

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEURS ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015N °



TITRE

***ASPECT CLINIQUE ET JUDICIAIRE DES
VIOLENCES SEXUELLES AU CENTRE DE SANTE
DE REFERENCE DE LA COMMUNE I DU***

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 27 / 11 / 2015 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par :

Mme Djénébou B BALLO

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

JURY

Président : Pr Salif DIAKITE
Membres : Dr Tioukani Augustin THERA
Co-directeur : Dr Alassane TRAORE
Directeur de thèse : Pr Niani MOUNKORO

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

A l'Eternel Dieu, Allah le Tout Puissant, le Miséricordieux, le très Miséricordieux, par sa grâce j'ai pu mener à terme ce travail.

Au Prophète Mohamed (SAW) Paix et Salut sur Lui.

A Mon père : Babou Ballo

Tu as été pour nous un exemple de courage et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait. Tu nous as inculqué le sens de l'honneur, de la dignité et de la justice. Tu as toujours été soucieux de l'avenir de toute la famille. Ce travail est le fruit de tout ce que tu m'as prodigué comme conseil. Puisse, Dieu te donner longue vie et une bonne santé afin de pouvoir jouir et de bénéficier de ce travail. Amen

A ma mère : Kadia Soucko

Chère maman : ta générosité, ta sociabilité, ton courage et ton amour dans la famille ont fait de toi une mère de tous les enfants. Ce travail est le fruit de tes sacrifices. Merci maman, que Dieu te garde longtemps parmi nous.

A ma mère : Yeh Ballo

Ta générosité, ton affection maternelle, ton courage et ton sens de l'humilité ont fait de toi une femme exceptionnelle dans le foyer et appréciée de tous. Les mots me manquent pour te qualifier. Merci Maman

A mes frères : Souleymane, Ibrahim et Issa

A mes sœurs : Fatoumata et Mariam

A ma fille : Fatimata Bintou Kane

Chère bébé tu es celle qui illumine ma vie de tous les jours. Je salue le bon Dieu qui m'a fait don de toi, qu'il te protège et te redresse quand tu trébuches tout au long de ta vie, amen.

Je profite de cette occasion solennelle, pour adresser mes sincères remerciements :

Au personnel du service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune I en particulier : Docteur Soumaré, Dicko et Sylla.

Aux personnes, qui de loin ou de près ont contribué à ma formation.

A mes aînés : Docteur Sow Djeneba Sylla, Bourama Diarra, Mamadou Coulibaly, Alassane Maiga, Kalifa Traore, Seydou Tall, Samoura Assan Bamba, Abdoulaye Diarra, Alou Diarra, Ziberou Samaké, Amadou Diarra, Idrissa Traoré, Sidy Coulibaly, Bamba Oumar, Brehima Samaké, Mama Tangara, Mana Simaga, Mamadou Bagayogo.

A mes collègues thésards : Famory Coulibaly, Brehima Yalcoye, Moussa Koné, Amadou Dolo, Bakary Konaré.

A mes amis : Mme Djiré Mainy Traoré, Dr Sawadogo Bintou Coulibaly, Amadou Traoré, Dr Brehima Soumounou, Oumarou Diarra, Oumarou Traoré, Mme Diarra Fanta Soumounou. Vous avez toujours pris mes problèmes comme les vôtres, ce travail est également le vôtre.

**HOMMAGES AUX MEMBRES
DU JURY**

A notre maître et président du jury,

Professeur Salif Diakité

. Professeur titulaire honoraire de Gynécologie Obstétrique à la FMOS

.Ancien Gynécologue Obstétricien au CHU Gabriel TOURE

Cher Maître,

C'est un grand honneur pour nous d'être comptées parmi vos élèves.

Clinicien de talent et d'expérience, nous avons été impressionnées par la qualité de votre enseignement, votre sagesse et votre simplicité.

Que le bon Dieu vous donne longue vie afin que nous puissions continuer de bénéficier de votre enseignement et de vos conseils.

Trouvez ici, cher Maître, l'expression de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre maître et juge,

DrTioukani Augustin THERA

. Maître -assistant de gynécologie obstétrique à la FMOS

.Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point-G

.Ancien chef de service de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle à suivre.

Votre abord facile, votre grande simplicité et surtout votre abnégation font de vous un modèle pour les étudiants.

Nous espérons être dignes de votre confiance, et nous vous prions, cher Maître, d'accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profond respect et de notre très grande considération.

Que le tout Puissant Allah vous protège. Amen !

A notre maître et co-directeur de thèse,

DRAllassane TRAORE

.Chef de service adjoint de gynécoobstétrique à l'hôpital du Mali

**. Ancien chef de service de gynéco obstétrique à l'hôpital régionale de Gao
de 2005 en 2011**

.Gynécologue obstétricien au CSRef.CI de la commune I en 2011

.Formateur en GESTA Internationale

Cher Maître,

Votre spontanéité à accepter de contribuer à ce travail nous a énormément touchées.

Vos suggestions et vos remarques ont su conduire ce travail à son terme.

Votre sens du travail bien fait et votre ardeur à le parfaire nous donnent un exemple à suivre.

Veillez recevoir ici, cher maître, l'expression de notre respect et de notre gratitude.

Puisse le tout Puissant vous donner une longue vie (Amen).

A notre maître et Directeur de thèse,

Pr Niani MOUNKORO

.Maître de conférences de gynécologie obstétrique à la FMOS

. Chef de service d'obstétrique au CHU Gabriel Touré

.Chevalier du l'ordre de mérite de la santé.

Cher maître,

Nous avons été très honorés de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger cette thèse malgré vos multiples occupations.

Sensible à la confiance que vous nous avez accordée en nous confiant et sous votre direction ce travail, nous espérons en avoir été dignes.

Homme de principe, la qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique fait de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait.

Nous sommes fières de compter parmi vos élèves.

Vous nous avez impressionnés en tant que pédagogue.

Vous ne saurez quel honneur, vous nous faites en acceptant de diriger cette thèse.

Nous vous prions, cher maître de bien vouloir trouver ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements. Puisse le Seigneur vous accorder santé et longévitité (Amen).

LISTE DES ABREVIATIONS

ADN: Acide desoxyribonucleique

AMuPi : Association Malienne pour l'unité et le progrès de l'Islam

ASACOBA: Association de santé communautaire de Banconi

ASACOMSI: Association de santé communautaire de Sikoro

ASACODJE: Association de santé communautaire de Djélibougou

ASACOBOUL II: Association de santé communautaire de

HCG: Hormone gonadotrophine chorionique

CAT: Conduite à tenir

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CSREF CI: Centre de Santé de Référence de la Commune I

CSF: Contexte de la sexualité en France

CSCOM: Centre de santé communautaire

DES : Diplôme d'étude supérieure

DNSI : Direction nationale de la statistique et de l'informatique

EDTA : Acide éthylène-diamino-tétra acétique

ENVEFF : Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France

GAMMA GT : Gamma-glutamyl-transférase

HTLV : Human T-cell Lymphoma Virus

IST : Infection sexuellement transmissible

MST : Maladie sexuellement transmissible

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ORL:Otorhinolaryngologie

ORTM: Office de Radiodiffusion Télévision du Mali

FM : Fréquence et Modulation

PCR: Polymerase Chain Reaction

PF:Planning familial

RR: Route régionale

SIS:Système d'information sanitaire

TPHA: Treponema pallidum immobilisation test

UNFPA:United Nations Population Fund

USAC: Unité de Soins d'Animation et de Conseils

VDRL: Venereal disease Research laboratory

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

CAPITRE I

Introduction1

CAPITRE II

Objectifs4

CAPITRE III

Généralités6

CAPITRE IV

Méthodologie31

CAPITRE V

Résultats44

CAPITRE VI

Commentaires et discussion59

CAPITRE VII

Conclusion et recommandations66

CAPITRE VIII

Références-bibliographiques 69

CAPITRE IX

Annexes73

I. INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Les violences sexuelles sont définies par le code pénal français dans son article 222-22 comme toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise [1].

Le code pénal du Mali traite plutôt du viol qui fait partie des violences sexuelles.

Elle est définie dans un rapport de l'OMS comme « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris mais sans s'y limiter, le foyer et le travail ». Cette définition inclue donc le viol ou tentative de viol, inclue aussi le viol dans le mariage, le viol systématique pendant les conflits armés, le harcèlement sexuel, le mariage forcé, la négation du droit d'utiliser la contraception ou de se protéger contre des maladies sexuellement transmissibles, l'avortement forcé ou encore la prostitution forcée [2].

En plus des dommages psychologiques ressentis par les victimes, les violences sexuelles exposent aux risques de grossesse non désirée et des maladies sexuellement transmissibles telles que le VIH, l'Hépatite B ou C, la syphilis, la gonococcie et les candidoses.

Les violences sexuelles restent un problème de santé publique. Dans le monde 35% des femmes ont été exposées à des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur partenaire intime ou de quelqu'un d'autre selon une étude menée par OMS avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine et le Medical Research Council [3].

On estime qu'une(1) femme sur cinq(5) sera victime de viol ou tentative de viol au cours de sa vie selon Marie José Alcalá en 2005 [4].

Selon le RAINN et le bureau of justice STATISTIC bulletin aux Etats Unis en 2004-2005, 64080 personnes ont été victimes d'un viol, 51500 d'une tentative de viol. Une personne est victime de viol toutes les deux minutes et demi [5 ; 6].

En France en 2010 les enquêtes de victimisation révèlent que 75000 personnes sont victimes de viols, 198000 de tentative de viols et 206 viols chaque jour, 90% des violeurs ne présentant aucune pathologie mentale [7].

Au cours de l'année 2000 l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) à l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) en 2006, les agressions sexuelles ont doublé. En 2006 16% des femmes affirment avoir subies rapports forcés ou des tentatives de rapports forcés [8].

En Afrique du Sud selon le rapport annuel de la police en 2003, 147 femmes sont violées chaque jour. Le taux de condamnation pour viol reste bas avec une moyenne de 7%. Un tiers de l'estimation du nombre de viol ont été signalés en 2003 [9].

Au Mali en 2013 le sous-groupe sectoriel de travail en coordination avec l'UNFPA a enregistré 321 cas de violences sexuelles[10].

Au CHU Gabriel Touré en 2001, Traoré A.M avait trouvé 2,4% de cas de viol et en 2011 Traoré T notait 2% de cas de viol au Centre de Santé de Référence de la Commune IV [11 ; 12].

En raison de l'absence de données au Centre de santé de Référence de la Commune I, nous avons initié la présente étude avec les objectifs suivants:

II. OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

- **Objectif Général :**

Etudier l'aspect clinique et judiciaire des violences sexuelles au Centre de Santé de Référence de la Commune I.

- **Objectifs Spécifiques :**

Déterminer la fréquence des violences sexuelles

Déterminer les caractéristiques sociodémographiques

Préciser la prise en charge des patientes victimes de violences sexuelles

Déterminer l'issue judiciaire

III. GENERALITES

III. GENERALITES :

1. Rappels Anatomiques de l'appareil génital

1.1 Appareil génital masculin

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

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

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

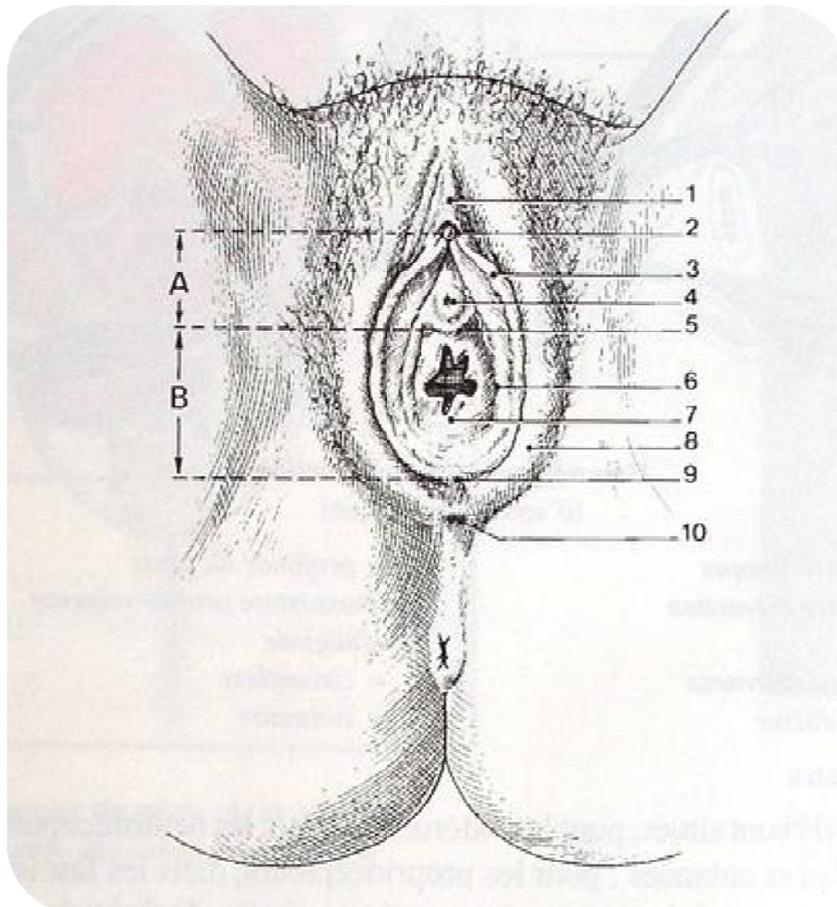
Les spermatozoïdes : sont produits dans les tubes séminifères des testicules puis emmagasinés dans l'épididyme et quand ils deviennent matures ils se déplacent dans les deux canaux liant l'épididyme à la prostate : ce sont les canaux déférents.

