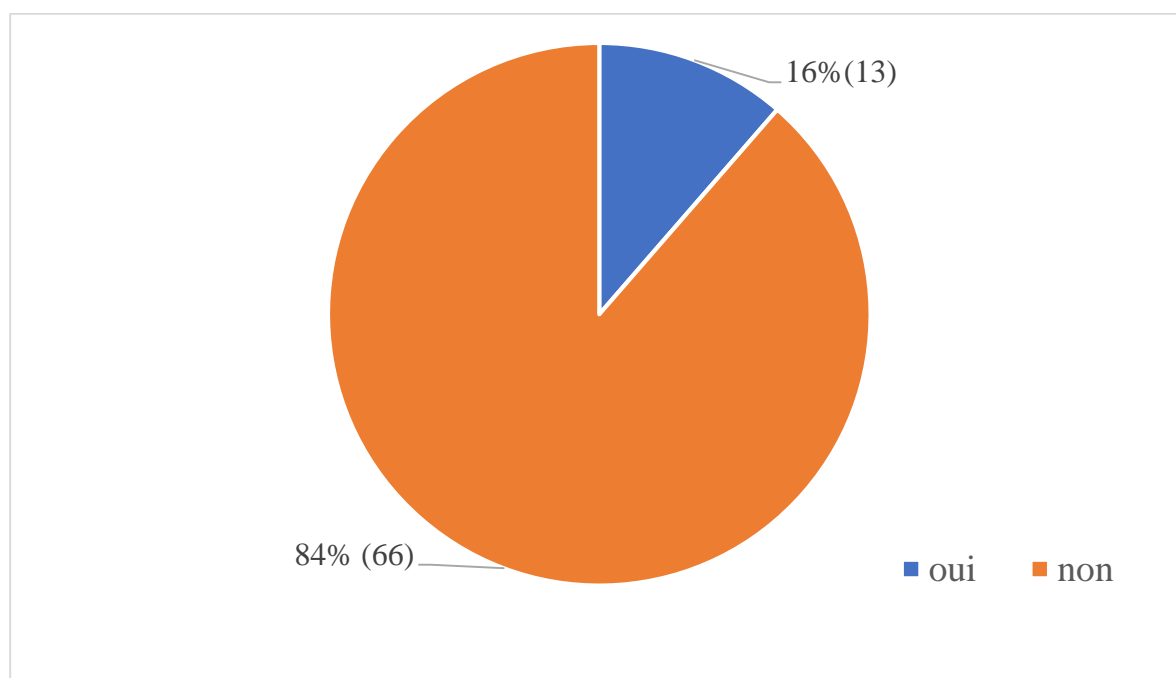


Figure 6: Répartition des survivantes ayant subies des caresses

5.3.13. Répartition des survivantes avec présence de lésion vulvaire

Dans 11% des cas les survivantes ont subi des lésions vulvaires

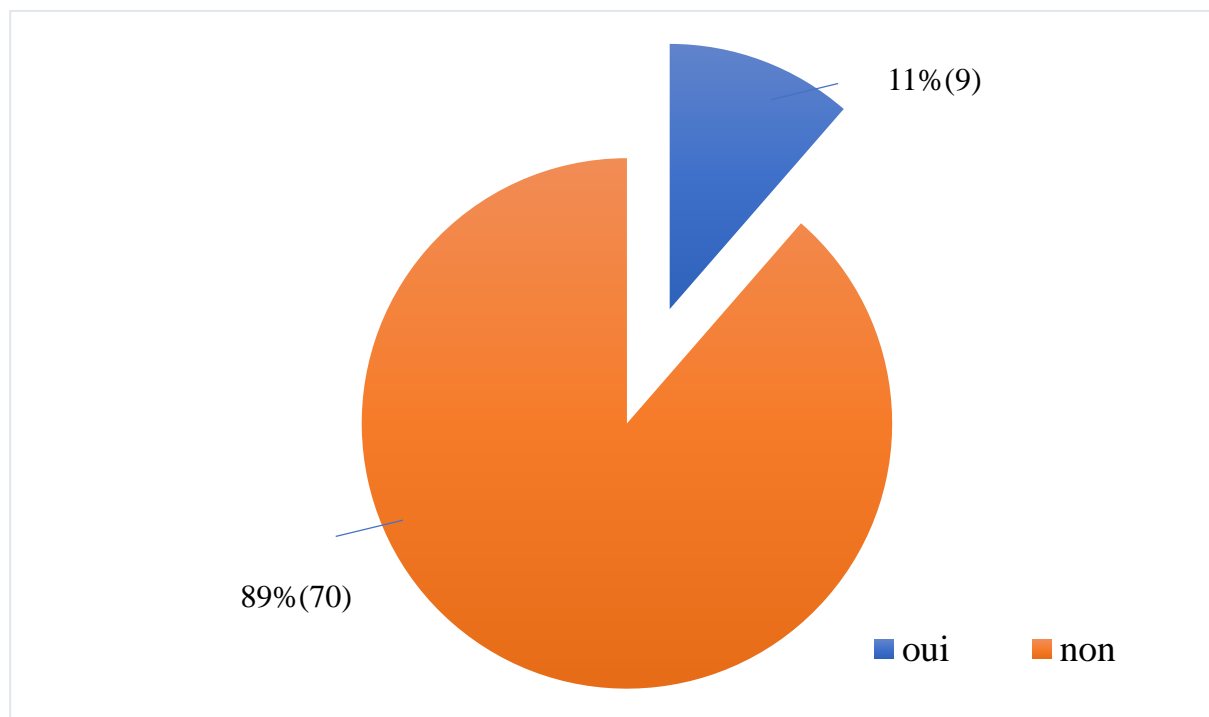


Figure 7: Répartition des survivantes avec présence de lésion vulvaire

5.3.14. Répartition des survivantes selon le type de matériel utilisé

Durant notre étude dans 13,9% des cas les survivantes ont été agressées par des coups de poing

Tableau XII: Répartition des survivantes selon le type de matériel utilisé

Matériel utilisé	Effectif	(%)
Poing	11	13,9
Pied	3	3,8
Bâton	2	2,5
Aucun	63	79,8
Total	79	100

5.3.15. Répartition des survivantes selon la nature du traumatisme

Il y a eu des plaies et des ecchymoses dans 6,3% des cas

Tableau XIII: Répartition des survivantes selon la nature du traumatisme

Nature du traumatisme	Effectif	(%)
Plaie	5	6,3
Écorchure	2	2,5
Ecchymose	5	6,3
Aucune	67	84,9
Total	79	100,0

5.3.16. Répartition des survivantes selon le siège du traumatisme

Le visage est la partie du corps la plus touchée avec 11,4% des cas

Tableau XIV: Répartition des survivantes selon le siège du traumatisme

Siège du traumatisme	Effectif	(%)
Visage	9	11,4
Membres supérieurs et ou inférieurs	5	6,3
Tronc	2	2,5
Aucun	63	79,8
Total	79	100

5.4. Examens complémentaires

5.4.1. Les résultats de la sérologie HIV

Durant notre étude dans 73,4% des cas les survivantes avaient une sérologie HIV négative contre 1,3% de sérologie HIV positive soit 1 cas pour ce seul cas la survivante était séropositive avant l'acte.

Tableau XV: Répartition des survivantes selon les résultats de HIV

Résultat du HIV	Effectif	(%)
Positif	1	1,3
Négatif	58	73,4
Non fait	20	25,3
Total	79	100

5.4.2. Les résultats de l'AgHbs

