

## Aspects cliniques et judiciaires des violences sexuelles sur le genre féminin à Ségou

### Clinical and judicial aspects of sexual violence against the female gender in Ségou

Bagayoko TB<sup>1</sup>, Traoré T<sup>2</sup>, Bah A<sup>3</sup>, Sidibé K<sup>2</sup>, Traoré B<sup>2</sup>, Coulibaly AL<sup>2</sup>, Diarisso A<sup>2</sup>, Daou SZ<sup>7</sup>, Koné SI<sup>4</sup>, Samaké B<sup>5</sup>, Kassogué A<sup>3</sup>, Keita M<sup>5</sup>, Coulibaly DS<sup>9</sup>, Coulibaly AN<sup>8</sup>, Togo MA<sup>8</sup>, Fofana A<sup>10</sup>, Sanogo A<sup>6</sup>, Diakitité L<sup>13</sup>, Diallo M<sup>11</sup>, Dramé MB<sup>12</sup>

DOI : 10.53318/msp.v11i1.1885

1. Service de médecine légale/travail de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, Mali (HNF, Ségou, Mali)
2. Service de gynécologie et d'obstétrique, HNF, Ségou, Mali
3. Service de Pédiatrie, HNF, Ségou, Mali
4. Service d'urologie, HNF, Ségou, Mali
5. Service de chirurgie générale, HNF, Ségou, Mali
6. Service de cardiologie, HNF, Ségou, Mali
7. Centre de santé de référence de la commune II, Bamako (Mali)
8. Service d'ophtalmologie, HNF, Ségou, Mali
9. Service de médecine générale, HNF, Ségou, Mali
10. Service d'otorhinolaryngologie, HNF, Ségou, Mali
11. Unité du Système d'Information Hospitalière, HNF, Ségou, Mali
12. Service de chirurgie maxillo-faciale, HNF, Ségou, Mali
13. Centre de référence Famory Doumbia de Ségou (Mali)

**Correspondant** : Dr Thierno Boubacar Bagayoko, Spécialiste en médecine légale et en médecine du travail, chef de service de médecine légale de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou (Mali), Tel : 00 223 79345637, Email : [thiembag@gmail.com](mailto:thiembag@gmail.com)

**Conflit d'intérêt** : aucun

#### Résumé :

**Introduction** : Les violences sexuelles demeurent un tabou dans notre pays malgré l'augmentation du nombre de cas par an et l'existence de l'association pour la défense de droit des femmes (APDF). Notre objectif était d'étudier les aspects cliniques et judiciaires des violences sexuelles de la région de Ségou. **Méthodologie** : il s'agissait d'une étude descriptive rétro prospective de septembre 2010 à septembre 2018, tous les cas de violence sexuelle, adressés pour des fins médico-judiciaires, qui ont été colligés à l'hôpital et dans les districts sanitaires de Ségou. **Résultats** : Nous avons enregistré 107 cas d'agressions sexuelles sur 47729 consultations gynécologiques soit une prévalence hospitalière de 0,22%. Les victimes étaient âgées de 10 à 15 ans dans 48,59% des cas. Les élèves étaient les plus représentées avec 53,27% de cas. Les survivantes étaient admises sur réquisition dans 79,44% de cas. Le contact génito-génital était enregistré dans 90,65% de cas. Les lésions vulvo-périnéales étaient présentes chez 44,86% des survivantes. L'agression sexuelle avait conduit à des poursuites judiciaires dans 34,57% de cas. L'agression sexuelle était commise par un seul individu dans 60,75% des cas et par un petit ami de la victime dans 21,5% des cas. Les survivantes avaient consulté dans les 24 heures suivant l'agression sexuelle dans 40,19% des cas. **Conclusion** : Les violences sexuelles restent une préoccupation bien que sa fréquence soit survivante. Ce fléau touche essentiellement les enfants et adolescentes. Elles ont fait l'objet d'une poursuite judiciaire dans un tiers des cas.