La prostate :est une glande siégeant dans la cavité pelvienne devant le rectum et derrière la symphyse pubienne entourant la 1^{ère} partie de l'urètre. Elle secrète un liquide fluide laiteux qui constitue environ 30% du sperme et 60% du liquide éjaculé lors d'un orgasme masculin proviennent des vésicules séminales [13].

1. 2 Appareil génital féminin :

1.2.1 Organe génitaux externes : [14]

❖ Région périnéo vulvaire



Vulve (lèvres écartées)

A - Vestibule de l'urètre

B - Vestibule du vagin

1 - prépuce du clitoris

2 - gland du clitoris

3 - petite lèvre

4 - ostium ext. de l'urètre

5 - carina urétrale

6 - ostium de la glande vestibulaire majeure

7 - hymen

8 - grande lèvre

9 - frein des lèvres

10 - fosse du vestibule

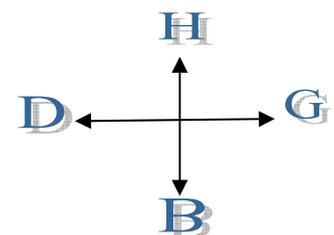


Figure1 :Région périnéo vulvaire

➤ **Vulve** : La vulve désigne le cloaque uro-génital féminin et les formations tégumentaires voisines qui le masquent plus ou moins. En terme plus commun, elle représente l'ensemble des formations génitales externes de la femme, c'est-à-dire : le Mont du pubis, les formations labiales, le vestibule, les organes érectiles et les glandes vulvaires(Fig1)

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

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

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

➤ **Les formations labiales :**

- **Les grandes lèvres**

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

- chez la fillette et la jeune nullipare, elles sont fermes, épaisses, résistantes et unies. Ces caractères s'accusent s'il existe un certain embonpoint ;
- chez la multipare, la femme âgée ou amaigrie, elles sont minces, flasques, ridées, flottantes, l'espace qui les sépare est entrebâillé.

Elles ont en moyenne, une longueur de 7à8 cm, une épaisseur de 2 à 3 cm à leur base, et à l'union de leur un tiers antérieur et leurs deux tiers postérieur, une hauteur 1,5à2 cm.

- **Les petites lèvres**

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

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

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

Après la ménopause, elles tendent à s'atrophier et à se cacher entre les grandes lèvres. Elles ont en moyenne une longueur de 30 à35 mm, une hauteur de 10 à15 mm, une épaisseur de 3 à 4 mm, une épaisseur de 3à4 mm à leur base.

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

C'est l'espace limité par la face interne des petites et grandes lèvres. Virtuel à l'état normal, cet espace devient, lorsqu'on écarte les formations labiales un véritable canal de 6 à 7 cm de long et de 2 à3 cm de large. Le fond du canal vulvaire constitue le vestibule. Celui-ci est limité en avant par le clitoris et en arrière par la commissure postérieure des petites lèvres, il dessine un ovale qui sépare les petites lèvres par le sillon vestibulaire. Il présente à décrire deux régions : en avant le vestibule de l'urètre en arrière le vestibule du vagin.

- **Les organes érectiles**

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

- ✓ **Le clitoris**

C'est l'homologue, en moins volumineux, des corps caverneux de l'homme. Le clitoris s'attache en arrière sur la partie moyenne de la face interne des branches ischio-pubiennes. Ces deux moitiés latérales du clitoris ou piliers convergent en avant, en haut et en dedans. Au-dessous de la symphyse, elles s'adosent sur la ligne médiane pour former un seul organe presque cylindrique : le corps du clitoris. A l'état de flaccidité sa longueur est en moyenne de 6 à 7 cm dont environ 3 cm pour les piliers 2,5 cm pour le corps et 0,6 pour le gland ; son diamètre est de 0,6 à 0,7 cm. A l'état d'érection ses dimensions augmentent très peu et le corps garde la même direction.

- ✓ **Les bulbes vestibulaires**

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

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

- **Les glandes vulvaires**

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

- **L'hymen**

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

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

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

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

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

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

1.1.2-Organes génitaux internes :[14]

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

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

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

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

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

A l'état de vacuité, le vagin est dans sa plus grande longueur aplati d'avant en arrière ; ses parois antérieure et postérieure sont accolées l'une contre l'autre. Son extrémité supérieure, cylindroïde, se moule sur le col utérin. La longueur moyenne est de 8 cm. Elle varie entre 4cm et 14 cm. La paroi antérieure (7cm) est plus courte que la paroi postérieure (9cm) reliant les organes de reproduction externes et internes. Il se dirige obliquement en haut et en bas.

- **L'utérus :** C'est un organe musculaire creux en forme de poire, aplati d'avant en arrière. Il siège dans la cavité pelvienne entre la vessie et le rectum. Il mesure entre 7et10cm, l'embryon s'y développe pendant la grossesse.

Ces parties sont : le fond utérin, le corps utérin et le col utérin. Sa paroi est faite de trois couches tissulaires : le périmètre, le myomètre et l'endomètre. Les cellules de ce dernier sont destinées à desquamers à la fin du cycle menstruel et constituent la menstruation.

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

2. La défloration : La défloration se définit comme la rupture de l'hymen par la pénétration du pénis dans la cavité vaginale [15].

La rupture varie selon la forme de l'hymen.

En cas d'hymen en anneau, l'hymen se déchire en haut ou en bas selon la position sexuelle adoptée.

En cas d'hymen cribriforme l'hymen se déchire au centre ; s'il est semi-lunaire il peut se déchirer latéralement.

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

3- Le Coït : ou copulation est l'union charnelle entre l'homme et la femme. Il évoque deux concepts : la pénétration vaginale, la pénétration anale[12].

❖ Différents types d'hymen selon Dr Aly Abbara[16]:

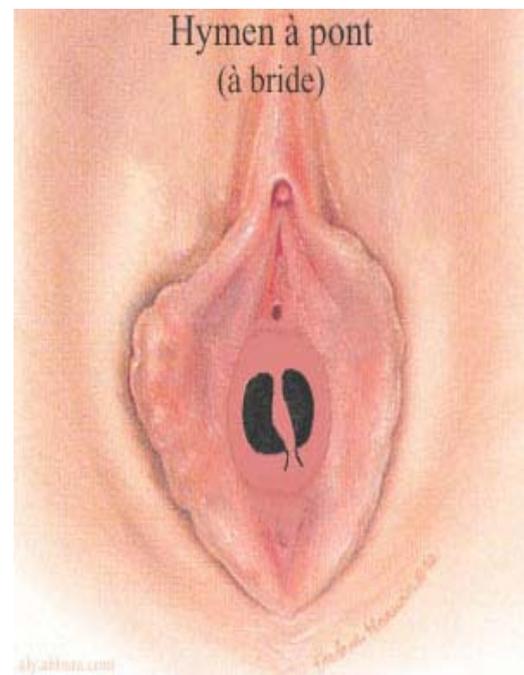
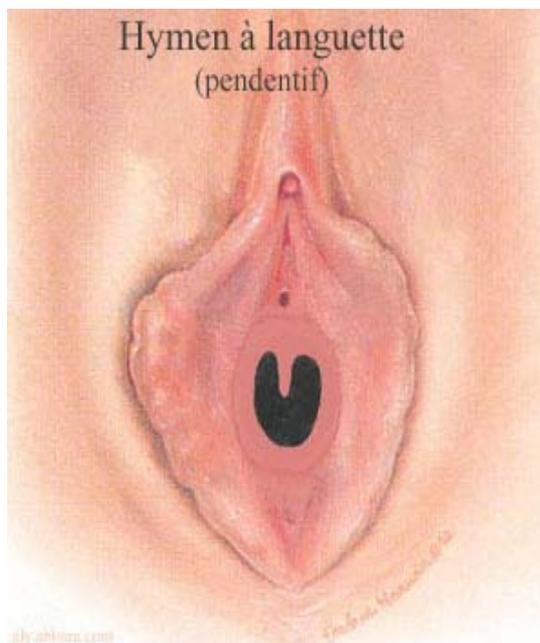
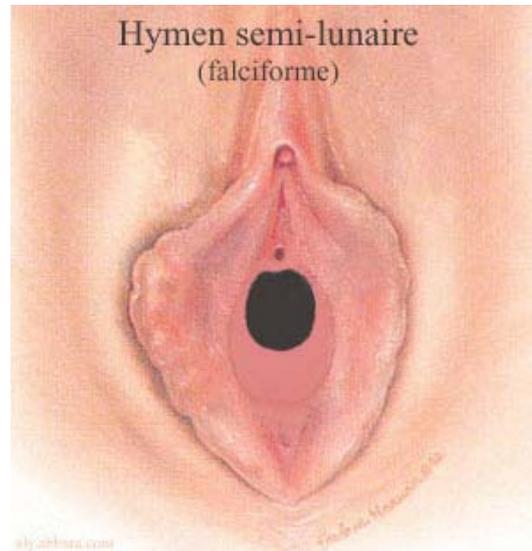
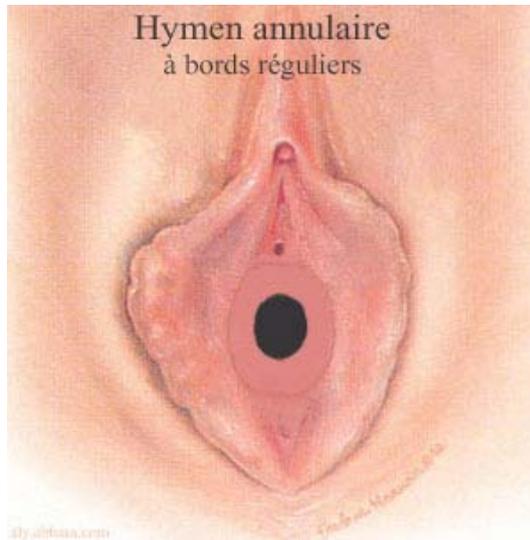
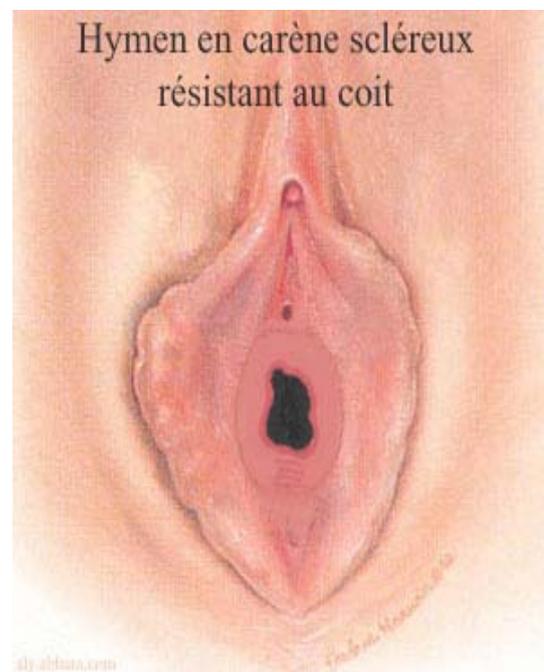
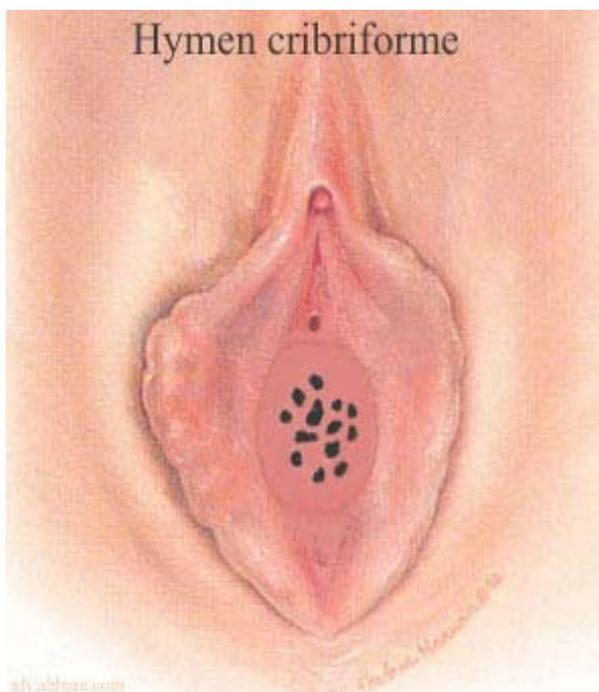
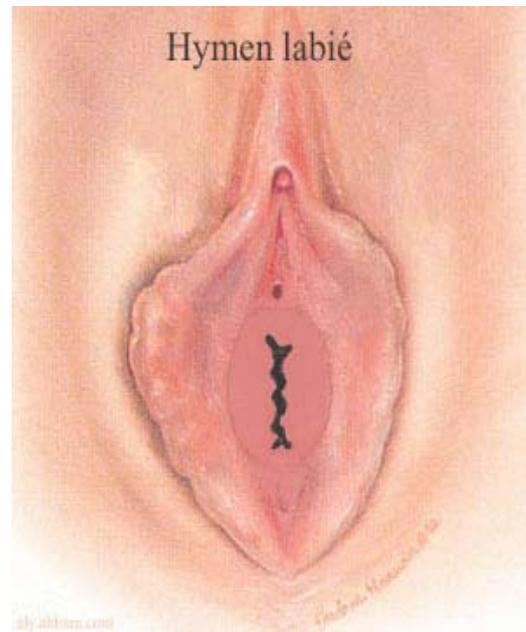
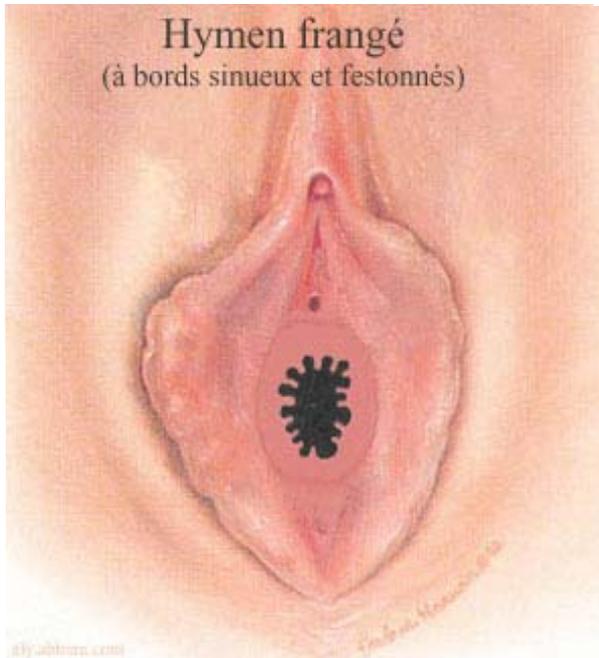