Durant notre étude le test d'AgHbs était négatif dans 72,2% des cas

Tableau XVI: Répartition des survivantes selon les résultats de l'AgHbs

Résultat de l'AgHbs	Effectif	(%)
Positif	2	2,5
Négatif	57	72,2
Non fait	20	25,3
Total	79	100

5.4.3. Les résultats de Béta HCG urinaire

Durant notre période d'étude le test de Beta HGC était positif dans 2 cas et 13 cas négatif

Tableau XVII: Répartition des survivantes selon les résultats de Béta HCG urinaire

Résultat de Beta HCG urinaire	Effectif	(%)
Positif	2	2,5
Négatif	13	16,5
Non demandé	64	81,0
Total	79	100

5.4.4. Les résultats de l'échographie

Les cas de grossesse était survenue avant la survenue de l'acte

Tableau XVIII : Répartition des survivantes selon la réalisation de l'échographie

Echographie	Effectif	%
Demandé et fait	Grossesse \leq 10SA (n=2)	2,5
	Grossesse \geq 11SA (n=6)	
	Normale (n=10)	7,6
		12,7
Demandé et non fait	12	15,2
Non demandé	49	62,0
Total	79	100,0

5.5. Prise en charge

5.5.1. La nature des soins

Durant notre étude dans 97,5% des survivantes ont bénéficié d'un traitement médicamenteux. Il y a eu deux cas de prise en charge chirurgicale avec une suture pour des cas de viol avec des lésions vulvaires et une déchirure périnéale du deuxième degré

Tableau XIX: Répartition des survivantes selon la nature des soins n=69

Nature des soins	Effectif	(%)
Médicamenteux	67	97,1
Chirurgicaux	2	2,9
Total	69	100

5.5.2. Les mesures de préventions

Dans notre étude 19,0% des survivantes de VBG ont reçu une contraception d'urgence il s'agissait des survivantes venues en consultation dans les 72 premières heures et 97,1% des survivantes ont bénéficié d'un traitement médicamenteux par des antibiotiques des anti-inflammatoires des antiseptiques et des anti-rétroviraux pour les cas de HIV positif

Tableau XX: Répartition des survivantes selon les mesures de préventions.