**Mots-clés** : agressions sexuelles, survivantes, Ségou, poursuite judiciaire.

#### Abstract:

**Introduction:** Sexual violence remains a taboo in our country despite the increase in the number of cases per year and the existence of the Association for the Defence of Women's Rights (APDF). Our goal was to study the clinical and judicial aspects of sexual violence in the Ségou region. **Methodology:** This was a forward-looking, retro-looking descriptive study from September 2010 to September 2018, all cases of sexual violence, addressed for medico-judicial purposes, which were collected in the hospital and in the health districts of Ségou. **Results:** We recorded 107 cases of sexual assault out of 47729 gynaecological consultations, representing a hospital prevalence of 0.22 %. The victims were between the ages of 10 and 15 in 48.59 % of cases. Students were the most represented with 53.27 % of cases. Survivors were admitted on requisition in 79.44% of cases. Genitourinary contact was recorded in 90.65% of cases. Vulvo-perineal lesions were present in 44.86% of survivors. Sexual assault had led to prosecution in 34.57 % of cases. Sexual assault was committed by a single individual in 60.75 % of cases and by a victim's boyfriend in 21.5% of cases. Survivors had consulted within 24 hours of sexual assault in 40.19 % of cases. **Conclusion:** Sexual violence remains a concern, although its frequency is persistent. This scourge mainly affects children and adolescents. They were prosecuted in one-third of the cases.

**Keywords:** Sexual assaults, Survivors, Segou, Pursuit judicial.

#### INTRODUCTION

Les agressions sexuelles ou abus sexuels sont définies par le code pénal du Mali comme : « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise » Art 226, paragraphes 3 CP-CPP [1]. Les agressions sexuelles couvrent un nombre important d'actes allant du harcèlement verbal à la pénétration forcée, ainsi que des formes de contrainte très variées allant de la pression à l'intimidation sociale jusqu'à la force physique [1]. Le viol, en tant qu'agression sexuelle, est un crime puni selon les dispositions du code pénal du Mali et passible d'une peine d'emprisonnement de 5 à 20 ans variable selon le lien avec l'auteur et les circonstances aggravantes [1].

Les agressions sexuelles représentent un problème majeur de santé publique dans le monde. En moyenne, une femme sur cinq serait victime de viol ou de tentative de viol au cours de son existence d'après une publication

de l'agence directrice des Nations Unies en charge des questions de santé sexuelle et reproductive : **United Nations Fund for Population Activities** (UNFPA) en 2005 [2]. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), la prévalence mondiale des violences sexuelles sur enfant était d'environ 27% chez les filles et avoisinait les 14% chez les garçons en 2004 [3]. En Amérique latine, environ 5% seulement des victimes adultes de violence sexuelle se plaignaient à la police [4].

Les violences sexuelles chez la femme constituent un problème mondial et restent une préoccupation majeure et permanente dans les pays africains du fait de la fréquence des conflits armés et l'absence de statut juridique particulier à la femme.

La littérature africaine commence à sortir du silence sur le sujet. Au Sénégal, Faye et al., ont trouvé 0,4 % de cas de viol sur 55 femmes reçues pour abus sexuels à l'hôpital Aristide Le-Dantec de Dakar en 2005 [2]. Au Cameroun, MENICK. D rapporta 15,9 % de cas de viol en milieu [5]. Au Mali, Traoré A.M. notait 2,4 % de cas de viol sur un total de 115 patientes reçues pour violences sexuelles au Centre Hospitalo-Universitaire Gabriel Touré en 2001 [6]. En 2014, **J. Pobanou Théra** et al. ont rapporté une prévalence des cas de viol de 2% sur 37 cas de viol entre 2007 et 2010 en commune IV du district de Bamako [2]. Cependant, les violences sexuelles demeurent un tabou dans notre pays or la non dénonciation d'une violence quelconque sur la personne d'autrui constitue un délit majeur surtout si la personne est mineure [1]. Certaines femmes victimes cacheraient leur agression à cause de l'inefficacité des systèmes de soutien et la crainte pour leur vie, la stigmatisation et les pesanteurs familiale et sociale.