Figure 2 :

Figure 3 :



4 .Les différents types de violences sexuelles: [17]

-Les attouchements sexuels : touchers à connotation sexuelle que l'agresseur pose sur la victime ou lui demande de poser sur lui. Il peut également obliger la victime à toucher une troisième personne.

-Appels obscènes : anonymes la plupart du temps, ces appels sont constitués de propos à caractère sexuel, dans le but d'intimider la personne.

-Exhibitionnisme : provoqué de la gêne ou de la peur en montrant des comportements sexuels et ce sans nécessairement rechercher de contacts physiques par exemple : exhiber ses organes génitaux, montrer des illustrations ou des vidéos pornographiques.

-Harcèlement sexuel : il peut s'agir de paroles grossières, d'attitudes, d'actions, voire même de comportement provoquant l'inconfort et la crainte, menaçant ainsi le bien être de la personne. Le harcèlement sexuel est une forme de discrimination, d'abus de pouvoir et violence qui implique habituellement la notion de répétition.

-Inceste : agression sexuelle commise par un adulte sur un enfant avec lequel il a un lien biologique ou par un adulte qui représente une figure parentale pour cet enfant.

-Voyeurisme : le voyeur observe les gens à leur insu, il cherche à les surprendre dans leur intimité.

-Viol : relation sexuelle avec pénétration qu'elle soit vaginale, anale ou orale. La pénétration peut être faite avec le pénis, une autre partie du corps ou un objet et est effectuée contre le gré de la victime.

-Pédophilie : tout acte de pénétration sexuelle ou d'attouchement sexuel de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'un mineur de moins de

treize ans, ou toute exposition ou exploitation aux fins commerciales ou touristiques de photographies, films ou dessins à caractère pornographique mettant en scène une ou plusieurs personnes mineures âgées de moins de treize ans.

- **Outrage public à la pudeur** : tout acte accompli publiquement, offensant la pudeur et le sentiment moral des particuliers qui en sont involontairement témoins et susceptible de troubler l'ordre public et de causer un préjudice social manifeste.

- **Attentat à la pudeur** : tout acte de caractère sexuel contraire aux mœurs exercé intentionnellement et directement sur une personne.

5. Bases légales des violences sexuelles portant sur le viol :[18]

• Paragraphe I :de l'outrage à l'ordre public

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

• Paragraphe II : de l'attentat à la pudeur

Article 225 : Tout attentat à la pudeur, consommé ou tenté sans violence sur la personne d'un enfant de l'un ou l'autre sexe, âgé de moins de quinze ans, sera puni de cinq à dix ans de réclusion, et facultativement de un à vingt ans d'interdiction de séjour.

• **Paragraphe III** : du viol

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

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

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

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

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

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

• **Paragraphe IV** : de la pédophilie

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

Si les coupables sont les descendants de la personne sur laquelle le crime a été commis, s'ils sont de ceux qui ont autorité sur elle, ou s'ils sont chargés de son éducation, de sa surveillance ou s'ils sont employés des personnes ci-dessus désignées, ou si le crime a été commis à l'aide de plusieurs personnes, la peine sera la réclusion à perpétuité et une amende de vingt mille à un million de francs. Toutefois, le crime ci-dessus n'est pas constitué si la différence d'âge entre l'auteur et la victime ne dépasse pas cinq ans.

6. Examen de la victime [19]

❖ Accueillir et informer une victime

L'entretien psychologique est particulièrement important chez les mineurs.

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

L'entretien préalable a pour but de vérifier :

- ✓ Comment la victime évolue depuis la révélation de l'abus sexuel.
- ✓ A-t-elle porté plainte ? Dans ce cas la réquisition impose l'exécution de l'examen médical et la rédaction d'un certificat.
- ✓ Si la victime vient spontanément, sans réquisition, il faut différencier l'agression récente de moins de 72 heures qui impose une prise en charge urgente, de l'agression plus ancienne qui permet une évaluation psycho-médico-sociale plus sereine car en dehors du contexte de l'urgence.
- ✓ Quelles sont ses capacités à intégrer, comprendre, le mouvement dans lequel elle se trouve.
- ✓ Le vécu de la culpabilité.
 - ✓ Les pressions qu'elle peut subir.
 - ✓ Le ressenti de ce qu'elle a vécu.
- Préparer la victime à l'examen médical, c'est expliquer l'impératif de l'examen médical et son déroulement.
- Proposer un accompagnement psychologique vers d'autres structures proches du domicile, c'est mettre en place une prévention possible des séquelles psychologiques.

❖ Les étapes de l'examen clinique

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

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

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

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

Après explication des objectifs de l'examen médical, celui-ci doit être réalisé dans une salle accueillante, bien éclairée. L'exhaustivité du matériel nécessaire pour la consultation doit être contrôlée avant la consultation.

L'entretien médical va préciser :

6.1 A l'interrogatoire :

Des informations générales:

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

Les Antécédents :

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

- la date des Dernières Règles.

-L'agression :

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

La symptomatologie :

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

6.2L'examen clinique comporte :

Description des lésions :

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

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

L'examen gynécologique :

Inspection :

- face interne des cuisses,
- vulve : grandes lèvres, petites lèvres, vestibule,

- Description soigneuse de l'hymen (par traction divergente des grandes lèvres):
 - ✓ forme, largeur et aspect des bords libres,
 - ✓ taille de l'orifice vaginal de l'hymen.

Spéculum si possible :

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

Les prélèvements seront effectués (sperme et biologie moléculaire)

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

Toucher vaginal :

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

Remarque sur les organes pelviens :

Examen du périnée postérieur.

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

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

6.3. Au cours de l'examen clinique, sont réalisés des prélèvements

Objectifs : identifier l'agresseur et prévenir les complications.

6.3.1. Identifier l'agresseur : Les prélèvements à effectuer en cas d'agression récente sont réalisés :

- le plus tôt possible après l'agression,
- sans toilette préalable,
- avec un spéculum non lubrifié,
- sur écouvillons de coton sec, type écouvillon pour bactériologie,
- Le séchage est indispensable 30 à 60 minutes à l'air libre après leur réalisation puis conservation à 4°,
- Le nombre de prélèvements sera pair pour permettre les contre expertises : **4 prélèvements par site est le nombre recommandé. Le nombre sera précisé sur le dossier et sur le certificat médical. Tous les prélèvements seront étiquetés, numérotés, dans l'ordre de prélèvements.**
- ✓ **La recherche de spermatozoïdes :**
 - prélèvement sur pipette ou sur écouvillon,
 - un étalement sur lame pour examen par un biologiste dans les 24 heures.
- ✓ **les analyses génétiques :**

Elles seront prélevées avec des gants, saisies et scellées par les enquêteurs.

Identification sur spermatozoïdes ou cellules laissées par l'agresseur :

- tache de sperme sur la peau : récupérer les éléments tissulaires par dilution au sérum physiologique,
- vulve et périnée,
- vagin, endocol, exo col, cul de sac et paroi vaginale,

- prélèvements buccaux et anaux selon le contexte clinique.

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

Prélèvements de poils ou de cheveux de l'agresseur :

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

Si la victime a griffé l'agresseur :

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

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

Utiliser des écouvillons humides puis secs.

Vêtements tachés (sang, salive, sperme) :

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

Identification ADN de la victime :

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

6.3.2. Prévenir les complications : recherche de MST

Les prélèvements locaux :

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

Sites de prélèvement possibles : Col, Vagin, Urètre, Anus, Gorge.

Méthode de prélèvement :

- Standard : sur écouvillon sec ou pipette, conservé à température ambiante,
- Gonocoque : 1 écouvillon + milieu Stuart : conservé à température ambiante,
- Chlamydiae : Kit chlamydiae : conservé au frigo à 4°,
- Mycoplasme : Fraise + flacon mycoplasme : conservé au frigo à 4°.

Le bilan sérologique

- Chlamydiae,
- TPHA et VDRL,
- Hépatites B et C,
- HIV 1 et 2,
- -Eventuellement HTLV.

Si agression récente : sérologie initiale, et contrôle à 1 mois, 3 à 6 mois.

Si agression ancienne (plus de 6 mois) sérologie unique.

Recherche de toxiques : selon les déclarations, au moindre doute et si le clinicien constate : - confusion, - amnésie, - ivresse, - hallucination, - hébétude, - malaise.

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

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

Bilan pré thérapeutique avant éventuelle thérapie antirétrovirale.

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

7. La CAT après l'examen clinique

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

8. Rédiger un certificat médical

Cette rédaction est indispensable pour faire aboutir le dépôt de plainte de la victime. Ce certificat sera rédigé avec la prudence nécessaire pour ne pas être complice de fausses allégations. Il rapporte les constatations médicales ; ne doit y figurer aucune interprétation personnelle, n'y le terme de viol. Seul le magistrat peut étiqueter, qualifier une agression sexuelle.