Mesures de préventions	Oui	Non
Prévention de la grossesse par pilule (n= 79)	15 (19,0%)	64 (81,0%)
Antibiotique (n=69)	69 (100%)	0
Antalgique-Anti-inflammatoire (n=69)	28 (40,6%)	41 (59,4%)
Prévention des IST (n=69)	79 (100%)	0

5.5.3. Le pronostic vital

Le pronostic vital était bon dans 100% des cas

Tableau XXI: Répartition des survivantes selon le pronostic vital

Pronostic vital	Effectifs	%
Bon	79	100
Mauvais	0	0
Total	79	100

5.6. Volet psycho-socio-sécuritaire et juridique

5.6.1. L'assistance juridique des survivantes

L'assistance sécuritaire est assurée par la police. Une section de police assure en permanence la sécurité du centre et des survivantes.

L'assistance juridique des survivantes a été total

Seulement 26 cas sur les 79 cas colligés ont fait l'objet d'une poursuite judiciaire. Il y avait eu seulement une dizaine cas de condamnation.

Tableau XXII: Répartition des survivantes selon l'assistance juridique des survivantes

Assistance juridique	Effectifs	%
Oui	79	100
Non	0	0
Total	79	100

5.6.2. L'assistance sécuritaire

L'assistance sécuritaire était totale chez les survivantes

Tableau XXIII: Répartition des survivantes selon l'assistance sécuritaire

Assistance sécuritaire	Effectifs	%
Oui	79	100
Non	0	0
Total	79	100

5.6.3. L'assistance prise en charge psychologique

Toutes les survivantes et leurs accompagnants ont été conseillé par le médecin traitant lors de la prise en charge médicale.

Tableau XXIV: Répartition des survivantes selon l'assistance prise en charge psychologique

Conseil	Effectifs	%
Oui	79	100
Non	0	0
Total	79	100

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6. Commentaires et discussion :

6.1. Aspect méthodologique :

Notre étude prospective descriptive a concerné 79 dossiers des survivantes reçues et consultées pour violence basée sur le genre à « l'unité one stop center » de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

6.2. Limites et faiblesses :

Au cours de l'étude nous avons été confrontés à certaines difficultés qui sont :

- L'insuffisance de rapportage des données dans les dossiers ;
- L'insuffisance dans la réalisation des examens complémentaires
- La non disponibilité des suites judiciaires

Ces difficultés ne nous ont pas permis de faire une recherche approfondie des causes des VBG et bonne évaluation lésionnelle dans certains cas en plus nous n'avons pas pu connaître avec certitude si les survivantes ont été dédommagées ou si les auteurs ont été punis ou pas.

6.3. La fréquence :

Dans notre travail nous avons colligé 79 cas de violences basées sur le genre sur un total de 8404 cas de consultations gynéco-obstétricales soit 0,94 % de l'ensemble des consultations du service de Gynécologie et d'Obstétrique pendant la période d'étude.

Haidara T [35] avait trouvé une fréquence de 0.53% à l'unité one stop center de la commune V en 2020.

Sidibé K [36] avait trouvé que 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) à l'unité de «One Stop Center » au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako en 2021.

Ce taux est faible et ne reflète pas l'ampleur du problème. On peut difficilement porter un jugement valable sur ce taux puisque de nombreuses raisons peuvent expliquer la faiblesse de cette fréquence qui sont entre autres :

- la méconnaissance par les survivantes des textes juridiques relatifs aux droits des femmes
- les préjugés de l'entourage familial et social,
- les menaces profuses de l'agresseur,
- l'atteinte de l'honneur de la famille et de la victime elle-même,
- l'insuffisance de sensibilisation de la population par les pouvoirs publics,
- les ONG et associations de défense des droits des femmes qui, elles -mêmes, sont stigmatisées,
- La peur de la stigmatisation par la société

6.4. Profil sociodémographique des survivantes :

❖ L'âge :

Dans notre étude la tranche d'âge la plus touchée était celle de 11 à 19 ans avec 41 cas soit 51,9%. La moyenne d'âge était de 16,54 ans et les limites d'âge étaient de 2 à 35 ans. Ceci peut s'expliquer par le fait que c'est la période de l'adolescence donc difficile pour les survivantes d'avoir un bon discernement afin d'éviter de s'exposer aux dangers.

L'EDSM V [37] retrouve que 38% des femmes de 15 à 49 ans ont déclaré avoir été victimes d'abus sexuel à n'importe quel moment de leur vie en 2012-2013.

Haidara T [35] a trouvé 51.2% des cas pour la tranche d'âge 11 à 20 ans à l'unité one stop center de la commune V en 2020.

Diallo A [38] avait trouvé 37,3% de cas pour la tranche d'âge 10 à 14 ans au centre de santé de la commune V en 2015.

❖ La profession :

Les enfants et les adolescents non scolarisés étaient les plus représentés avec 30 cas soit 38,0% suivi des élèves/étudiants avec 20 cas soit 25,3% ; des ménagères avec 15 cas soit 19,0% et des aides ménagères avec 7 cas soit 8,9%.