Hormis les travaux de **Théra JP et al.**, **Traoré AM**, **Traoré Y** et **Traoré T** [2,6,7,8], très peu d'études ont été consacrées à ce sujet au Mali, alors que les enjeux et défis du monde actuel contribuent à l'accroissement de ce phénomène qui est devenu aujourd'hui un réel problème de santé publique avec la prise de la parole par les survivant(es) et un enjeu politique de taille pour certaines sommités du cinéma, de la vie politique actuelle, et le monde des affaires et alimente de nos jours les audiences judiciaires. Notre objectif était d'étudier les aspects cliniques et judiciaires des violences sexuelles à l'hôpital Nianankoro FOMBA dans la région de Ségou.

### Méthodologie

Il s'agissait d'une étude descriptive rétro prospective de septembre 2010 à septembre 2018. L'étude a concerné les présumées victimes de violences sexuelles dont l'issue judiciaire était établie à l'hôpital et les districts sanitaires qui reçoivent les cas d'agressions sexuelles dans le cadre de la référence-évacuation.

La population d'étude était constituée des deux sexes : hommes ou femmes, mineures ou majeures, admis au service des urgences de l'hôpital, ou dans les centres de santé de référence (CSRéf) pour un motif de violence sexuelle, pour lesquelles un médecin est requis pour des

fins médico-judiciaires. Ont été inclus tout survivant de violence sexuelle suivi par une réquisition à personnel qualifié.

Le recueil des données a été fait par l'interrogatoire direct des survivants. Garant du secret professionnel, l'identité d'aucun survivant n'a été mentionnée sur nos supports de collecte. Une deuxième fiche d'enquête pour la collecte des données des agresseurs au niveau de la maison d'arrêt et des commissariats de la ville de Ségou. Les données ont été saisies sur épi info.

### RESULTATS

La prévalence hospitalière des agressions sexuelles sur le genre féminin était de 0,22% (107 victimes sur 47729 consultations) sur huit (8) ans soit environ une agression sexuelle par mois. L'agression avait été menée individuellement (un seul agresseur) dans 39,25% des cas et collectivement (plusieurs agresseurs ensemble) dans 60,75% des cas. Selon la profession des victimes, Les élèves étaient les plus touchées avec 53,27% de cas suivies des aide-ménagères avec 17,76% de cas.

La visite médicale avait été faite après l'agression sexuelle en moins de 12 heures dans 13,08% des cas et entre 12-24 heures dans 40,19% des cas (Tableau I).

Les victimes avaient été consultées sur réquisition de l'officier de police judiciaire (OPJ) ou du juge dans 79,44% des cas (Tableau II).

Le contact sexuel dans l'agression sexuelle était hétérosexuel dans 90,65% des cas (Tableau III).

Une lésion récente de l'hymen sur une défloration ancienne était présente dans 19,63% des cas (Tableau IV).

Les victimes avaient reçu la contraception d'urgence dans 42,06% des cas, le traitement ARV dans 26,17% des cas et une chirurgie réparatrice dans 4,68% des cas (Tableau V).

La recherche de spermatozoïdes était positive dans un seul cas sur quatre examens demandés. Le  $\beta$ -HCG urinaire était positif chez trois victimes sur 28 testées (Tableau VI).

L'agression sexuelle avait été réglée à l'amiable ou par la police dans 65,42% des cas (Tableau VII).

### DISCUSSION

**La prévalence** : Au cours de notre étude nous avons répertorié 107 victimes pour agressions sexuelles sur 47729 consultations sur une période de 8 ans, soit une prévalence de 0,22% équivalent à une agression par mois. Notre fréquence était similaire à celle de **Yobi. A et al.** [9] au Burkina Faso avec 0,2% de cas mais inférieure à celles de **Théra JP et al.** et **Traoré Y et al.** au Mali (2%, 3,12%) [2, 7], **Faye-Dieme et al.** au Sénégal, de **Nguessan et al.** en Côte d'Ivoire, de **Akila Bassowa et al.** au Togo qui trouvaient respectivement 0,4%, 0,68%, 4,5% [10, 11,12]. Cette fréquence était plus élevée en milieu scolaire au Cameroun avec 15,9% de cas [5]. Cette faible fréquence dans notre étude s'explique par le fait que beaucoup de victimes se ne présentent pas dans les

services de santé. Selon l'OMS, les raisons sont entre autres, les systèmes de soutien inadaptés, la honte, la crainte ou le risque de représailles, la crainte ou le risque d'être blâmées ou accusées [9].

**Le mode d'admission :** Les victimes avaient été adressées par les officiers de police judiciaire dans près de quatre cinquième des cas. Ce taux est supérieur à ceux de **Théra JP et al.** et **Traoré Y** au Mali [2,7] qui a trouvé respectivement dans leurs séries 43,25% et 65,17%. La même tendance a été rapporté par **Yobi. A et al.** au Burkina Faso [9] où 71,2% des victimes étaient venues avec une réquisition de la police ou de la gendarmerie. Au Togo elles ont été référées par des ONG de défense des droits des enfants, soit par la gendarmerie ou la police, soit par les autres hôpitaux de la commune de Lomé ou par des centres de santé ou cliniques de la place dans 59,7% de cas [12].

Notre taux élevé pourrait s'expliquer par la présence d'un service de médecine légale où les cas sont électivement suivis depuis l'admission par le légiste en collaboration avec les autres médecins impliqués dans la prise en charge, contrairement aux études précédentes au Mali où le médecin référent est seul à répondre aux sollicitations des services judiciaires.

**Le sexe :** toutes nos victimes étaient de sexe féminin tout comme dans les séries du Mali du Burkina Faso, et du Cameroun [2,7, 9,13]. Par contre d'autres études au Cameroun et au Togo ont rapporté une part non moins importante du sexe masculin avec respectivement 27,5 ; 9% et 9,3 % de garçons [5,12,14]. La prédominance du sexe féminin prouve la vulnérabilité de cette couche de la population mais aussi c'est le sexe attractif des agresseurs.

**La profession des survivantes :** Les élèves représentaient 53,27% des cas suivies par des aide-ménagères (17,76%) de cas. Notre fréquence d'élèves était supérieure à celles du Sénégal (51,4%) [15], du Burkina Faso avec 48% de scolaires mais celle des aide-ménagères inférieure avec 21,9% [9]. Notre fréquence d'élèves était inférieure à celle du Togo [12] avec 82% de cas mais celle des aide-ménagères était superposable à celle du Togo avec 18% de domestiques. Au Cameroun La quasi-totalité des patientes (93,6%) étaient scolarisées [13]. D'autres études au Mali comme celles de **Théra JP et al.** et **Traoré T** avaient retrouvé respectivement 48,6% et 56,8% d'élèves et 8,1% d'aide-ménagères chacun [2,8]. Le statut socio professionnel de ces deux catégories de victimes les rend très vulnérables dans notre société. Elles partagent ensemble l'adolescence comme facteur de risque commun. La vulnérabilité des aides- ménagères s'expliquerait par leur aptitude à accomplir toutes les tâches domiciles voir mêmes conjugaux. Leurs premiers agresseurs sont constitués par les grands enfants de la famille, suivis des gardiens, chauffeurs, et souvent du chef de famille. Quant aux victimes élèves, l'apparence physique et la tenue ont constituées les facteurs d'exposition (résultats de l'interview des détenus).

Le nombre d'agresseurs était unique dans 60,75% des cas dans notre étude, 89,2% dans l'étude **Théra JP et al.** [2]; 65,54% dans la série de **Traoré Y et al.** [7] et 89,2% dans celle de **Traoré T** [8]. La même tendance a été rapportée dans des études africaines comme au Burkina-Faso (75,3%) [9], au Togo (88%) [12] au Cameroun (93,6%) [13], au Sénégal (84,3%) [15].

Le pourcentage de victimes vues en consultation avant 24 heures était de 53,27% (Tableau I). La consultation immédiate dans les 24 heures permet de donner la pilule du lendemain aux survivantes pour la prévention des grossesses indésirées. Ce pourcentage était de 59,5% chez **Traoré T et Théra JP et al.** [2,8]. Le même délai a été rapporté par **Yobi. A et al.** [9] au Burkina Faso chez 53,4% des survivantes, chez 10,4% des patients au Togo [12], chez 51,2% au Cameroun [13] et 30% au Sénégal [15].

Ce faible taux est le reflet de la pression que subissent les survivantes dans la société.

Plus de la moitié des victimes (57,94%) disaient de n'avoir aucun lien avec l'agresseur. Ce taux était de 94,6% chez **Traoré. T** [8], contrairement à **DIALLO D.** avec 75% d'agresseurs connus, **Traoré Y et al.** où l'agresseur était connu dans 63,67% des cas et non connu dans 36,33% de cas [7]. Dans l'étude de **Menick DM** 16,6 % des violences sexuelles intrafamiliales (incestes) [14].

Notre fréquence était comparable à celle du Burkina Faso avec 52,05% d'agresseurs inconnus de la victime. Contrairement à notre étude l'agresseur était connu de la victime dans 92,5% des cas au Togo [12] et 70,2% de cas au Cameroun [13]

Il y'a eu contact génito-génital dans 90,65% de cas dans notre étude (Tableau III). Ce qui est largement supérieur aux taux retrouvés par **Théra JP et al.** et **Traoré T** avec 64,9% de cas chacun [2, 8], **Traoré Y et al.** avec 80,52% de cas [7], **Yobi A et al.** [9] au Burkina Faso avec 85,8% de cas, **Ngo Meka Um et al.** [13] au Cameroun avec 81,1% de cas, au Sénégal avec 79,3% [15]. Cela paraît normal du fait que le vagin est la voie sexuelle habituelle. L'utilisation des autres voies constituées des déviances si l'on se réfère aux valeurs culturelles de nos pays.

La défloration de l'hymen a été la lésion la plus fréquente avec 31,77% de cas (Tableau IV). Ce taux est supérieur à celui de **Traoré. T** qui avait trouvé 16,2% de cas [8] et **Traoré Y et al.** 13,48% [7]. Dans l'étude de **Théra JP et al.** 16,2% des victimes avaient des lésions hyménales.

Dans la série du Burkina Faso [9] L'hymen portait des lésions anciennes dans 57,7%, des lésions récentes dans 13,7% et était intact dans 28,8% de cas. Au Togo la déchirure de l'hymen n'était pas récente chez 79,5% des victimes [12]. Une lésion génitale a été objectivée dans 68,1% des patientes au Cameroun [13] dont 29,8% de déchirure hyménale, au Sénégal les lésions hyménales étaient anciennes dans 40% des cas et récentes dans 22,1% des cas [15].

La multiplicité des types de lésions dans ces différentes études pourrait s'expliquer par la brutalité avec laquelle l'acte sexuel a été commis dans des circonstances où

l'agresseur voudrait vite venir à bout de son acte avant d'être surpris par une tierce personne qui l'en empêcherait. La défloration a été le facteur déclenchant de la poursuite judiciaire dans notre série, suivi de la timidité anormale, et le retard inhabituel constaté par les parents chez la victime.

Les raisons de la poursuite judiciaire selon les études c'est qu'au Mali dans l'étude **Théra JP et al.** [2] les raisons étaient entre autres : pour que l'auteur soit puni (62 %) de cas, pour prévenir des agressions futures (24 %) de cas, pour protéger les autres femmes, (14 %).

Dans un rapport d'enquête effectuée par le ministère canadien de la Justice auprès des femmes qui ont survécu à une agression, près de 40 % des réponses indiquent qu'elles ont signalé leur agression à la police pour faire cesser ce genre d'agression ou pour empêcher que l'agresseur ne s'en reprenne à elles ou n'attaque quelqu'un d'autre. Un quart des réponses environ indiquent que les femmes veulent dénoncer ou punir leur agresseur [2].

Par rapport aux bilans, seule une faible proportion nous a remis les résultats des bilans. Ce faible pourcentage est un indicateur du faible pouvoir économique de la population qui ne bénéficie d'aucune subvention dans la prise en charge (faible implication des structures de prise en charge), mais aussi l'entourage des victimes ignore quelque fois la gravité du risque que peut entraîner l'agression sexuelle.

La preuve irréfutable d'un rapport sexuel n'a été apportée que pour un seul cas (recherche des spermatozoïdes positive) sur un total de quatre cas qui ont effectués cet examen clé médicolegal (3,74%) (Tableau VI). **Traoré Y et al.** [7] avaient rapporté quatre (04) cas de recherche des spermatozoïdes positive, six cas (06) au Burkina Fasso [9] ; 0,7% au Sénégal. Le délai trop long entre l'acte sexuel et la consultation, la toilette intime avant la consultation expliquaient les difficultés de mise en des spermatozoïdes dans notre étude.

Nous n'avons rapporté aucun cas de virus de l'immunodéficience humaine acquise (VIH) positif, même si le test n'a pu être réalisé que dans trente cas (28,04%) (Tableau VI). Tout comme notre étude aucun cas de VIH positif n'a été rapporté par **Théra JP et al.** [2] au Mali et par **Ngo Meka Um et al.** [13] au Cameroun. Notre résultat est différent de ceux de **Yobi A. et al.** [9] au Burkina Faso avec un (01) cas, de **Akila Bassowa et al.** [12] au Togo où la sérologie au VIH a été positive dans 1,6% des cas. Cette différence pourrait s'expliquer d'une part par la précocité des consultations et la gratuité des ARV et les pertes de vue après leur consultation dans notre série. Dans notre étude seul un cas positif d'Ag Hbs, un cas positif de BW ont été observés et imputables à leur état antérieur. Par contre **Théra JP et al.** [2] dans sa série n'a retrouvé aucune infection.

La contraception d'urgence a été pratiquée chez les survivantes dans 42,06%, la prophylaxie ARV chez 9,34% des cas, l'antibioprophylaxie dans 26,17% des cas. Les mêmes prophylaxies ont été réalisées au Togo [12] avec

respectivement 34% de cas de contraception d'urgence, 72,3% de cas d'ARV ; 80,9% de cas d'antibioprophylaxie, au Sénégal 20,7% de contraception, 40% d'antibioprophylaxie. Hormis le traitement médical cinq cas (5,60%) (Tableau IV) des survivantes ont bénéficié d'une chirurgie réparatrice. Dans la série de **Traoré Y et al.** [7] la suture a concerné six (06) cas (2,25%) de déchirure du cul de sac postérieur du vagin.

Les suites judiciaires : Le Mali est un pays où le règlement à l'amiable des litiges occupe une place importante. Son système judiciaire est complexe et les procédures sont le plus souvent longues et coûteuses. Aussi le droit n'est pas forcément dit ; toutes choses qui découragent certains justiciables qui préfèrent se résigner. Les menaces de représailles proférées par l'agresseur et l'opprobre que le viol peut attirer sur la victime et sa famille font que beaucoup préfèrent ne pas entreprendre des poursuites judiciaires à l'issue incertaine. Ce -ci sont entre autres raisons qui font que le règlement à l'amiable ont été la résolution dans la majorité des cas (65,42%) dans notre étude (Tableau VII). La même suite avait été rapportée par **Traoré Y. et al.** dans 43,46% des cas [7] et par **Traoré. T** dans 21,6% des cas [8]. Ces résultats corroborent avec celui de **Théra JP et al.** [2] où aucune poursuite judiciaire n'a été rapportée. Il y a eu incarcération et condamnation que dans 10 cas (9, 34%) ; contre (10,48%) par **Traoré. Y et al.** [7]. Ce résultat montrerait la structuration de la société malienne qui met un accent sur la médiation pour régler les litiges quel que soit leur nature et leur cause.

## CONCLUSION

Les agressions sexuelles demeurent un problème majeur de santé publique et le phénomène prend de plus en plus de l'ampleur. L'insécurité, la pauvreté, la famine, le chômage etc... sont autant de facteurs qui concourent à la prolifération de ce fléau dans nos contrées. Les femmes, enfants et adolescentes constituent les couches les plus vulnérables et les plus touchés.

## REFERENCES

- [1] **Loi n°01-79/PRM du 20 Aout 2001 et Loi n°92-020/PRM du 23 Septembre 1992** portant Code pénal et code de procédure pénale, du mali, journal officiel de la République du Mali, juillet 2006.
- [2] **J. Pobanou Théra, M. Soumah, T. Traoré, M. Touré, M. Traoré, M. L. Sow** Aspects épidémiocliniques et judiciaires des agressions sexuelles au Mali, S.F.S.P. | « Santé Publique » 2014/1 Vol. 26 | pages 123 à 129.
- [3] **WHO/RHR /12.37** : World Health Organization & Pan American Health Organization. (2012). Understanding and addressing violence against women : sexual violence. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77434>.
- [4] **Chariot** : Urgences 2011, Prise en charge d'une victime de viol : médecine légale ; conférence psychiatrique 1. Pag 31-42.

[5] **MBASSA MENICK. D** : Abus sexuels en milieu scolaire au Cameroun : résultats d'une recherche-action à Yaoundé. Méd. Trop. 2002 ; 62 : 58-62.

[6] **Traoré. A M** : Violences Sexuelles : Aspects cliniques en consultation gynécologique dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré à propos de 115 cas. Thèse de doctorat en médecine. Université de Bamako (Mali), 2001 ; N°23, pages : 112.

[7] **Traoré Y, Mounkoro N, Teguede I, Djire M Y, Diallo A, Bagayogo M, Sissoko A, Dolo T, Dolo A** : Aspect épidémie-clinique et médico-légal des agressions sexuelles CHU-GT Bko. Mali Médical 2010 TOME XXV N°3 pages 27-30

[8] **Traoré. T** Aspects épidémio-clinique et judiciaire des agressions sexuelles au centre de santé de référence de la commune iv du district de Bamako ; thèse médecine ; FMOS ; BKO 2011.N12M (78).

[9] **Yobi Alexis Sawadogo, Issa Ouedraogo, Hyacinthe Zamane, Sibraogo Kiemtore et al.** : aspects cliniques et thérapeutiques des violences sexuelles reçues au centre hospitalier et universitaire (CHU) Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso, Mali Médical 2020 TOME XXXV N°2 pages 38-42

[10] **N'Guessan K, Bokossa M, Boni S, Kone N, Bohoussou K.** Les violences sexuelles chez la femme : Une réalité africaine. Med Afr noire 2004, 51(5) : 306-10

[11] **Faye Dieme M.E ; Traoré A.L, Gueye S.M.K, Diouf A, Moreau J.-C.** : Profil épidémiologique et prise en

charge des victimes d'abus sexuels à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU Aristide Le Dantec de Dakar. J. Gynecol. Obst Biol Reprod. 2008 ; 37(4), 358-64.

[12] **Akila Bassowa, Ayoko A. Ketevi, Kodjo Fiagnon, Dédé Ajavon, Baguilane Douaguibe, Abdoul-Samadou Aboubakari, Koffi Akpadza** : Viol Des Mineurs De 10 A 15 Ans Recus Au Chu-So de Lomé, European Scientific Journal August 2018 édition Vol.14, No.23 ISSN : 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431.