IV. METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE :

1-Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la Commune I (CS Réf CI) du district de Bamako au niveau du service de gynécologie-obstétrique.

a- La commune I du district de Bamako :

-Situation de la commune :

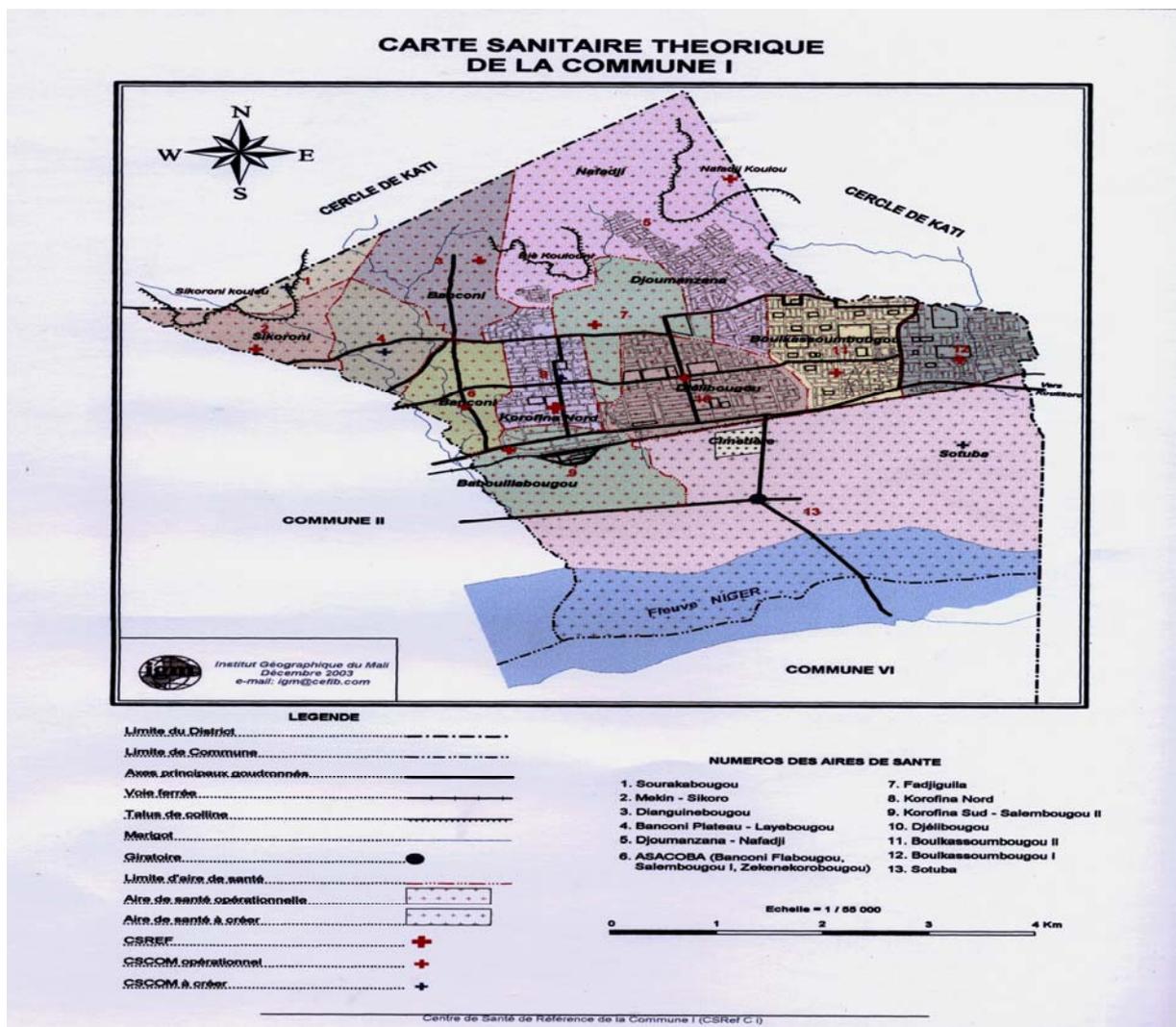


Figure n°4 : Carte sanitaire de la Commune I

Source: SIS CS Ref CI

La commune I est située à l'Est du District de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger. Elle est limitée :

- Au Nord et à l'Est par le cercle de Kati ;
- Au Sud par le fleuve Niger ;
- A l'Ouest par la commune II (le marigot de Korofina limitant les 2 collectivités).

Elle comprend (9) quartiers qui sont :

Korofina (Nord et Sud) ;

Djélibougou ;

Boukassoumbougou ;

Doumanzana ;

Fadjiguila ;

Banconi ;

Sikoro ;

Sotuba.

La surface est de 34,26km² soit 12,83% de la superficie totale de Bamako, pour une population totale de 376917 habitants (2013) soit une densité moyenne de 11002 habitants/km² (DNSI-Mairie CI).

Le relief de la commune I est caractérisé par des plateaux et des collines de type granitique avec un sol accidenté de type latéritique, ce qui représente quelques difficultés pour l'aménagement d'infrastructures d'assainissement tandis que sa végétation est de type Soudano-sahélien dominée par les grands arbres comme le Caïlcédrat, le Karitier, le Manguier, etc.

Le climat de type tropical est caractérisé par :

- Une saison sèche ;
- Une saison froide : de Novembre à Janvier ;

- Une saison chaude : de Février à Mai ;
- Une saison des pluies : de Juin à Octobre.

- Les infrastructures routières :

- La route régionale (RR) N°14 ou Route de Koulikoro avec éclairage public ;
- La route pavée qui relie la RR 14 au marché de Fadjiguila ;
- La route 251 reliant la RR 14 au Lycée Fily Dabo Sissoko avec éclairage public ;
- La desserte de Banconi allant de la RR 14 et traverse le Banconi ;
- Deux autres voies traversent toute la commune I d'Est en Ouest (du marché de Boukassombougou jusqu'au quartier de Hippodrome en commune II) dans le cadre du réseau routier de la ceinture du District de Bamako avec éclairage public ;
- A l'intérieur des quartiers les routes sont petites, latéritiques et difficilement praticables en saison pluvieuse ;
- Une voie ferrée reliant Bamako à Koulikoro traverse la commune I sur une distance de cinq (5) km.

-Les moyens de transports :

Le transport collectif est assuré principalement par les minibus (SOTRAMA), les bus, et les taxis. Au total, vingt (20) lignes desservent la commune I en provenance des abords des rails, de la grande mosquée et du marché de Médine. Il existe quatre stations de taxis dans la commune, dont une à côté du Centre de Santé de Référence de la commune I.

-Les moyens de télécommunications :La commune possède un réseau téléphonique d'une capacité de 52 000 lignes avec une agence de la SOTELMA à Djélibougou, des cabines téléphoniques ORANGE et MALITEL.

Le CS Réf CI, l'ASACOBA, l'ASACOMSI, l'ASACODJE et l'ASACOBOUL II sont les seules structures sanitaires publiques de la commune I qui sont servies en lignes téléphoniques par la SOTELMA.

-Les canaux de communication :

● **Modernes :**

- L'ORTM : Office de Radiodiffusion Télévision du Mali
- Les radios privées du district de Bamako dont six sont en commune I (Djekafo 100.7, Kayira 104.4, Patriote 88.1, Ambiance 97.4, Dambé 102.8 et Energie107.9 FM).
- La connexion internet occupe une place prépondérante tant sur le plan économique que communication.

● **Traditionnels :**

- Les crieurs publics ;
- Les leaders d'opinions ;
- Les griots ;
- Les troupes théâtrales de la commune I.

-Les infrastructures sanitaires :

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé du gouvernement :

- un premier plan de développement de la commune de 1995 à 1999 avait prévu la création de onze (11) aires de santé dont dix (10) sont fonctionnelles ;
- un deuxième plan a été élaboré pour la période 2002-2006 dans lequel il est prévu la création de six (06) nouveaux centres de santé communautaire (CSCOM) et le renforcement des capacités du Centre de Santé de Référence de la Commune I.

Il existe en commune I : un CS Réf, 12 CSCOM, des Cabinets médicaux, des Cliniques privées et des centres confessionnels(AMuPi,Catholique et Cherifla).

Le Centre de Santé de Référence de la Commune I comprend actuellement plusieurs services et unités qui sont :

- L'administration ;
- Le service de gynécologie obstétrique ;
- Le service de chirurgie générale ;
- Le service de pédiatrie ;
- Le service d'ophtalmologie ;
- Le service d'odontostomatologie ;
- Le service d'ORL ;
- Le service de médecine générale ;
- Le service de développement social et de l'économie solidaire;
- L'unité d'imagerie médicale ;
- Le S.I.S ;
- L'unité de laboratoire ;
- L'USAC de la commune I ;
- Le bloc opératoire ;
- La pharmacie ;
- La brigade d'hygiène ;
- La morgue.

Le personnel est composé de :

- 19 médecins dont un médecin chef, trois gynécologues-obstétriciens, un pédiatre, un ophtalmologue, deux chirurgiens, un médecin de santé publique, neuf médecins généralistes, deux pharmaciens
- 29 sages-femmes ;

- 16 assistants médicaux (quatre Anesthésistes, trois agents de la santé publique, deux odonto-stomatologistes, deux ORL, trois ophtalmologues, un biologiste médical, un agent de gestion des hôpitaux) ;
- 06 techniciens supérieurs spécialistes (un agent d'hygiène d'assainissement, quatre (04) agents de laboratoire, un agent de technicien supérieur des affaires sociales) ;
- 06 techniciens supérieurs
- 15 techniciens de santé (10 agents de santé publique et cinq infirmières obstétricienne) ;
- 03 Ingénieurs sanitaires (un agent d'hygiène d'assainissement, deux agents de biologie médical)
- 03 infirmiers du bloc opératoire ;
- 03 vendeurs de pharmaciens ;
- 1 matrone ;
- 29 aides-soignantes ;
- 02 infirmières auxiliaires :
- 08 comptables ;
- 03 chauffeurs ;
- 07 manœuvres ;
- 08 secrétaires;
- 01 informaticien
- 1 gardien ;

Les activités comprennent :

- Les consultations prénatales ;
- Les accouchements et les urgences gynécologiques et obstétricales ;
- Les consultations de planification familiale et post-natale ;

- Le suivi des malades hospitalisés ;
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- Les interventions chirurgicales ;
- Les analyses biologiques ;
- L'imagerie médicale (Echographie) ;
- Les consultations médicales externes ;
- Les consultations ORL ;
- Les consultations ophtalmologiques ;
- Les consultations odonto-stomatologiques.
- Le dépistage des malades suspects de tuberculose
- Le dépistage du VIH.

Présentation du service de gynécologie et d'obstétrique :

Le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune I fait partie des services les plus fréquentés du centre.

Ce service comprend :

- Deux salles de consultation externe ;
- Une salle pour les urgences gynécologie-obstétrique;
- Une salle d'accouchement à trois lits ;
- Une salle d'attente qui sert également de salle pour les suites de couches et la surveillance post-partum ;
- Une unité de consultation prénatale ;
- Une unité de planification familiale (PF) et post-natale ;
- Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus ;
- Un bloc d'hospitalisation comprenant :
 - ❖ Trois grandes salles avec une capacité de six (06) lits ;
 - ❖ Deux salles à deux (02) lits ;
 - ❖ Une salle pour les thésards (faisant fonction d'internes) ;
 - ❖ Une salle pour le major du bloc d'hospitalisation ;

- ❖ Une salle de soins.
- Un bloc opératoire comprenant :
 - ❖ Deux salles d'interventions pour les interventions gynécologiques obstétricales chirurgicales et ophtalmologiques ;
 - ❖ Une salle de stérilisation des instruments ;
 - ❖ Une salle contenant l'autoclave pour la stérilisation des champs et des blouses opératoires ;
 - ❖ Une salle de réveil ;
 - ❖ Une salle de préparation des patients ;
 - ❖ Une salle de préparation des opérateurs (chirurgiens ; gynécologues-obstétriciens) ;
 - ❖ Un bureau pour les anesthésistes ;
 - ❖ Un bureau pour les aides de bloc.

La maternité :

Elle est située vers le côté Sud du CS Réf entre le bloc d'hospitalisation à l'Ouest, la pharmacie à l'Est et le bloc opératoire au Nord.

Elle reçoit les gestantes et parturientes issues de toutes les couches sociales. Les parturientes venant y accoucher sont suivies soit dans notre service, soit dans les autres services de gynécologie et obstétrique publics ou privés, soit dans les centres de santé communautaire.