Dakouo H [3] a trouvé 55 % pour les ménagères à Bamako en 2011

Haidara T [35] avait trouvé 41 cas soit 35% pour la profession préscolaire /élève/étudiant(e) suivie de 26,5% pour la profession aide-familiale à l'unité one stop center de la commune V en 2020.

Diallo A [38] a trouvé 44,4% pour les ménagères et 44,1% pour les élèves/étudiant(e)s au centre de santé de la commune V en 2015.

Ce résultat s'explique par le nombre élevé les enfants et les adolescents non scolarisés dans notre société qui sont les plus vulnérables par les VGB.

❖ La résidence :

Les femmes résidentes en zone urbaine étaient les plus représentées avec 55 cas soit 69,6%.

Haidara T [35] a trouvé 44.44% pour la commune V à l'unité one stop center en 2020 et 30.8% pour la commune VI.

Diallo A [38] avait trouvé 32,3% pour Kalabancoura, 20,5% pour Bacodjicoroni et 14,7% pour Kalabancoura au centre de santé de la commune V en 2015.

Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que la ville est en expansion il y a des maisons inhabitées, des endroits qui manquent d'éclairage, des maisons inachevées et des quartiers sous

peuplés mais aussi la consommation de la drogue à cet âge et la fréquentation entre fille et garçon.

❖ **Le statut matrimonial :**

Dans notre étude les célibataires étaient les plus représentées avec 53 cas soit 67,1% avec 23 enfants et des adolescentes qui n'avaient pas l'âge de mariage. Les mariées représentaient 32,9% des survivantes.

Traoré A [39] rapporte une proportion de 87,8% de célibataires dans le service de gynéco-obstétrique de L'Hôpital Gabriel Touré, à propos de 115 cas, thèse de médecine, Bamako, 2002. Haidara T [35] avait trouvé que la majorité des victimes étaient célibataires avec un taux de 63,25% à l'unité one stop center de la commune V en 2020.

Diallo A [38] a trouvé 65,7% de célibataires au centre de santé de la commune V en 2015.

Le statut de célibataire peut être considéré comme un facteur d'exposition aux violences basées sur le genre.

❖ **La réquisition :**

Dans notre étude 89% des survivantes étaient venues avec une réquisition contre 11%.

Haidara T [35] a trouvé 87,2% des survivantes avaient consulté avec une réquisition contre 12,8% à l'unité one stop center de la commune V en 2020.

Diallo A [38] a trouvé 85% avec réquisition contre 15% au centre de santé de la commune V en 2015.

Cela pourrait s'expliquer par une bonne organisation du système de prise en charge de ces violences (donc l'enregistrement des cas) et l'orientation des victimes sur l'unité one stop center par d'autres services compétents (Police, Gendarmerie, Brigade des Mœurs, Tribunal).

6.5. Etat clinique :

➤ **Etude clinique :**

❖ **Le Motif d'admission :**

Le viol a représenté le principal motif de consultation avec 24 cas soit 30,4% suivi des coups et blessures volontaires avec 22 cas soit 27,8% et des violences sexuelles avec 17 cas soit 21,5%.

Haidara T [35] avait trouvé que le viol avec 46,2% constituait le principal motif de consultation. Les coups et blessures volontaires étaient de 38,5%, pédophilie 5,1%, agression sexuelle 4,3%, tentative de viol 4,3% à l'unité one stop center de la commune V en 2020.

Diallo A [38] a trouvé 47,1% de viol, 39,2% de CBV, 9,2% de pédophilie, 2% d'attouchement au centre de santé de la commune V en 2015.

❖ **Les types de violence :**

Dans notre étude la violence sexuelle était le type de VBG le plus représenté avec 53 cas soit 67,0% suivi des agressions physiques avec 16 cas soit 20,3% suivi des mariages forcés avec 6 cas soit 7,6% et des cas de déni d'opportunité avec 4 cas soit 5,1%.

Haidara T [35] a trouvé que L'agression physique a concerné 43,6% des victimes, le viol 38,46% et l'agression sexuelle 13,7% à l'unité one stop center de la commune V en 2020.

Diallo A [38] a trouvé 59% de violences sexuelles, 41% de agressions physiques au centre de santé de la commune V en 2015.

Nous constatons qu'il y a une différence entre le type de VBG de notre étude et celui des études précédentes.

❖ **L'état général :**

La majorité des survivantes avait un bon état général soit 97% contre 3% qui avaient un mauvais état général.

Haidara T [35] avait trouvé 85,47% bon état général contre 14,53% de mauvais état général à l'unité one stop center de la commune V en 2020.

Diallo A [38] avait trouvé 72,5% de bon état général contre 27,5% de mauvais état général au centre de santé de la commune V en 2015.

❖ **La voie de pénétration et la notion d'éjaculation :**

La pénétration vaginale a été la voie de pénétration la plus représentée avec 37,9% et la pénétration anale ne représentait que 1,3%. Il y avait eu éjaculation dans 30,4% des cas.