[13] **Ngo Um Meka Esther, Nembe Tendi Léon, Essiben Félix, Batoum Veronique, Ofakem Ingrid, Mbu Robinson Enow** : Epidemiological, clinical and therapeutic aspects of child and adolescent sexual abuse in Yaoundé, Health Sci. Dis: Vol 21 (2) February 2020 ; 69-73.

[14] **D. Mbassa Menick** : Violences sexuelles envers l'enfant et lien de parenté en Afrique. Analyse poolée des études réalisées au Cameroun, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 64 (2016) 102–112.

[15] **DIALLO D., CISSE M.L., THIAM M., THIAM O., GUEYE M., GUEYE M.D., DIOUF I.C., BA-SECK D., FAYE M., MOREAU J.C.** Aspects épidémio-cliniques et prise en charge des agressions sexuelles à l'Hôpital Roi Baudouin de Dakar : à propos de 140 cas. Journal de la SAGO, 2017, vol.18, n°2, p. 17-20.

#### Listes des tableaux :

**Tableau I** : Répartition des survivantes selon le temps écoulé entre l'agression sexuelle et la première consultation médicale

Délai entre l'agression sexuelle et la visite médicale	Fréquence	Pourcentage
Moins de 12 heures	14	13,08
12 à 24 heures	43	40,19
Entre 24-48 heures	46	42,99
Indéterminé	04	3,74
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,00</b>

**Tableau II** : Répartition des survivantes selon le mode d'admission à l'hôpital

Type d'admission des victimes	Fréquence	Pourcentage
Sur réquisition de l'officier de police judiciaire (OPJ) ou du juge	85	79,44
Venue d'elle-même/amenée par les parents	22	20,56
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,00</b>

**Tableau III** : Répartition des survivantes selon le type de contact sexuel dans l'agression sexuelle

Type de contact sexuel	Fréquence	Pourcentage
Hétérosexuel	97	90,65
Attouchement	8	7,48
Indéterminé	2	1,87
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,00</b>

**Tableau IV** : Répartition des survivantes selon la nature de leurs lésions génitales

Types de lésions génitales chez les victimes	Fréquence	Pourcentage
Lésion récente de l'hymen sur une défloration ancienne	21	19,63
Défloration récente de l'hymen	13	12,15
Traumatisme périnéal	7	6,54
Traumatisme vulvaire	6	5,60
Traumatisme du cul vaginal postérieur	1	0,93
Aucune lésion avec un hymen intacte	59	55,14
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,00</b>

**Tableau V** : Répartition des survivantes selon la nature de leur prise en charge

Nature de la prise en charge des victimes		Fréquence	Pourcentage
Contraception d'urgence (Norlevo 1,5mg)	Oui	45	42,06
	Non	62	58,54
Traitement antirétroviral (ARV) et antibiotique	Oui	28	26,17
	Non	79	73,83
Cure chirurgicale	Oui	5	4,68
	Non	102	95,32
<b>Total</b>		<b>107</b>	<b>100,00</b>

**Tableau VI** : Répartition des survivantes selon le bilan médico-légal fait

Bilan infectieux médico-légal de l'agression sexuelle	Nombre de Bulletins délivrés	Nombre d'examens effectués	Nombre de Résultats Positifs	Nombre de Résultats Négatifs
Recherche de spermatozoïdes	30	04	1	03
Sérologie VIH	80	30	0	30
Dosage de l'antigène Ag-HBS	80	30	1	29
Prélèvement vaginal	80	30	1	29
BW	80	31	1	30
βHCG urinaire	70	28	3	25
Echographie pelvienne	15	03	1	02

**Tableau VII** : Répartition des survivantes selon les suites judiciaires réservées à leur (s) agresseur (s)

Suites judiciaires réservées à leur (s) agresseur (s)	Fréquence	Pourcentage
Règlement à l'amiable/Tribunal de simple police	70	65,42
Peine d'emprisonnement en cours	10	9,34
Jugés et Relaxés	27	25,23
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,00</b>