Le personnel de la maternité est composé de :

- Un gynécologue-obstétricien, chef de service qui coordonne et supervise toutes les activités du service ;
- Deux autres gynécologues-obstétriciens ;
- Un médecin DES de gynéco-obstétrique troisième année, en formation ;
- Un gynécologue-obstétricien (médecin stagiaire et personnel d'appui
- Douze médecins généralistes (ancien thésard et personnel d'appui) ;

- Vingt- neuf sages-femmes reparties entre les différentes unités de la maternité ;
- Neuf thésards (faisant fonction d'internes) ;
- Des matrones et aides-soignantes.

Les activités sont programmées comme suit :

- Les consultations sont assurées par les médecins gynécologues obstétriciens, ainsi que par les médecins généralistes, principalement lors des gardes ;
- L'échographie est réalisée tous les jours ouvrables dans l'après-midi ;
- Deux journées consacrées aux activités chirurgicales des malades programmées ;
- La garde est assurée par un gynécologue, un médecin généraliste, de thésards (ou faisant fonction d'internes), d'une sage-femme, d'une aide-soignante et de deux manœuvres ;
- La formation continue du personnel est pérennisée par un staff quotidien sur les dossiers journaliers et principalement ceux de la garde, ainsi que par un exposé hebdomadaire sur les pathologies gynécologiques et obstétricales fréquemment rencontrées dans le service ;
- Il s'en suit la visite aux malades hospitalisés, visite au cours de laquelle le gynécologue obstétricien donne les instructions et enseignements nécessaires à la formation continue des étudiants (thésards).

Les accouchements eutociques, les consultations prénatales et post natales, les consultations pour la planification familiale, le dépistage du cancer du col de l'utérus sont du ressort de la sage-femme.

Les grossesses à risque ainsi que les accouchements dystociques sont pris en charge par les médecins spécialistes.

2. Type et durée d'étude

Il s'agit d'une étude prospective de type descriptif qui s'étend sur 12 mois, allant du 1^{er} Novembre 2013 au 31 Octobre 2014.

3. Population d'étude

La population était constituée de patientes ayant consulté pendant la période d'étude dans le service de gynécologie obstétrique du CS Réf CI.

4. Echantillonnage

4.1 Echantillon

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif.

4.2 Technique d'échantillonnage

C'est une étude menée sur 12 mois consécutif par un échantillonnage exhaustif. Il a porté sur les patientes ayant consulté pour violences sexuelles.

4.3 Critères d'inclusion

Toutes les patientes reçues et ayant consulté pour violences sexuelles avec ou sans réquisition ont été incluses.

4.4 Critères de non inclusion

Toute patiente ayant consulté pour traumatisme génital non sexuel.

Les patientes qui ont consulté pour coup et blessure sans violence sexuelle.

5. Support des données

Nous avons utilisé comme support des données :

La fiche d'enquête individuelle adressée à nos patientes

Le registre d'enregistrement des malades du service

Les dossiers médicaux

6. Analyse des données

Les données ont été traitées sur le logiciel SPSS 21.

Le document a été saisi à l'aide du logiciel Microsoft Word 2010.

7. Tableau I : variables étudiées

Variable	Nature	Unité	Technique de collecte
Age	Quantitative	Année	Interrogation
Profession	Qualitative		Interrogation
Niveau d'étude	Qualitative		Interrogation
Lieu de résidence	Qualitative		Interrogation
Moment de l'agression	Qualitative		Interrogation
Lieu de l'agression	Qualitative		Interrogation
Type d'agression	Qualitative		Interrogation
Lésion constatée	Qualitative		Interrogation
Issue judiciaire	Qualitative		Interrogation

8. Aspects éthiques :

-Valeurscientifique del'étude : cette étude servira de base de données pour les chercheurs dans le futur.

-Consentement éclairé : l'étude a été expliquée à toutes les patientes, elles ont compris et adhéré de manière volontaire.

9. Référence:

Nous avons opté pour le système numérique séquentiel (citation order system, Vancouver system) qui est le plus utilisé dans les disciplines scientifiques biomédicales et est préconisé par les règles de Vancouver [20].

V. RESULTATS

V. RESULTATS :

- **Fréquence**: Au terme de notre étude nous avons enregistré 15 cas de violences sexuelles sur 2126 consultations soit une prévalence de 0,70% du 1^{er} Novembre 2013 au 31 Octobre 2014.

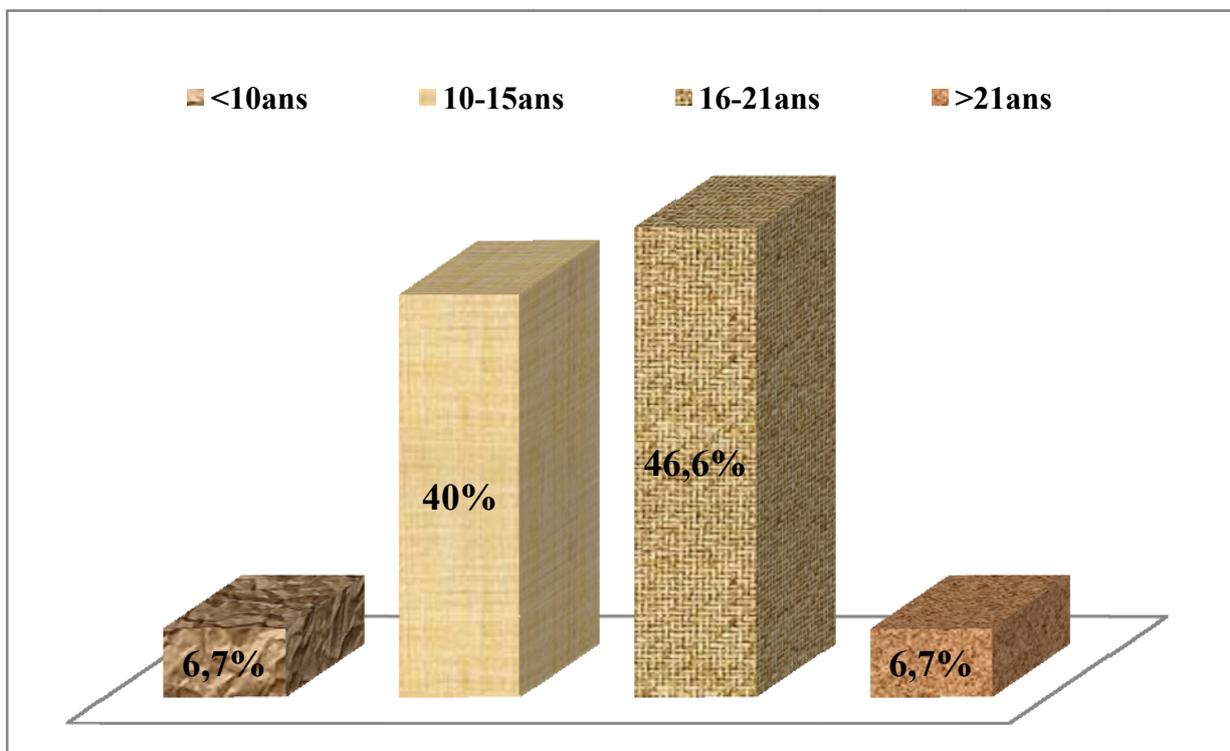


Figure 5 : Répartition des patientes selon l'âge

Tableau II : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	%
Scolaire	6	40,0
Ménagère	1	6,7
Aide –ménagère	2	13,3
Vendeuse	5	33,3
Enfant	1	6,7
Total	15	100

Tableau III : Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	%
Bambara	3	20,0
Soninké	1	6,7
Bobo	1	6,7
Peulh	4	26,7
Malinké	3	20,0
Dogon	1	6,7
Autres	2	13,2
Total	15	100

(Autres : Yuruba, Somono)

Tableau IV : Répartition des patientes selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	%
Mariée	3	20,0
Divorcée	1	6,7
Célibataire	11	73,3
Total	15	100

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

Mode d'admission	Effectif	%
Adressée par la police (réquisition)	14	93,3
Accompagnée par les parents	1	6,7
Total	15	100

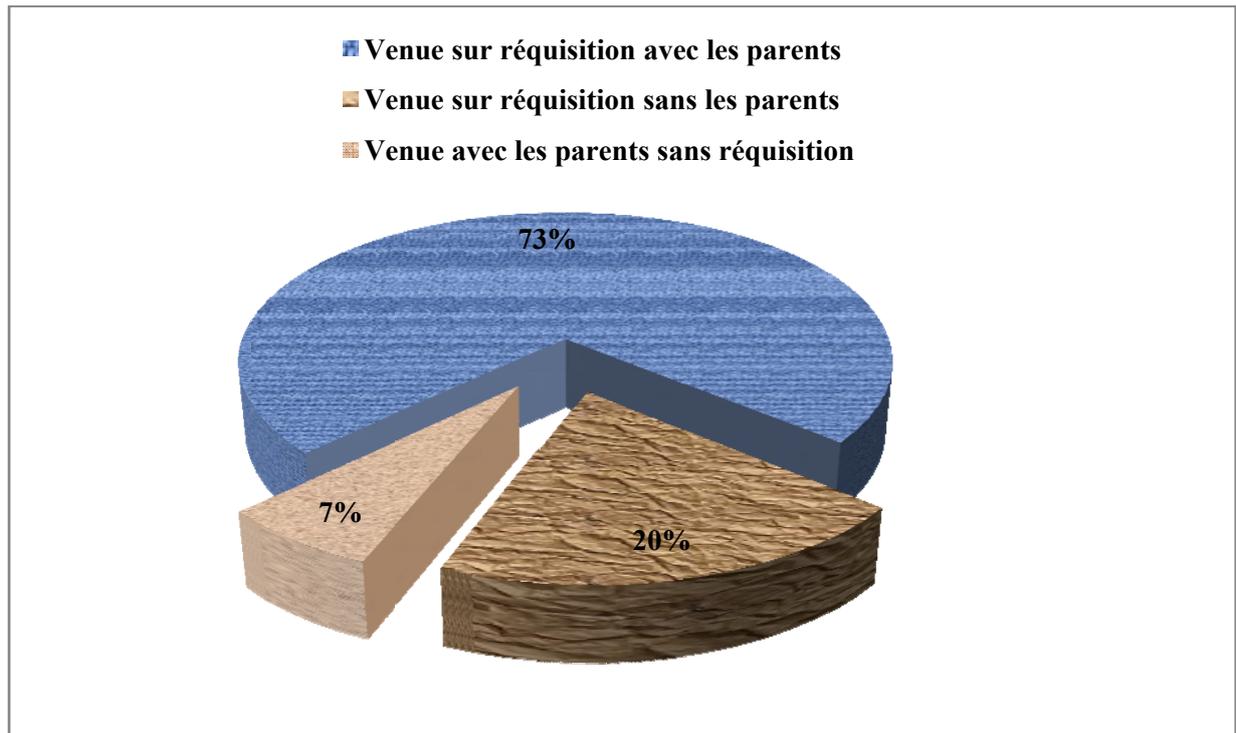


Figure 6 :Répartition des patientes selon la réquisition

Tableau VI: Répartition des patientes selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	%
Viol	14	93,3
Attentat à la pudeur	1	6,7
Total	15	100