Haidara T [35] avait trouvé 95,56% de pénétration vaginale et 4,44% anale à l'unité one stop center de la commune V en 2020.

Sidibé K [36] avait trouvé 98% de pénétration dans le vagin avec éjaculation à l'unité de « One Stop Center » au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako en 2021.

Diallo A [38] avait trouvé 82% de pénétration génitale au centre de santé de la commune V en 2015.

Notre étude nous permet de dire que la pénétration génitale est la voie préférentielle des agresseurs.

❖ **La notion de temps écoulé avant consultation :**

Les survivantes ayant attendu plus 72h avant de consulter représentaient 51,9% des cas et 26,6% ont consulté entre 24 et 72h et seulement 17 cas soit 21,5% ont consulté avant 24h

Sidibé K [36] avait trouvé 75,85% des survivantes ont consulté dans les 72 heures ; 24,15% des cas ont consulté après 72 heures à l'unité de « One Stop Center » au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako en 2021.

Cette différence pourrait s'expliquer par la méconnaissance par les survivantes des textes juridiques relatifs aux droits des femmes et l'insuffisance de sensibilisation de la population par les pouvoirs publics.

❖ **Le nombre de pénétration :**

Il a été retrouvé dans 25,3% des cas que les survivantes avaient eu un seul rapport sexuel et seulement dans 13,9% des cas les survivantes avaient eu deux fois ou plus de rapports sexuels. Cela peut s'expliquer par le fait que les agressions se font dans la précipitation et le plus souvent par surprise. Les agressions se font dans la grande majorité en solitaire.

❖ **L'état de l'hymen :**

Dans 32,9% des cas les survivantes avaient une ancienne défloration de l'hymen, dans 5,0% des cas il y avait une nouvelle défloration et dans seulement 1 cas l'hymen était intacte.

Sidibé K [36] avait retrouvé 76,77% de lésions hyménales anciennes. Les déchirures hyménales récentes ont été retrouvées dans 8,80% des cas à l'unité de « One Stop Center » au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako en 2021.

❖ **Les attouchements, caresses et lésion vulvaire :**

Dans 4% des cas les survivantes ont subi des attouchements, dans 16% des cas il y a eu des caresses et dans 11% des cas il y avait présence d'une lésion vulvaire.

Haidara T [35] avait trouvé 37,5% de caresse et 62,5% d'attouchement à l'unité one stop center de la commune V en 2020.

Diallo A [38] a trouvé 3,3% d'attouchement au centre de santé de la commune V en 2015.

❖ **Les agressions physiques :**

Dans 19,9% des cas les survivantes ont été agressées par des coups de poing, dans 3,8% par des coups de pieds ; Il y a eu des plaies et des ecchymoses dans 6,3% des cas ; des écorchures dans 2,5% des cas ; Le visage est la partie du corps la plus touchée avec 11,4% des cas suivi des membres supérieurs et inférieurs avec 6,3%.

Haidara T [35] avait trouvé que les Plaie et contusion représentaient 19,7% ; ecchymose 5,1% ; égratignure 4,3% ; écorchure 3,4% et brûlure 1,7%. Le visage est le plus touché avec 40% de cas suivi des membres supérieurs avec 22,5% à l'unité one stop center de la commune V en 2020.

Diallo A [38] avait trouvé 95% de CBV, 5% de séquelles d'excision au centre de santé de la commune V en 2015.

➤ **Les examens paracliniques :**

Notre étude avait trouvé 73,4% de HIV négatif contre 1,3% de HIV positif soit 1 cas.

Le **test de Beta HGC urinaire** était positif dans 2 cas et 13 cas négatif, Le test a été réalisé chez les survivantes de violence sexuelle ayant consulté dans les 72 premières heures suivant l'acte.

Le **BW** était négatif dans 100% cas.

Le test d'**AgHbs** était négatif dans 72,2% des cas.

Durant notre étude on avait trouvé 8 cas de grossesse évolutive normale à l'**échographie**.

Haidara T [35] a trouvé 1 cas de VIH2 à l'unité one stop center de la commune V en 2020.

Diallo A [38] a trouvé 1 cas de VIH positif au centre de santé de la commune V en 2015.

6.6. La prise en charge

Les survivantes de mariages forcés et de déni d'opportunités n'ont pas bénéficié de traitement médicamenteux ou chirurgical.

❖ **Le traitement médicamenteux :**

Dans notre étude 97,1% des survivantes ont bénéficié d'un traitement médicamenteux.

Dans notre étude 19,0% des survivantes ont reçu une contraception d'urgence il s'agissait des survivantes venues en consultation dans les 72 premières heures et 97,5% des survivantes ont bénéficié d'un traitement médicamenteux par des antibiotiques des anti-inflammatoires des antiseptiques et des anti-rétroviraux pour les cas de HIV positif.