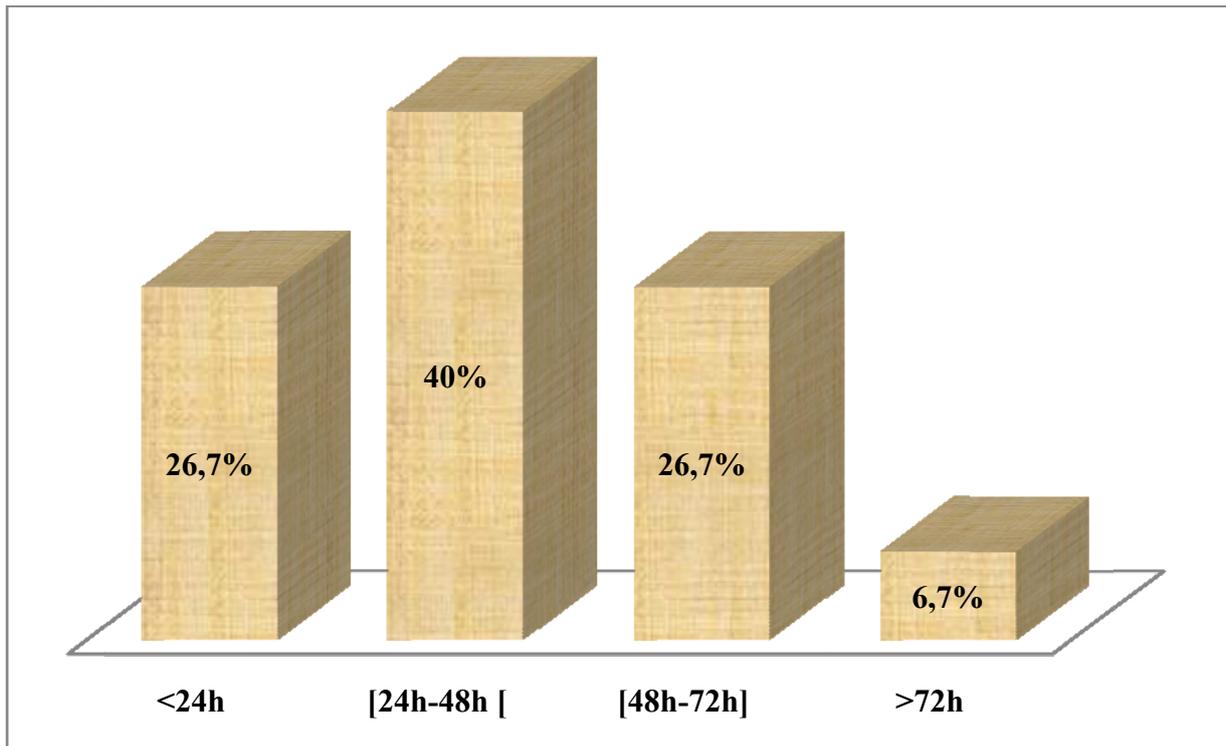


Figure 7: Répartition des patientes selon le délai de consultation

Nous avons eu 33,4% des patientes qui ont été consultées plus de 48 Heures après leur agression

TableauVII: Répartition des patientes selon le moment de l'agression

Moment de l'agression	Effectif	%
[6h-12h [2	13,3
[12h-18h [3	20,0
[18h-00h [8	53,3
[00h-6h [2	13,3
Total	15	100

Tableau VIII: Répartition des patientes selon la virginité

Virginité	Effectif		%
Oui	3		20,0
Non	12		80,0
Total	15	100	

Tableau IX: Répartition des patientes selon l'antécédent de relation sexuelle

Relation sexuelle	Effectif		%
Oui	12		80,0
Non	3		20,0
Total	15	100	

Tableau X: Répartition des patientes selon l'antécédent de violence sexuelle

Violence sexuelle	Effectif		%
Oui	2		13,3
Non	13		86,7
Total	15	100	

Tableau XI: Répartition des patientes selon les caractéristiques du cycle menstruel

Cycle menstruel	Effectif	%
Quarantaine du post partum	1	6,7
Notion de retard des règles	2	13,3
Sansretard des règles	10	66,7
Avant la puberté	2	13,3
Total	15	100

Tableau XII: Répartition des patientes selon le changement de vêtement après l'agression sexuelle

Changement de vêtement	Effectif	%
Oui	11	73,3
Non	4	26,7
Total	15	100

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le type de menace

Menace par	Effectif	%
Arme blanche (couteau)	3	20,0
Coup de poing	1	6,7
Aucun	11	73,3
Total	15	100

Tableau XIV: Répartition des patientes selon le nombre d'agresseur

Nombre d'agresseur	Effectif	%
1	8	53,3
2 et plus	7	46,7
Total	15	100

Tableau XV: Répartition des patientes selon le lien de parenté avec l'agresseur

Lien de parenté	Effectif	%
Proche de famille	6	40,0
Aucun	9	60,0
Total	15	100

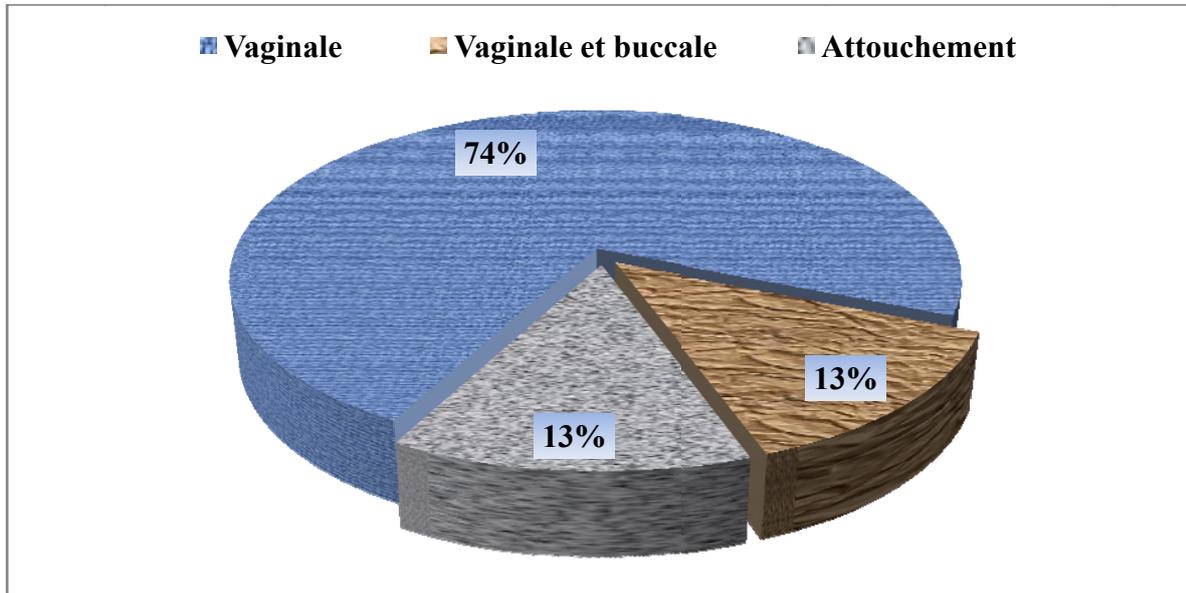


Figure 8 :Répartition des patientes selon la voie de pénétration

Tableau XVI: Répartition des patientes selon l'état psychique

Etat psychique	Effectif	%
Normal	14	93,3
Perturbé (frayeur et mutisme)	1	6,7
Total	15	100

Tableau XVII: Répartition des patientes selon la lésion cutanée

Lésion cutanée	Effectif	%
Egratignure	1	6,7
Ecchymose et contusion	1	6,7
Aucun	13	86,6
Total	15	100

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon l'ancienneté de la lésion hyménéale

Lésion hyménéale	Effectif	%
lésion ancienne	12	80,0
lésion récente	1	6,7
Absence	2	13,3
Total	15	100

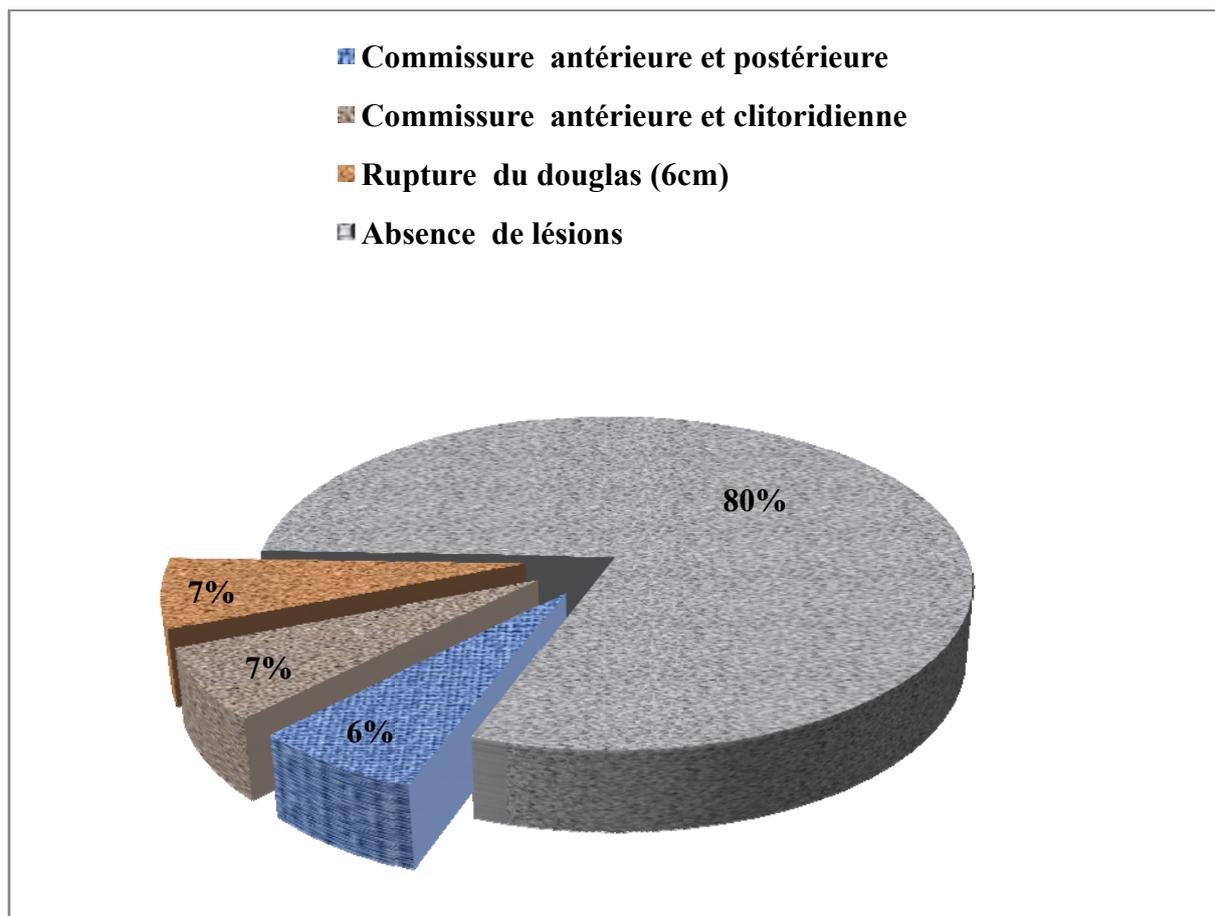


Figure 9 : Répartition des patientes selon le siège des lésions génitales

Tableau XIX: Répartition des patientes selon la réalisation des examens complémentaires

Examen demandé	Effectif	Réalisé	Résultats	
			Positif	Négatif
Antigène HBS	15	2	0	2
Sérologie BW	15	2	0	2
Prélèvement vaginal	15	3	2	1
Sérologie HIV	15	6	0	6
Test UCG	10	10	0	10
Echographie pour grossesse	4	3	2	1
Total	74	26	4	22

Tableau XX: Répartition des patientes selon le traitement local

Traitement local	Effectif	%
Pansement	1	6,7
Suture	1	6,7
Aucun	13	86,6
Total	15	100

Tableau XXI:Répartition des patientes selon le traitement général

Traitement général	Effectif	%
Aucun	4	26,7
Antifongique	1	6,7
Contraception d'urgence	8	53,2
Contraception d'urgence, antibiotique, antiseptique	1	6,7
Antibiotique, antifongique	1	6,7
Total	15	100

Tableau XXII : Répartition des patientes selon le certificat médical délivré

Certificat médical	Effectif	%
Oui	2	13,3
Non	13	86,7
Total	15	100

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon le retrait de la réquisition

Retrait de la réquisition	Effectif	%
Oui	14	93,3
Non	1	6,7
Total	15	100

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon l'issue judiciaire

Issue judiciaire	Effectif	%
Phase d'enquête	1	6,7
Socialement	10	66,7
Autorité religieuse et coutumière	4	26,6
Total	15	100

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Au cours de notre étude, nous avons rencontré quelques difficultés surtout dans :

La surveillance de nos patientes parce que les examens complémentaires étaient rarement honorés et les victimes avaient la honte d'expliquer les faits.

Le suivi des dossiers au tribunal par une insuffisance d'avocat spécial sur les violences sexuelles.

1- Fréquence

Durant la période sur laquelle s'est étendue notre étude (1^{er} novembre 2013 au 31 octobre 2014), nous avons recensé 15 cas de violences sexuelles (attentat à la pudeur, viol) sur 2126 consultations gynécologiques soit 0,70% au CS Réf CI.

La prévalence des violences sexuelles sur notre population de patientes était de 0,70%. Ce taux est supérieur à celui noté par N'guessan [21] qui trouve 0,68% en Côte d'Ivoire mais inférieur à celui de Mbaye Magatte [22] qui rapporte 1% au Sénégal. Nous pensons que cette fréquence est sous-estimée en raison de la pudeur qui entoure le sexe dans nos coutumes amenant ainsi les parents à moins consulter les services de santé et les autorités judiciaires.

2- Caractéristiques sociodémographiques

⇒ Age

La tranche d'âge de 16 à 21 ans a été majoritairement représentée avec 46,6% suivie de celle de 10 à 15ans soit 40%.

L'âge moyen de nos patientes est de 15 ans avec des extrêmes de 3 et 22 ans.

Notre taux est comparable à celui de TRAORE AM [11] qui trouve 82,4% pour la même tranche d'âge selon une étude réalisée au CHU Gabriel Touré en 2001. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par l'incapacité de cette tranche d'âge à se défendre pendant l'agression.

⇒ **Profession**

Les scolaires ont représenté 40% et les vendeuses 33,3%. Ces données sont comparables à ceux de TRAORET[12]réalisé au Centre de Santé de Référence de la Commune IV en 2011 qui trouve 48,6% des élèves et N'guessan [21] en Côte d'Ivoire qui note 35,5% des élèves et étudiantes.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les écoliers et les vendeuses peuvent se trouver sur les lieux prédisposés à l'agression.

⇒ **Statut matrimonial**

Les célibataires ont été les plus nombreuses soit 73,3% contre 20% des mariées. Ce taux est inférieur à celui de KAY FANM [23] qui en 2008 a trouvé 87% d'agression sexuelle chez les célibataires dont 76% de mineures et 11% d'adultes.

⇒ **Mode d'admission**

Les patientes venues sur réquisition avec les parents ont été les plus représentées avec 73,3% contre 20% des patientes venues sur réquisition sans les parents. Ces données sont supérieures à celles de TRAORET [12] au Mali en 2011 qui trouve que les patientes admises sur réquisition représentaient 43,25 % des cas pour les réquisitions avec ou sans les parents. Le taux élevé des patientes venues sur réquisition sans les parents pourraient s'expliquer par le fait que la victime peut masquer l'agression sexuelle soit par honte soit parce qu'elle a peur ou pour tout autre motif selon ADAMS et al [24]. Ce taux remarquable des patientes venues sur réquisition avec les parents pourrait s'expliquer aujourd'hui par l'implication des parents dans la prise en charge de la santé de leur enfant.

⇒ **Moment de l'agression**

La majorité de nos patientes ont été agressées entre 18h-00h soit 53,3%. Ce taux élevé de 18h-00h pourrait s'expliquer par la moindre fréquentation des ruelles par la majorité de la population.

⇒ **Délai de consultation**

La majorité de nos patientes ont consulté dans les 24h-48h qui ont suivi leur agression. Ces données rejoignent celles de Mbaye Magatte [22] au Sénégal qui trouve que 50% des patientes ont consulté dans les 24 premières heures.

Selon Guillet-May [25] et Saint-Martin [26] un délai de 48H ne devrait pas être dépassé pour la réalisation correcte des expertises médicale et juridique.

3- Circonstances étiologiques

⇒ **Nombre d'agresseurs et lien avec l'agresseur**

Dans notre étude l'agression a été commise par un seul individu dans 53,5% et par un groupe dans 46,7% des cas. L'agression a été commise dans 40% par un proche de la famille.

Ces résultats sont inférieurs à ceux de :

TRAORE T [12] au Mali en 2011 qui rapporte que l'abus sexuel a été commis par un seul individu dans 89,2%, d'un groupe dans 10,8% et 5,4% de l'agression a été commise par un proche de la famille.

Selon une étude réalisée à Lomé [27] en 2007-2009 au CHU de Tokoin on trouve que l'agression a été perpétrée par un seul individu dans 96,5% et collectif dans 3,5%.

MBASSA au Cameroun [28] trouve respectivement 85,5% pour un seul individu tandis qu'elle est collective pour 14,5%.

Ce résultat (proche de la famille) pourrait s'expliquer par un lien étroit familial entre l'agresseur et la victime.

⇒ **Voie de pénétration**

Nous avons noté 73,4% de pénétration vaginale de nature génito-génitale, 13,3% d'attouchement, 13,3% de pénétration vaginale et buccale.

Ces données sont supérieures à ceux de FAYE D.M.E et al [29] au Sénégal, TRAORE T[12] CS Réf CIV en 2011 qui ont trouvé respectivement un taux de 67,3% ; 64,9% de relations génito-génitale et inférieures à ceux de TRAORE A.M [11] au CHU Gabriel Touré en 2001 trouve 91,3% de relations génito-génitale et 29,7% d'attouchement noté chez TRAORE T.

Ces résultats sont inférieurs à ceux de MBASSA [28] au Cameroun en 2005 qui trouve que les attouchements constituaient le mode d'abus sexuel le plus fréquent en milieu scolaire avec 54,6%.

Ce taux élevé de pénétration vaginale pourrait s'expliquer par la nature des agressions de notre étude qui était hétérosexuelle.

4- **Clinique**

⇒ **Les lésions cutanées**

Dans notre série aucune lésion n'a été retrouvée dans 86,6% des cas, par contre 6,7% présentait des lésions cutanées à type (égratignure et ecchymose-contusion). Ces données sont comparables à ceux d'une étude menée à Lomé[27] au CHU Tokoin que 6,7% des lésions cutanées étaient représentées par les hématomes et les ecchymoses, par contre Mohamed Maniboliot Soumah[30] au Gabon trouvait dans 60,8% des cas que l'agression a été accompagnée de violence physique dont la strangulation 8,2% et les coups et blessures volontaires 41,9%.

⇒ **Lésion génitale**

Nous avons eu des cas de lésion génitale de siège (commissure antéro-postérieure, commissure antero-clitoridienne) dans 6,7% et une rupture du douglas soit 6,7%. Ce résultat est inférieur à ceux de TRAORE T [12] au Mali qui notait plus de lésions génitales au niveau vulvo-périnéale 32,4% suivies des lésions de l'hymen 16,2% et de TRAORE Y [31] au Mali en 2004-2008 rapportait 13,48% de déchirures hyménales et 7,87% de déchirures vulvaires. Ce taux faible de lésion génitale pourrait s'expliquer par le fait que la plupart de nos patientes avaient eu déjà un rapport sexuel.

5- **Examens complémentaires**

Au cours de cette étude les examens l'antigène Hbs et BW ont été réalisés deux fois sur quinze, la sérologie HIV dans six fois sur quinze, le prélèvement vaginal chez trois sur quinze patientes et le test UCG chez dix sur quinze patientes. Il faut signaler que les examens complémentaires demandés ont rarement été honorés au complet.

6- **Traitement**

Nous avons donné un traitement de couverture à base de :

Antifongique, antibiotique-antifongique, contraception d'urgence-antibiotique-antiseptique ont été donnés dans 6,7%.

La contraception d'urgence a été donnée dans 53,2%.

Le traitement était fait de deux manières: un traitement local à base de pansement réalisé chez une seule patiente ayant une lésion périnéale (6,7%) et une suture effectuée chez la patiente ayant une rupture du douglas (6,7%).

Notre résultat est supérieur à celui de Mbaye Magatte [22] au Sénégal qui trouve 34% d'utilisation de contraception d'urgence ; inférieur à celui de TRAORE AM [11] au Mali qui rapporte 13% de suture.

Ce pourcentage élevé de contraception d'urgence dans notre étude s'explique par une utilisation systématique de ce produit chez toutes les patientes en âge de procréer exceptées les femmes enceintes et sous contraception.

7- Poursuite judiciaire

Parmi les plaintes un seul dossier est arrivé au tribunal soit 6,7% et le reste a été réglé de la manière suivante : 66,7% des cas ont été résolus socialement et 26,6% des cas par les autorités religieuses et coutumières.

Ces résultats sont contraires à ceux de :

TRORE Y [31] au Malinotait que les suites judiciaires ont été marquées par 10,48% de condamnations, 46,06% de relaxe et 40,06% de règlements à l'amiable.

Mohamed Maniboliot Soumah[30] au Gabontrouve quel'agresseur a été jugé non coupable au bénéfice du doute dans 12 cas et l'agresseur a été condamné dans 83,7%des cas.La durée des peines variait de 6 mois à 20 ans d'emprisonnement avec une moyenne de 5 ans.

Notre résultat pourrait s'expliquer par le fait que le règlement à l'amiable occupe une grande importance dans notre société.

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous avons trouvé une prévalence de 0,70% de violences sexuelles.

La grande majorité de nos victimes étaient adressées par le commissariat de police avec une réquisition soit 93,3%.

Les victimes étaient des sujets adolescents et avaient un faible niveau socioéconomique. L'agression a eu lieu dans les endroits moins fréquentés.

La plupart des victimes avaient eu un rapport sexuel soit 80%.

Les analyses demandées n'ont pas été réalisées.

Malgré les plaintes un seul dossier a pu être traité au tribunal mais ce dossier se trouve en phase d'enquête. Les autres ont été réglées à l'amiable (93,3%) entre les parents des victimes et des agresseurs.

Les résultats de notre étude nous montrent à suffisance que les violences sexuelles restent un sujet tabou dans notre société.

Le règlement à l'amiable de la plupart des cas est un facteur favorisant la violence sexuelle puisque les agresseurs ne sont pas traduits à la justice.

2- RECOMMANDATIONS

A la population :

- Sensibiliser et soutenir les personnes victimes d'agression ou de tentative d'agression sexuelle,
- Eviter la fréquentation des zones à risque élevé d'agression,
- Se rendre immédiatement dans une structure sanitaire après une tentative d'agression,
- Dénoncer les auteurs d'agression ou de tentative d'agression aux autorités compétentes,

Aux personnels socio sanitaires :

- Informer les patientes et leurs parents sur les risques sanitaires liés à une violence sexuelle,
- Assurer une prise en charge correcte des patientes victimes de violence sexuelle,

Aux autorités administratives et politiques :

- Multiplier les structures d'accueil pour les femmes victimes de violence sexuelle,
- Renforcer la sécurité de la population surtout dans les quartiers précaires,

Aux autorités judiciaires :

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

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1-Code pénal Français. Partie législative section3, des agressions sexuelles
article 222-22, Loi n°2010-769 du 9 Juillet 2010-art.36

2-OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé : la violence sexuelle,
chapitre 6, Genève 2002, p.165

3-OMS. La violence à l'encontre des femmes : Violence d'un partenaire intime
et violence sexuelle à l'encontre des femmes, Aide-mémoire, n°239, Novembre
2014

4-Alcala Maria Jose. Etat de la population mondiale 2005. La promesse
d'égalité : égalité des sexes, santé en matière de procréation et objectifs du
millénaire pour le développement UNFPA 2005, p. 65

5-RAINN (Rape, Abuse, Incest, National, Network). Statistics keys facts,
rapport 2004-2005, consulté 16-12-2007

6-Shannan M.Catalano. Bureau of justice Statistics bulletin: violent crime rape
unchanged during 2005, numéro de production NCJ 214644, 10 September,
2006

7-Audrey Guiller et Nolwenn Weiler. Le viol, un crime presque ordinaire, Le
Cherche Midi, 2011, p. 208

8-Nathalie Bajos, Michel Bozon, équipe CSF. Les violences sexuelles en
France: quand la parole se libère. Population & sociétés, Mai 2008, n°445, p.4

9-Amnesty international. Making violence against women count: facts and
figures, sexual violence, press release, March 05/2004

**10-Prise en charge des victimes des violences sexuelles et basées sur le
genre.** Manuel de Référence, Draft 01, janvier 20014, p.13

11-Traore.A.M. Violence sexuelle : Aspects cliniques en consultations
Gynécologique dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré
à propos de 115 cas. Thèse de doctorat en médecine Bamako, 2001, p.53- 77

12-Traore.T. Aspect épidémio-clinique et judiciaire des agressions sexuelles au
centre de santé de Référence de la Commune IV de Bamako. Thèse de doctorat
en médecine, Bamako, 2011, p.1-55

13-Anne Waugh, Allison Grant. Anatomie et physiologie Normales et pathologiques. Système de reproduction masculin, Editions Maloine, 9ème Edition, 2003, p. 448-51

14-Lansac.Précis d'obstétrique, Masson, 3ème Edition, 1998, p.347-440

15-Emma Curtis, Camille San Lazaro. Appearance of the hymen in adolescents is not well documented, British Medical Journal, Feb 27,1999

16-Dr Aly Abbara. Vulve - morphologie de l'hymen non défloré, 21 Octobre 2012

17-CalacsTrois-Rivières.Centred'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, agression sexuelle : type d'agression, 16 Décembre 2014

18-Code pénal du Mali. Loi N°01-079 Du 20 AOUT 2001

19-Université Pierre et Marie Curie Faculté. Polycopié national de gynécologie, chapitre 26 : prise en charge des victimes d'abus sexuel, 2003, p.387-394

20-Mouillet E.La rédaction bibliographique et ses règles, SystèmeVancouvernumérique séquentiel : Université de Bordeaux, ISPED,2015,p.7

21-N'guessan K, Bokossa M, Boni S, Koné N, Bohoussou K. La violence sexuelle chez la femme, une réalité africaine, Médecine d'Afrique Noire, Tome 51, Mai 2004, n°5, p.306-310

22-Mbaye Magatte, Gueye Mamour, Ndiaye Gueye, Mame Diarra, Dieng Ousmane, Niang Mouhamadou Mansour, Diouf Abdoul Aziz, Kane- Gueye Serignemodou, Moreau Jean Charles. Abus sexuels dans une zone reculée du sud du Sénégal : épidémiologie et prise en charge, La Tunisie Médicale, 2013, Vol.91 n°09, p. 499-504

23-KAY FANM (organisation Haitienne pour la promotion et la défense des droits de la femme) Août 2009 Violence envers les femmes et les filles – Bilan combiné 2007 et 2008.