Haidara T [35] a trouvé que toutes les victimes de violence sexuelle en période d'activité génitale soient 64,44% des patientes ont reçu une contraception d'urgence et que 35,56% n'ont pas reçu de traitement parmi les 45 cas de viol ; 94,87% ont bénéficié de traitement médicamenteux ; par des antibiotiques ; des anti-inflammatoires et des antiseptiques à l'unité one stop center de la commune V en 2020.

Chez Diallo A [38], 20,6% ont reçu une contraception d'urgence au centre de santé de la commune V en 2015.

❖ **Le traitement chirurgical :**

Durant notre étude Il y a eu deux cas de prise en charge chirurgicale avec une suture pour des cas d'agression sexuelle avec des lésions vulvaires et une déchirure périnéale du deuxième degré. Des pansements pour 12,6% des survivantes de violence physique avec des plaies et ou des écorchures.

Haidara T [35] avait trouvé que la prise en charge chirurgicale reposait sur le pansement des lésions, la suture dans 5,1% cas à l'unité one stop center de la commune V en 2020.

Chez Diallo A [38], 34,3% avaient bénéficié de pansement, 10,8% de sutures et 0,9% de désinfection au centre de santé de la commune V en 2015.

❖ **Le pronostic vital :**

Le pronostic vital était bon dans 100% des cas

Chez Haidara T [35] le pronostic était bon chez 83,8% des survivantes et mauvais chez 16,2% des survivantes à l'unité one stop center de la commune V en 2020.

Chez Diallo A [38] 95% de survivantes avaient un bon pronostic au centre de santé de la commune V en 2015.

❖ **Le volet judiciaire :**

L'assistance sécuritaire est assurée par la police. Une section de police assure en permanence la sécurité du centre et des survivantes.

Seulement 26 cas sur les 79 cas colligés ont fait l'objet d'une poursuite judiciaire. Il y avait eu seulement une dizaine cas de condamnation. Ce faible taux peut s'expliquer par la volonté des survivantes ou de leurs familles d'une résolution à l'amiable du problème.

Sidibé K [36] avait retrouvé 160 cas sur 443 cas à l'unité de « One Stop Center » au Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako en 2021.

❖ **Assistance psychosociale et psychiatrique :**

L'assistance psychosociale des survivantes de violences basées sur le genre 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. Nous avons développé une méthode pour assurer une sécurité psychique comme suit : une écoute attentive en faisant preuve d'empathie sans porter de jugement, ce qui nous permettait d'établir un diagnostic psychosocial initial. Cette méthode nous permettait de faire un counseling pour une insertion sociale, d'évaluer les besoins, revaloriser et reconstruire l'estime de soi et les capacités relationnelles en vue d'un épanouissement et d'un mieux-être.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

7. Conclusion

Au terme de notre étude nous notons que les violences basées sur le genre constituent un drame et peuvent avoir des répercussions psychologiques, physiques et même obstétricales à court, moyen et long terme car il s'agit de survivantes majoritairement constituées de mineurs fragiles (la tranche d'âge 11 à 19 ans) qui sont les plus touchées par ce fléau de violences basées sur le genre et à qui sont infligées parfois des séquelles à vie. La prise en charge a été holistique afin de reconstruire et de réhabiliter les survivantes. Une bonne éducation et une sensibilisation sur la violence pourrait contribuer fortement à une réduction du nombre de cas de violence.

8. RECOMMANDATIONS :

▪ Aux autorités politiques et sanitaires :

- Renforcer la prise en charge correcte des survivantes de VBG.
- Faire un suivi psychologique de ces survivantes qui peuvent présenter des troubles psychologiques à court, moyen ou long terme.
- Renforcer les structures d'accueil dans la prise en charge des VBG.

▪ Au Ministère de la sécurité et de la justice :

- Entreprendre des actions visant à renforcer la sécurité à travers toute la ville surtout les nouveaux quartiers de la ville.
- Appliquer de façon stricte des textes pour condamner les auteurs de VBG.

▪ A la population (aux parents ou familles des survivantes en général)

- Consulter les autorités compétentes devant tout cas de VBG et dénoncer les auteurs.
- Eviter les sorties nocturnes et ou clandestines, ainsi que la fréquentation des endroits non éclairés,
- Se faire contrôler régulièrement par des examens cliniques et para cliniques après tout acte de VBG.
- Sensibilisation dans le sens à éviter les arrangements sociaux pour les cas avérés de viol ;
- Assurer une bonne éducation aux enfants ;

▪ A l'Unité One Stop Center et aux personnels de la santé :

- Veiller à ce que les bilans soient réalisés.
- Renforcer la complétude des dossiers médicaux
- .- 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

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Références bibliographiques

1. **NDIAYE, N.A.** Violences basées sur le genre en Afrique de l'Ouest : cas du Sénégal, du Mali, du Burkina Faso et du Niger. Séries FES sur la Paix et la Sécurité en Afrique, 2021, no 42, p. 21-23.
2. **AGARWAL, Navin Kr et AGRAWAL, Manoj.** Droit de la famille : Guide du mari sur les litiges matrimoniaux• Violence domestique• Divorce• Pension alimentaire• Pensions alimentaires multiples• Garde des enfants• Annulation 498A• Transfert de l'affaire• Parjure (avec la jurisprudence de la Cour suprême et des hautes cours). Notion Press, 2018.
3. **Dakouo H.** Etude épidémiologique-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
4. Déclaration des Nations Unies sur les violences à l'égard des femmes. Rashid, Sabina ; Daruwalla, Nayreen ; Puri, Mabesh ; et al. (2012)
5. **J. Lansac Plecom, TE.** 5ème Edition, Edition Masson ; Accouchement et prise en charge obstétrical ;2018, n° 175
6. **MINUSMA.** 16 jours pour oranger le monde contre les violences faites aux femmes et aux filles. Rapport du Secrétaire Général de la MINUSMA. Publié 27 novembre 2020. [Point de presse de la MINUSMA du 26 novembre 2020.](#)
7. **Corée du Sud :** les délits sexuels en lignes de briser la vie des femmes. Article gouvernemental Human right Watch juin 2021 à 12h01min.
8. **Inde :** la mort de trois soeurs illustre la violence conjugale liée à la dot » in Courier international juin 2022
9. **DAWUNI, J. Jarpa.** Intersectionnalité à plusieurs niveaux et encadrement du discours juridique féministe sur l'accès à la justice pour les femmes. Intersectionnalité et accès des femmes à la justice en Afrique, 2022, p. 1.
10. Résolution de l'assemblée générale. Pub : Côte d'Ivoire n°34/180 du 18 décembre 1979. 6- Barret P. Agressions sexuelles : Mise à jour CNOF, Paris 2004 ; 275-2819
11. **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.
12. **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.
13. **MURIEL Salmona.** Psychiatre-psycho traumatologue (Les violences faites aux femmes et aux filles, de, janvier 2014). 53P.

14. **USAID.** Lutte contre la violence basée sur le genre dans les programmes de santé de l'USAID (Un guide pour les responsables des programmes de secteur de la santé,). Section I-BP.5 OMS. 2002. 64P.
15. **Ward, J,al.** Directives de l'intégration de la VBG dans l'action humanitaire. Washington: s.n., 2015. 366P.
16. **USAID.** Lutte contre la violence basée sur le genre dans les programmes de Santé (Un guide pour les responsables des programmes de secteur de la santé). Section I-BP.4. Cité par CDC. 2003. 64P.
17. **USAID Heise et. Al,** Lutte contre la violence basée sur le genre dans les programmes de santé (Un guide pour les responsables des programmes). Secteur de la santé Section I-BP.4. 1995. 64P.
18. **MARCHAND, Leila.** Hommes battus : des chiffres pour comprendre une réalité méconnue. *Le Monde*, 2015, vol. 10.
19. **OMS.** 2012 Organisation mondiale de la santé (2012). Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : intervenir et produire des données. Organisation mondiale de la santé, Genève. 26 juillet 2012.
20. **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. 9P.
21. **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. 9P.
22. **USAID.** Lutte contre la violence basée sur le genre dans les programmes de santé Cité par, Bott and Betron. 2005. 64P.
23. **Hamza, Nabila.** Assemblée générale, Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes, Français. : Générale, Distr., 6 juillet 2006.
24. Jaspard, Natacha Chetcuti et Maryse. Les violences contre les femmes. Rue de l'Ecole Polytechnique. Paris France : Harmattan, 75005. 1. 5-7P,
25. **Ministère de la Santé publique et. Social,** Stratégie nationale holistique pour mettre fin aux violences basées sur le genre au Juillet 2018. Mali : sn. 2019- 2030. 16P.
26. **USAID/Mali.** Violence sexuelle et basée sur le genre, cité par Demographic Health Survey DHS. 2012/2013. Au Mali : s.n., 28 Novembre, 2014. 1P.
27. **Madame Geneviève Colot** (France). Rapporteur du Réseau des Femmes Parlementaires, Les violences faites aux femmes et aux enfants Dans l'espace intime. p. p.12. Page 244, ANNEE 2012, IBN :978274371338. Final 01154193.

28. **Rapport du Mali.** Mise en œuvre de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing (1995) et des textes issus de vingt-troisième session extraordinaire de l'Assemblée générale (2000). Bamako : s.n., Juin 2014. 6P.
29. **Online, Kibaru.** Association femmes battues – AFB ; - Ivo Dicarlo. Mali : s.n, 16fevrier 2015. 3P.
30. **Déclaration et du Programme d'action de Beijing (1995).** Mise en œuvre de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing (1995) et des textes issus de la vingt-troisième session extraordinaire de l'Assemblée Générale (2000), Bamako : s.n, Juin 2014. 22P.
31. **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. 643P.
32. **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 ; 300P.
33. **Rapport Québécois** sur la violence et la santé. Conséquences de la violence conjugale sur les femmes 14 nov. 2017. 367P.
34. **NAMBEL, W. S., BIAGO, U., BALIZOU, O., et al.** Surveillance de l'efficacité d'artéméter-luméfantine dans le traitement du paludisme simple à Plasmodium falciparum par étude des mutations des gènes kelch 13 à Bangui, République Centrafricaine. Médecine Tropicale et Santé Internationale, 2021, vol. 1, no 1.
35. **Haidara T.** Violences basées sur le genre : étude épidémiologique à l'unité one stop center de la commune V 20M33/2020
36. **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 21M312/2021
37. **EDSM-V** (Enquête Démographique et de la Santé) 2012-2013
38. **Diallo A.** Etude épidémiologique sur les violences faites aux femmes dans le service de gynécologie et d'obstétrique reçues au centre de santé de la commune V, thèse de médecine, Bamako, 2015 N=15M247.

ANNEXES

Fiche d'enquête

Les violences basées sur le genre à l'unité « one stop center » de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes

Date :

IDENTIFICATION

Code :

Adresse : 1 : urbaine 2 : rurale

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- Déni d'opportunité ; 6- Mariage forcé

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- : oui 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 :

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Q27 : ECBU : Normale Pathologique Si pathologique préciser les germe.....

Q28 : Test au BHCG : 1- Positif 2-Négatif

Q29: Echographie pelvienne : 1-Normale 2-Pathologique : Si pathologique préciser :

Q30 : Radiographie : 1-Normale 2- Pathologique Si pathologique

préciser.....

Q31 : Scanner : 1- Normale 2-Pathologique Si pathologique

préciser.....

Q32 : BW : 1-Normale 2-Pathologique

Q33 : Prélèvement vaginal : 1-Normal 2-Pathologique

Q34 : Recherche de spermatozoïdes : 1-Présent 2-Absent

Q35 : Sérologie HIV : 1-Positif 2-Négatif

Q36 : Sérologie HVB : 1-Positif 2-Négatifs

FICHE SIGNALÉTIQUE



Nom : DIAKITE

Prénom : Mamadou

Nationalité : Malienne

Email: diakitemamadou2020@gmail.com Tel: 00223 93 81 82 56

Titre de la thèse : Les violences basées sur le genre à l'unité « one stop center » de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Année Académique 2023– 2024

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS de Bamako

Secteur d'intérêt : Gynéco-Obstétrique

Violences basées sur le genre = 79

RESUME

Nous avons mené une étude transversale à visé descriptive à l'unité « one stop center » de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes sur les violences basées sur le genre qui s'étend sur une période de 12 mois allant du 1er janvier au 31 décembre 2022. Durant cette période, le nombre total d'admissions au service gynécologie obstétrique était de 8404 et le nombre de violences basées sur le genre (VBG) était 79 soit une fréquence de 0,94%. La majorité (51,9%) des survivantes étaient des jeunes de 11 à 19 ans ; 67,1% étaient des célibataires ; le viol était le motif d'admission le plus courant avec 30,4% et le type de VBG le plus fréquent était l'agression sexuelle avec 67,0%. Le pronostic vital était bon dans 100% des cas. Il y a eu 2 cas de prise en charge chirurgicale avec une suture pour des cas d'agression sexuelle avec des lésions vulvaires et une déchirure périnéale du deuxième degré. Seulement 26 cas sur les 79 cas colligés ont fait l'objet d'une poursuite judiciaire.

Les VBG constituent un drame et peuvent avoir des répercussions psychologiques, physiques et même obstétricales à court, moyen et long terme.

Mots clés : Violences basées sur le genre, Survivantes, Bamako (MALI).

IDENTIFICATION SHEET

Name : DIAKITE

First name : Mamadou

Nationality : Malian

Email : diakitemamadou2020@gmail.com Tel : 00223 93 81 82 56

Title of the thesis : Gender-based violence at the « one stop center » unit of the Fousseyni Daou hospital in Kayes.

Academic Year : 2023-2024

Place of deposit : Library of the FMOS of Bamako

Sector of interest : Gynecology-Obstetrics

Gender-based violence : 79

ABSTRACT

We conducted a cross-sectional study with a descriptive aim at the « one stop center » unit of the Fousseyni Daou hospital in Kayes on gender-based violence which extends over a period of 12 months from January 1 to December 31, 2022. During this period, the total number of admissions to the gynecology obstetrics department was 8404 and the number of gender-based violence (GBV) was 79, i.e. a frequency of 0.94%. The majority (51.9%) of survivors were young people aged 11 to 19, 67.1% were single, rape was the most common reason for admission with 30.4% and the most common type of GBV was sexual assault with 67.0%. The vital prognosis was good in 100% of cases.

There were 2 cases of surgical management with suture for cases of sexual assault with vulvar lesions and a second-degree perineal tear. Only 26 cases out of the 79 cases collected were prosecuted.

GBV is a tragedy and can have psychological, physical and even obstetric repercussions in the short, medium and long term.

Keywords Gender-based violence, Survivors, Bamako (MALI).

SERMENT D'HIPOCRATE

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