24-Adams J. A, Wells R. Normal versus abnormal genital findings in children: how well do examinans agree? Child abuse Negl 1993, n°17, p.663-675.

25-F. Guillet-May, O. Thiebaugeorges. Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol. EMC-Médecine 2005, 2 (1) p.13–23

26-Saint-Martin P, Bouyssy M, Jacquet A, O’Byrne P. Les victimes d'abus sexuels: éléments médico-légaux et suites judiciaires (analyse de 756 cas). J Gynecol Obstet Biol Reprod 2007, n36,p.88-945

27-Aspects épidémio-cliniques et prise en charge des agressions sexuelles chez les sujets de sexe féminins. Dans le service de Gynécologie et d’Obstétrique du CHU Tokoin de Lomé, 2007 à 2009, p.68-71.

28-D.Mbassa Menick. Les abus sexuels en milieu scolaire au Cameroun: résultats d’une recherche-action à Yaoundé Med Trop 2002; n°.62, p.58-62

29-Faye Dieme M.E., Traore A.L, Gueye S.M.K.,et al. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction: Profil épidémioclinique et prise en charge des victimes d’abus sexuel à la Clinique gynécologique et obstetricale du CHU de Dakar, 2003-2005,Vol 37, n°.4 ,p.358-364 (June 2008)

30-Mohamed Maniboliot Soumah, Gladys Rita Olendo, Mor Ndiaye, Mamadou Lamine Sow. Agressions sexuelles à Port-Gentil,Pan African Medical Journal, 2013, p.3

31-Traore Y, Mounkoro N, Teguede I, Djire M Y, Diallo A, Bagayogo M, Sissoko A, Dolo T, Dolo A. Aspects cliniques et médico-légaux des agressions sexuelles au CHU Gabriel Touré, Mali Medical 2010,Tome xxv,n°3, 2004-2008, p. 27-30

IX. ANNEXES

IX. ANNEXES :

FICHE D'ENQUETE

Violences sexuelles, aspects cliniques en consultation gynécologique dans le service de gynéco-obstétrique.

IDENTIFICATION

Nom :

Prénom :

Adresse :

Contact :

Q1 : Age :

Q2 : Profession :

Q3 : Si autres à préciser :

Elève (Etudiante) : 1 ; Fonctionnaire : 2 ; Ménagère : 3 ; Commerçante : 4 ; Prostituée : 5.

Q4 : Ethnie : Bambara : 1 ; Sarakolé : 2 ; Senoufo : 3 ; Bobo : 4 ; Peulh : 5 ; Malinké : 6 ; Dogon : 7 ; Kassonké : 8 ; Mianka : 9.

Q5 : Si autres à préciser :

Q6 : Résidence :

1 : Urbaine ; 2 : Rurale

Q7 : Etat Civil :

1 : Mariée ; 2 : Divorcée ; 3 : Veuve ; 4 : Célibataire ; 4 : Enfant

Q8 : Mode d'admission :

- Venue d'elle-même : 1
- Accompagnée par un parent : 2
(Mère, Père, Frère, Mari, Fiancée, Sœur)
- Adressée par la police (réquisition) : 3
- Référée : 4
- Motif :

ANTECEDENTS

- **Familiaux**

Q9 : Antécédents familiaux de malformation génitale :

Oui : 1 ; Non : 2

Q10 : Si oui préciser :

• **Personnels**

Q11 : Antécédents personnels de malformation génitale :

Oui : 1 ; Non : 2

Q12 : Si oui préciser :

Q13 : Vierge :

Oui : 1 ; Non : 2

Q14 : Dyspareunie :

Oui : 1 ; Non : 2

Q15 : Syphilis :

Oui : 1 ; Non : 2

Q16 : VIH :

Oui : 1 ; Non : 2

Q17 : Disménorrhée :

Oui : 1 ; Non : 2

Q18 : Antécédents de violence sexuelle :

Oui : 1 ; Non : 2

Q19 : Si oui préciser le nombre :

Q20 : Antécédents de mutilation sexuelle :

Oui : 1 ; Non : 2

Q21 : Si oui préciser :

Q22 : Patiente en quarantaine du post partum :

Oui : 1 ; Non : 2

Q23 : Patiente en retard de règle ou enceinte :

Oui : 1 ; Non : 2

Q24 : Patiente sans notion de retard de règle ou enceinte :

Oui : 1 ; Non : 2

Q25 : Si oui préciser :

CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES

Q26 : Au cours d'une agression sexuelle :

Oui : 1 ; Non : 2

Q27 : Au cours d'un sexuelle consenti :

Oui : 1 ; Non : 2

Q28 : Nombre d'agresseur :.....

Oui : 1 ; Non : 2 ou plus

Q29 : Si oui préciser le nombre :.....

Q30 : Patiente seule :.....

Oui : 1 ; Non : 2

Q31 : Patiente en groupe :.....

Oui : 1 ; Non : 2

Q32 : Lieu :.....

Q33 : Horaire :.....

Q34 : Pénétration vaginale :.....

Oui : 1 ; Non : 2

Q35 : Pénétration anale :.....

Oui : 1 ; Non : 2

Q36 : Pénétration buccale :.....

Oui : 1 ; Non : 2

CLINIQUE

- **Signes généraux :**

Q37 : Etat général :.....

1 : Satisfaisant ; 2 : Passable ; 3 : Altéré

Q38 : Etat psychique :.....

1 : Normale ; 2 : Anormale

Q39 : Si autres préciser :.....

- **Lésions cutanées :**

Q40 : Egratignures :.....

Oui : 1 ; Non : 2

Q41 : Si oui préciser :.....

Q42 : Ecchymoses :.....

Oui : 1 ; Non : 2

Q43 : Si oui préciser :.....

Q44 : Plaies :.....

Oui : 1 ; Non : 2

Q45 : Si oui préciser :.....

Q46 : Autres lésions :.....
Oui : 1 ; Non : 2

Q47 : Si oui préciser :.....

- **Examen gynécologiques :**
- **Inspection :**

Q48 : Saignement :.....
Oui : 1 ; Non : 2

Q49 : Si oui préciser :.....

Q50 : Ecoulement :.....
Oui : 1 ; Non : 2

Q51 : Hymen :.....
(Intact : 1 ; Défloré : 2)

Q52 : Si défloration décrire les lésions.....

Q53 : Inflammation vulvovaginale :.....
Oui : 1 ; Non : 2

Q54 : Lésions génitales :.....
Oui : 1 ; Non : 2

Q55 : Autres à préciser :.....
• **Sous speculum**

Q56 : Etat du vagin :.....
Normale : 1 ; Pathologique : 2

Q57 : Si pathologique préciser :.....

Q58 : Etat du col :.....
Normale : 1 ; Pathologique : 2

Q59 : Si pathologique préciser :.....
• **Toucher + palper**

Utérus :.....

Q60 : Taille :.....
Normale : 1 ; Augmentée : 2

Q61 : Consistance :.....
Ferme : 1 ; Dure : 2

Q62 : Contour :.....
Régulier : 1 ; Irrégulier : 2

Q63 : Annexes :
Libre : 1 ; Sensible : 2 ; Masse annexielle : 3

Q64 : Douglas :
Intact : 1 ; Sensible : 2 ; Rupture : 3
Si rupture décrire :
.....
.....

Bilan Systématique

Q65 :
AngHbs :
Négatif : 1 ; Positif : 2

Q66 : BW :
Négatif : 1 ; Positif : 2

Q67 : Prélèvement vaginal :
Normale : 1 ; Pathologique : 2

Q68 : Sérologie VIH :
Négatif : 1 ; Positif : 2

Q69: TestUCG :
Négatif : 1 ; Positif : 2

Q70 : Echo pelvienne :
Normale : 1 ; Pathologique : 2

TRAITEMENT

Q71 : Traitement général :
• Antibiotique : 1
• Anti inflammatoire : 2
• Antiseptique : 3
• Antifongique : 4
• Si autre préciser : 5

Q72 : Traitement local :
• Tamponnade : 1
• Pansement : 2

- Suture : 3

Q73 : Si autres préciser :.....

EVOLUTION

Q74 : Favorable :.....

Oui : 1 ; Non : 2

Q75 : Défavorable :.....

Oui : 1 ; Non : 2

Q76 : Si défavorable préciser :.....

ASPECT JUDICIAIRE

Q77 : Réquisition :.....

Oui : 1 ; Non : 2

Si oui préciser : la date, numéros et l'origine de la réquisition

Q78 : Retrait de la réquisition.....

Oui : 1 ; Non : 2

Q79 : Règlement à l'amiable :.....

Oui : 1 ; Non : 2

Q80 : Règlement à la justice :.....

Oui : 1 ; Non : 2

Q81 : Peine prononcée :.....

Oui : 1 ; Non : 2

Q82 : Peine exécutée :.....

.....

Non : 1 ; Partiellement : 2 ; Entièrement : 3

CERTIFICAT MEDICAL

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

La victime dit :

Examen somatique :

Examen génital:

- vulve:

- Hymen:

Examen anal:

Il a été pratiqué des prélèvements

Conclusion :

le

Dr.....

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

Fiche signalétique :

Nom : BALLO

Prénom : Djénébou B

Titre de la Thèse : Aspect clinique et judiciaire des violences sexuelles au centre de santé de référence de la commune I de Bamako

Année universitaire : 2014-2015

Ville de soutenance : Bamako

Pays de soutenance : Mali

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

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

Tel : 79 12 08 39

Email : djeballo@yahoo.fr

Résumé :

Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune I de Bamako du 1 Novembre 2013 au 31 Octobre 2014, soit une période de 12mois.

L'objectif principal est d'étudier la fréquence des violences sexuelles en se basant sur les aspects cliniques et judiciaires. Nous avons enregistré 15 cas de violence sexuelle durant la période d'étude sur 2126 consultations gynécologiques soit une fréquence de 0,70%. La tranche d'âge de 16 à 21 ans a été majoritairement représentée avec 46,6%. L'âge moyen de nos patientes est de 15 ans avec des extrêmes de 3 et 22 ans. Les scolaires ont représenté 40% et les célibataires ont été les plus nombreuses soit 73,3%. Les patientes venues sur réquisition avec les parents ont été les plus représentées avec 73,3%. La majorité de nos patientes ont consulté dans les 24h-48h qui ont suivi leur agression. Dans notre étude l'agression a été commise par un seul individu dans 53,5%. Nous avons noté 73,4% de pénétration vaginale de nature génito-génitale, 13,3% d'attouchement et de pénétration vaginale et buccale. La majorité de nos patientes avaient eu un rapport sexuel soit 80% contre 6,7% de cas ayant une défloration récente. L'arme blanche (couteau) a été utilisée dans 20% et le coup de poing dans 6,7%. Les lésions génitales ont été retrouvées chez 20% de nos patientes. La poursuite judiciaire (phase d'enquête) a été faite dans 6,7% des cas et 93,3% de règlement à l'amiable.

Mots clés : violence sexuelle, clinique, judiciaire

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !