REPUBLIQUE DU BENIN
****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
****
UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
****
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

Année : 2023 N° 2637

BILAN DE CINQ ANNEES D'ACTIVITES DU CENTRE INTEGRE DE PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE DE COTONOU (2018-2023)

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 19/12/2023
Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)
Par

Sandrine Espérancia A. Fifamè AÏNA
Née le 02/04/1998 à Cotonou

Directeur de thèse

Docteur Moufalilou ABOUBAKAR

Présidente du jury

Professeur Dorothée Akoko KINDE-GAZARD

Membres du jury

MCA Véronique TOGNIFODE

MCA Moufalilou ABOUBAKAR

MCA Elvire KLIKPO

LISTE DES ENSEIGNANTS

[1]

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1965 /2023/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/OSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LE DOYEN

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossès

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowe Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2023-2024 (version octobre 2023)

[2]

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
3.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
4.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi	Biophysique, Médecine Nucléaire
5.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
6.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
7.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou	Médecine Physique et de Réadaptation
8.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
9.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
10.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
11.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
12.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
13.	Dr AFFOLABI Dissou	Bactériologie-Virologie
14.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules	Pédiatrie et Génétique Médicale
15.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix	Dermatologie- Vénérologie
16.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin	Physiologie
17.	Dr FIOSSI KPADONOU Emilie	Pédopsychiatrie
18.	Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A	Gynécologie-Obstétrique
19.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
20.	Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille	Parasitologie
21.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
22.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
23.	Dr ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
24.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache	Pharmacologie Clinique
25.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
26.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
27.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
28.	Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin	Gynécologie Obstétrique
29.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
30.	Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
31.	Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida	Imagerie Médicale
32.	Dr AGUEMON Badirou Din	Santé Publique
33.	Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
34.	Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

[3]

35. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
36. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
37. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
38. Dr LALYA Francis Honorat	Pédiatrie et Génétique Médicale
39. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
40. Dr CODJO Houétondji Léopold	Cardiologie
41. Dr YEMOA Loconon Y. Achille	Chimie Analytique-Bromatologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2. Dr LAWSON AFOUDA Sonia	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie-Mycologie
4. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
5. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
6. Dr BAGNAN TOSSA Léhila	Pédiatrie et Génétique Médicale
7. Dr GANFON M. Yowel Habib	Pharmacognosie
8. Dr KEREKOU Annelie Célestine	Endocrinologie
9. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
10. Dr WANVOEGBE Armand	Médecine Interne
11. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
12. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukè	Ophtalmologie
13. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
14. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
15. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice	Dermatologie-Vénérologie
16. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba	Pédiatrie et Génétique Médicale
17. Dr ANAGONOU LARY Lucrèce	Pédopsychiatrie
18. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles	Chirurgie Générale
19. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
20. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
21. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain	Pédiatrie et Génétique Médicale
22. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
23. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
24. Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue	Cancérologie Chirurgicale
25. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin	Urologie-Andrologie
26. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou	Chirurgie Général
27. Dr KLIKPO Tchédié Etdéchié Elvire	Psychiatrie Adulte

LE DOYEN

[4]

28. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
29. Dr LAWANI Ismaïl	Chirurgie Viscérale
30. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
31. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu	Gynécologie-Obstétrique
32. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè	Traumatologie-Orthopédie
33. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence	Pédiatrie et Génétique Médicale
34. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo	Santé Publique
35. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
36. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud	Cardiologie
37. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique	Gynécologie-Obstétrique
38. Dr WACHINOU Ablo Prudence	Pneumo-Phtisiologie
39. Dr YEVI Dodji Magloire Inès	Urologie Andrologie
40. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A	Pédiatrie et Génétique Médicale

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
4. Dr AMOSSOU Labissi François	Traumatologie-Orthopédie
5. Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie	Sociologie et Anthropologie sociale
6. Dr GNINKOUN Comlan Jules	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
7. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose	Gynécologie-Obstétrique
8. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
9. Dr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
10. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A	Chirurgie Buccale
11. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
12. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
13. Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
14. Dr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Odstrétique
15. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
16. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
17. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
18. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle	Nutrition
19. Dr AGBOKPONTO Janvier Engelbert	Chimie Analytique

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

OCTOBRE 2023

[5]

20. Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
21. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
22. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hématologie Biologie
23. Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
24. Dr SOSSA Jean	Urologie
25. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
26. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie

ASSISTANTS

1. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
2. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
4. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
5. Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie

ASSISTANTS EN POSITION PROBATOIRE

1. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin	Neurologie
2. Dr CHABI Yossounon	Pharmacie hospitalière
3. Dr DANSOU Eugénie	Médecine interne
4. Dr DJOSSOU Hontongnon Julien	Rhumatologie
5. Dr AYI MEGNANGLO Codjo Austher	Radiologie et Imagerie médicale
6. Dr DAHOUE Togbédji Richard	Orthopédie Dento-Faciale
7. Dr HOUNSOU Nounagnon René	Chirurgie générale
8. Dr KOGUI DOURO Akim	Urologie-Andrologie

ASSISTANTS DE RECHERCHE DE RANG DOCTORAL

1. Dr TOHON Gbèdolo Honesty	Toxicologie et Analyse du risque

Le Doyen,

LE DOYEN

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

OCTOBRE 2023

ACTION DE GRÂCE

A Dieu le Père Tout Puissant, à Jésus le Christ et au Saint Esprit consolateur

Merci Papa, merci mon Jésus, ma vie, merci mon consolateur pour Ton amour et Ta présence quotidienne dans ma vie. Tu m'as relevé toutes les fois que je suis tombée, fortifié toutes les fois où j'étais découragée. Tu m'as dit : « Ne t'ai-je pas dit que, si tu crois, tu verras la gloire de Dieu ? » Jean 11, 40. Nous voilà à la fin du premier chapitre de ce livre. Gloire et louange à toi mon Tout !

A la Sainte Vierge Marie

Tu as toujours été à mes côtés depuis mon enfance, toujours porté mes projets vers ton Fils. Merci maman pour ta douce présence à mes côtés. Merci pour ton infatigable intercession. Mon Modèle, ma Reine et ma Mère, AKPE KAKA !

DEDICACE

A mon père AÏNA Adam Donatien M.

Un père aimant et dévoué pour ta famille, tu es pour nous. Merci pour tous les sacrifices consentis afin de nous soutenir moralement et financièrement dans nos études. La médecine est plus qu'une passion pour toi et tu as voulu nous transmettre cet amour pour ce métier noble. Je ne suis peut-être pas aussi passionnée que toi, mais j'ai appris à l'aimer et l'exercer avec beaucoup de joie. Tu es très perfectionniste et faire ta fierté est pour moi une priorité. Mes mots ne sauraient décrire toutes les émotions qui me parcourent actuellement. J'espère que tu seras fier de moi. Je t'aime Papa !

A ma mère DJIDONOU Marcelle V.

Douce, adorable, pieuse, travailleuse, avec la main sur le cœur. Telles sont les qualités que je retiens de toi. Tu m'as toujours encouragé à faire la médecine, toujours soutenu tout le long de ce parcours. Merci pour tes conseils, ton amour, tes bons plats qui me réconfortent chaque fois que je rentre de l'hôpital. Je t'aime énormément ma petite maman. Que Dieu te bénisse et t'aide à bénéficier du fruit de ton travail.

A mes frères Slim Gracias, Isis Audrey, Prince Daniel AÏNA

Merci pour tout l'amour que vous me témoignez, pour vos prières et votre soutien moral. J'espère être un bon modèle pour vous. Trouver en ce travail l'expression de ma profonde gratitude et de mon affection.

A mes sœurs de cœur, Gloria HOUSSOU et Marie-Josée AGBODJOGBE

Mes Sisters, mes doctoresses, notre rencontre à la faculté relevait d'un pur hasard mais je crois que c'est la volonté de Dieu. Tant de joies et de pleurs, tant de nuits blanches et d'actions de grâce partagés ensemble. Nous avons surmonté tant d'obstacles avec le soutien du Christ qui es notre socle. Ce travail est également le vôtre. Que Dieu vous protège et vous bénisse abondamment et qu'Il nous garde toujours unies.

A ma grand-mère maternelle Lydia DANKLOU

Ma chère mémé, impatiente de me voir finir mes études. Merci pour tes conseils et tes prières. Trouve ici le témoignage de mon amour.

A ma maman Marcelline SEMASSA

« Dieu écrit droit sur les lignes courbes », c'est la phrase que tu m'as dites ce soir de janvier 2017. Mes mots ne sauront témoigner toute ma gratitude. Tu es pour moi une deuxième maman, une grande sœur, un modèle, une douceur. Merci pour tout l'amour que tu me portes, merci pour tes prières, tes encouragements, tes mots chaleureux qui réconfortent mon cœur. Ce travail est également le tien.

A ma grand-mère paternelle Cécile ADJAGBA

In memoriam

Tu as souhaité me voir finir mes études mais hélas la mort t'a arraché à nous prématurément. De là-haut, continue de veiller sur nous. Paix à ton âme.

REMERCIEMENTS

A ma famille paternelle AÏNA SODJINOU

Merci pour vos prières et vos encouragements qui m'ont permis d'arriver là où je suis. Trouvez ici l'expression de mes sentiments de reconnaissance et de profonde gratitude.

A ma famille maternelle DJIDONOU

Merci pour votre soutien, vos conseils, vos encouragements et vos prières. Que ce travail soit un témoignage d'affection et de gratitude pour votre soutien.

A mon oncle AÏNA SODJINOU Marius et son épouse

Vous avez toujours été présents pour nous. Merci pour vos conseils, votre soutien et votre amour qui m'ont permis de tenir tout au long de ce parcours. Profonde reconnaissance !

A ma tante maternelle DJIDONOU Evelyne « Tata Pépé »

Merci tata pour ta présence à mes côtés tout au long de ce parcours. Merci pour tous les conseils et les encouragements. Profondes gratitudes !

A mes amis Déo SEMASSA, Florice DOFFON, Michel HOUNYE, Gloria DJOSSOU-DAHO, Maurel ADANGNITONON,

J'ai demandé à Dieu des amis sincères et vrais ; et Il vous a mis sur ma route. Merci pour tout l'amour que vous me témoignez. Vous avez été présents tout le long de cette aventure. Merci pour votre soutien moral, votre disponibilité, pour

les fous rires et pour tous les bons moments passés ensemble. Puisse Dieu nous unir davantage. Amour fraternel !

A mes chers collègues Freedom TOSSOUVI, Armel GNAGBOLOU, Moïse ASSOUHOUÏ, Nelly WAKPO, Venance AHOUANSOU

Mes chers binômes de la 2ème en 6ème année, ce fut un immense plaisir de collaborer avec vous. Merci pour votre disponibilité et votre promptitude à répondre, peu importe l'heure de mes appels et de mes messages. Merci de m'avoir donné le goût, l'amour de la médecine et du travail bien fait. Très belle carrière à vous.

A la LOVEMIND Team

Amour fraternel, travail, prière, charité, voilà les valeurs que nous défendons. Merci mes frères pour tout l'amour dont vous me comblez, merci pour les moments de joie. Puisse le Seigneur nous unir davantage. Amour fraternel !

Aux Dr Hope SOUNOUVOU, Dr Didito QUENUM, Dr Albus AHOMADEGBE, Dr Philémon BASSAN, Dr Barnard ACAKPO, Dr Gérard SEMASSA, Dr Alioth FANOU

Merci chers ainés pour avoir consacré de votre temps pour m'aider à aimer et à valider mes bêtes noires de la première et de la deuxième année. Merci de m'avoir montré le chemin à suivre. Merci de m'avoir montré la beauté de la médecine. Ce parcours n'aurait pas été le même sans vous. Profonde gratitude !

A mon groupe de stage de la 6ème année : Spéro, Moïse, Pascal, Nadine, Gloria, Marie-Josée, Noé, Faustin, Yasminath, Roxane, Ores, Giovanni, Grâce, Bénita, Abraham, Nelly

Grâce à vous l'internat a été la plus belle année de tout mon cursus. Entre réflexion sur les cas, stress quotidien et fous rires pendant les pauses, nous avons donné tout ce que nous avions pour nos patients. Tant de convivialité et de fraternité. Puisse ce lien créé, perdurer. Je vous souhaite beaucoup de réussite autant dans votre vie professionnelle que privée. Brillante carrière !

A la merveilleuse 45ème promotion de médecins formés à la FSS

Une promotion spéciale, avec des personnes déterminées, dotées de multiples talents, des hommes polyvalents. Chers collègues et amis, nous avons appris à grandir ensemble et à nous former main dans la main. A tous, je souhaite une brillante carrière, pleine de bonheur.

Au Dr AÏNA, Mme HOUNDODJADE, Mme ADJOVI, Mme ANAGONOU, M GNIMASSOUN, M GNONRONFIN et à toute l'équipe du Centre Intégré de Prise en Charge des Violences Basées sur le Genre (CIPEC-VBG) de Cotonou

Grâce à vous j'ai passé des moments inoubliables au CIPEC, chaque jour avec son lot de cas, de surprises, d'émotions. J'ai énormément appris pendant ces semaines de collecte sur les violences basées sur le genre et la réaction des Béninois et Béninoises face au sujet. Merci pour l'accueil chaleureux, la disponibilité, l'assistance et les mots d'encouragement. Vous m'avez été d'une grande aide. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mes merveilleux enquêteurs KOUKPODE Marie-Florie, GNONLONFOUN Chris, KPOSSI Clotaire

Chers collègues, merci d'avoir accepté de consacrer de votre précieux temps pour m'aider à finir ma collecte dans les délais. Je n'y serais pas arrivée sans vous. Puisse Dieu vous le rendre au centuple. Je vous souhaite de réussir dans ce parcours que nous avons choisi. Profonde gratitude !

Au Docteur Daniel KASSI et à monsieur AÏNA D. Farius

Merci pour votre disponibilité, pour les mots d'encouragements et votre accompagnement tout le long de la réalisation de ce travail. Profonde gratitude !

Aux Pères Fernand ANIOUVI, Félix AIMIAHIN, Guy AGOSSOU, Benoît ADOUNSI et Desmond DOHOU

Merci chers Pères pour vos prières, pour l'accompagnement spirituel, les mots d'encouragement, pour la confiance placée en moi. Merci pour tout ce que vous faites pour la jeunesse de notre pays. Que Dieu vous bénisse abondamment et que la joie soit votre partage. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A tous mes frères et sœurs de la légion de Marie Notre Dame Reine des Confesseurs

Vos prières m'ont toujours accompagné et m'ont donné la force toutes les fois où j'étais accablée. Fière d'être légionnaire. Amour fraternel !

A Mme Séraphine TOSSOU, Mme Clémence AMONLE

Vos prières quotidiennes, vos encouragements, vos conseils m'ont été d'une grande aide. Puisse le Seigneur vous bénir pour moi.

Aux membres du bureau de coordination des jeunes de Saint Paul de la Marina et du bureau décanal des jeunes d'Agblangandan

Merci pour votre disponibilité, votre promptitude et votre soutien. Merci pour l'amour fraternel qui nous unit. J'ai appris et j'ai encore beaucoup à apprendre à vos côtés. Merci infiniment !

A tous ceux qui, de près ou de loin ont participé à l'aboutissement de ce travail. Profonde gratitude !

HOMMAGES

A nos Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou

Merci chers Maîtres pour l'effort consenti tout le long de notre formation où vous nous avez forgé par vos riches enseignements. Nous nous évertuerons à être un bon médecin.

Hommages respectueux !

A notre Présidente du jury, le Professeur Dorothée KINDE-GAZARD

Cher Maître, c'est un grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider notre jury de soutenance de thèse. Votre disponibilité pour juger notre travail est l'expression fort éloquente de votre volonté de toujours continuer à nous enseigner. Vos conseils et recommandations nous ont servi à améliorer la qualité de ce travail. Veuillez, cher Maître, accepter notre profonde gratitude.

Hommages respectueux !

Aux membres du jury, MCA TOGNIFODE Véronique, MCA KLIKPO Elvire

Chers maîtres, nous sommes très reconnaissante pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de siéger dans le jury de notre soutenance de thèse. Vos remarques, critiques et suggestions nous ont permis d'améliorer la qualité scientifique de notre modeste travail.

Hommages respectueux !

A notre maître et Directeur de thèse, le MCA Moufalilou ABOUBAKAR

Cher Maître, nous sommes très touchée par l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail malgré vos nombreuses occupations. Ce fut un grand plaisir pour nous de vous avoir comme Directeur. L'abnégation, le calme et toute l'humilité de l'homme que vous êtes, nous ont profondément marqué. Votre simplicité, votre disponibilité et votre dynamisme font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés. Merci pour le suivi continu, la qualité de vos idées et vos relectures attentives qui ont permis d'atteindre la finalité de ce travail. Veuillez trouver dans ce travail, qui est le vôtre le témoignage de notre profonde gratitude.

Hommages respectueux !

PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE DE COTONOU, UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS CETTE THESE N'ENGAGENT QUE LEURS AUTEURS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

β-HCG	: Bêta Human Chorionic Gonadotrophin
AgHBs	: Antigène de surface de l'hépatite B
CARE	: Cooperative for Assistance and Relief Everywhere
CEG	: Collège d'Enseignement Général
CHU-D	: Centre Hospitalier Universitaire Départemental
CHU-MEL	: Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune
CIPEC	: Centre Intégré de Prise En Charge
CIPEC-VBG	: Centre Intégré départemental de coordination pour la Prise En Charge des victimes et survivant(es) des Violences Basées sur le Genre
CMC	: Centre Médical de Cotonou I
CPS	: Centre de Promotion Sociale
EDSB-V	: Enquête Démographique et de Santé au Bénin N°5
EMPOWER	: Enabling Mobilization and Policy Implementation for Women's Rights
GBVIMS	: Gender-Based Violence Information Management System/ Système de Gestion de l'Information sur les Violences Basées sur le Genre
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
IIQ	: Intervalle Interquartile
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
ITT	: Incapacité Totale de Travail
MASM	: Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance
MdM Suisse	: Médecins du Monde Suisse
MST	: Maladies Sexuellement Transmissibles
NFS	: Numération Formule Sanguine
OCPM	: Office Central de Protection des Mineurs

OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OPJ	: Officier de Police Judiciaire
PCR	: Polymerase Chain Reaction
RAINN	: Rape Abuse Incest National Network
SIDoFFE-NG	: Système Intégré des Données relatives à la Famille, la Femme et l'Enfant, Nouvelle Génération
TPHA	: Treponema Pallidum Haemagglutination Assay
TPI	: Tribunal de Première Instance
UNICEF	: Fonds des Nations Unis pour l'Enfance
USAID	: United States Agency for International Development
VBG	: Violences Basées sur le Genre
VDRL	: Veneral Disease Research Laboratory
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
WILDAF	: Women In Law and Development in Africa

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Peines encourues selon les types d'agression 44
Tableau II : Répartition des victimes selon l'âge et le type d'agression 61
Tableau III : Répartition des victimes selon le sexe et le type d'agression..... 61
Tableau IV : Répartition des victimes selon l'âge, le sexe et le type d'agression 62
Tableau V : Répartition des victimes selon la profession 63
Tableau VI : Répartition des victimes selon la zone de provenance 64
Tableau VII : Répartition des victimes selon la commune de provenance 64
Tableau VIII : Répartition des victimes selon l'ethnie 65
Tableau IX : Répartition des victimes selon la situation matrimoniale 65
Tableau X : Répartition des auteurs de VBG selon la profession. 67
Tableau XI : Répartition des victimes d'agression physique selon le nombre d'agresseurs et le lien entre agresseur et victime. 70
Tableau XII : Répartition des victimes d'agression physique selon le délai d'admission..... 71
Tableau XIII : Répartition des victimes d'agression physique selon le mode d'admission..... 72
Tableau XIV : Répartition des victimes d'agression physique selon les conditions de l'examen 73
Tableau XV : Répartition des victimes d'agression physique selon le siège des lésions. 74
Tableau XVI : Répartition des victimes d'agression physique selon leur état psychique..... 74
Tableau XVII : Répartition des victimes d'agression physique selon les examens paracliniques réalisés..... 75
Tableau XVIII : Répartition des victimes d'agression physique selon les différents traitements reçus. 76

Tableau XIX : Répartition des victimes d'agression physique selon la suite réservée à la plainte. 77

Tableau XX : Répartition des cas d'agression physique selon les décisions de justice..... 78

Tableau XXI : Répartition des victimes d'agression physique selon l'Incapacité Totale de Travail (ITT) 78

Tableau XXII : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon les contraintes subies. 82

Tableau XXIII : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon le nombre d'agresseur et le lien entre l'agresseur et la victime. 83

Tableau XXIV : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon le mode d'admission et le délai de consultation 84

Tableau XXV : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon les antécédents gynécologiques 85

Tableau XXVI : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon les antécédents obstétricaux..... 86

T**ableau XXVII** : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon les antécédents de violence sexuelle..... 87

Tableau XXVIII : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon l'état général, l'état psychologique et les lésions cutanées à l'admission..... 88

Tableau XXIX : Répartition des cas d'agression sexuelle selon les lésions hyménéales et l'ancienneté de la déchirure..... 89

Tableau XXX : Répartition des cas d'agression sexuelle selon les lésions génitales associées 89

Tableau XXXI : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon les données de l'examen au spéculum. 90

Tableau XXXII : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon les résultats paracliniques..... 91

Tableau XXXIII : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon le traitement reçu. 93

Tableau XXXIV : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon la suite réservée à la plainte 94

Tableau XXXV : Répartition des cas d'agression sexuelle selon les décisions de justice..... 95

Tableau XXXVI : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon les conséquences. 95

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma de la vulve en position gynécologique [20]. 16
Figure 2 : Différents types d'hymen [22] 18
Figure 3 : Coupe frontale de l'appareil génital féminin 19
Figure 4 : Coupe frontale des muscles sphincters de I'anus [21] 20
Figure 5 : Circuit de prise en charge des cas de VBG 28
Figure 6 : Images de l'examen à la sonde de Foley 36
Figure 7 : Organigramme du CIPEC-VBG de Cotonou 50
Figure 8 : Répartition des victimes reçues au CIPEC-VBG de Cotonou selon les types de VBG 58
Figure 9 : Diagramme de flux 59
Figure 10 : Evolution des victimes de Juillet 2018 à Juin 2023 60
Figure 11 : Répartition des victimes selon l'âge. 60
Figure 12 : Répartition des victimes selon le niveau d'instruction. 63
Figure 13 : Répartition des auteurs de VBG selon leur âge 66
Figure 14 : Répartition des cas d'agression physique selon l'heure de survenue. 68
Figure 15 : Répartition des cas d'agression physique selon le lieu de survenue. 68
Figure 16 : Répartition des cas d'agression physique selon le moyen d'agression. 69
Figure 17 : Répartition des cas d'agression sexuelle selon l'heure de survenue 79
Figure 18 : Répartition des cas d'agression sexuelle selon le lieu de survenue. 80
Figure 19 : Répartition des cas d'agression sexuelle selon le type d'abus. 81
Figure 20 : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon le mode de pénétration 81

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

1 GENERALITES 8

2 CADRE ET METHODE D'ETUDE 49

3 RESULTATS 58

4 DISCUSSION 97

CONCLUSION ET SUGGESTIONS 113

REFERENCES 117

ANNEXES ..... A

TABLE DES MATIERES ..... P

INTRODUCTION

Les violences basées sur le genre (VBG) sont l'un des fléaux les plus répandus dans le monde. C'est l'une des pires manifestations de la discrimination entre les sexes et un obstacle majeur à la réalisation de l'égalité des sexes. La majorité des agressions sexuelles reste méconnue en raison de l'absence de plaintes ou de consultations médicales.

Selon le Rape Abuse Incest National Network (RAINN), il y a en moyenne 463634 victimes de viol et d'agression sexuelle chaque année aux Etats-Unis, soit une victime toutes les 68 secondes [1,2]. Les violences sexuelles affectent des millions de femmes dans le monde par an. Aux USA une femme sur cinq (1 /5) déclare avoir été victime de viol à un moment donné de sa vie [3]. Les agressions physiques et sexuelles, contrairement à la croyance populaire ne sont pas le propre des filles [4]. En effet plusieurs cas d'abus sexuels commis sur les hommes ont été rapportés. Aux États-Unis, on estime que 19,3 % des femmes et 1,7 % des hommes ont été violés au cours de leur vie et que 43,9 % des femmes et 23,4 % des hommes ont subi d'autres formes de violence sexuelle au cours de leur vie, y compris la pénétration forcée, la coercition sexuelle, les contacts sexuels non désirés et les expériences sexuelles non désirées sans contact [5].

En France, pour l'année 2019, on note une hausse significative des violences sexuelles et des coups et blessures sur personnes de 15 ans, qui se chiffrent à plus de 22 900 victimes, dont la moitié est faite dans le cadre familial et plus de 1 046 cas d'homicides sont rapportés [6].

L'Afrique n'est pas moins épargnée par les violences. Les plus rencontrées sont celles sur les femmes. Selon Amnesty international en Afrique du Sud, toutes les six heures, une femme est tuée par son compagnon ; au Kenya la violence conjugale était à l'origine de 47% des homicides ; et au Maroc, le Haut-Commissariat au Plan (HCP) note un taux de prévalence de violences dépassant

les 50% [7]. En Afrique du Sud, le « South African Institute for Race Relations » affirme qu'en 2003, 147 femmes sont violées chaque jour [8].

Les résultats de la cinquième enquête démographique et de santé (2017-2018) au Bénin révèlent que 10% des femmes de 15 à 49 ans ont subi des actes de violence sexuelle à un moment quelconque de leur vie. Quatre pour cent des femmes ont subi les premiers actes de violence sexuelle avant d'atteindre l'âge de 18 ans. Près de 30% femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans [9].

Des actions sont entreprises dans le monde mais n'ont pas permis d'enrayer ou de contenir efficacement ce phénomène, ni de prendre en charge un plus grand nombre de victimes. On assiste plutôt à un regain des VBG notamment les agressions sexuelles.

Elles dégagent un sentiment d'horreur, hantent les esprits, tourmentent et scandalisent. La violence aussi bien physique, verbale, que sexuelle alerte le social, le judiciaire et constitue un sérieux problème de santé publique en raison des conséquences médico-psychosociales pour les victimes. En effet, elle a de multiples conséquences dramatiques sur la santé physique, psychique et le bien-être social des victimes mais également de leur entourage et marque ainsi les générations futures. Et pourtant, ce sujet reste tabou et plusieurs victimes ne portent pas plainte.

A l'instar de certains pays du monde, le Bénin s'est engagé depuis plusieurs années à lutter contre toutes les formes de violences basées sur le genre avec un renforcement des mesures juridiques depuis 2021. De nombreuses interventions ont été entreprises sur l'ensemble du territoire dans plusieurs domaines (sanitaire, juridique, psychosociale et sécuritaire) par un large éventail d'acteurs, issus des structures étatiques, des organisations non gouvernementales (ONG) nationales ou internationales, des organismes du Système des Nations Unies. Ainsi sur le

plan institutionnel, il y a eu notamment la mise en application du Décret n° 2012-228 du 13 août 2012 portant création, composition et fonctionnement des centres intégrés départementaux de coordination pour la prise en charge des victimes et survivants (es) de violences basées sur le genre (CIPEC-VBG) et la création de l'Institut National de la Femme (INF) qui vient en appui aux victimes de VBG en matière juridique et judiciaire. Après plusieurs années de fonctionnement du Centre Intégré de Prise En Charge (CIPEC) de Cotonou et au regard des défis liés à la problématique des violences basées sur le genre, il nous est paru nécessaire d'entreprendre une étude afin de faire l'état des lieux de la prise en charge des victimes au CIPEC-VBG de Cotonou. Elle contribuera à faire connaître le poids social du problème, faire un point des activités menées à ce jour et identifier des mesures à prendre en vue de redynamiser le dispositif de prise en charge.

OBJECTIFS

Objectif général : Etudier la prise en charge des cas de VBG au Centre Intégré de Prise en Charge des Violences Basées sur le Genre du CHU-MEL de Cotonou.

Objectifs spécifiques

1. Déterminer les types de violences basées sur le genre enregistrés au CIPEC de Cotonou ;
2. Calculer la fréquence des différents types d'agression enregistrés au CIPEC de Cotonou
3. Etablir le profil des victimes d'agression sexuelle et physique ainsi que celui des auteurs ;
4. Préciser les données cliniques et paracliniques des victimes d'agression sexuelle et physique ;
5. Décrire la prise en charge (médicale, psychologique et juridique) des victimes /survivant(e)s des différents types d'agression ;
6. Déterminer l'issue judiciaire.

GENERALITES

1 GENERALITES

1.1 DEFINITION

- Le Genre : c'est ce qui différencie les hommes et les femmes dans leurs relations sociales [10]. Il est à la fois une notion, une approche et une vision du développement. Il met en exergue les relations entre les hommes et les femmes, notamment dans la gestion du pouvoir [11].

- La violence : c'est tout recours fait à toute attitude, à tout acte/comportement pour amener quelqu'un/autrui à faire ce qu'il ne veut pas ou n'était pas prédisposé à faire. Agir sur quelqu'un ou le faire agir contre sa volonté en employant la force ou l'intimidation [12].

- Les Violences Basées sur le Genre : elles concernent tout acte dirigé contre un homme ou une femme du fait des rapports sociaux inégalitaires régissant la communauté et défavorisant un groupe [10].

  La Violence Basée sur le Genre est aussi un terme générique pour désigner tout acte nuisible/préjudiciable perpétré contre le gré d'autrui, et qui est basé sur des différences socialement prescrites entre hommes et femmes/garçons et filles [13]. Elles entrainent une souffrance ou préjudice physique, sexuel, psychologique ou économique. Les évidences dans le domaine des VBG montrent que les femmes et les filles sont les plus touchées d'où la notion de Violences faites aux Femmes et aux Filles (VFF) [11].

- Les VFF sont tous actes de violences dirigées contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes et aux filles un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée [11].

- Agressions Sexuelles : selon l'OMS, c'est « tout acte sexuel, tentative d'assassinat 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 » [13]. Cette définition inclut donc le viol ou tentative de viol, mais 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 [14].

- Survivant(e)/victime : ces termes « victime » et « survivant(e) » peuvent être utilisés de manière interchangeable et désigne une personne ayant subi une VBG [15]. « Victime » est un terme souvent utilisé dans les domaines juridique et médical. « Survivant(e) » est le terme généralement utilisé dans les secteurs d'appui psychosocial, car il est porteur d'espoir pour la personne violentée.

- Auteur/agresseur [15] : désigne « une personne, un groupe, ou une institution qui inflige directement ou qui appuie la violence sous une forme ou une autre ; ou autrement la violence ou d'autres abus infligés contre son gré ».

1.2 CLASSIFICATION DES VBG

Les violences basées sur le genre se manifestent sous diverses formes (les violences physiques, sexuelles, psychologiques, économiques, les pratiques

traditionnelles néfastes ou violences patrimoniales) qui, à leur tour sont constituées d'actes différents.

❖ **Les violences physiques**

Il s'agit de « tout type d'acte entraînant un dommage non accidentel, moyennant le recours à la force physique ou à tout type d'armes ou d'objets pouvant provoquer ou non des lésions internes, externes ou les deux à la fois » [11]. La forme la plus répandue des violences physiques est la violence domestique ou conjugale. Elles peuvent se manifester par les actes suivants :

- Gifles ou autres coups ;
- Menace avec une arme ;
- Menace d'étranglement ou de mort ;
- Séquestration avec brutalité ;
- Autres atteintes ou brutalités physiques, etc.

❖ **Les violences sexuelles**

C'est « tout acte ayant pour effet de dégrader ou d'entraîner un dommage pour le corps et/ou la sexualité de la victime et qui, par conséquent, porte atteinte à sa liberté, sa dignité et son intégrité physique » [11]. Aux termes de la Convention sur l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard de la femme, les violences sexuelles renvoient entre autres aux actes suivants : viol ; harcèlement sexuel ; exploitation sexuelle ; trafic sexuel ; prostitution ; imposition d'actes sexuels avec une ou plusieurs personnes ; attouchements ; avances sexuelles déplaisantes ; imposition d'images pornographiques, etc.

- **Viol** : tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menaces ou surprise est un viol [16]. 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 [17].

- **Harcèlement sexuel** : il peut s'agir de paroles grossières, d'attitudes, d'actions, voire 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 [17].

- **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 [17].

- **Appels obscènes** : anonymes la plupart du temps, ces appels sont constitués de propos à caractère sexuel, dans le but d'intimider la personne [17].

- **Exhibitionnisme** : consiste à provoquer 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) [17].

- **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 [17].

- **Voyeurisme** : le voyeur observe les gens à leur insu, il cherche à les surprendre dans leur intimité [17].

- **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 [18].

- **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 [19].

- **Attentat à la pudeur** : tout acte de caractère sexuel contraire aux mœurs exercé intentionnellement et directement sur une personne [19].

❖ **Les violences psychologiques**

Elles constituent la forme la plus subtile de VBG. Il s'agit entre autres d'actes d'intimidation, de menaces, d'humiliation, de privations, de remarques désobligeantes à l'égard du conjoint [10]. A titre d'exemple, elles peuvent se manifester par :

- Priver l'un des partenaires de voir ses enfants ;

- Contrôler les sorties et les relations d'un partenaire ;

- Imposer des comportements à son conjoint ou sa conjointe ;

- Mépriser, dévaloriser, dénigrer, brimer, mettre à l'écart, refuser de parler, …
- Les violences verbales constituent une forme de violence psychologique. Il s'agit sans exhaustivité des propos de natures malveillantes, agressives ou blessantes adressés à une personne.

❖ **Les violences économiques**

Elles peuvent se définir comme étant des actes visant à refuser l'accès des personnes (hommes ou femmes) à l'emploi, aux moyens de subsistance ou à toute activité lucrative. Elles peuvent se manifester par la coupure de vivres, l'instauration vis-à-vis de l'autre d'une situation de dépendance obligatoire, refuser l'accès aux ressources, refuser la satisfaction des besoins fondamentaux (manger, boire, s'habiller, habiter sous un toit…), refuser de reconnaître la paternité d'une grossesse et d'assumer ses responsabilités [10].

❖ **Les violences patrimoniales ou pratiques traditionnelles néfastes**

Ce sont des actes qui visent à soumettre des personnes (femmes/filles ou hommes/garçon) à des pratiques traditionnelles acceptées par une communauté mais portant une atteinte à l'intégrité physique ou psychologique de la personne [11]. A titre d'illustration, nous avons :

- Le mariage forcé ;
- Les mutilations génitales féminines
- Le lévirat/sororat ;
- Le mariage précoce ;
- La répudiation…

1.3 RAPPELS

1.3.1 RAPPELS ANATOMIQUES

1.3.1.1 APPAREIL GENITAL FEMININ [20,21]

❖ **Organes génitaux externes**

Ils sont représentés par la vulve. La vulve correspond en superficie au plan cutané érogène recouvrant le pubis et le périnée uro-génital, et en profondeur, à l'espace superficiel du périnée uro-génital qui contient les organes érectiles féminins. Elle représente l'ensemble des formations génitales externes de la femme : 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 limitée latéralement par les plis de l'aine (Fig1).

- **Les formations labiales**

  - Les grandes lèvres

Ce sont deux replis cutanés allongés transversalement du mont du pubis à la région pré-anale (Fig1). Elles sont d'aspect variables.

- Chez la fillette et la jeune nullipare, elles sont fermes, épaisses, résistantes et unies.

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

  - 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 (Fig1).

- L'espace inter labial ou canal vulvaire

C'est l'espace limité par la face interne des petites et grandes lèvres. Virtuel à l'état normal, cet espace devient, lorsqu'on écarte les formations labiales un véritable canal de 6 à 7 cm de long et de 2 à 3 cm de large. Le fond du canal vulvaire constitue le vestibule.

- **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 (Fig1).

- Le clitoris

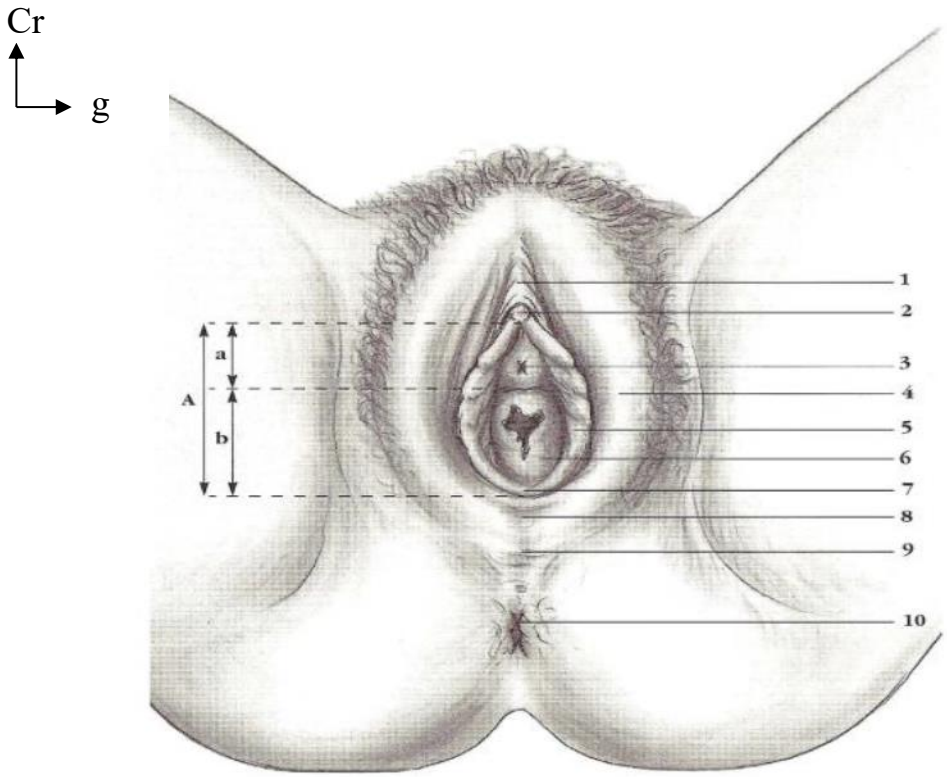
C'est l'homologue, en moins volumineux, des corps caverneux de l'homme. Le clitoris s'attache en arrière sur la partie moyenne de la face interne des branches ischio-pubiennes.

- 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. La grosse extrémité de l'ovoïde est en contact en arrière avec la glande vestibulaire majeure de Bartholin.

- Les glandes vulvaires

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



A. Vestibule a. Vestibule urinaire b. vestibule du vagin

1. Prépuce du clitoris
2. Gland du clitoris
3. Ostium externe de l'urètre
4. Grande lèvre
5. Petite lèvre
6. Orifice vaginal et hymen
7. Frein des lèvres
8. Fossette vestibulaire
9. Commissure postérieure des lèvres
10. Anus

Figure 1 : Schéma de la vulve en position gynécologique [20].

- **L'hymen**

Chez la vierge, le vagin est séparé de la vulve par une membrane : l'hymen. Celle-ci est un repli muqueux incomplet, qui se place horizontalement quand le sujet est debout. L'hymen 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 il est inexact 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 qui a la forme d'un croissant à concavité antérieure, dont le bord convexe adhère à la paroi postérieure du vagin et aux bords latéraux. Les cornes se perdent sensiblement en avant,
- L'hymen annulaire revêt la forme d'une membrane percée d'un trou. Lorsque la membrane présente de multiples orifices punctiformes, il s'agit d'un hymen cribriforme,
- L'hymen labié présente une fente antéropostérieure séparant deux lèvres latérales. L'hymen est dit frangé lorsque les lèvres sont dentelées. Son bord adhérent est séparé des petites lèvres par un sillon circulaire, le sillon vulvo-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 hyménales ; parfois il se dilate seulement, sans écoulement de sang (c'est « l'hymen complaisant » des légistes).

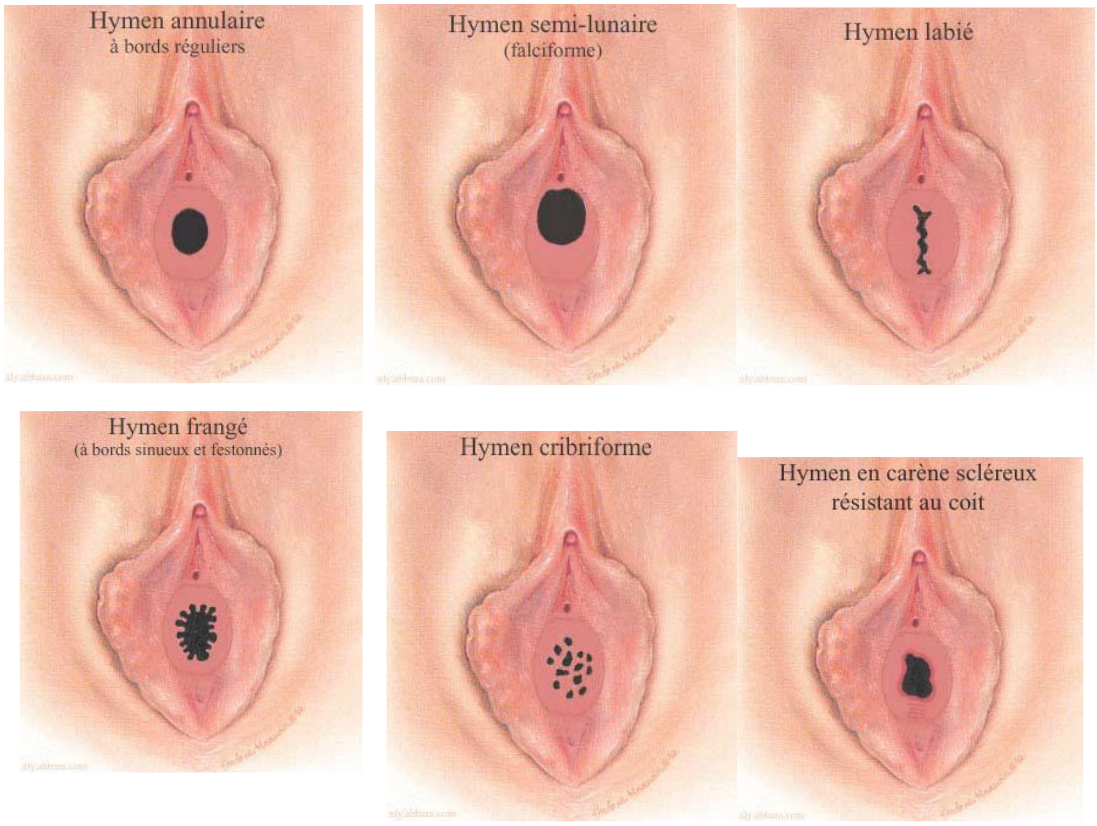


Figure 2 : Différents types d'hymen [22]

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

❖ Organes génitaux internes [20,21]

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 (Fig3).

- **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.

- **L'utérus :** C'est un organe musculaire creux en forme de poire, aplati d'avant en arrière. Il siège dans la cavité pelvienne entre la vessie et le rectum. Il mesure entre 7 et 10 cm, l'embryon s'y développe pendant la grossesse.

- **Les trompes utérines ou trompes de Fallope :** Les tubes utérines longues d'environ 10 cm s'implantent chacun d'un côté de l'utérus entre le corps et le fond utérin. Elles conduisent l'ovule de l'ovaire à l'utérus par péristaltisme et mouvement ciliaire.

- **Les ovaires :** Ce sont les gonades féminines ; ils siègent chacun dans une fosse peu profonde sur la paroi latérale du pelvis. Les ovaires produisent les ovules selon un cycle. Ils secrètent également les hormones sexuelles : œstrogènes et progestérone.

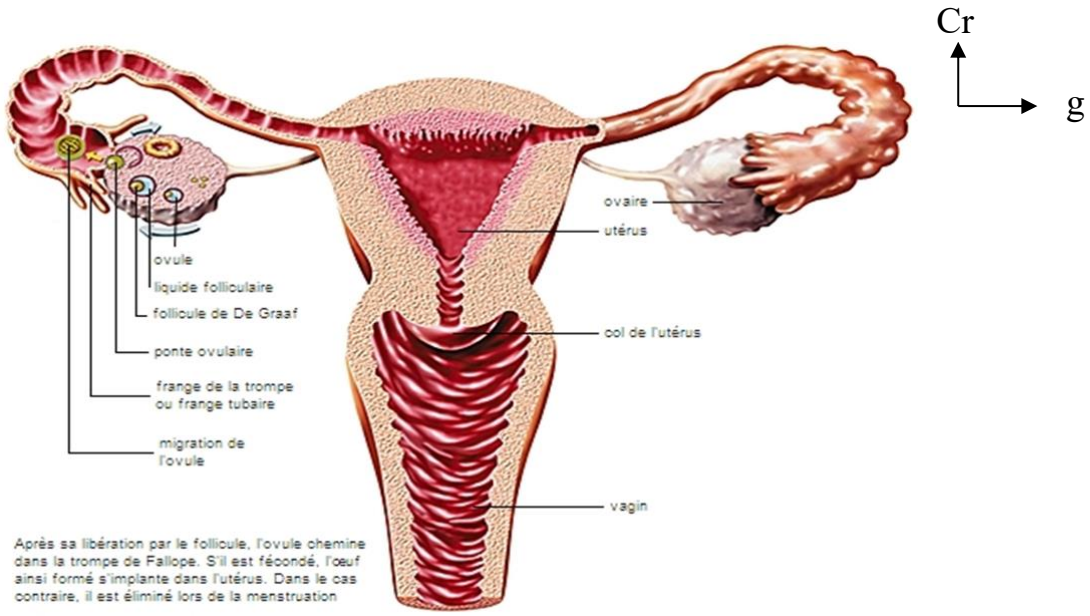
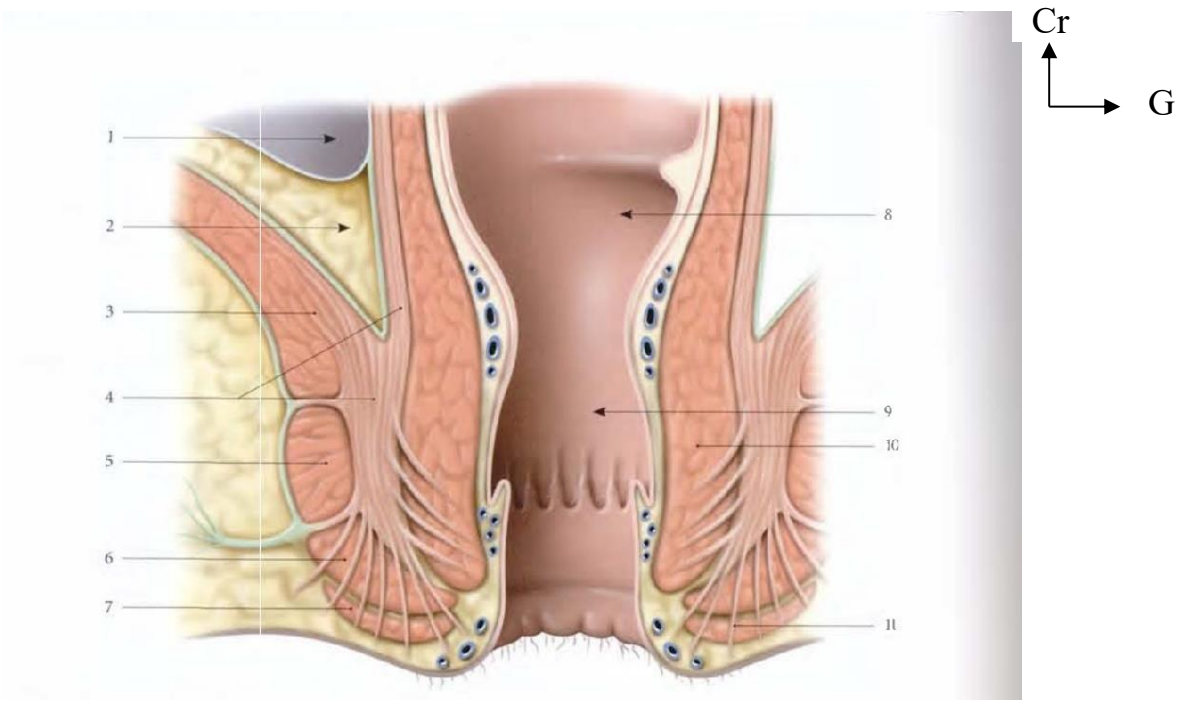


Figure 3 : Coupe frontale de l'appareil génital féminin

1.3.1.2 ANUS [23]

Orifice située à l'extrémité du tube digestif, par lequel les selles sont expulsées du corps. Il comporte un sphincter, le sphincter anal qui assure la continence du canal anal. L'appareil sphinctérien anal est constitué du sphincter interne de l'anus (muscle lisse) d'une part et du sphincter externe (muscle strié) renforcé par l'action synergique des faisceaux élévateur et sphinctérien du muscle élévateur de l'anus d'autre part.



1- Fosse pariétale
2- Espace para-rectal
3- Muscle élévateur de l'anus
4- Muscle pubo-rectal et couche longitudinale de la musculeuse du rectum
5- Muscle sphincter externe : partie profonde
6- Muscle sphincter externe : partie superficielle
7- Muscle sphincter externe : partie sous cutané
8- Rectum
9- Canal anal
10- Muscle sphincter interne
11- Muscle corrugateur de la marge de l'anus

Figure 4 : Coupe frontale des muscles sphincters de I'anus [21]

1.3.1.3 CAVITE BUCCALE [23]

C'est le premier segment du tube digestif. Elle est une enceinte irrégulière à capacité variable avec l'écartement des mâchoires. Elle est séparée en vestibule oral et en cavité orale proprement dite par les arcades gingivo-dentaires supérieure et inférieure.

1.3.2 LEGISLATION

Plusieurs textes juridiques régissent les VBG. Sur le plan juridique, plusieurs lois ont été promulguées par le Président de la République parmi lesquelles nous pouvons citer :

- La loi n°2018-16 portant code pénal du Bénin ;

- La Loi N°2011-26 du 9 janvier 2012 portant prévention et répression des violences faites aux femmes établit à l'issue de la première étude d'envergure nationale sur l'état des lieux de la situation des violences faites aux femmes et aux filles réalisée en 2009 ;

- La persistance du phénomène a conduit au renforcement du cadre législatif national par la loi N°2021-11 du 20 décembre 2021 portant dispositions spéciales de répression des infractions commises à raison du sexe des personnes et de protection de la femme en République du Bénin.

- La loi n° 2021-12 du 20 décembre 2021 modifiant et complétant la loi n° 2003-04 du 03 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction ;

- La loi n° 2021-13 du 20 décembre 2021 modifiant et complétant la loi n° 2002-07 du 24 août 2004 portant code des personnes et de la famille en République du Bénin ;

- La loi n° 2015-08 du 08 décembre 2015 portant code de l'enfant en République du Bénin [24].

Différents articles dans ces textes de lois traitent des VBG

Article 30 : Sont des infractions à raison du sexe des personnes, le harcèlement sexuel, les agressions sexuelles, le viol, le mariage précoce, le mariage forcé, les mutilations génitales féminines, les violences aggravées sur la femme ou la fille [24].

Article 509 [25]**:** Tout individu qui, volontairement, a porté des coups ou fait des blessures ou commis toutes autres violences ou voies de fait, s'il est résulté de ces sortes de violences, une maladie ou une incapacité de travail personnel pendant plus de huit (08) jours, est puni d'un emprisonnement de deux (02) mois à cinq (05) ans et d'une amende de cent mille (100.000) à un million (1.000.000) de francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement.

Il pourra en outre être privé des droits mentionnés en l'article 38 du présent code pendant un (01) an au moins et cinq (05) ans au plus, à compter du jour où il aura subi sa peine.

Si les violences ont été exercées sur les pères ou mères légitimes, naturels ou adoptifs, ou autres ascendants légitime de l'auteur, la peine sera la réclusion criminelle de cinq (05) ans à dix (10) ans.

Lorsque les violences ci-dessus exprimées auront été suivies de mutilation, amputation ou de privation de l'usage d'un membre, de cécité, de perte d'un œil ou d'autres infirmités permanentes, le coupable sera puni de la réclusion criminelle à temps de cinq (05) ans à dix (10) ans.

Si les coups portés ou les blessures faites, les violences ou voies de fait exercées volontairement, mais sans intention de donner la mort, l'ont pourtant occasionnée,

le coupable sera puni de la réclusion criminelle à temps de dix (10) ans à vingt (20) ans.

Article 548 [25]: Constitue un harcèlement sexuel, le fait pour quelqu'un de donner des ordres, d'user de paroles, de gestes, d'écrits, de message et ce, de façon répétée, de proférer des menaces, d'imposer des contraintes, d'exercer des pressions ou d'utiliser tout autre moyen aux fins d'obtenir d'une personne en situation de vulnérabilité ou de subordination, des faveurs de nature sexuelle à son profit ou au profit d'un tiers contre la volonté de la personne harcelée.

Article 549 [25] : Toute forme de harcèlement sexuel constitue une infraction quelle que soit la qualité de l'auteur ou de la victime et quel que soit le lieu de commission de l'acte.

La situation de vulnérabilité de la victime peut résulter de son âge, de son statut social et ou économique ainsi que de son état physique ou mental ou de toute autre situation connexe laissée à l'appréciation du juge.

Article 553 [25]: Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menaces ou surprise est un viol.

Le viol est puni de la réclusion criminelle à temps de cinq (05) ans à dix (10) ans. Toutefois, le viol sera puni de la réclusion criminelle à temps de dix (10) ans à vingt (20) ans, lorsqu'il aura été commis soit sur une personne particulièrement vulnérable en raison d'un état de grossesse, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale, soit sur un enfant de plus treize (13) ans, soit sous la menace d'une arme, soit par deux ou plusieurs auteurs ou complices

Lorsque le viol est commis sur un enfant de moins de treize (13) ans, il est puni de la réclusion à perpétuité.

Les peines encourues sont portées à la réclusion de quinze (15) à vingt (20) ans et à une amende de cinq cent mille (500.000) à cinq millions (5.000.000) de francs CFA si, le viol est le fait d'un ascendant légitime, naturel ou adoptif de la victime ou par une personne ayant autorité sur elle ou encore par une personne qui a abusé de l'autorité que lui confèrent ses fonctions.

L'individu qui accomplit ou tente d'accomplir l'acte sexuel autorisé coutumièrement sur un enfant de sexe féminin âgé de moins de dix-huit (18) ans est puni de deux (02) ans à cinq (05) ans d'emprisonnement et d'une amende de cent mille (100.000) à deux cent cinquante mille (250.000) francs CFA.

Le viol est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie.

Le viol est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il a entraîné la mort de la victime.

La tentative de viol est punie comme le viol lui-même.

1.4 HISTORIQUE DES CIPEC-VBG

Les CIPEC-VBG sont les centres intégrés départementaux de coordination pour la prise en charge des victimes et survivants (es) de violences basées sur le genre. L'idée de la création des CIPEC-VBG a vu le jour à la suite des résultats impressionnants et encourageants du projet EMPOWER I, qui a permis de briser le mur du silence qui régnait au sein des femmes. L'ONG WILDAF (Women In Law and Development in Africa) en partenariat avec le projet EMPOWER I, financée par l'agence américaine pour le développement international (USAID) ont décidé de la réalisation du projet EMPOWER II qui prend en compte les CIPEC. Ces derniers, dans plusieurs pays du sud de l'Afrique étaient implantés dans les commissariats mais compte tenu de la faible fréquentation des commissariats par la population béninoise et la délicatesse des situations de VBG,

il a été jugé mieux de les implanter dans les hôpitaux de grande référence. Ils sont créés par le décret N°2012-228 du 13 août 2012 [26] portant création, composition, attributions et fonctionnement des centres intégrés départementaux de coordination pour la prise en charge des victimes et survivantes de violences basées sur le genre.

Au Bénin, il existe trois CIPEC installés respectivement au CHU-MEL de Cotonou, au CHD Zou à Abomey et au CHU-D Borgou à Parakou.

- CIPEC-VBG d'Abomey crée le 22 mai 2014 au CHD Abomey
- CIPEC-VBG de Cotonou crée le 23 avril 2015 au Centre Médical de Cotonou I
- CIPEC-VBG de Parakou crée le 10 décembre 2015 au CHU-D

En dehors de ces trois (03) centres physiques, il existe trois CIPEC-VBG virtuels à Kandi, Banikoara et Malanville.

La tutelle administrative et technique de ces centres est exercée par le ministère de la santé et chaque centre est administré par le centre hospitalier qui l'abrite. Leur but est de recevoir, d'écouter, de conseiller et d'apporter des solutions promptes, coordonner de façon adéquates et durables les besoins sanitaires, sociaux, psychologiques et juridiques des victimes et survivants de violences basées sur le genre, de manière à réduire considérablement le temps de la prise en charge et accroître la potentialité de satisfaction des victimes et des survivants [26].

- Partenaires du CIPEC-VBG Cotonou

Le CIPEC-VBG de Cotonou est en collaboration avec plusieurs institutions dans le but de pouvoir satisfaire les besoins exprimés par les différents usagers qu'il reçoit. Comme partenaires techniques et financiers, nous avons :

- Les gynécologues du CHU-MEL
- Médecin du Monde (MdM) Suisse avec le financement du Fonds des Nations Unis pour l'Enfance (UNICEF)
- Les Centres de Promotion Sociale (CPS)
- Les Tribunaux de Première Instance (TPI)
- L'Office Centrale de Protection des Mineurs (OCPM)
- La brigade des mœurs
- Les commissariats de police
- L'Institut National de la Femme (INF)
- L'Association des Femmes Avocates du Bénin (AFAB)

➢ Circuit de prise en charge des cas de VBG

La victime X lorsqu'elle vient au CIPEC est accueillie par l'assistante sociale pour bénéficier d'une prise en charge psychosociale et être référée vers les autres services selon l'urgence.

- Un dossier est donc ouvert pour le suivi
- La victime est orientée vers l'OCPM ou un commissariat lorsqu'elle vient sans réquisition au centre afin d'avoir une réquisition à médecin et engager ainsi la procédure judiciaire
- Elle est orientée vers le médecin pour l'examen, la rédaction du certificat médical et la réalisation des analyses
- La victime est ensuite adressée au laboratoire du CHU-MEL pour les différents prélèvements

- Une consultation du psychologue est systématiquement donnée à la victime pour le soutien et le suivi
- Le certificat médical est transmis à l'autorité requérante pour la saisie de l'organe judicaire
- La victime est également adressée à l'INF pour une assistance juridique
- L'association des femmes avocates du Bénin assiste toutes les victimes mineures ne pouvant se permettre les frais d'un avocat pour se défendre.

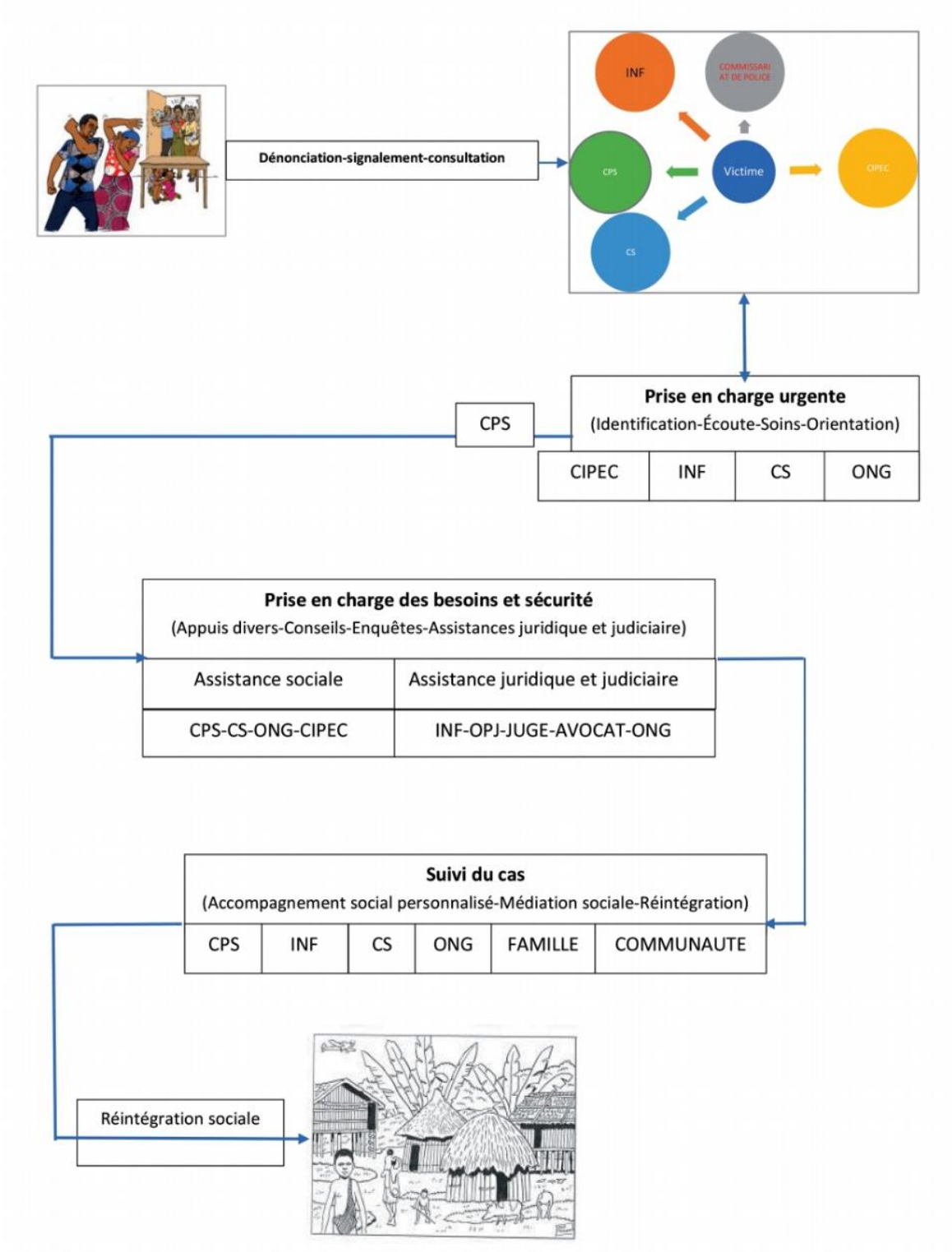


Figure 5 : Circuit de prise en charge des cas de VBG

Source : Procédures opérationnelles standardisées Février 2023

1.5 EPIDEMIOLOGIE

La majorité des agressions sexuelles reste méconnue en raison de l'absence de plaintes ou de consultations médicales.

L´OMS, cité par Plan International, estimait en 2002 que 150 millions de filles et 73 millions de garçons avaient été victimes d´abus sexuels dans le monde [27]. En 2018, près de 30% de femmes dans le monde, avait subi des violences physiques ou sexuelles au sein de son couple ou des violences sexuelles infligées par une personne autre qu'un partenaire, ou avait connu les deux [27]. Selon le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), environ 15 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans dans le monde ont subi des rapports ou autres actes sexuels forcés au cours de leur vie et près de la moitié des agressions sexuelles ont pour victimes des filles de moins de 16 ans [28].

Aux Etats-Unis, une femme est violée toutes les 90 secondes [29]. Les violences sexuelles affectent des millions de femmes dans le monde par an. Le taux des agressions sexuelles a doublé entre 2002 et 2004 aux Etats-Unis passant de 34% à 69% de la population générale tous sexes confondus [3].

Une étude menée dans 5 pays (Australie, Canada, Angleterre, Ecosse et Etats-Unis) entre 1990-2008 a trouvé que seulement 14% de toutes les victimes d'agressions sexuelles ont accepté de poursuivre le processus judiciaire rapporté par la police [30].

Dans de nombreux pays d'Asie, les familles partagent des espaces limitées et les maisons sont devenues surpeuplées ce qui exacerbent les risques de violence domestique. Au Bangladesh, une enquête téléphonique menée par des organisations de la société civile a révélé qu'au moins 1 672 femmes ont connu leurs premiers incidents de violences conjugales durant le confinement (pandémie du covid-19) [31].

En France, pour l'année 2019, on note une hausse significative des violences sexuelles et des coups et blessures sur personnes de 15 ans, qui se chiffrent a plus de 22 900 victimes, dont la moitié est faite dans le cadre familial et plus de 1 046 cas d'homicides sont rapportés [6].

L'Afrique n'est pas moins épargnée par les violences, dont les plus rencontrées sont celles sur les femmes. Selon Amnesty international en Afrique du Sud, toutes les six heures, une femme est tuée par son compagnon ; au Kenya la violence conjugale était à l'origine de 47% des homicides ; et au Maroc, le Haut-Commissariat au Plan (HCP) note un taux de prévalence de violences dépassant les 50% [7]. En Afrique du Sud, le « South African Institute for Race Relations » affirme qu'en 2003, 147 femmes sont violées chaque jour [8].

En République démocratique du Congo (RDC), une étude récente de l'American Journal of Public Heath révèle que jusqu'à 1.8 million de femmes congolaises ont été violées au moins une fois dans leur vie [32].

Au Mali et au Niger, des études réalisées en 2019 avaient montré que les violences sexuelles à l'égard des femmes et des filles représentent respectivement 20% et 28,3% des violences basées sur le genre [33]. Au Mali, selon le Bulletin statistique 2021, les cas de violences sexuelles sont passés de 15% en 2020 à 34% en 2021 [34].

Au Bénin, selon les statistiques générées par l'état des lieux sur le phénomène réalisé en 2009 (CARE 2009), la prévalence des violences faites aux femmes est effrayante : 69 % des femmes béninoises ont déjà subi un type de violence faite aux femmes ; 86 % des femmes ont subi des violences verbales ou psychologiques contre 76 % de violences physiques ; 44 % de violences sexuelles, et 47 % ont été victimes de traite [35].

Les résultats de l'EDSB-V (2017-2018) révèlent que 10% de femmes de 15 à 49 ans a subi des actes de violence sexuelle à un moment quelconque de sa vie. Quatre pour cent des femmes ont subi les premiers actes de violence sexuelle avant d'atteindre 18 ans exacts. Près de trois femmes de 15 à 49 ans sur dix (27%) ont subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans [9]. L'exploitation des données du Système Intégré des Données relatives à la Famille, la Femme et l'Enfant, nouvelle génération (SIDoFFE-NG) montre qu'au total 49907 cas de VBG (toutes catégories confondues) ont été enregistrées entre le 18 février 2019 et le 18 février 2022 à l'échelle des douze (12) départements du pays [35].

1.6 EXAMEN D'UNE VICTIME DE VBG

1.6.1 CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

Deux situations existent pour la découverte :

- Réquisition de justice : il s'agit d'une situation de dérogation obligatoire au secret professionnel.

- Consultation à la demande de la victime : c'est une consultation simple avec dérogation facultative au secret professionnel, le médecin peut informer le procureur de la république des faits ; mais uniquement avec l'accord de la victime majeure. Si elle refuse, il n'y aura pas de signalement à la justice, et pas de garantie juridique pour les prélèvements puisqu'ils ne seront pas scellés et ne seront pas remis à la justice. La prise en charge sur le plan médical est nécessaire.

1.6.2 ACCUEIL

L'accueil de la victime d'agression est un moment essentiel qui doit être réalisé par une personne expérimentée dans un lieu adapté

Il a un double objectif :

- Entamer la première étape d'une prise en charge clinique, psychologique ou psychiatrique du drame qui s'est déroulé

- Etablir un certificat médical

1.6.3 INTERROGATOIRE

Il mentionne :

- La date de l'examen

- Nom, prénom, date de naissance, profession et adresse,

- La date des faits et nature : lieu, l'heure de l'agression ; nombre d'agresseur, mode d'agression, les types de violences associés…

- Les circonstances de l'agression : pénétration pénienne ou autre, par voie vaginale, anale, buccale, avec ou sans préservatif, avec ou sans éjaculation, nombre de rapport et d'agresseur, notion de menace, le lien entre la victime et l'agresseur

- Les antécédents médicaux, chirurgicaux et plus précisément gynéco-obstétricaux et proctologiques, la date des premières règles, durée des cycles, le statut sérologique et vaccinal

- La date des dernières règles, le moyen de contraception utilisé ; une grossesse en cours, date du dernier rapport sexuel consenti et le type

- S'il y'a l'existence de toilette intime après l'agression (qui peut faire disparaître les indices biologiques)

- Rechercher des troubles du comportement ou de mémoire pouvant faire évoquer une soumission médicamenteuse,

- Rechercher et quantifier une éventuelle prise de toxique.

1.6.4 EXAMEN PHYSIQUE

Cet examen comprend :

1.6.4.1 Examen de l'état général

Il doit être effectué le plus précocement possible par rapport à l'abus et doit être complet et détaillé (avec schémas et photographies) à la recherche de stigmates d'origine traumatiques (de lutte, de défense, de prise et de violence), en particulier au niveau des zones d'appui ou des zones vulnérables (face interne des cuisses, mains, avant-bras, poignets, épaules).

Il faut examiner le linge de corps que la victime portait au moment des faits à la recherche de déchirure, de souillure par du sang et ou du sperme.

A l'inspection de la victime d'agression sexuelle, des traces de traumatisme sont recherchées sur tout le corps. Elles peuvent être à type de :

- ❖ Contusions ;
- ❖ Erosions ;
- ❖ Blessures ;
- ❖ Ecchymoses qui peuvent être sur peau claire :

- Rouge livide quand elles sont récentes

- Noires quand elles datent de 2-3 jours

- Bleues quand elles datent de 3-6 jours

- Vertes quand elles datent de 7-12 jours

- Jaunes quand elles datent de 12-17 jours.

Ces lésions disparaissent habituellement au bout de 25 jours.

Il faut systématiquement rechercher des traces et indices sur le corps de la victime tels que des cheveux ou des poils et les prélever.

- A l'examen buccal, les signes évocateurs d'agression sont les suivants : ecchymose de la face interne des lèvres, plaies contuses pouvant signifier des coups directs ou une suffocation associée (main sur la bouche) et ceux de pénétration : érythème ou contusion du frein de la langue (habituellement absents ou très peu spécifiques).

1.6.4.2 Examen gynécologique

Cet examen doit se faire avec tact et douceur sur une table gynécologique sous un bon éclairage. Les différents temps de l'examen sont expliqués à la victime avec counseling avant, pendant et après l'examen. La patiente est ainsi mise en confiance, ce qui permet un examen plus aisé.

- L'INSPECTION

Elle apprécie les caractères sexuels secondaires de la patiente suivant la classification de Tanner. La pilosité pubienne est aussi appréciée.

L'inspection apprécie également l'état des faces internes des cuisses à la recherche de traces de violences (griffures, blessures), la région vulvo-périnéale, les petites et les grandes lèvres à la recherche de lésions telles que :

- Ecchymoses, érosions siégeant au niveau vulvaire

- Vulvite (inflammation vulvaire) marquée essentiellement par un érythème. Il faut être prudent dans les interprétations, car ce type de lésion mineure peut éventuellement résulter de l'agression, mais également d'une pathologie médicale prurigineuse.

- L'EXAMEN DE L'HYMEN

Certaines présentent des encoches physiologiques, qu'il ne faut confondre avec une déchirure traumatique. La déchirure traumatique est définie sur un plan médico-légal, par une encoche complète qui atteint le bord d'insertion vaginale de l'hymen.

Technique de DICKINSON et DARGENT

Cette technique comporte plusieurs étapes. Après avoir installé la patiente en position gynécologique, il faut écarter les grandes et petites lèvres avec la main libre. On introduit la sonde de Foley à travers l'orifice hyménal, le ballonnet est gonflé dans le vagin soit avec une solution de sérum salé isotonique ou avec de l'air. Ensuite on retire la sonde en exerçant une traction douce sur la sonde selon les quatre points cardinaux.

Ceci permet de voir :

- Une défloration ancienne : déchirure non hémorragique et cicatrisée, atteignant la paroi vaginale ; en cas de rapports répétés, et surtout après accouchement, il ne persiste que des résidus hyménaux, ou caroncules myrtiformes ;

- Une défloration récente : déchirure hyménale atteignant la paroi vaginale ; plus ou moins hémorragique ; le plus souvent située à 5 heures ou 7 heures sur un cadran horaire.

- Un hymen intact :

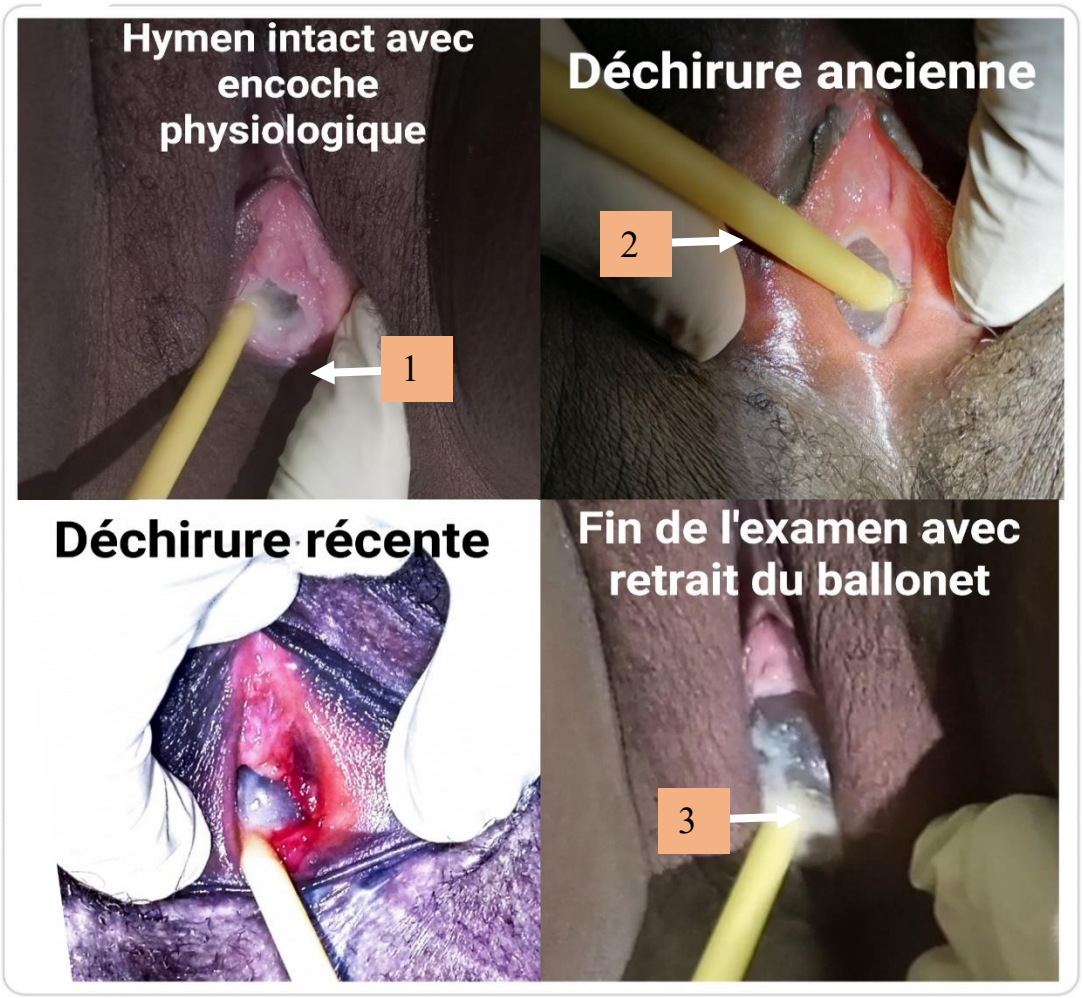
Absence de défloration ancienne ou récente visible. Il faut alors mesurer le diamètre maximal de l'orifice hyménal, c'est-à-dire le diamètre maximal de l'orifice visible avec le ballon. Certains hymens peuvent se dilater de façon importante tout en restant intacts. Cela est dû à l'élasticité, en fonction de l'imprégnation hormonale. Le diamètre maximal de l'orifice hyménal permet

donc d'affirmer qu'un corps étranger d'au moins ce même diamètre peut pénétrer sans léser l'hymen. Les lésions de l'hymen évoluent dans le temps :

- Hémorragie : en général, aspect rouge au niveau des bords des déchirures.

- Après deux ou trois jours : même aspect, avec possibilité d'une suppuration locale.

- Après quatre jours : début de la cicatrisation avec apparition d'une muqueuse, cicatrisation est complète en huit à quinze jours.



1. Hymen 2. Sonde de Foley 3. Ballonnet

Figure 6 : Images de l'examen à la sonde de Foley

Source : Salle d'examen du CIPEC-VBG de Cotonou

- LE TOUCHER VAGINAL

Il va apprécier la longueur, la position, la consistance et le degré d'ouverture du col. Il détermine la position du corps utérin, sa consistance, sa mobilité et sa taille, l'état des annexes de même que la nature des secrétions vaginales dont il faut préciser l'odeur, la couleur, l'abondance, la consistance et les signes d'accompagnement.

- L'EXAMEN AU SPECULUM

Il va apprécier :

- L'état des parois vaginales qui sont de couleur rose avec des rides,
- L'aspect du col utérin qui est aussi rose, punctiforme ou ouvert suivant la parité et l'existence ou non de leucorrhées.

Cet examen est nécessaire chez l'adulte (non lubrifié pour ne pas fausser les prélèvements. Il n'est pas indiqué chez la petite fille et l'adolescente n'ayant jamais eu de rapport sexuel. Il permet de réaliser des prélèvements.

1.6.4.3 Examen anal

Il a pour but d'apprécier la marge anale, le tonus ainsi que l'intégrité des sphincters.

Les lésions en faveur d'une pénétration anale récente sont : ecchymose, hématomes de la marge anale, érosions, fissures, douleur rectale et celles d'une pénétration anale ancienne : disparition des plis radiés, anus en entonnoir (en cas de pénétrations répétées), et hémorroïdes (non spécifiques).

Au terme de cet examen, une rectoscopie voire une anuscopie est discutée si besoin.

1.6.5 EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Ils ont plusieurs objectifs

1.6.5.1 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.**

- **La recherche de spermatozoïdes**

- Prélèvement sur pipette ou sur écouvillon,

- Un étalement sur lame pour examen par un biologiste dans les 24 heures.

- **Les analyses génétiques**

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

- **L'identification sur spermatozoïdes/cellules laissées par l'agresseur**

- Tache de sperme sur la peau : récupérer les éléments tissulaires par dilution au sérum physiologique,

- Vulve et périnée,

- Vagin, endocol, exocol, cul de sac et paroi vaginale,

- Prélèvements buccaux et anaux selon le contexte clinique.

- **Les prélèvements de poils ou de cheveux de l'agresseur**

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.

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

Vêtements tachés (sang, salive, sperme) :

- Faire sécher à l'air si besoin,

- Conserver à température ambiante dans une enveloppe en papier Kraft.

1.6.5.2 Prévenir les complications : recherche de MST/IST

- **Les prélèvements locaux**

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

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

- **Le bilan sérologique**

- Chlamydiae,

- TPHA et VDRL,

- Hépatites B et C,

- HIV 1 et 2.

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

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

- **Recherche de toxiques**

Selon les déclarations, au moindre doute et si le clinicien constate : confusion, amnésie, ivresse, hallucination, hébétude, malaise.

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

- **Bilan pré thérapeutique avant une éventuelle thérapie antirétrovirale** : NFS, Plaquettes, ionogramme, créatinine, transaminases, gamma GT, bilirubine.

1.7 PRISE EN CHARGE

1.7.1 MEDICALE

Plusieurs types de prise en charge médicales sont offerts. Il s'agit entre autres des consultations gynécologiques, psychiatriques, prénatales, des interventions chirurgicales, des examens de laboratoire et du test de dépistage VIH/SIDA. Les prestataires de santé doivent assurer une prise en charge médicale confidentielle, accessible, compatissante et appropriée des survivantes de la VBG.

- **But**

Le but de cette prise en charge est multiple. Il s'agit de :

- Faire un diagnostic correct par un examen clinique complet

- Assurer une prise en charge précoce et adéquate des lésions éventuelles

- Prévenir les maladies sexuellement transmissibles et la survenue d'une grossesse
- Assurer une assistance psychologique à la victime et à ses parents

➢ **Moyens**

- Prescription d'un éventuel arrêt de travail
- Prescription de la pilule du lendemain
- Antibioprophylaxie
- Proposition de la thérapie anti-rétro-virale
- Proposer une prise en charge en hospitalisation si danger ou menace, un suivi psychologique, une assistance sociale
- Proposer les contrôles sérologiques : à 1 mois : PCR VIH 1, Sérologie VIH, à 3 mois : Bilan sérologique : Chlamydiae, TPHA et VDRL, Hépatites B et C.

➢ **Indications**

- En l'absence de contraception et en cas de rapport vaginal non protégé de moins de 72 heures chez les femmes en période d'activité génitale, on prescrira une pilule du lendemain.
- En l'absence de vaccination contre le virus de l'hépatite B, si l'auteur présumé est porteur de l'AgHBs ou appartient à un groupe à risque et en cas de rapport depuis moins de 48 heures, on proposera des gamma globulines anti-HBs.
- Si le rapport est potentiellement contaminant par le VIH et date de moins de 48 heures, il sera mis en place un traitement antirétroviral pendant 48

heures. Après 48 heures, une réévaluation de l'indication du traitement et l'organisation du suivi seront réalisées lors d'une consultation avec un médecin référent pour le VIH.

- En cas de prélèvements IST positifs, traité selon le germe
- La chirurgie réparatrice est réservée en cas de traumatisme avec lésions chirurgicales importantes.
- La psychothérapie de soutien est systématique chez toutes les victimes.

1.7.2 PSYCHOSOCIALE

Les services psychosociaux à l'intention des survivantes de VBG sont donnés uniquement par des travailleurs sociaux formés en la matière, ou des spécialistes de l'aide psychologique (psychologues, psychiatres). Ils doivent comprendre normalement les types d'activités interdépendantes suivantes :

- Accueil ;
- Ecoute active, soutien affectif pour aider à la guérison psychologique et soigner le traumatisme (mise en confiance, empathie etc…) ;
- Gestion du cas, soutien et plaidoyer pour aider les survivantes à avoir accès aux services nécessaires, médiation familiale si demandée, visites à domicile ;
- Psychothérapie de base ou approfondie en cas de traumatisme aigue ;
- Soutien et assistance en matière de réinsertion sociale.

Les structures qui fournissent une orientation, des soutiens affectifs et psychologiques aux survivantes de VBG sont nombreuses.

La prise en charge psychologique consiste à apporter un soutien ou à donner une thérapie à une personne ayant subi un traumatisme suite à des violences qui l'affectent sur les plans physique, émotionnel, physiologique et social. Essentiellement basé sur l'écoute, il permet de rassurer la victime et de la libérer de son anxiété. Il est transversal à toutes les composantes de la prise en charge.

1.7.3 MEDICO-LEGALE

La prise en charge juridique consiste à apporter des informations à la survivante sur les textes de lois existants en matière de VBG et les procédures de saisie des tribunaux en la matière. Quant à la prise en charge judiciaire, elle consiste à apporter une assistance à la survivante dans la saisie de l'appareil judiciaire ainsi qu'un suivi du développement des procédures.

Les prises en charge juridique et judiciaire ne se limitent pas à la simple plainte et à la poursuite de l'auteur présumé, mais relèvent du secteur de la protection. Elles impliquent donc aussi les intervenants du secteur de la sécurité (Police et Gendarmerie). Le personnel des commissariats de police et des brigades de gendarmerie sont souvent les premiers contacts dans le processus judiciaire et donc les interlocuteurs privilégiés des victimes.

Par ailleurs, il convient également de noter le recours fréquent à la justice traditionnelle pour faire la médiation et le règlement des conflits là où la société a peu recours à la justice étatique notamment dans les zones rurales.

1.7.3.1 CERTIFICAT MEDICAL

Dans le cadre d'un examen sur réquisition, le certificat médical est remis à l'autorité requérante. Hors réquisition, le certificat médical est remis à la personne examinée. Les parents peuvent demander qu'un certificat médical leur soit remis

à l'issue de l'examen de leur enfant mineur. Le certificat médical est susceptible d'être produit en justice. Sa rédaction est toujours soigneuse. **Jamais de parti pris, ni d'interprétation**. L'examen doit donner le reflet strict, technique de constatations médicales.

1.7.3.2 PRISE EN CHARGE JUDICIAIRE

Tableau I : Peines encourues selon les types d'agression

Infractions punissables	**Peine encourue**
Coups et blessures volontaires Articles 509 à 512 du code pénal [25]	• Réclusion criminelle à perpétuité en cas de décès, d'infirmité, mutilation, ou amputation permanente • Réclusion criminelle à temps de dix (10) ans à vingt (20) ans si préméditation ou guet-apens • 2 mois à 5 ans d'emprisonnement et une amende de 100.000 à 1.000.000 francs en cas de maladie ou d'ITT supérieure à 08 jours • 2 mois à 2 ans d'emprisonnement et une amende de 25.000 à 250.000 francs lorsqu'il n'en est résulté aucune incapacité ou maladie

Viol Article 553 nouveau, loi N°2021 - 11 DU 20 DECEMBRE 2021 [36]	• Réclusion criminelle de 5 ans à 10 ans et amende de 500.000 à 2.000.000 de francs FCFA. • La réclusion criminelle est portée de 10 ans à 20 ans et d'une amende de 500.000 à 5.000.000 de francs CFA si le viol est le fait d'un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou commis sur une personne vulnérable • Réclusion criminelle à perpétuité si viol commis sur un mineur de moins de treize [13] ans
Harcèlement sexuel Article 551 nouveau, loi N°2021 - 11 DU 20 DECEMBRE 2021 [36]	• Emprisonnement de 03 ans à 05 ans et d'une amende de 1 million à 5 millions de francs CFA • En cas de récidive, la peine est portée au double
Mutilations génitales féminines Article 524 nouveau, loi N°2021 - 11 DU 20 DECEMBRE 2021 [36]	• 6 mois à 3 ans d'emprisonnement et une amende de 100.000 à 2.0000.000 de francs • 3 ans à 5 ans d'emprisonnement et une amende de 500.000 à 3.000.000 de francs CFA si l'acte est commis sur mineure

	• Réclusion criminelle de 10 à 20 ans et une amende de 1.000.000 à 5.000.000 de francs CFA si la victime est décédée
Mariage précoce et mariage forcé Article 553-3, loi N°2021 - 11 DU 20 DECEMBRE 2021 [36]	• Réclusion criminelle de 10 ans à 20 ans et d'une amende de 500.000 à 2.000.000 de francs CFA

1.8 CONSEQUENCES

Les violences subies par les victimes peuvent avoir des effets multiformes et destructeurs non seulement sur les survivantes mais aussi sur l'entourage de la victime, la communauté et la société toute entière quand bien même ils n'en constituent pas la cible intentionnelle.

Quoiqu'il en soit, quelle que soit la forme que prend la violence, les marques qu'elle laisse sont parfois irréparables. Quels que soient le type de violence et le sexe de la victime, les VBG rendent la personne qui les subit très vulnérable et manipulable. En effet, celle-ci est décrédibilisée non seulement à ses propres yeux, mais également aux yeux de son entourage.

Notons que plus la victime est exposée à la violence, plus grand est son seuil de tolérance à celle-ci. Comme toute conduite addictive, un phénomène de dépendance et de tolérance va s'installer en entraînant une augmentation inexorable des violences. Les conséquences des actes de violences basées sur le genre sont psychologiques, physiques et sociales. Chez l'enfant, elles affectent profondément le développement psychologique, affectif et psychomoteur.

Certaines ne se manifestent qu'à l'âge adulte. Le fait d'être témoin des incidents de violence basée sur le genre peut également entraîner des conséquences directes et traumatisantes sur l'enfant.

- Sur le plan physique, elles se manifestent à travers des blessures, des cicatrices, des paralysies, des déformations de membre pour ce qui est des violences physiques. Pour les violences sexuelles, les infections sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA, les fistules, les grossesses non désirées, les avortements clandestins qui entrainent bien souvent la mort des victimes.

- Sur le plan affectif et psychologique, le stress post-traumatique, la crainte, la honte, le sentiment d'insécurité, la haine de soi et le sentiment de culpabilité (dépression) sont les plus récurrents. Le proche entourage subit le traumatisme secondaire, le sentiment de culpabilité, l'incapacité de protéger, etc.

- Sur le plan social, la violence basée sur le genre est à l'origine des discordes au sein de la famille, du rejet par le conjoint et la famille, la stigmatisation, l'ostracisme (exclusion sociale), l'abandon scolaire, l'abandon de l'enfant né du viol, etc.

- Sur le plan économique, les conséquences peuvent être la perte du pouvoir d'achat de la famille éprouvée face aux coûts élevés des soins de santé, ou la perte du travail par suite de l'incapacité de la victime à travailler.

CADRE ET METHODE D'ETUDE

2 CADRE ET METHODE D'ETUDE

2.1 CADRE D'ETUDE

Cette étude s'est déroulée dans le centre intégré de prise en charge des violences basées sur le genre du CHU-MEL de Cotonou.

Créé depuis 1958, le Centre Hospitalier Universitaire Mère et Enfant Lagune est un établissement public à caractère social, un hôpital de référence dans les domaines de la gynécologie, de l'obstétrique et de la pédiatrie. Au bord de la lagune de Cotonou, le CHU-MEL est situé à Tokpa hoho dans le 5ème arrondissement de la ville de Cotonou. En tant qu'établissement Hospitalo-universitaire, le CHU-MEL a trois principales missions : les soins (préventifs, curatifs, promotionnels et réadaptatifs), la formation et la recherche. Il abrite le CIPEC-VBG de Cotonou.

- Fonctionnement et mode de prise en charge du CIPEC

Le CIPEC-VBG de Cotonou implanté le 23 Avril 2015 au Centre Médical de Cotonou, a été plus tard transféré au CHU-MEL en 2018 qui l'abrite jusqu'à ce jour. Il couvre quatre (04) départements du Bénin : Atlantique, Littoral, Ouémé et Plateau. Il dispose de 05 salles : une salle d'accueil des patients et des accompagnants, une salle d'examen, une salle de psychothérapie, un secrétariat et une salle pour l'officier de police judiciaire.

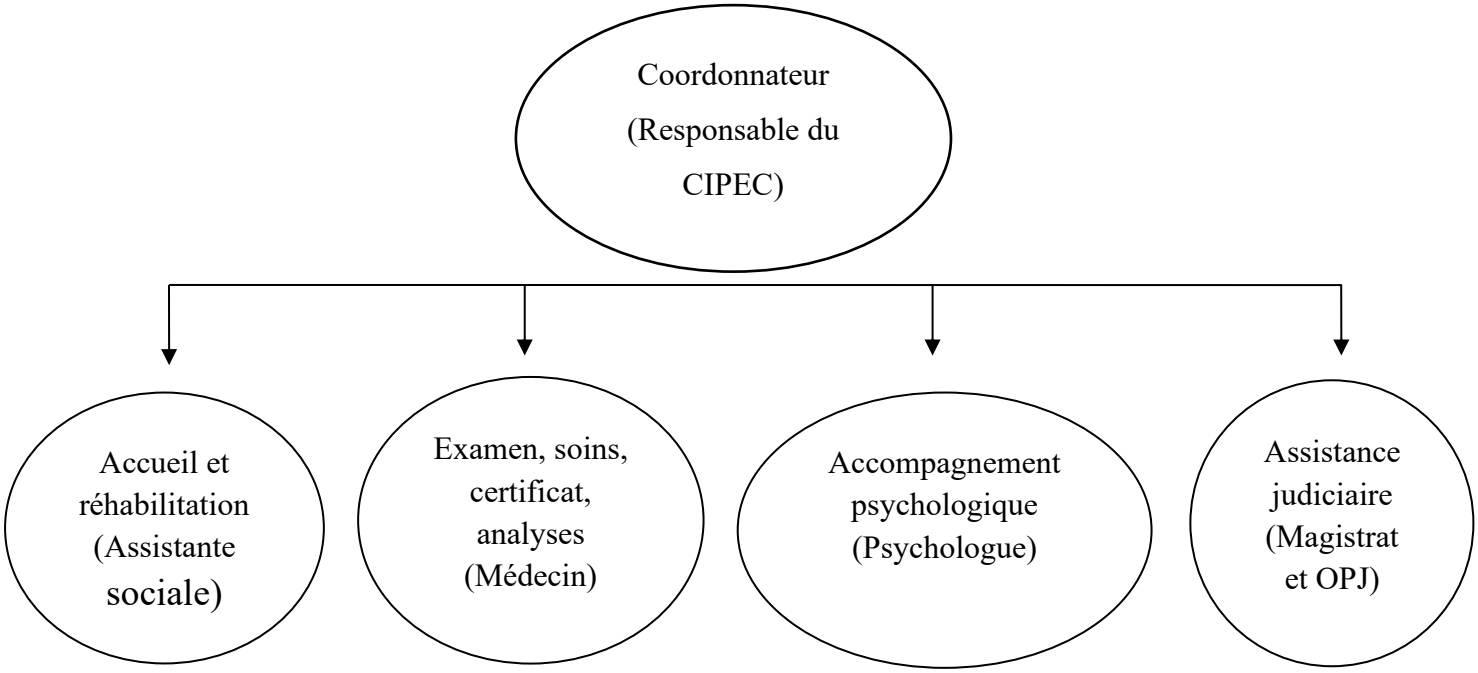


Figure 7 : Organigramme du CIPEC-VBG de Cotonou

- La section « accueil et réhabilitation » est placée sous la responsabilité des deux assistantes sociales. Elles sont chargées de la réception de l'usager, de l'écoute, de la préparation des dossiers des victimes, de leur suivi et de leur réinsertion sociale.

- La section « soins » est placée sous la responsabilité du médecin du centre aidé de la sage-femme. Cette section est chargée d'administrer les soins immédiats y compris les ordonnances (Pharmacie du CHU-MEL), procéder aux analyses et examens médicaux (laboratoire du CHU-MEL) et d'établir les certificats médicaux.

- La section « accompagnement psychologique » placée sous la responsabilité de la psychologue, qui est chargée de la prise en charge psychologique des victimes en vue de leur épanouissement dans la société.

- La section « assistance judiciaire » placée sous la responsabilité du magistrat et de l'officier de police judiciaire. Elle consiste à transmettre les certificats médicaux rédigés aux commissariats, OCPM, etc ; à donner les

conseils juridiques et à orienter les victimes vers l'Institut National de la Femme afin de maximiser les chances de réussites du dossier au tribunal.

Le personnel des CIPEC est nommé par Arrêté Ministériel [37]. Le personnel du CIPEC de Cotonou est composé de :

- 01 Médecin gynécologue-obstétricien en service dans le Centre Hospitalier qui abrite le CIPEC
- 02 Assistantes Sociales
- 01 Sage-Femme en service dans le Centre Hospitalier
- 01 psychologue clinicien recruté par Médecins du Monde depuis décembre 2019 et mis à disposition du CIPEC.
- 01 Officier de Police Judiciaire détachés auprès du CIPEC
- 01 Magistrat en fonction dans les juridictions de compétence territoriale du CIPEC désigné à cet effet
- 01 Secrétaire des services administratifs mis à disposition par le CHU-MEL

➢ Activités menées par le CIPEC-VBG de Cotonou

Le CIPEC Cotonou reçoit majoritairement les mineurs victimes et survivantes des violences sexuelles. Il reçoit également mais en plus faible proportion tous les autres types de VBG : les Coups et Blessures Volontaires (CBV), les cas de violence sexuelle (cas d'incitation de mineur à la débauche, enlèvement, séquestration, cas de mariage forcé, précoce sans oublier les cas d'incestes sur mineur).

Outre ces activités de prise en charge, il mène également des activités de prévention. Nous pouvons citer :

- Formation de Pairs Éducateurs sur les VBG
- Sensibilisation des élèves des Collèges d'Enseignement Général (CEG) notamment les filles sur la toxicomanie, la sexualité, les grossesses précoces en milieu scolaire et les infections sexuellement transmissibles
- Séance de sensibilisation sur les VBG dans les communes qu'il couvre
- Réalisation d'émissions radiophoniques sur les violences psychologiques, physiques et sexuelles
- Discussion de groupe avec les membres du mécanisme communautaire de la protection de l'enfant
- Sensibilisation sur les VBG et visibilité du CIPEC-VBG Cotonou à l'endroit des responsables de groupements de femmes de Cotonou
- Mise en place de la plateforme du « Projet Prise en charge des Grossesses Précoces » et suivi des cas PPGP en milieu scolaire
- Plaidoyer à l'endroit des acteurs de la prise en charge juridique et judiciaire en vue d'une meilleure PEC des Survivantes

2.2 METHODE D'ETUDE

2.2.1 TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive menée sur une période de cinq (05) ans allant du 1er Juillet 2018 au 30 Juin 2023.

2.2.2 POPULATION D'ETUDE

L'étude a porté sur les dossiers des personnes admises au CIPEC-VBG de Cotonou pour tout type de violence.

2.2.2.1 Critères d'inclusion

- Avoir été adressé par un OPJ (avec ou sans réquisition) ou avoir consulté de soi-même durant la période d'étude

- Avoir été victime d'une agression sexuelle ou physique dans la période de cette étude

- Avoir un dossier médical complet

2.2.2.2 Critères de non-inclusion

- Avoir consulté pour les autres types d'agression : Psychologique, économique et culturelle

2.2.2.3 Critère d'exclusion

- Dossier médical incomplet

- Patient ayant consulté et présentant une pathologie non liée aux violences basées sur le genre

2.2.3 ECHANTILLONNAGE

Un recensement exhaustif des cas a été effectué. Tous les patients répondant aux critères d'inclusion sus cités ont été intégrés dans l'étude. Nous avons utilisé une technique d'échantillonnage non probabiliste de commodité.

2.2.4 VARIABLES

- **Variable dépendante**

La variable dépendante de notre étude est la violence physique et/ou sexuelle

- **Variables indépendantes**

Elles étaient déterminées à partir :

- Des données sociodémographiques des victimes : âge, sexe, profession, niveau d'instruction, lieu de résidence, situation matrimoniale
- Des circonstances de l'agression : le type d'agression, le lieu et l'heure de l'agression, les matériels/méthodes utilisés, le nombre d'agresseur, la relation entre l'agresseur et la victime
- Du profil des agresseurs : âge, profession, lien avec la victime,
- Des variables cliniques : motif de consultation, délai de consultation, antécédents, les lésions corporelles, les lésions génitales, le comportement psychologique des victimes après les agressions
- Des variables paracliniques : recherche de spermatozoïdes, dépistage VIH, sérologie de l'hépatite B et C, sérologie de la toxoplasmose, …
- Du traitement reçu : médical, chirurgical, psychologique, juridique et judiciaire
- De l'issue judiciaire : retrait de la plainte, abandon de la procédure, règlement à l'amiable, règlement à la justice

2.2.5 COLLECTE DE DONNEES

2.2.5.1 Outils de collecte

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête conçue à cet effet (disponible en annexe du document) et par appel téléphonique aux victimes.

2.2.5.2 Sources de données

Les sources de données étaient constituées :

- des registres d'admission des patients ;

- des dossiers médicaux complets des patients sélectionnés ;

- des certificats médicaux

- des décisions de justice

- des rapports d'activité annuels du CIPEC

2.2.5.3 Technique de collecte

Les données ont été collectées par dépouillement des registres d'admission et des certificats médicaux. Nous avons été aidée par trois (03) étudiants de cinquième année de médecine générale que nous avons formés sur la méthodologie de l'étude et le remplissage de la fiche d'enquête. La collecte des données s'est déroulée au sein du CIPEC-VBG en procédant comme suit :

- dans un premier temps, nous avons réalisé une pré-enquête à partir des registres d'admission afin de recenser les numéros de dossiers des patients ayant été pris en charge pour VBG ;

- ensuite, nous avons fait un pré-test sur une vingtaine de dossiers afin de corriger la fiche d'enquête et éliminer les mentions inutiles ;

- nous nous sommes fait aider par le secrétaire juridique du centre pour prendre contact (appels téléphoniques) avec toutes les victimes de VBG reçues au cours de la période d'étude afin d'avoir l'issue de la procédure judiciaire, les décisions de justice ;

- les appels téléphoniques nous ont également permis de nous enquérir de l'état physique et psychologique des victimes

- nous avons dépouillé tous les dossiers répondant aux critères

2.2.6 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Les données ont été recueillies à l'aide des registres d'admission des cas et d'une fiche de dépouillement des certificats médicaux. Toutes les données collectées ont

été saisies dans le logiciel KoboToolbox et analysées avec le logiciel IBM SPSS version 25. La confection des graphiques et des tableaux a été faite dans le logiciel Microsoft Excel 2019 et le traitement de texte avec le logiciel Microsoft WORD 365.

2.2.7 ASPECTS ETHIQUES

L'identité des patients inclus dans l'étude a été tenue confidentielle conformément aux principes de la déontologie médicale. Après le recueil des informations sur les fiches de dépouillement, les patients ont été désignés que par des numéros d'ordre qui leur ont été attribués. L'autorisation du directeur du CHU-MEL et du coordonnateur du CIPEC – VBG de Cotonou a été obtenue avant le démarrage du dépouillement.

RESULTATS

3 RESULTATS

3.1 REPARTITION DES VICTIMES SELON LE TYPE DE VBG RECUES AU CIPEC DE COTONOU

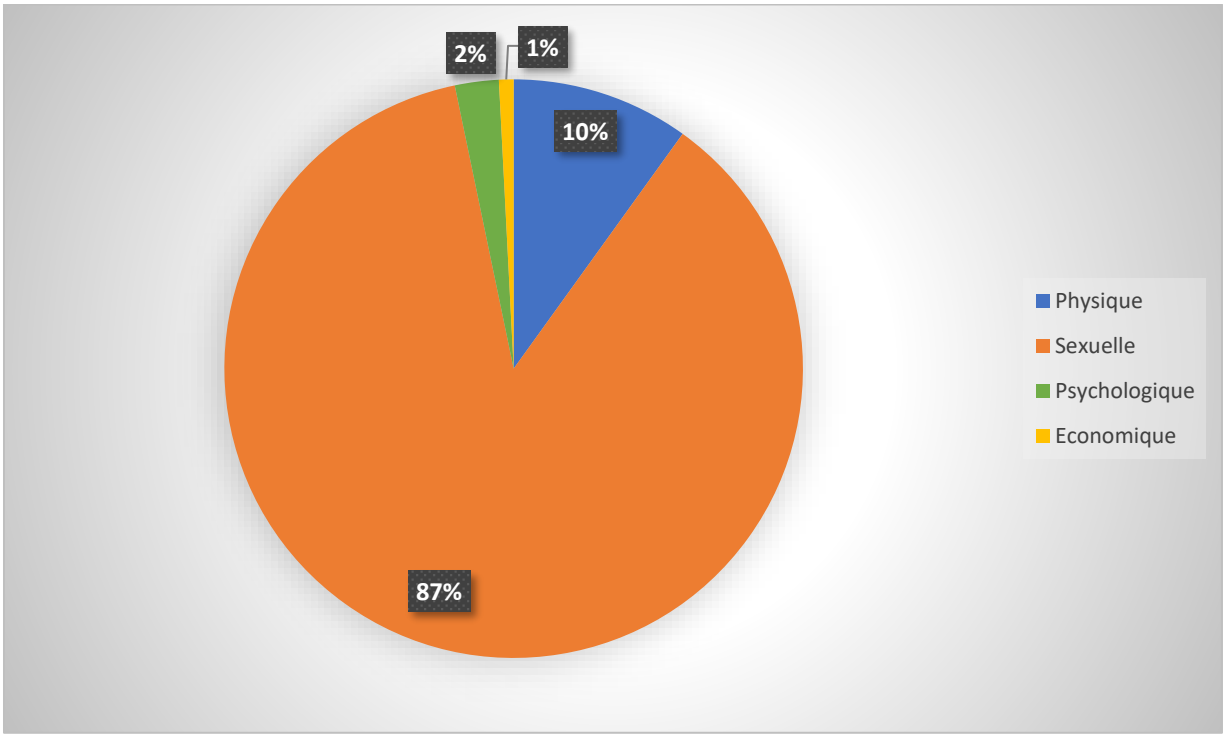


Figure 8 : Répartition des victimes reçues au CIPEC-VBG de Cotonou selon les types de VBG

Selon les registres d'admission du CIPEC-VBG de Cotonou, nous avons enregistré 1932 victimes et/ou survivants de violences basées sur le genre. Les agressions étaient sexuelles dans 87,3% des cas et physiques dans 10,2% des cas.

Après le dépouillement des 1932 dossiers reçus, 1422 dossiers ont été retenus et constituent notre échantillon selon le diagramme de flux suivant :

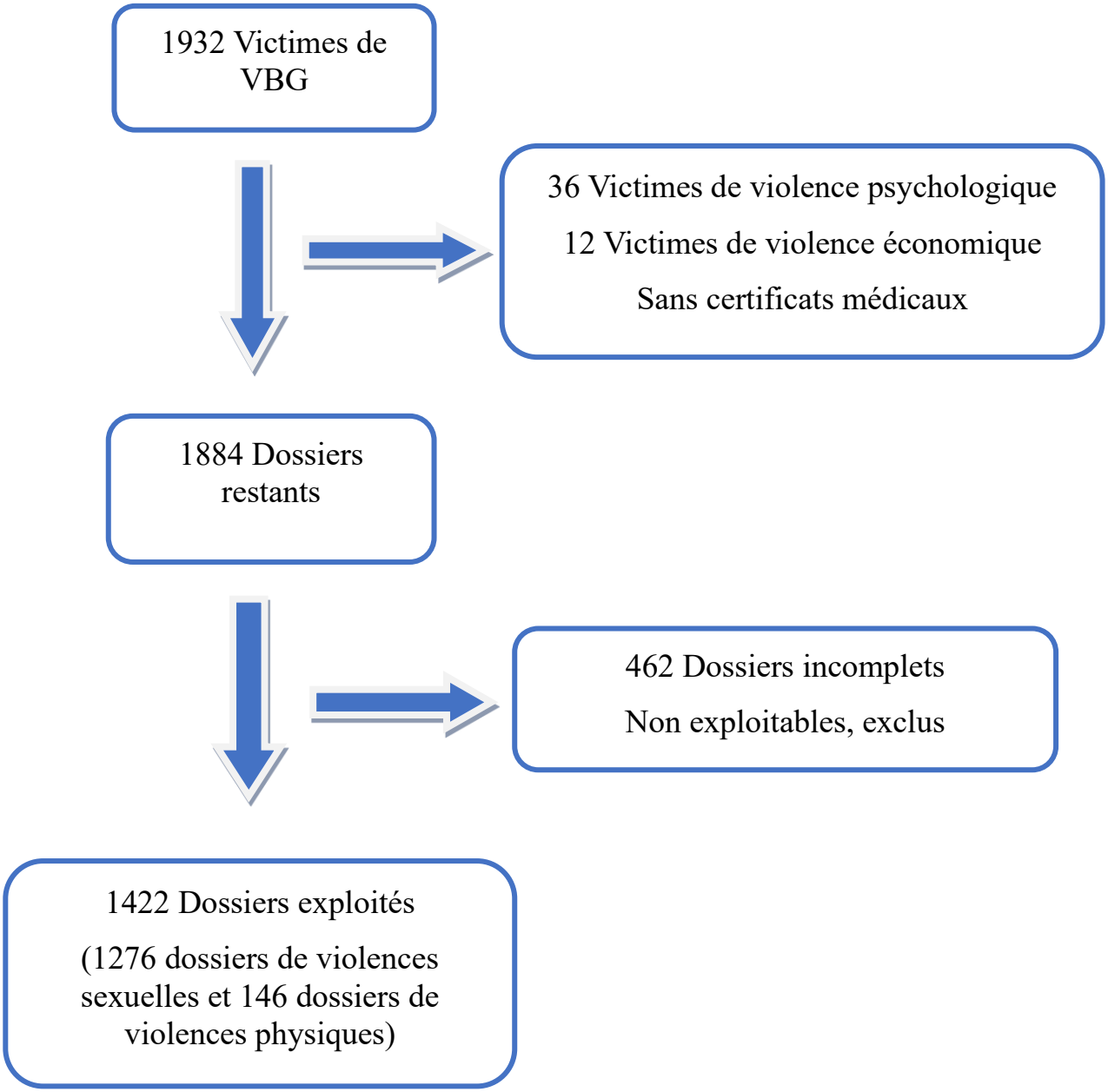


Figure 9 : Diagramme de flux

3.2 FREQUENTATION

L'exploitation des 1422 dossiers permet de noter une nette augmentation des cas de violences basées sur le genre déclarées au CIPEC de Cotonou, dont l'évolution est illustrée comme suit :

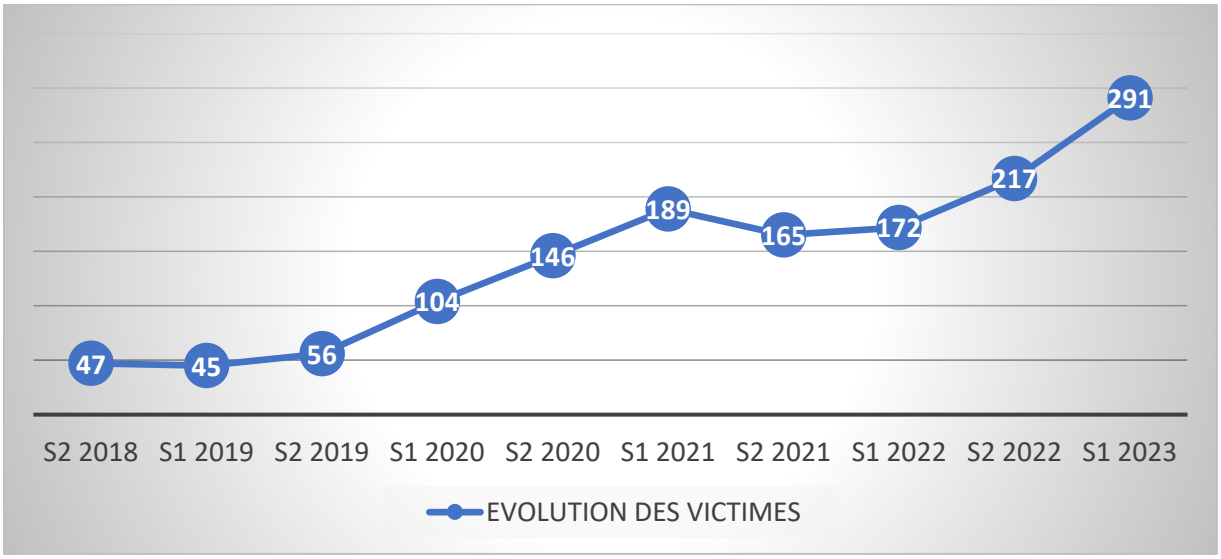


Figure 10 : Evolution des victimes de Juillet 2018 à Juin 2023

3.3 PROFIL DES VICTIMES

3.3.1 Age

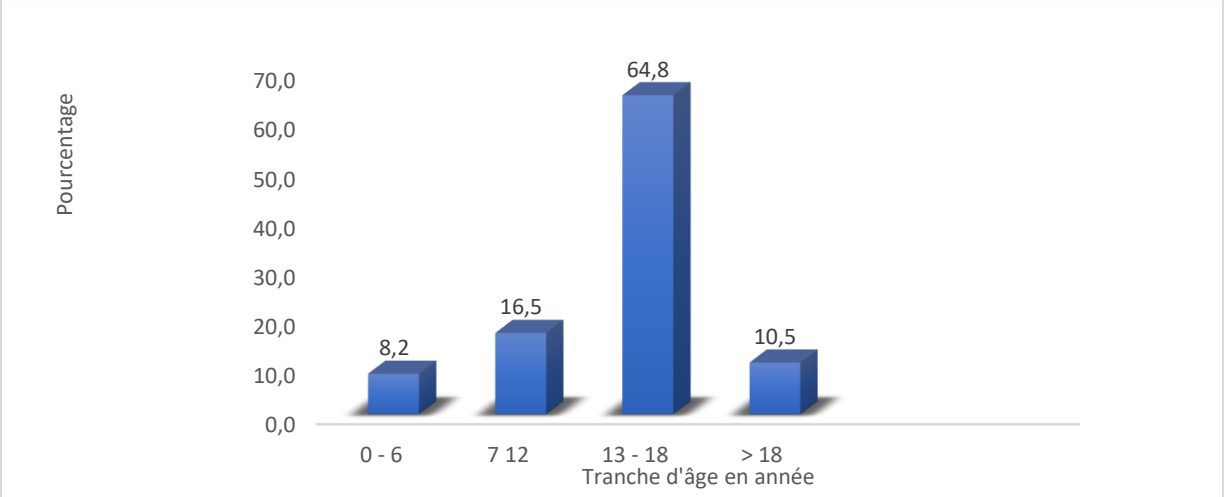


Figure 11 : Répartition des victimes selon l'âge.

La médiane d'âge des victimes était de 15 ans (IIQ :13ans, 16 ans). La plus jeune victime était âgée de 03 mois et la plus âgée de 61 ans. Les adolescentes ayant entre 13 et 18 ans ont représenté plus de la moitié des cas soit 64,8%.

Tableau II : Répartition des victimes selon l'âge et le type d'agression

	Agression physique	Agression sexuelle
0 – 6	13	104
7 – 12	25	210
13 – 18	31	890
> 18 ans	77	72
Total	**146**	**1276**

Les victimes âgées de plus de 18 ans représentaient plus de la moitié des cas d'agression physique (52,7%) tandis que sur 10 cas d'agressions sexuelles, 9 étaient commis sur des mineurs de moins de 18 ans (94,4%).

3.3.2 Sexe

Tableau III : Répartition des victimes selon le sexe et le type d'agression

	Effectif	Pourcentage
Agression physique		
Masculin	22	15,1
Féminin	124	84,9
Agression sexuelle		
Masculin	28	2,2
Féminin	1248	97,8

Le sexe féminin était le plus sujet aux violences avec un sex-ratio de 27,4 (84,9% des cas de violences physiques et 97,8% des cas de violences sexuelles).

Tableau IV : Répartition des victimes selon l'âge, le sexe et le type d'agression

		Agression physique	Agression sexuelle
0 – 6 ans	Masculin	06	02
	Féminin	07	102
7 – 12 ans	Masculin	11	11
	Féminin	14	199
13 – 18 ans	Masculin	05	10
	Féminin	26	880
> 18 ans	Masculin	00	05
	Féminin	77	67
Total		**146**	**1276**

Les mineurs de sexe féminin sont les principales victimes d'agression sexuelle (92,6% des cas). Les adolescentes et les femmes subissent plus de violences physiques (70,5%) qui sont essentiellement les coups et blessures.

3.3.3 Profession

Tableau V : Répartition des victimes selon la profession

	Effectif	Pourcentage
Ménagère / Aide-ménagère	73	5,1
Elève / Etudiant	716	50,4
Artisane /Ouvrier	307	21,6
Fonctionnaire	18	1,3
Commerçant(e) ou revendeur	146	10,3
Sans emploi	84	5,9
Autre	17	1,2
Non renseigné	61	4,3
TOTAL	**1422**	**100**

Plus de la moitié des victimes étaient des élèves ou étudiantes soit 50,4% de l'échantillon.

3.3.4 Niveau d'instruction

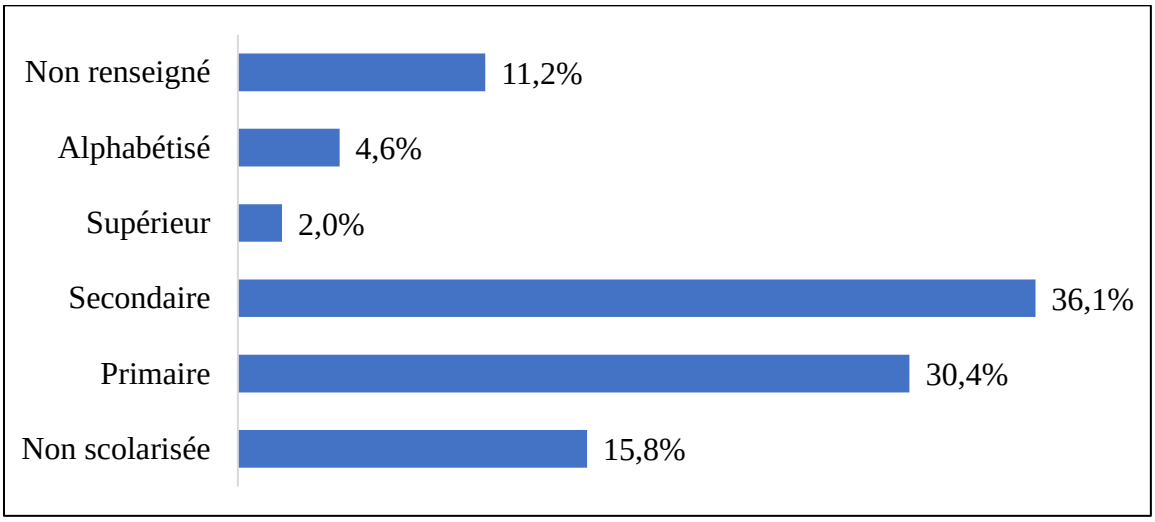


Figure 12 : Répartition des victimes selon le niveau d'instruction.

Plus d'un tiers des victimes (36,1%) avaient un niveau d'étude secondaire.

3.3.5 Résidence des victimes

Tableau VI : Répartition des victimes selon la zone de provenance

	Effectif	Pourcentage
Zone urbaine	1256	88,3
Zone rurale	142	10,0
Non renseigné	24	1,7
Total	**1422**	**100**

Près de 9 cas sur 10 (88,3%) étaient enregistrés dans une zone urbaine.

Tableau VII : Répartition des victimes selon la commune de provenance

	Effectif	Pourcentage
Abomey-Calavi	246	17,3
Cotonou	842	59,2%
Porto-Novo	183	12,9%
Sèmè-Kpodji	40	2,8%
Autres*	111	7,8%
Total	**1422**	**100,0%**

*Aguégués, Allada, Akpo-misserété, Bohicon, Dassa, Glazoué, Kétou, Lokossa, Natitingou, Pobè, Ouidah, Sakété, So-ava, Zè

Plus de la moitié des victimes (59,2%) résidaient dans la commune de Cotonou.

Ainsi le département du littoral était celui d'où provenait la majorité des cas reçus au CIPEC-VBG de Cotonou.

3.3.6 Ethnies

Tableau VIII : Répartition des victimes selon l'ethnie

	Effectif	Pourcentage
Fon et apparentées	799	56,2
Adja et apparentées	162	11,4
Yoruba et apparentées	138	9,7
Autre	59	4,1
Non renseigné	264	18,6

Les victimes étaient d'ethnie fon et apparentées dans 56,2% des cas.

3.3.7 Situation matrimoniale

Tableau IX : Répartition des victimes selon la situation matrimoniale

	Effectif	Pourcentage
Célibataire	1300	91,4
Marié/ En couple/ Concubinage	80	5,6
Divorcé(e)	2	0,1
Non renseigné	40	2,8
Total	**1422**	**100**

Les victimes étaient célibataires dans 91,4% des cas.

3.4 PROFIL DES AGRESSEURS

Pour les 1422 victimes incluses dans notre étude, nous avons enregistré 1543 auteurs de violences basées sur le genre.

3.4.1 Age

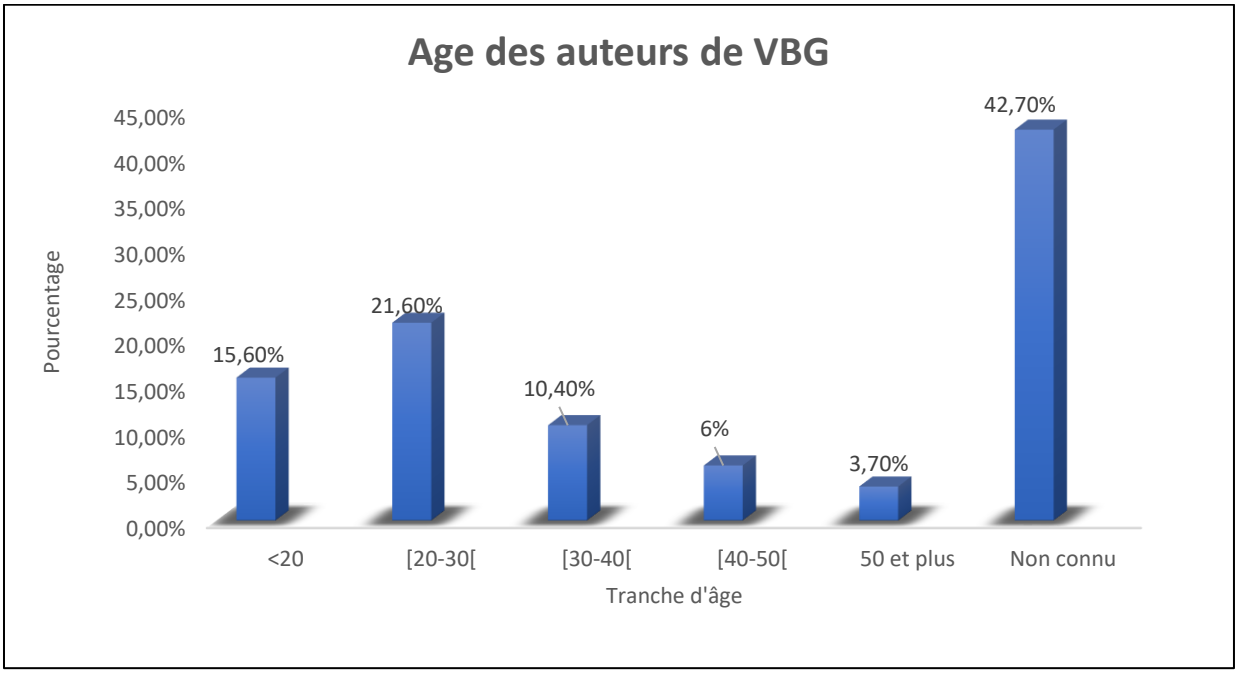


Figure 13 : Répartition des auteurs de VBG selon leur âge

Les victimes ne connaissaient pas l'âge de leur agresseur dans 42,7% des cas. Plus d'un cinquième (soit 21,6%) des auteurs avaient un âge compris entre 20 et 30 ans, et 10,4% avaient un âge compris entre 30 et 40 ans. Le plus jeune auteur de VBG retrouvé était âgé de 06 ans.

3.4.2 Profession

Tableau X : Répartition des auteurs de VBG selon leur profession.

	Effectifs (n=1543)	Pourcentage
Coursier / Aide à domicile	11	0,7
Elève	116	7,5
Etudiant(e)	29	1,9
Artisan (e)/Ouvrier (e)	376	24,4
Salariés	118	7,6
Commerçant(e) ou revendeur	91	5,9
Jardinier / agriculteur / Eleveur	19	1,2
Sans emploi	59	3,8
Chauffeur (Zem, taxi, camionneur)	68	4,4
Autre*	85	5,5
Non connu	571	37,0

*Cuisinier, entrepreneur, propriétaire

Près d'un quart (24,4%) des agresseurs étaient des artisans ou des ouvriers suivis des salariés (7,6%) et des élèves (7,5%).

3.5 AGRESSSION PHYSIQUE

3.5.1 Heure de l'agression

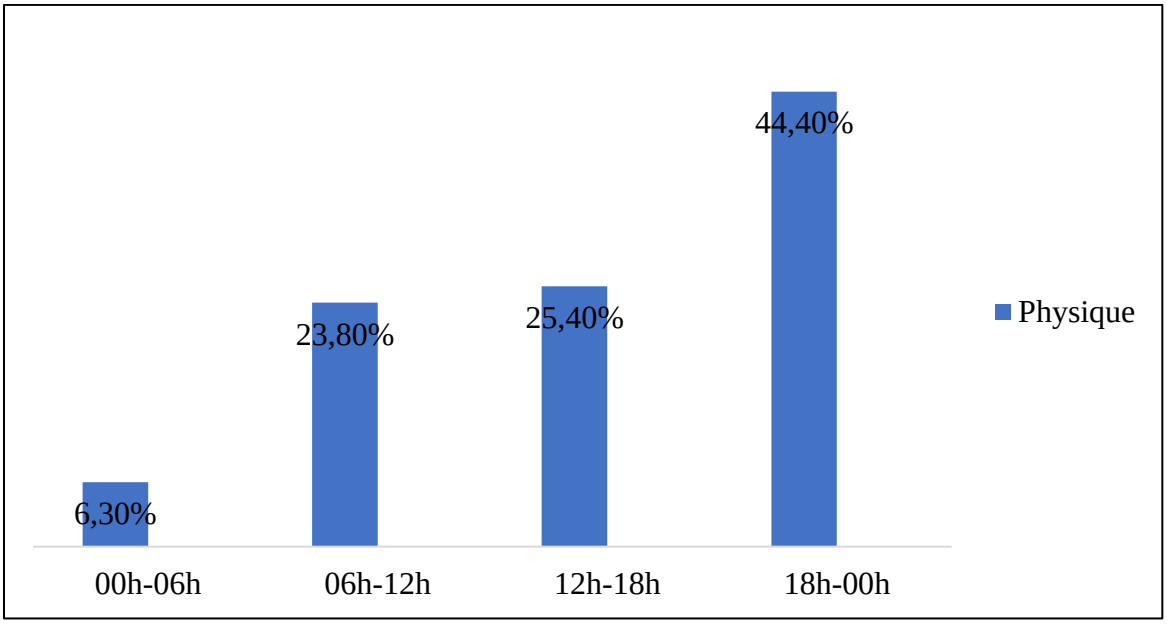


Figure 14 : Répartition des cas d'agression physique selon l'heure de survenue.

Les agressions étaient survenues le plus souvent entre 18h et minuit (44,4%).

3.5.2 Lieu de l'agression

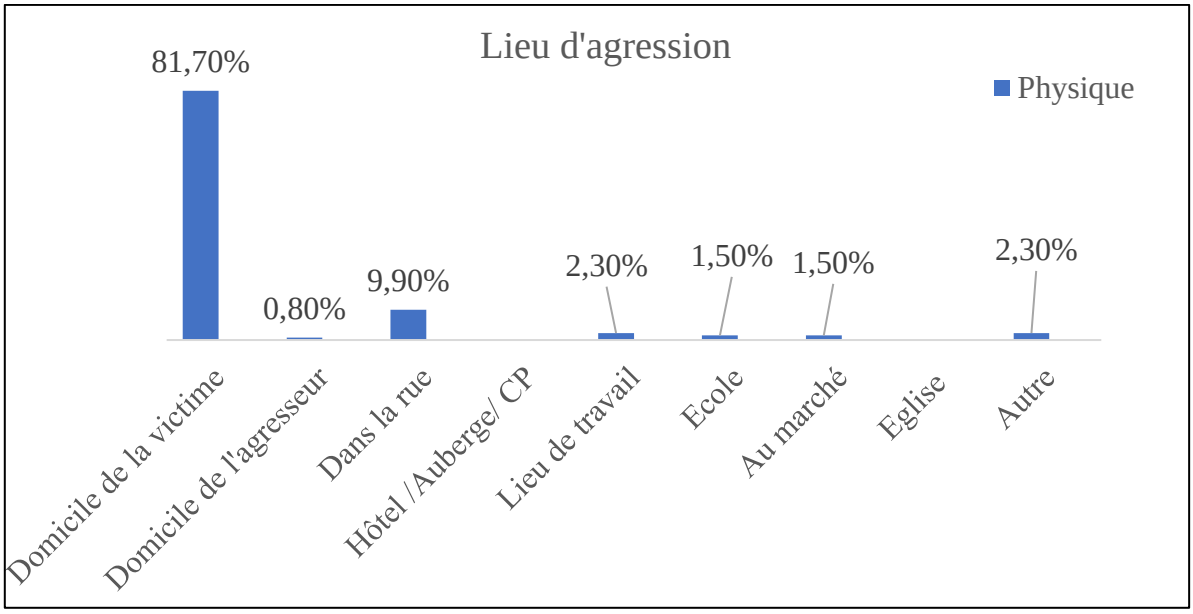


Figure 15 : Répartition des cas d'agression physique selon le lieu de survenue.

Les agressions physiques avaient lieu le plus souvent au domicile de la victime soit (81,7%).

3.5.3 Moyen d'agression

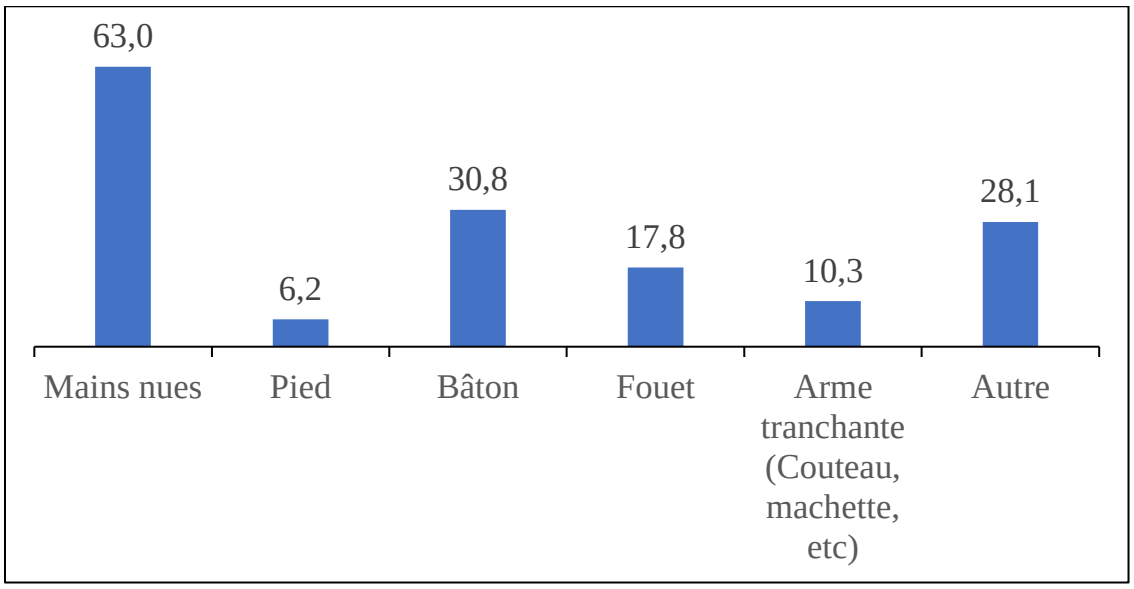


Figure 16 : Répartition des cas d'agression physique selon le moyen d'agression.

L'agression physique a été principalement faite à mains nues (n=92, soit 63,0%) et par objet contondant (bâton) (n=45, soit 30,8%).

3.5.4 Nombre d'agresseurs et lien entre agresseur et victime

Tableau XI : Répartition des victimes d'agression physique selon le nombre d'agresseurs et le lien entre agresseur et victime.

	Effectifs(n=146)	Pourcentage
Nombre d'agresseurs		
Un Seul individu	132	90,4
Groupe d'individus	14	9,6
Lien avec l'agresseur		
Parties mariées ou concubines	57	39,0
Parties consanguines	18	12,3
Parties vivant dans la même maison	33	22,6
Aucun lien avec l'agresseur	14	9,6
Autre*	22	15,1
Non renseigné	2	1,4

*Ami d'un proche, voisin du marché/de boutique

Des 146 agressions physiques, l'agresseur était un seul dans 90,4% des cas. Il s'agissait des parties mariées ou concubines dans 39,0% des cas et des parties vivant dans la même maison que la victime dans 22,6% des cas.

3.5.5 Délai entre l'agression et l'examen

Tableau XII : Répartition des victimes d'agression physique selon le délai d'admission (en jour)

	Effectif (n= 146)	Pourcentage
<1	6	4,1
1-2	24	16,4
3-4	39	26,7
5-7	24	16,4
8-14	21	14,4
15-29	10	6,8
≥30	9	6,2
Non renseigné	13	8,9

Le délai médian entre l'agression et l'examen des victimes était de 4 jours (IIQ : 3 jours, 10 jours) avec des extrêmes allant de moins de 1 jour à 90 jours. Un peu plus de 2/3 des victimes (n=93, soit 69,9%) ont été examinés dans les 7 jours après l'agression.

3.5.6 Mode d'admission

Tableau XIII : Répartition des victimes d'agression physique selon le mode d'admission

	Effectifs (n=146)	Pourcentage
Mode d'admission		
Sans réquisition judicaire	40	27,4
Avec réquisition judiciaire	105	71,9
Non renseigné	1	0,7
Origine de la réquisition		
Tribunal	1	0,7
Commissariat/ Police	45	30,8
OCPM	53	36,3
Brigade des mœurs	6	4,1
Pas de réquisition	40	27,4
Non renseigné	1	0,7

Le mode d'admission sur réquisition judiciaire était de 71,9%. Plus d'un tiers soit 35,6% présentaient une réquisition de l'OCPM.

3.5.7 Examen physique

- **Conditions d'examen**

Tableau XIV : Répartition des victimes d'agression physique selon les conditions de l'examen

	Effectif (n= 146)	Pourcentage
Présence d'un représentant légal		
Oui	65	44,5
Non	81	55,5
Présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication)		
Oui	10	6,8
Non	136	93,2

La présence d'un représentant légal était notée chez 55,5% des victimes. L'intervention d'un interprète ou assistant en communication était nécessaire dans 6,8% des cas.

- **Siège des lésions**

Tableau XV : Répartition des victimes d'agression physique selon le siège des lésions.

	Effectifs (n=146)	Pourcentage
Membre pelvien	40	27,4
Membre thoracique	68	46,6
Région abdomino-pelvienne	25	17,1
Thorax	22	15,1
Tête et/ou cou	45	30,8
Dos	30	20,5
Absence de lésion	12	8,2

Le siège du traumatisme était le membre thoracique dans 46,6% des cas et le membre pelvien dans 27,4%. Les traumatismes du niveau de la tête/cou et du dos ont représenté respectivement 30,8% et 20,5% des cas d'agression physique.

- **Etat psychique**

Tableau XVI : Répartition des victimes d'agression physique selon leur état psychique

	Effectif (n= 146)	Pourcentage
Satisfaisant	30	20,5
Dépression	8	5,5
Anxiété	61	41,8
Non renseigné	47	32,2

L'état psychique était jugé satisfaisant chez 20,5% des victimes et 41,8% d'entre elles étaient anxieuses.

3.5.8 EXAMENS PARACLINIQUES

Tableau XVII : Répartition des victimes d'agression physique selon les examens paracliniques réalisés.

	Effectifs (n=146)	Pourcentage
Echographie pelvienne		
Normale	16	11,0
Pathologique	3	2,1
Non réalisée	127	87,0
Radiographie		
Normale	26	17,8
Pathologique	7	4,8
Non réalisée	113	77,4
Scanner		
Normal	2	1,4
Non réalisé	144	98,6
Avis spécialisé complémentaire		
Oui	33	22,6
Non	113	77,4

Une échographie pelvienne a été réalisée chez 19 victimes dont 16 soit 11,0% étaient normales. La radiographie a été réalisée chez 33 victimes dont 7 (4,8%) avaient un résultat pathologique fait de fracture à multiples foyers. Deux victimes ont réalisé un scanner dont les résultats étaient normaux. Un avis médical d'un spécialiste avait complété les examens dans 22,6% des cas.

3.5.9 PRISE EN CHARGE

3.5.9.1 MEDICALE

Tableau XVIII : Répartition des victimes d'agression physique selon les différents traitements reçus.

	Effectifs (n=146)	Pourcentage
Traitement médicamenteux		
Oui	128	87,7
Non	18	12,3
Traitement chirurgical		
Oui	9	6,2
Non	137	93,8
Psychothérapie		
Oui	100	68,5
Non	46	31,5

Un traitement médical fait d'antalgique et d'anti inflammatoire a été administré chez 87,7% des victimes d'agressions physiques. Neuf victimes soit 6,2% des cas d'agression physique ont bénéficié de traitement chirurgical. Plus de 2/3 des victimes d'agression physique ont bénéficié de traitement psychologique.

3.5.9.2 JURIDIQUE

Tableau XIX : Répartition des victimes d'agression physique selon la suite réservée à la plainte.

	Effectifs (n=146)	Pourcentage
Retrait de la plainte/Abandon des poursuites		
Oui	13	8,9
Non	133	91,1
Règlement à l'amiable		
Oui	88	60,3
Non	58	39,7
Procès		
Oui	21	14,4
Non	125	85,6
Auteur en fuite		
Oui	24	16,4
Non	122	83,6

Dans notre étude, 14,4 % des plaintes ont été traitées au tribunal (procès) contre 60,3 % de cas de règlement à l'amiable.

Tableau XX : Répartition des cas d'agression physique selon les décisions de justice

	Effectifs (n=21)	Pourcentage
Décision de justice		
Acquittement	03	14,3
Condamnation	09	42,9
Affaire en cours	09	42,9
Peine exécutée		
Entièrement	04	44,4
Partiellement	2	22,2
Pas du tout	1	11,1
En cours d'exécution	2	22,2

Des 21 dossiers traités en justice, seuls 9 auteurs avaient été condamnés soit 42,9%. Des neufs jugés, 04 (44,4%) avaient exécuté la sanction pénale.

Tableau XXI : Répartition des victimes d'agression physique selon l'Incapacité Totale de Travail (en jour)

	Effectif (n= 146)	Pourcentage
0	18	12,3
1-3	23	15,8
4-7	47	32,2
8-14	25	17,2
15-30	17	11,6
>30	4	2,7
Non renseigné	12	8,2

La durée médiane d'ITT personnel était de 5 jours (IIQ : 3 jours et 10 jours) avec des extrêmes allant de moins d'un jour à 60 jours.

3.6 AGRESSION SEXUELLE

3.6.1 Heure de l'agression

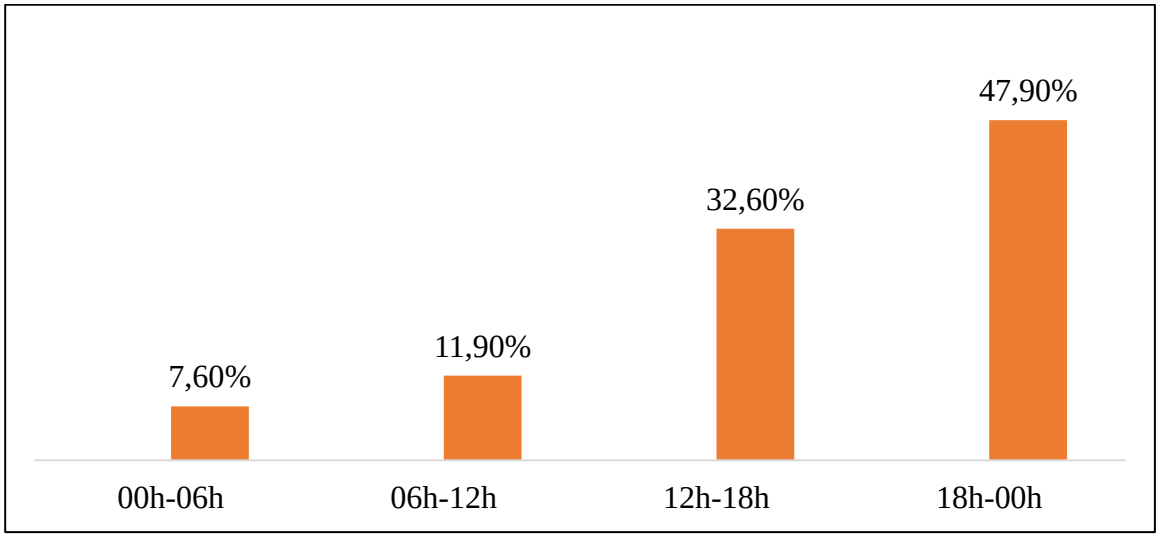


Figure 17 : Répartition des cas d'agression sexuelle selon l'heure de survenue

Près de la moitié des agressions soit 47,4% était survenue entre 18h et minuit.

3.6.2 Lieu de l'agression

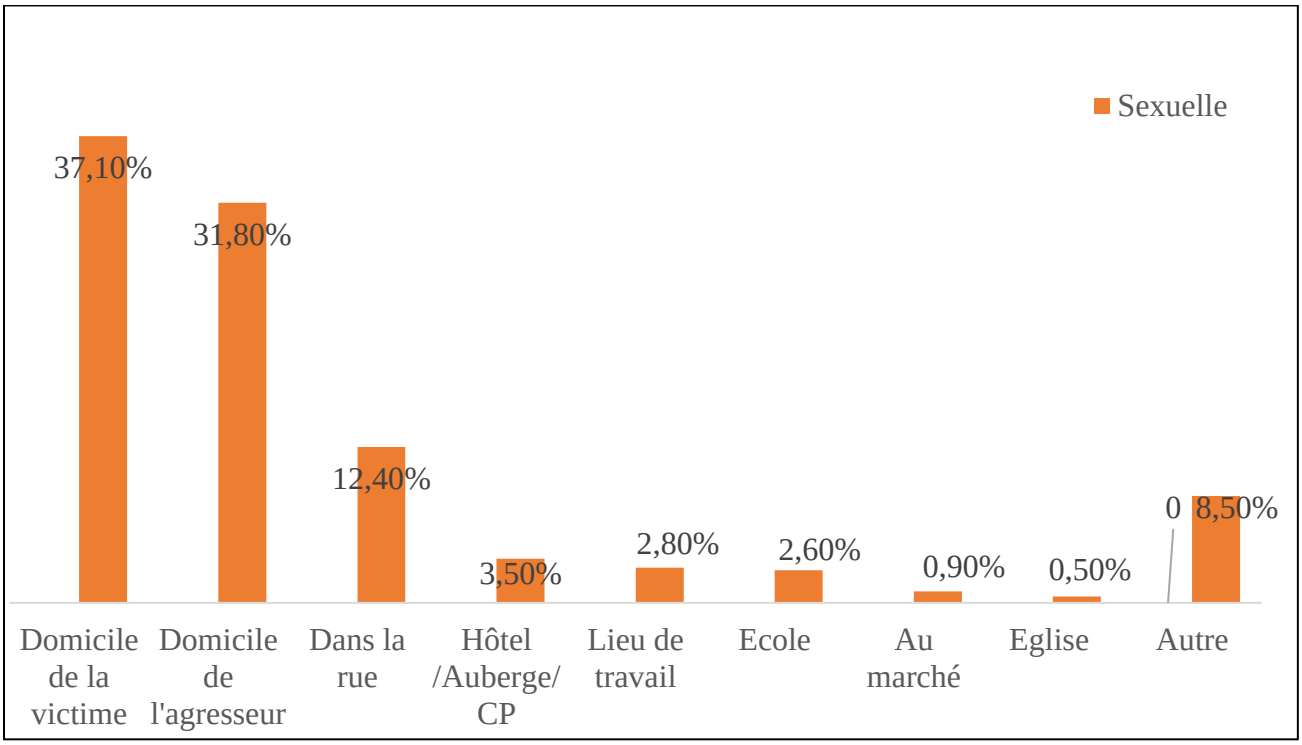


Figure 18 : Répartition des cas d'agression sexuelle selon le lieu de survenue

Les agressions sexuelles avaient eu lieu dans l'environnement immédiat du domicile de la victime dans 37,1% et au domicile de l'agresseur dans 31,8%.

3.6.3 Type d'abus sexuel

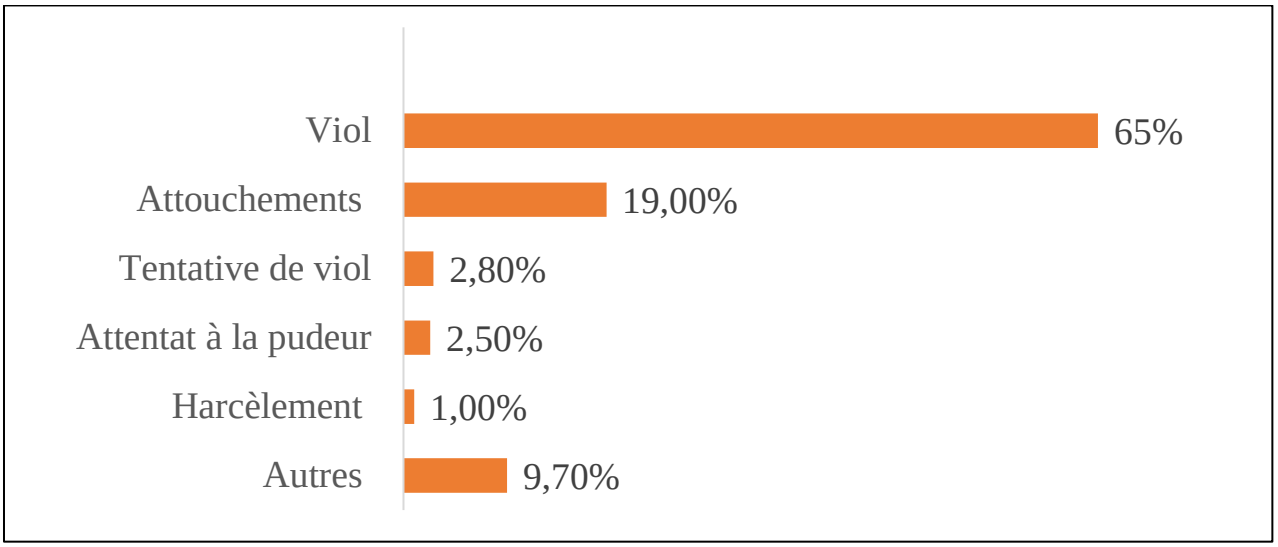


Figure 19 : Répartition des cas d'agression sexuelle selon le type d'abus.

Les agressions sexuelles les plus fréquentes étaient le viol (65%), et les attouchements (19,0%).

3.6.4 Mode de pénétration

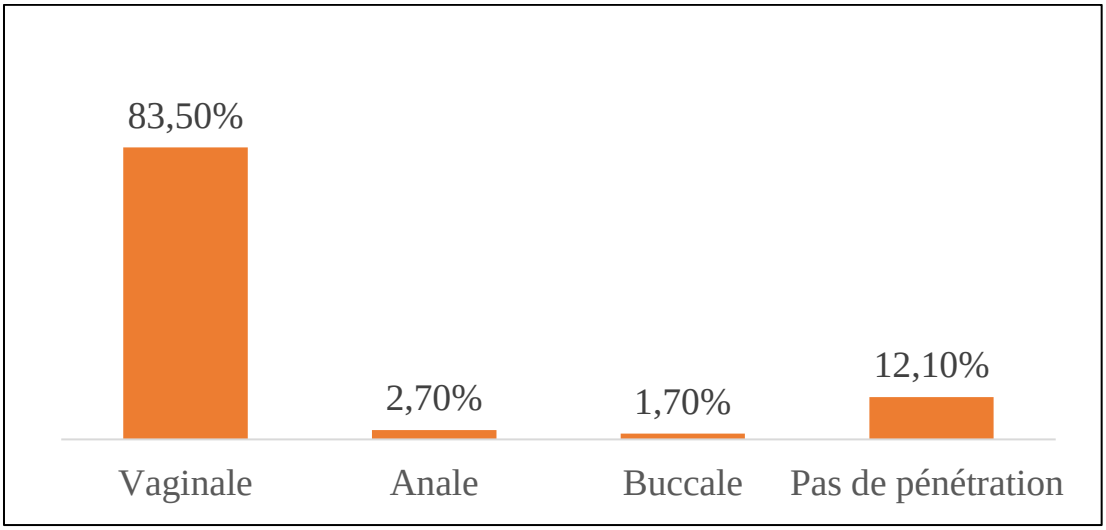


Figure 20 : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon le mode de pénétration

Le mode de pénétration était vaginal dans 83,5% des cas et anal dans 2,7% des cas.

3.6.5 Contraintes subies par les victimes

Tableau XXII : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon les contraintes subies.

	Effectifs (n=1276)	Pourcentage
Contraintes chimiques (Alcool, drogue, autre substance stupéfiante)		
Oui	55	4,3
Non	1221	95,7
Contrainte physique		
Immobilisation forcée	543	42,5
Coups de poing ou de pied	22	1,7
Arme blanche	20	1,6
Arme à feu	1	0,1
Pas de contrainte physique	690	54,1
Contrainte psychologique		
Insultes	13	1,0
Chantage	50	3,9
Intimidation	316	24,8
Autres*	07	0,5
Aucune contrainte psychologique	890	69,7

*Dons d'argent ou de biscuits

La majorité des agressions était accompagnée d'une contrainte (1027/1276 soit 80,5%). Les contraintes physiques étaient les plus présentes (45,9%) notamment l'immobilisation forcée (42,5%). L'intimidation était la menace psychologique la plus fréquente (24,8%).

3.6.6 Nombre d'agresseurs et lien entre l'agresseur et la victime

Tableau XXIII : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon le nombre d'agresseur et le lien entre l'agresseur et la victime.

	Effectifs(n=1276)	Pourcentage
Nombre d'agresseur		
Un Seul individu	1173	91,9
Groupe d'individus	88	6,9
Non renseigné	15	1,2
Lien avec l'agresseur		
Parents (Père)	38	3,0
Un membre de la famille	51	4,0
Enseignant	27	2,1
Employeur	17	1,3
Collègue	44	3,4
Voisin	409	32,1
Connaissance/Ami d'un proche	67	5,3
Ami	131	10,3
Petit ami/Concubin	72	5,6
Aucun lien avec la victime	355	27,8
Autres*	65	5,1

*Client des parents, employés de maison, livreur

L'agresseur était le plus souvent seul (91,9% des cas). Les agresseurs étaient le plus souvent un voisin (32,1%), un ami (10,3%), un parent (7% et dans 3%, il s'agissait du père).

3.6.7 Mode d'admission

Tableau XXIV : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon le mode d'admission et le délai de consultation

	Effectifs (n=1276)	Pourcentage
Mode d'admission		
Sans réquisition judiciaire	75	5,9
Avec réquisition judiciaire	1182	92,6
Non renseigné	19	1,5
Origine de la réquisition ou instance de justice ayant traité l'affaire		
Tribunal	7	0,5
Commissariat/ Police	379	29,7
OCPM	775	60,7
Brigade des mœurs	22	1,7
Autre*	3	0,2
Pas de réquisition	76	6,1
Non renseigné	14	1,1
Délai de consultation		
Moins de 72h	163	12,8
Plus de 72h	667	52,2
Non renseigné	446	35,0
Attitudes de la victime après l'agression		
Toilette intime/changement vêtement	1189	93,2%
Prise de contraceptif	12	0,9%
Aucun	75	5,9%

*Officier de Police Judiciaire, Centre de Promotion Sociale

La majorité des victimes avait été reçu sur réquisition judiciaire (92,6%) dont 60,7% venaient de l'OCPM et 29,7% de la police ou de la gendarmerie.

La consultation initiale était le plus souvent réalisée plusieurs jours après l'agression (52,2% après 72h).

3.6.8 Antécédents gynécologiques

Tableau XXV : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon les antécédents gynécologiques

	Effectifs (n=1276)	Pourcentage
Ménarche		
Oui	877	68,7
Non	372	29,2
Non renseigné	27	2,1
Rapports sexuels avant l'agression		
Oui	328	25,7
Non	894	70,1
Non renseigné	54	4,2
Rapports sexuels après l'agression		
Oui	39	3,1
Non	1183	92,7
Non renseigné	54	4,2
Méthodes contraceptives		
Oui	19	1,5
Non	1205	94,4
Non renseigné	52	4,1

Parmi les victimes d'agression sexuelle, 68,7% avaient déjà eu leurs premières règles. Un peu plus d'un quart (25,7%) avait déjà eu des rapports sexuels avant l'agression et 70,1% auraient été vierges avant l'agression.

3.6.9 Antécédents obstétricaux

Tableau XXVI : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon les antécédents obstétricaux.

	Effectifs (n=1276)	Pourcentage
Gestité (n=1268)		
Nulligeste	1202	94,8
Primigeste	56	4,4
Paucigeste	6	0,5
Multigeste	4	0,3
Parité(n=64)		
Nullipare	48	75,0
Primipare	10	15,6
Paucipare	5	7,8
Multipare	1	1,6
Nombre de fausse couche (n=65)		
0	45	69,2
1	18	27,7
2	2	3,1
Aménorrhée (n=1276)		
Gravidique	139	10,9
Non gravidique	6	0,5
Pas d'aménorrhée	827	64,8
Non renseigné	304	23,8
Accouchement par voie basse (n=72)		
Oui	18	25,0
Non	49	68,1
Non renseigné	5	6,9
Sérologie VIH (n=1276)		
Positif	1	0,1
Négatif	174	13,6
Ne sait pas	1101	86,3

Les victimes étaient des nulligestes dans 94,2% des cas. Des suites de l'agression, 10,9% d'entre elles présentaient une aménorrhée gravidique.

A l'admission, 86,3% des victimes ignoraient leurs statuts sérologiques au VIH.

3.6.10 Antécédents de violence sexuelle

Tableau XXVII : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon les antécédents de violence sexuelle.

	Effectifs (n=1276)	Pourcentage
Antécédents de violence sexuelle		
Oui	25	2,0
Non	1251	98,0
Nombre de violence sexuelle par le passé (n=25)		
1	13	52,0
2	3	12,0
3	1	4,0
4	1	4,0
Non renseigné	7	28,0
Type de violence par le passé (n= 33)		
Viol	21	63,6
Attouchement	9	27,3
Harcèlement	2	6,1
Tentative de viol	1	3,0

Parmi les victimes, vingt-cinq victimes (2%) avaient déjà subi une agression sexuelle par le passé notamment un viol (63,6%).

3.6.11 Signes généraux

Tableau XXVIII : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon l'état général, l'état psychologique et les lésions cutanées à l'admission.

	Effectifs (n=1276)	Pourcentage
Etat général		
Satisfaisant	1258	98,6
Altéré	11	0,9
Non renseigné	7	0,5
Etat psychologique à l'admission		
Anxiété	189	14,8
Dépression	31	2,4
Satisfaisant	727	57,0
Autre*	6	0,5
Non renseigné	323	25,3
Lésions cutanées		
Ecchymoses	15	1,2
Egratignures	16	1,3
Plaies profondes	18	1,4
Pas de lésion	1227	96,1

*Troubles du comportement, déni, apathie

L'état général des victimes d'agression sexuelle à l'admission était satisfaisant dans la majorité des cas soit 98,6%. L'état psychologique était jugé satisfaisant dans 57,0% des cas. Des lésions cutanées avaient été observées chez 3,9% des victimes.

3.6.12 Examen gynécologique

Tableau XXIX : Répartition des cas d'agression sexuelle selon les lésions hyménéales et l'ancienneté de la déchirure

	Effectifs (n=1276)	Pourcentage
Hymen		
Intact	282	22,1
Non intact (Déchirure)	955	74,8
Non renseigné	39	3,1
Ancienneté de la déchirure		
Ancienne	839	87,9
Récente	116	12,1

Une déchirure hyménéale avait été noté dans 74,8%. Elle était ancienne dans 87,9%.

Tableau XXX : Répartition des cas d'agression sexuelle selon les lésions génitales associées

	Effectifs (n=1276)	Pourcentage
Lésion génitale		
Déchirures vulvo-périnéales	8	0,6
Déchirures vaginales	10	0,8
Autre*	127	10,0
Pas de lésion	1131	88,6

*Ecorchures, érythème, plaie linéaire, inflammation labiale et de la paroi vaginale

De nos survivantes, 11,4% avaient présenté une lésion génitale. Ces lésions génitales étaient en général des inflammations labiales (3%) et de la paroi vaginale (2,1%). Les déchirures représentaient 1,4% des cas de notre étude.

Tableau XXXI : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon les données de l'examen au spéculum.

	Effectifs (n=1276)	Pourcentage
Ecoulement		
Sang	33	2,6
Leucorrhées	90	7,0
Sperme	2	0,2
Pas d'écoulement	791	62,0
Non renseigné	360	28,2
Etat du vagin		
Normal	1251	98,0
Pathologique	25	2,0
Etat du col		
Normal	1246	97,6
Pathologique	30	2,4

L'examen au spéculum objectivait des leucorrhées chez 7% de nos patientes. L'aspect du col était normal dans 97,6% des cas. L'inflammation et l'exocervicite étaient les anomalies du col retrouvées dans 2,4% des cas. Dans 2% des cas, des inflammations de la paroi vaginale avaient été observées.

3.6.13 Examens paracliniques

Tableau XXXII : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon les résultats paracliniques.

	Effectifs (n=1276)	Pourcentage
Test des ß HCG urinaires		
Positif	88	6,9
Négatif	224	17,6
Non réalisé	189	14,8
Non renseigné	775	60,7
Sérologie VIH		
Positive	3	0,2
Négative	490	38,4
Non réalisée	16	1,3
Non renseignée	767	60,1
Antigène HbS		
Positif	5	0,4
Négatif	438	34,3
Non réalisé	22	1,7
Non renseigné	811	63,6
Ac anti-HVC		
Positif	3	0,2
Négatif	428	33,5
Non réalisé	24	1,9
Non renseigné	821	64,3
TPHA-VDRL		
Positif	2	0,2
Négatif	434	34,0

Non réalisé	20	1,6
Non renseigné	820	64,3
Écho pelvienne		
Grossesse	80	6,3
Utérus non gravide	52	4,1
Non réalisé	1144	89,6

Le dosage des β-HCG urinaires a été réalisé chez toutes les victimes en âge de procréer et était positif chez 6,9% des victimes.

La sérologie VIH était négative dans 38,4% des cas et trois cas de séropositivité à l'infection VIH étaient retrouvés dans notre étude.

Une échographie pelvienne avait été réalisée dans 10,4% des cas et a objectivé une grossesse chez 6,3% des victimes.

3.6.14 Prise en charge

3.6.14.1 Médicale

Tableau XXXIII : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon le traitement reçu.

	Effectifs (n=1276)	Pourcentage
Traitement médicamenteux		
Contraception d'urgence	66	5,2
Antibioprophylaxie	93	7,3
Prophylaxie rétrovirale	17	1,3
Antibiothérapie	198	15,5
Antifongique	210	16,5
Antiseptique	309	24,2
Antalgique	27	0,1
Supplémentation en fer	79	6,2
Aucun	773	60,6
Traitement chirurgical		
Suture vaginale	4	0,3
Suture vulvo-périnéale	3	0,2
AMIU	2	0,2
Aucun	1267	99,3
Psychothérapie		
Oui	769	60,3
Non	507	39,7

Les principaux traitements administrés étaient la prescription d'une contraception d'urgence (5,2%), la prévention de l'infection à VIH (1,3%) et la psychothérapie (60,3%).

3.6.15 Prise en charge juridique

Tableau XXXIV : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon la suite réservée à la plainte

	Effectifs (n=1276)	Pourcentage
Retrait de la plainte/Abandon des poursuites		
Oui	258	20,2
Non	1018	79,8
Règlement à l'amiable		
Oui	349	27,4
Non	927	72,6
Procès		
Oui	343	26,9
Non	933	73,1
Auteur en fuite		
Oui	411	32,2
Non	865	67,8

Les plaintes ont donné lieu à un procès dans 26,9 % des cas. Les auteurs d'agression sexuelle en fuite représentaient 32,2%.

Tableau XXXV : Répartition des cas d'agression sexuelle selon les décisions de justice

	Effectifs (n=343)	Pourcentage
Décision de justice		
Acquittement	77	22,4
Condamnation	170	49,6
Affaire en cours	96	28,0
Peine exécutée (n= 170)		
Entièrement	29	17,0
Partiellement	1	0,6
Pas du tout	3	1,8
En cours d'exécution	137	80,6

Parmi les cas jugés, 49,6% des auteurs ont été condamnés. Parmi eux, 29 avaient déjà purgé leur peine soit 17%.

Tableau XXXVI : Répartition des victimes d'agression sexuelle selon les conséquences.

	Effectifs (n=1276)	Pourcentage
Grossesse		
Oui	175	13,7
Non	1101	86,3
Séquelles physiques		
Oui	19	1,5
Non	1257	98,5
Séquelles psychiques		
Oui	180	14,1
Indéterminées	1096	85,9

De ces violences sexuelles, 13,7% victimes étaient tombées enceintes et 14,1% avaient eu des répercussions psychiques (mutisme, dépression, peur, addiction).

DISCUSSION

4 DISCUSSION

La discussion des résultats de l'étude suivra le plan ci-après :

- Atteinte des objectifs de l'étude
- Evaluation des différents biais et validité de l'étude
- Interprétation et comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs

4.1 Atteinte des objectifs de l'étude

Les objectifs de notre étude ont été pleinement atteints. En effet :

- Les différents types de violences basées sur le genre reçues au CIPEC de Cotonou ont été déterminés de même que leur fréquence
- Les profils des victimes ainsi que celui des auteurs ont été établis
- Les circonstances de survenue des agressions ont été identifiées
- Les caractéristiques clinique et paraclinique des victimes des différents types d'agression ont été précisées
- La prise en charge médicale et juridique des victimes a été décrite
- Les conséquences physiques et psychiques des VBG sur les victimes et/ou survivants ont été relevées

4.2 Evaluation des différents biais et de la validité de l'étude

4.2.1 Biais de sélection

Le recensement exhaustif de toutes les victimes de VBG ayant consulté au CIPEC de Cotonou et la durée de la période d'étude a permis d'obtenir un échantillon assez significatif. Ce qui limite les biais de sélection.

4.2.2 Biais d'information

Il a été mené une étude rétrospective à visée descriptive. La collecte a été faite sur la base des dossiers des victimes reçues. Le manque d'information dans certains dossiers et la non-disponibilité des issues juridiques dans les dossiers constituent une faiblesse. Pour y pallier, nous avons appelé toutes les victimes répondant aux critères d'inclusion afin de renseigner le moyen de règlement des dossiers, l'existence ou non de séquelles et le profil des agresseurs. Cette démarche peut engendrer des biais d'information comme dans toutes les études basées sur les déclarations. Toutefois l'exploitation rigoureuse des registres d'admission, des certificats médicaux, des rapports d'activités du CIPEC a permis de disposer de données fiables.

4.2.3 Validité des résultats

Les patients inclus dans l'étude sont les victimes d'agression physique et sexuelle car ayant rempli nos critères d'éligibilité. Sur mille neuf cent trente-deux (1932) victimes et/ou survivants de VBG reçus dans le centre intégré de prise en charge de Cotonou, mille quatre cents vingt-deux (1422) remplissaient les critères d'éligibilité soit une représentativité de 73,6%. Ce qui confère aux résultats obtenus une fiabilité acceptable.

4.3 Interprétation et comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs

4.3.1 Fréquentation

La fréquentation des centres intégrés de prise en charge des violences basées sur le genre de Cotonou a nettement augmenté entre 2018 et 2023. De 47 victimes enregistrées au dernier semestre de 2018, le nombre est passé à 291 de janvier à juin 2023 soit une augmentation de 519%. Cette évolution croissante des admissions est obtenue grâce aux différentes campagnes de sensibilisation communautaires menées par le CIPEC-VBG de Cotonou, et aussi par les nombreuses actions entreprises par le Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance et les partenaires techniques et financiers en matière de lutte et de prévention des violences faites aux femmes et aux enfants. Il s'agit notamment de campagne de sensibilisation, installation des services d'écoute et d'aide juridique dans tous les CPS, initiation de plusieurs études nationales sur les violences faites aux femmes et les violences basées sur le genre qui ont joué un rôle déterminant dans l'adoption et le renforcement des textes juridiques. Toutes ces actions ont permis une meilleure connaissance des violences basées sur le genre et des lois les interdisant par la population béninoise.

4.3.2 Caractéristiques socio-démographiques

4.3.2.1 Age

Dans notre étude, la médiane d'âge était de 15 ans avec des extrêmes de 03 mois et de 61 ans. La médiane d'âge des victimes était de 15 ans (IIQ :13ans, 16 ans). La plus jeune victime était âgée de 03 mois et la plus âgée de 61 ans. Les adolescentes ayant entre 13 et 18 ans ont représenté plus de la moitié des cas soit 64,8%. La petite enfance (0 à 6 ans) n'était pas épargnée avec un total de 117 cas. Dans une étude réalisée au Sénégal par Cissé et al en 2015, la tranche d'âge de 10 à 16 ans a été la plus représentée avec 46,9 % [48]. Pour Diallo A. au Mali en

2015, la tranche d'âge de 10-14 ans a été la plus touchée avec 37,3% [38]. Ceci pourrait s'expliquer par la plus grande vulnérabilité physique et psychologique à ces âges.

4.3.2.2 Sexe

Les VBG constituent un phénomène qui touche les deux sexes. Les femmes et les filles paient un plus lourd tribut. Dans notre étude, la quasi-totalité (96,5%) des survivants de VBG rapportés étaient de sexe féminin. Cette fréquence est semblable à celle rapportée dans le système de gestion de l'information sur les violences basées sur le genre (GBVIMS) en République Centrafricaine [39] qui retrouvait 95% de femmes et de filles.

Les hommes et les garçons représentaient 3,5% des survivants. Cependant ce chiffre pourrait être sous-estimé en raison de la peur de la stigmatisation et du manque de services adaptés pour eux.

4.3.2.3 Profession

Nous avons observé une prédominance des élèves et/ou étudiants à 50,4% suivis des artisans (21,6%). Pour Diallo A [38], la profession ménagère était la plus représentée avec 44,1% suivie des étudiants/élèves (41,1%). Cette prédominance des apprenants (élèves et artisans) dans notre étude pourrait s'expliquer par la tranche d'âge la plus touchée (5 à 15 ans) qui représentait plus de la moitié de notre échantillon. En effet, cet âge correspond à celui de l'apprentissage. Par ailleurs, les nombreuses campagnes faites dans les écoles et les CEG ont pu inciter certaines victimes à porter plainte.

4.3.2.4 Niveau d'instruction

Dans la majorité des cas soit 68,5%, les victimes étaient scolarisées avec plus d'un tiers qui avaient un niveau secondaire.

Cela pourrait s'expliquer par la réduction considérable du taux de personnes non scolarisées au Bénin grâce aux mesures prises depuis 2006 par les différents gouvernements du Bénin en faveur de la gratuité de l'enseignement maternel et primaire et de l'exonération des frais de scolarité pour les filles du premier cycle des lycées et collèges publics du Bénin.

4.3.2.5 Situation matrimoniale

Dans notre étude, la majorité des victimes était célibataire avec un taux de 91,4%. Ce taux se rapproche de celui de Dembélé et al qui notait 90,2 % de célibataires [40]. De même Traoré A avait rapporté une proportion de 87,8% de célibataires [41]. Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des victimes de notre étude était des mineures. Par ailleurs, il est possible que chez les femmes en couple, la crainte d'une répudiation les dissuade à porter plainte. Le statut de femme célibataire pourrait être un facteur d'exposition aux viols, violences physiques et sexuelles.

4.3.2.6 Zone de provenance

La zone urbaine constitue le principal lieu de provenance des cas de VBG (88,3%) contre 10% en zone rurale. Ces données sont contraires à ceux rapportés dans le Système Intégré des Données relatives à la Famille, la Femme et l'Enfant, nouvelle génération (SIDoFFE-NG) au Bénin [35] qui montrait que le risque de subir les VBG est de 69% supérieur en milieu rural comparé au milieu urbain. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agissait d'une enquête réalisée en population et les répondants de cette étude vivaient pour la plupart (environ 70%) en milieu rural [35].

La commune de Cotonou (59,2%) et donc le département du littoral (59,2%) est celui où résidait plus de la moitié des victimes. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le CIPEC-VBG reçoit essentiellement les personnes vivants dans la ville de Cotonou et ses alentours.

4.3.3 Types d'agression

Quatre types de violences basées sur le genre ont été enregistrés au CIPEC-VBG de Cotonou. Les plus fréquentes étaient les violences sexuelles (1276 soit 87%) et les violences physiques (146 soit 10%).

Selon le Système Intégré des Données relatives à la Famille, la Femme et l'Enfant, nouvelle génération (SIDoFFE-NG) au Bénin [35] entre 2019 et 2022, la majorité des actes de violences se caractérisait par les violences psychologiques ou morales (19938 cas), les violences physiques (6267 cas), les violences économiques (5749 cas), les violences patrimoniales ou culturelles (1505 cas), les violences sexuelles (1049 cas). Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'une enquête réalisée en population par des spécialistes avec une approche active. Certains types de violences ne sont pas connus du grand public et ne font donc pas l'objet de plaintes. Les VBG les plus médiatisées sont celles sexuelles et physiques. Et sont donc les plus déclarées au niveau des structures sanitaires de prise en charge comme le CIPEC.

4.3.4 Circonstances de survenue

4.3.4.1 L'heure de survenue de l'agression

Près de la moitié des agressions étaient survenues entre 18h et 00h.

Les agressions sexuelles avaient lieu entre 18h et minuit dans 47,9% des cas et 7,6% avaient lieu entre 00h et 06h. Ces résultats sont comparables à ceux de Drame B. et al (52,8% entre 17h et 00h) [4] et de Traoré T. (64,9% entre 19h et 23h) [19]. Ce type d'agression nécessite en effet des conditions de discrétion qui sont plus réunies la nuit.

Les agressions physiques ont eu lieu majoritairement entre 12h et 00h (69,8%).

4.3.4.2 Le lieu de survenue de l'agression

Les agressions ont eu lieu au domicile de la victime dans 42,2% des cas et au domicile de l'agresseur dans 28,2% des cas, tout type de violence confondu. Ces résultats sont similaires à ceux rapportés par le GBVIMS dans son rapport annuel en République Centrafricaine (2022) [39], dans lequel les incidents de VBG étaient récursifs là où habitaient les survivants avec 48% au domicile de la survivante et 28% au domicile de l'auteur.

S'agissant des agressions physiques, la plupart étaient perpétrées au domicile de la victime (81,7%). Ce qui pourrait s'expliquer par le fait que les agressions physiques impliquaient des conjoints qui habitaient souvent au même endroit.

Dans notre étude, les violences sexuelles avaient lieu dans l'environnement immédiat du domicile de la victime dans 37,1% et au domicile de l'agresseur dans 31,8%.

4.3.5 Profil des agresseurs

4.3.5.1 Age

Les victimes ne connaissaient pas l'âge de leur agresseur dans 42,7% des cas.

Plus d'un cinquième (soit 21,6%) des auteurs avaient un âge compris entre 20 et 30 ans. Le plus jeune auteur de VBG retrouvé était âgé de 06 ans. H. Bah et al [29] ont rapporté 37,7 % d'auteurs ayant un âge compris entre 16 et 25 ans. Cet âge correspond à celui où l'activité sexuelle est maximale, celui où la curiosité et la découverte des pratiques sexuelles est très poussée. Par ailleurs, cela pourrait s'expliquer par les effets de la délinquance juvénile, l'accès facile à la pornographie et l'effet néfaste des réseaux sociaux.

4.3.5.2 Profession

Près d'un quart (24,4%) des agresseurs étaient des artisans ou des ouvriers suivis des salariés (7,6%) et des élèves (7,5%).

Bah H. notait que la majorité des auteurs d'agressions sexuelles exercent des professions à revenu modeste ; 24% étaient des élèves/étudiants, 12,4% étaient des ouvriers [29]. Ceci pourrait s'expliquer par la tranche d'âge la plus représentée parmi les agresseurs. En effet, ils sont jeunes, célibataires et avec un revenu faible et donc plus enclin aux abus sexuels.

4.3.6 Agression physique

4.3.6.1 Moyen d'agression

L'usage des mains nues (coup de poing) était le principal moyen d'agression (63%) suivi des coups de bâton (30,8%). Diallo A [38] a trouvé 57,2% de coups de poing, 16,5% de coups de bâtons et 4,7% de coups de couteaux. Chez Doumbia S. [42], l'agent étiologique trouvé était les armes blanches avec un taux de 46%. L'agression physique fait généralement suite à une dispute dans un cadre domestique et l'agresseur a tendance à utiliser les premiers objets dont il dispose.

4.3.6.2 Nombre d'agresseur

Dans notre étude, les violences ont été infligées par un seul individu dans 90,4% des cas et dans 9,6% par un groupe d'individus dans notre étude. Au Mali, Traoré A avait constaté que 87,8% des victimes ont été agressées par un seul individu contre 12,2% dont l'agression a été faite en groupe [41]. Ces proportions sont similaires aux nôtres. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces agressions résultent d'actes isolés plutôt que des actes en bandes organisées. Diallo A avait trouvé 50% étaient agressées par un seul agresseur [38].

4.3.6.3 Relation entre l'agresseur et la victime

Plus d'un tiers (39,0%) des agressions physiques étaient commis par les maris et/ou les concubins. Les personnes vivants dans la même maison (autre que le partenaire) que la victime étaient impliquées dans 22,6% des cas. L'institut national de la statistique du Niger révélait en 2010 que 30,6% des cas de violences déclarées ont été commises par les maris sur leurs épouses [43]. Le GBVIMS rapportait 72% des cas perpétrés par des partenaires intimes ou des ex-partenaires aux survivants [39].

4.3.6.4 Siège du traumatisme

Dans la présente étude, le siège des lésions était le membre thoracique dans 46,6% des cas suivi de la tête, visage compris et du cou (30,8%). Haidara T. [44] a trouvé que le visage est le plus touché avec 40% de cas suivi des membres thoraciques avec 22,5%. Chez Drago, la tête était le siège du traumatisme qui prédominait avec un pourcentage de 37,8% [45]. Le résultat était identique chez Kamissoko M. [46] qui avait trouvé 39,3%. Ceci pourrait s'expliquer par une plus grande accessibilité de ces parties à l'agresseur mais aussi une envie consciente ou inconsciente de porter un préjudice esthétique à son partenaire et de compromettre sa vie ultérieure.

4.3.6.5 Prise en charge

- **Médicale**

Un traitement médical fait d'antalgique et d'anti-inflammatoire a été administré dans 87,7% des cas. Le traitement chirurgical reposait sur la confection de plâtre et la suture des lésions (6,2% des cas). Haidara T. [44] retrouvait 94,87% de victimes ayant bénéficié d'un traitement similaire au nôtre (antibiotiques, des anti-inflammatoires et des antiseptiques et la suture dans 5,1% cas). Ceci reflète bien la nature des lésions qui sont d'origine traumatique.

- **Psychologique**

Plus de 2/3 des victimes ont bénéficié d'une consultation psychologique. Nghokem C. retrouvait que l'accompagnement psychologique ne concernait que les tentatives d'autolyse (anxiolytiques dans 20,4% des cas et de neuroleptiques 18,4%) [47]. La fréquence retrouvée dans notre étude s'explique par le fait que le CIPEC-VBG de Cotonou dispose d'un psychologue permanent.

- **Judiciaire**

Les instances de justice avaient été saisies dans 14,3% des cas. Les victimes avaient préféré un règlement à l'amiable dans 60,3% des cas. Vingt-quatre auteurs des actes d'agression physique étaient en fuite soit 16,4%. Cet état de chose est dû au fait que le recours au CIPEC est souvent motivé par la nécessité de la prise en charge des lésions. Cependant, la dépendance financière des femmes par rapport au conjoint, les pesanteurs socio-culturelles, la peur des représailles, la peur de se retrouver seule en cas d'emprisonnement du conjoint poussent les victimes à préférer le règlement à l'amiable ou le renoncement pur et simple à toute action judicaire.

4.3.7 Agression sexuelle

4.3.7.1 Type d'abus sexuel

Les violences sexuelles les plus fréquentes dans notre série étaient le viol (65% des cas), les attouchements (19% des cas). Diallo A avait trouvé 80% d'agressions sexuelles, 16,7% de pédophilies, 3,3% d'attouchement [38]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'agresseur cherchait à satisfaire pleinement ses pulsions sexuelles (pénétration). Aussi, les cas d'attouchements et d'inceste ne font pas souvent l'objet de plaintes. Ils sont pour la plupart traités à l'amiable et/ou en famille.

4.3.7.2 Mode de pénétration

Dans 83,5% des cas de viol, la pénétration était vaginale, 2,7% était anale et 1,7% buccale.

Nos données se rapprochent de ceux de Haidara T. qui a trouvé 95,56% de pénétration vaginale et 4,44% de pénétration anale [44]. Diallo A a trouvé 82% de pénétration génitale [38]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que certaines pratiques sexuelles sont encore considérées comme des déviances et peu courantes en Afrique. Par ailleurs, la pénétration vaginale peut être plus facile et moins dangereuse que les autres types de pénétration dans ce contexte de relation sexuelle forcée.

4.3.7.3 Contraintes subies par les victimes

La majorité des agressions était accompagnée d'une contrainte. Les contraintes physiques étaient les plus présentes (45,9%) suivi des contraintes psychologiques (30,3%) et celles chimiques (4,3%). L'immobilisation forcée (34,2% des contraintes physiques) et l'intimidation (21,4% des contraintes psychologiques) étaient les plus retrouvées.

Cette tendance a été retrouvée dans la littérature mais à des fréquences plus élevés dans la série de Traoré Y. et al [48], qui ont rapporté 64,7%. En effet, il s'agissait de relations sexuelles non consenties et les agresseurs la plupart du temps étaient plus fort que les victimes (mineures).

4.3.7.4 Nombre d'agresseur

Des 1276 agressions sexuelles, l'agresseur était un seul individu impliqué dans 91,9% des cas. L'agression sexuelle était collective dans 6,9% des cas. Ces résultats sont semblables à ceux de Traoré A qui a constaté 87,8% de victimes agressées par un seul individu [41]. Dembele et al avaient rapporté dans une étude réalisée au Mali en 2021 une fréquence de 7,84% d'agression collective [40].

4.3.7.5 Relation entre agresseur et victime

L'agresseur était connu de la victime dans une proportion de 72,2%. Ce résultat est similaire à celui trouvé par Mohamed et al en 2013 au Gabon qui rapportait que 75% des agresseurs étaient connu [49].

Nous avons constaté que la situation de cohabitation était la plus fréquente (32,1% des cas). Ce taux est semblable à celui de Mohamed et al qui retrouvait dans 23% des cas un membre de la famille et pour 39% des cas, un voisin [49]. La situation de cohabitation avec les maisons en colocation et les cours communes sous nos cieux, favoriserait cet état de chose.

Les cas d'inceste représentaient 3%, les concubins représentaient 5,4%. Notre taux est semblable à celui de Traoré T [19] qui trouva un taux de 5,4% pour le viol entre époux.

4.3.7.6 Mode d'admission

Les victimes ont été reçues à 92,6% sur réquisition judiciaire. Diallo A [38] a trouvé 85% avec réquisition. Cela pourrait s'expliquer par la sensibilisation qui a permis de mieux faire connaître le circuit de prise en charge des VBG. Aussi la détention d'une réquisition rend gratuite l'ensemble de la prise en charge. Par ailleurs, il existe une bonne organisation du système de prise en charge de ces violences et l'orientation des victimes par d'autres services compétents (Police, Gendarmerie, Brigade des Mœurs, Tribunal).

4.3.7.7 Délai de consultation et attitude de la victime après l'agression

Dans la présente étude, la consultation initiale était le plus souvent réalisée plusieurs jours après l'agression (52,3% après 72h). Le GBVIMS dans son rapport de septembre 2016 en Centrafrique [50] a retrouvé 29,3% de survivants ayant déclaré les incidents dans un centre et pris en charge au bout de 72h. Le long délai de consultation pourrait s'expliquer par le fait qu'en Afrique, les abus sexuels

demeurent un sujet tabou pour la victime qui craint de parler de son traumatisme. Aussi, la plupart des victimes ignorent l'effet du temps sur les éléments de preuves et donc la nécessité d'un recours précoce aux structures sanitaires.

Par ailleurs, nous avons retrouvés 93,2% de victimes ayant fait une toilette intime et changé de vêtements avant la consultation. Cissé et al [5] au Sénégal rapportait 50,2% de victimes ayant pris une douche avant la consultation, les autres avaient réalisé une toilette intime (5,4 %) ou changé de vêtement (1,7 %). Ceci pourrait s'expliquer par la nécessité que ressent la victime de se débarrasser de toute souillure et de tout élément pouvant lui rappeler l'agression d'une part et de prévenir les infections et une éventuelle grossesse d'autre part.

4.3.7.8 Aspects cliniques des lésions

- **Etat général**

La quasi-totalité des victimes présentait un état général satisfaisant (98,6%). Traoré A. retrouvait 88,7% de victimes ayant un état général satisfaisant et 11,3% avaient un état général altéré [41]. Selon la littérature une violence sexuelle sans complication comme l'hémorragie n'entraîne généralement pas une atteinte de l'état général. Aussi la motivation première de l'agresseur est son plaisir et une fois son objectif atteint, il abandonne sa victime.

Etat psychique

Chez 57% des victimes de notre série, l'état psychique à l'admission avait été jugé satisfaisant, 14,8% étaient anxieuses. Cependant ces résultats doivent être pris avec réserve dans la mesure où l'état psychique n'était pas apprécié par des psychologues dans tous les cas. Par ailleurs, cette appréciation était ponctuelle et ne traduisait pas forcément l'état psychique ultérieur des survivants dans la mesure où ils ne respectaient pas les rendez-vous psychologiques.

Diallo A. [38] a trouvé 96%, normal.

- **Les lésions cutanées**

Concernant les lésions cutanées, 96,1% des patientes ne présentaient aucune atteinte cutanée, seulement 1,4% ont présenté une plaie, 1,2% des ecchymoses et 1,3% des égratignures. Ce résultat est semblable à celui de Dembélé et al qui retrouvaient 82,36% de victimes d'agression sexuelle n'ayant pas de lésion associée [40].

La supériorité physique des agresseurs sur leurs victimes qui leur permet de les immobiliser rapidement et la résignation des victimes pourrait expliquer cette situation. Par ailleurs, beaucoup de victimes avaient consulté tardivement après l'agression et à ce moment certaines lésions auraient pu avoir disparu.

- **Lésions hyménéales**

Une déchirure hyménéale était retrouvée chez 74,8% de nos victimes. Elle était ancienne chez la plupart des victimes avec une proportion de 87,9%. Cissé et al ont rapporté 59,9% de traumatismes hyménéaux dont près de la moitié était constituée de lésions anciennes [5]. Diallo A. retrouvait 60% de lésion hyménéale [38]. Ceci est la conséquence d'une part du recours tardif à la consultation et d'autre part du fait que certaines femmes n'étaient plus vierges au moment de l'agression.

4.3.7.9 Examens paracliniques

Dans notre étude, plus de 60% des résultats de bilans paracliniques réalisés n'ont pu être renseigné. La réalisation des bilans complémentaires est totalement gratuite au CIPEC-VBG de Cotonou mais plusieurs parents de victimes ne sont plus venus récupérer les résultats d'analyses dans les laboratoires ce qui justifie le pourcentage de « non renseigné » enregistré au cours de l'étude. Dans la majorité des cas, ce qui préoccupait nos patientes dans l'immédiat c'était un certificat médical pouvant incriminer leurs agresseurs. Aussi durant le temps de la réalisation de ces examens complémentaires, beaucoup de cas de viol ont été

réglés à l'amiable ou il y a eu une médiation au cours de laquelle les parents des victimes ont décidé d'abandonner la procédure.

Le dosage des β-HCG urinaires n'a pas été réalisé chez 14,8% des victimes. Ceci s'expliquerait par le fait que certaines victimes n'étaient pas en âge de procréer et certaines victimes étaient de sexe masculin. Par ailleurs, 6,9% des victimes étaient enceintes.

La sérologie HIV était négative pour 38,4% des cas et trois cas de séropositivité à l'infection VIH étaient retrouvé dans notre étude.

4.3.7.10 Prise en charge

- **Médicale**

La prescription d'une contraception d'urgence avait été faite pour 5,2% des victimes. La prévention de l'infection à VIH par la prescription d'antirétroviraux était faite chez 1,3% des victimes. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des victimes n'était plus dans le délai d'une part et d'autre part le risque était évalué faible (attouchement, pas de pénétration, câlin, …).

Le traitement chirurgical consistait surtout à la suture des déchirures vulvo-périnéales et vaginales (7 cas soit 0,5%).

- **Psychologique**

En dehors de la prise en charge médicamenteuse, une prise en charge psychologique est nécessaire en cas d'agression sexuelle. Dans notre étude, 60,3% avaient bénéficié d'une consultation psychologique. Notre taux est nettement supérieur à celui de Cissé et al [5] qui ont rapporté que la prise en charge psychologique ne concernait que 22 % des victimes. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'au CIPEC-VBG il existe un psychologue pour la prise en charge des patientes. Néanmoins, certains parents demeurent réticents ou ne

respectent pas les rendez-vous de psychothérapie, ignorant ainsi les multiples conséquences mentales de l'agression sur leur enfant.

- **Judicaire**

Dans notre série, seules 26,9 % des plaintes ont été traitées dans les instances de justice contre 27,4 % de cas de règlement à l'amiable et 32,2% des auteurs d'agression sexuelle étaient en fuite. Traore Y. et al ont rapporté 43,46% de règlement à l'amiable avant même que l'affaire soit instruite par l'autorité judiciaire et 10,48% d'agresseurs reconnus coupables et condamnés.

Dans notre série, les condamnations représentaient 49,6% des poursuites judiciaires, 22,4% des agresseurs avaient été acquittés et 28% des dossiers sont encore en cours. Le délai moyen de règlement par la justice variait entre 1 et 24 mois. Malgré l'évolution des mentalités, les abus sexuels restent encore pour l'écrasante majorité de la population un sujet tabou. Les victimes ainsi que leur famille hésitent souvent par honte ou pudeur à avoir recours à la justice par souci de préserver l'honneur de la famille. Dans certains cas, les parents des victimes abandonnent les plaintes suite aux menaces reçues des auteurs ou de leurs proches ou contre une compensation financière pour ne pas traduire les auteurs devant les tribunaux. Les procédures administratives et les procès parfois longs amènent certaines victimes et leurs parents à renoncer au dossier.

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

CONCLUSION

Les violences basées sur le genre constituent un problème majeur de santé publique. Elles constituent une atteinte aux droits humains, avec des conséquences dévastatrices sur les femmes, les hommes, les jeunes, les personnes vulnérables, ainsi que sur leurs familles et leurs communautés respectives. Elles sont présentes dans tous les pays, en particulier, les pays en voie de développement. A l'issue de notre étude, il ressort que :

- La médiane d'âge était de 15 ans avec des extrêmes de 03 mois et de 61 ans
- Les mineurs de sexe féminin sont les principales victimes d'agression sexuelle tandis que les adolescentes et les femmes subissent plus de violences physiques
- Les agressions ont souvent lieu au domicile de la victime dans 42,2% des cas
- L'agresseur est pour la plupart une connaissance de la victime dans une proportion de 72,2% (voisin dans 32,1% des cas d'agression sexuelle). Plus d'un tiers (39,0%) des agressions physiques sont commis par les maris et/ou les concubins.
- Les lésions génitales étaient fréquentes et dominées par la déchirure hyménéale dans une proportion de 74,8%.
- Les instances de justice avaient été saisies dans 14,3% des cas pour les agressions physiques et 26,9% des cas pour les agressions sexuelles. Le règlement avait été fait à l'amiable dans 60,3% des cas pour les violences physiques et 27,4% pour les violences sexuelles et 32,2% des auteurs d'agression sexuelle étaient en fuite.

SUGGESTIONS

- **A l'endroit des autorités politiques, sanitaires et judiciaires**

- Créer sur toute l'étendue du territoire, dans chaque département des centres intégrés de prise en charge des victimes et survivantes de violences basées sur le genre ;

- Doter ces centres de plus de personnels de santé qualifiés et formés pour la prise en charge des violences basées sur le genre (gynécologues obstétriciens, médecins légistes, chirurgiens, psychiatres, psychologues), des assistants sociaux et surtout des acteurs du système juridique (magistrats, avocats, juristes) ;

- Mettre en place un mécanisme/plateforme officiel d'accès aux informations relatives aux VBG ;

- Renforcer le financement des CIPEC-VBG pour assurer leur bon fonctionnement et une prise en charge holistique des victimes ;

- Vulgariser les textes de lois régissant les violences basées sur le genre afin de décourager tous les auteurs de ces actes.

- Diligenter une étude auprès des auteurs de VBG incarcérés afin d'étudier les raisons de leurs forfaits, évaluer leur état psychique.

- **A l'endroit des Centres Intégrés de Prise en Charge de Violences basées sur le Genre**

- Réserver un bon accueil aux victimes de VBG ;

- Réaliser plus d'émissions radio interactives sur toutes les formes de violences (psychologiques, physiques, sexuelles et économiques) afin de

briser le silence et créer un canal d'écoute pour les victimes qui craignent de venir physiquement dans les centres ;

- Exploiter les réseaux sociaux pour les campagnes de sensibilisation afin de toucher plus de cibles ;
- Assurer un suivi adéquat des victimes dès le premier contact avec le CIPEC et l'accompagnement psychologique et juridique
- Informer sur les précautions à prendre en cas de VBG

➢ **A l'endroit de la population béninoise**

- Signaler immédiatement aux autorités policières et judiciaires ou l'INF, les CPS ou le MASM devant tous les types de violences ;
- Se rendre le plus tôt possible dans les centres intégrés de prise en charge ;
- Ne pas changer de vêtements après les agressions physiques et sexuelles ;
- Arrêter de prioriser les médiations sociales et les règlements à l'amiable afin de décourager les auteurs et éviter de faire plus de victimes ;
- Faire attention aux réactions des enfants face à certaines personnes et leurs refus de se rendre dans certains lieux surtout lorsque c'est répétitif (Ce ne sont pas toujours des caprices) car l'agresseur est connu dans 70% des cas ;
- Prioriser le suivi psychologique des victimes car le traumatisme est éternel ;
- Eviter la stigmatisation des victimes et la survictimisation
- Eduquer les filles à faire preuve de vigilance et les garçons sur la maîtrise des pulsions

REFERENCES

1. Rainn. Victims of Sexual Violence : Statistics. Disponible sur : https://www.rainn.org/statistics/victims-sexual-violence

2. Bureau of Justice Statistics. Criminal Victimization, 2020. [Cité 16 nov 2023]. Disponible sur : https://bjs.ojp.gov/library/publications/criminal-victimization-2020

3. Black MC, Basile KC, Breiding MJ, Smith SG, et al. The national intimate partner and sexual violence survey: 2018summary report. 6. Bajos N, Bozon M, et al.

4. Drame B. Les abus sexuels au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako à propos de 48 cas. Université de Bamako ; 2008. Disponible sur : https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/8379?show=full

5. Cisse CT, Niang MM, Sy AK, Faye EHO, Moreau JC. Aspects épidémiocliniques, juridiques et coût de la prise en charge des abus sexuels chez les mineurs à Dakar, Sénégal. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1 nov 2015 ; 44(9) : 825-31.

6. Ministère de l'intérieur. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI)-France. Insécurité et délinquance : les premiers chiffres de 2019. Disponible sur : https://www.vie-publique.fr/en-bref/272813-insecurite-et-delinquance-les-premiers-chiffres-de-2019

7. Diarra A. Violences : 65% des femmes d'Afrique centrale en sont victimes. Info Afrique. 2016. Disponible sur : https://www.info-afrique.com/violence-femmes-afrique/

8. Amnesty International. Making Violence against Women Count, Facts and Figures - a Summary. 2003 ;

9. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique - Bénin. Enquête Démographique et de Santé 2017-2018 [Internet]. Disponible sur : https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/3436

10. Ministère de la famille, de la femme et des affaires sociales - Côte d'ivoire. Résumé du document de politique nationale contre les violences basées sur le genre [Internet]. Hub des connaissances des territoires. 2023 Disponible sur :

https://knowledge-uclga.org/resume-du-document-de-politique-nationale-sur-l-egalite-des-chances-l-equite-et.html

11. Ministère des affaires sociales et de la microfinance (MASM – BENIN). Procédure Opérationnelles Standardisées pour la prévention des violences basées sur le genre.pdf. Bénin ;2023. 56p.

12. GAZARD G. et al. Procédures opérationnelles standard pour la prévention et le traitement des violences basées sur le genre au Bénin.pdf. Cotonou;Bénin version du 02 Sep 2014. 35p.

13. OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé [Internet]. [cité 16 nov 2023]. Disponible sur : https://www.who.int/fr/publications-detail/9241545615

14. Rapports du Secrétaire général. Combattre l'exploitation et les atteintes sexuelles [Internet]. Disponible sur : https://www.un.org/preventing-sexual-exploitation-and-abuse/fr/content/secretary-generals-reports

15. Inter-Agency Standing Committee (IASC). Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire. Genève, 2005. pdf [Internet]. Disponible sur : https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2016-05/GBV%20Guidelines%20French.pdf

16. ONU. Cadre Analytique et Conceptuelle sur la violence sexuelle liée au conflit. analyticalframework_fr.pdf [Internet]. Disponible sur : http://stoprapenow.org/uploads/keydocuments/analyticalframework_fr.pdf. Bing.

17. Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Trois-Rivières (CALACS). Les agressions sexuelles : Comment intervenir auprès des jeunes ? [Internet]. Disponible sur : https://calacstr.org/

18. Elsa D. Sexe, genre et sexualités : Introduction à la théorie féministe. Paris Presses Universitaires de France, 160p. Cairn.info [Internet]. Disponible sur : https://www.cairn.info/sexe-genre-et-sexualites--9782130558897.htm

19. Traoré T. Aspect épidemio-clinique et judiciaire des agressions sexuelles au centre de santé de la commune IV du District de Bamako. 2012 Disponible sur : https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1517

20. Kamina P. Anatomie opératoire en Gynécologie-obstétrique. Paris : Maloine 2000. p 336

21. Pierre K. Anatomie clinique Tome 4 Maloine 2000 [Internet]. Disponible sur : https://archive.org/details/tomevsystemenerveux

22. Aly A. Vulve : morphologie de l'hymen non défloré [Internet]. Disponible sur : https://www.gyn.aly-abbara.com/termes/hymen.html

23. AGOSSOU-VOYEME K. Anatomie générale : Introduction à l'anatomie clinique. LES BEAUX ARTS DU GOLFE. Cotonou, Bénin ; 2012. 145 p.

24. Secrétariat général du Gouvernement du Bénin. Loi N° 2011-26 du 09 janvier 2011 [Internet]. Disponible sur : https://sgg.gouv.bj/doc/loi-2011-26/

25. République du Benin. Loi n° 2018-16 du 28 décembre 2018 portant code pénal en République du Bénin. Publiée au Journal officiel 130ème année N° 01 (numéro spécial du 11 janvier 2019). Benin : Imp. Nounagnon et Fils; 2019. 617 p. (Droit & lois).

26. République du Bénin. Arrêté interministériel N°209/MS/ MFASSNHPTA/MISPC/MJLDH/MESRS/DC/SGM/CTJ/SA portant création, composition, attributions et fonctionnement des CIPEC-VBG. 2014.

27. WHO. Violence Against Women Prevalence Estimates [Internet]. Disponible sur : https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240022256

28. UNICEF. Des millions d'enfants dans le monde victimes de violence [Internet]. UNICEF Lëtzebuerg. Disponible sur : https://www.unicef.lu/rapport-contre-la-violence/

29. Bah H, Ette HY, Soumah M, Diallo LL, Bah AA, Diallo N, et al. Étude des auteurs de violences sexuelles à Conakry en Guinée. La Revue de Médecine Légale. 1 mai 2011 ;2(2) :54-8.

30. Muldoon KA, Drumm A, Leach T, Heimerl M, Sampsel K. Achieving just outcomes: forensic evidence collection in emergency department sexual assault cases. Emerg Med J. 1 déc 2018 ;35(12) :746-52.

31. CRDI - Centre de recherches pour le développement international. Violence sexuelle et impunité en Asie du Sud. [Internet]. 2016. Disponible sur : https://idrc-crdi.ca/fr/projet/violence-sexuelle-et-impunite-en-asie-du-sud

32. Maertens de Noordhout F. Violences sexuelles en République Démocratique du Congo : « Mais que fait la police ? ». Un état de non-droit à la recherche d'un système normatif. Le cas d'EUPOL RD Congo. Revue interdisciplinaire d'études juridiques. 2013 ;71(2) :213-41.

33. Ndiaye - Violences basées sur le genre en Afrique de l'Ouest.pdf [Internet]. [cité 17 nov 2023]. Disponible sur : https://library.fes.de/pdf-files/bueros/fes-pscc/17675-20210510.pdf

34. Bulletin statistique final. Mali 2021 [Internet]. Disponible sur : https://mali.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/bulletin_statistique_final.pdf

35. Observatoire de la Famille, de la Femme et de l'Enfant (OFFE). Système Intégré des Données relatives à la Famille, la Femme et l'Enfant, nouvelle génération (SIDoFFE-NG). Etude sur les violences basées sur le genre au Bénin. Rapport final Aout 2022 [Internet]. Disponible sur : https://social.gouv.bj/public/medias/etude-vbg-benin_rapport-final-valide-depose-v14-09-2022-1695025502.pdf

36. Secrétariat général du Gouvernement du Bénin. Loi N° 2021-11 du 20 décembre 2021 portant dispositions spéciales de répression des infractions commises en raison du sexe des personnes et de protection de la femme. [Internet]. Disponible sur : https://sgg.gouv.bj/doc/loi-2021-11/

37. Ministère de la Santé-Bénin. Arrêté ministériel 2014 N°673/MS/DC/SGM/CTJ/DRH/SA portant nomination du personnel des CIPEC-VBG aux centres hospitaliers départementaux du Borgou et du Zou et du centre médical Cotonou 1. 2014.

38. Diallo A. Etude épidémio-clinique des violences faites aux femmes reçues dans le Service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre de Santé de référence de la Commune V (CSRéf CV) du District de Bamako. 2015. Disponible sur : https://bibliosante.ml/handle/123456789/885

39. GBVIMS - Central African Republic Rapport annuel 2022 | ReliefWeb [Internet]. 2023. Disponible sur : https://reliefweb.int/report/central-african-republic/rapport-annuel-2022-gbvims

40. Dembele S, Diassana M, Macalou B, Sidibe A, Hamidou A, Boubacar YS, et al. Aspects Épidémio-Cliniques des Agressions Sexuelles à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes. HEALTH SCIENCES AND DISEASE [Internet]. 28 mars 2021 [cité 17 nov 2023] ;22(4). Disponible sur : http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/2680

41. Traoré A. Violences sexuelles : aspects cliniques en consultation gynécologique dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré, à propos de 115 cas [Internet] [Thesis]. Université de Bamako ; 2002. Disponible sur : https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/7521

42. Doumbia S. Aspect épidemio-clinique des coups et blessures volontaires au service d'accueil des urgences du CHU Gabriel TOURE [Internet] [Thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2022 [cité 20 nov 2023]. Disponible sur : https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5968

43. Institut National de la Statistique Niger-REPORT-2011 Mécanisme de collecte de données sur les VBG au Niger.pdf [Internet]. Disponible sur : https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/report/NER-GBV-19-04-REPORT-2011

44. Haidara T. Etude épidémio-clinique des violences faites aux femmes dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la Commune V du district de Bamako [Internet] [PhD Thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2020. Disponible sur : https://bibliosante.ml/handle/123456789/4266

45. Drago S. Évaluation de la prise en charge des victimes de coups et blessures volontaires au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako [Internet] [PhD Thesis]. Université de Bamako ; 2010. Disponible sur : https://bibliosante.ml/handle/123456789/9324

46. Kamissoko AM. Aspects épidémiologiques et médico-légaux des coups et blessures volontaires par armes blanches dans le service de neurochirurgie du chu Gabriel Touré de Bamako. [PhD Thesis]. Université des Sciences, des Techniques

et des Technologies de Bamako ; 2021. Disponible sur : https://bibliosante.ml/handle/123456789/4785

47. Nghokem Kenmoe C. Violences volontaires : aspects médico-légaux de la prise en charge des victimes au CHU du Point G [Internet] [PhD Thesis]. Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2022. Disponible sur : https://bibliosante.ml/handle/123456789/5439

48. Traore Y, Mounkoro N, Teguete I, Djire MY, Diallo A, Bagayogo M, et al. Clinical and medico-legal aspects of sexual aggressions at Gabriel Toure teaching hospital. Mali Med. 2010;25(3):27-30.

49. Soumah MM, Olendo GR, Ndiaye M, Sow ML. Agressions sexuelles à Port-Gentil. The Pan African Medical Journal [Internet]. 28 août 2013 [cité 17 nov 2023] ;15(152). Disponible sur : https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/15/152/full

50. GBVIMS. Présentation des résultats de collecte de données dans le cadre du système de gestion de l'information sur les VBG Septembre_2016.pdf [Internet]. Disponible sur : https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/rapport_vbg_gbvims_septembre_2016.pdf

51. Direction des Études, de la Planification et des Statistiques (DEPS). Côte d'ivoire. Rapport d'analyse statistique 2018 sur les violences basées sur le genre. [Internet]. Disponible sur : https://famille.gouv.ci/public/documents/Rapport_VBG_2018.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1 : Fiche d'enquête d'enregistrement des victimes de violences basées sur le genre



Identification

Dossier N° ……..

Contact …….. Si inconnu mettre 99999999

I-Caractéristiques sociodémographiques

1-Age …….

2-Sexe □ Masculin □Féminin

3-Adresse …… (Si inconnu mettre RAS)

4-Ethnie

□ Fon et apparentées (fon, goun, aîzo, Mahi, wémè, Tori, kotafon, tofin, sèto)

□ Adja et apparentées (adja, sahouè, xwla, pla, mina, péda, défi, ouatchi, popo)

□ Yoruba et apparentées (nago, yorouba, idaasha, holli-djé, ifé, itcha, mokolé, tchabè, manigri, partogo)

□ Bariba et apparentées (bariba, boo, boko)

□ Peulh et apparentées (fulfuldé, peulh, gando)

□ Betamaribé et apparentées (berba, bésorabé, waama, natimba, ottamari, gourmantché, yendé, gabanga, hossori, bettyobé)

□ Yoa-lokpa et apparentées (yoa, pila-pila, dompargo, lokpa, ani, koto, koli, windji-windji, foodo, taneka, soruba, biyobé, kebyè)

□ Dendi et apparentées (dendi, djerma, Zerma)

□ Autre

□ Non renseigné

5-Provenance

□ Zone urbaine □ Zone rurale □ Non renseigné

6-Statut Matrimonial

□ Célibataire
□ Marié/ En couple/ Concubinage
□ Divorcé(e)
□ Veuf(ve)
□ Non renseigné

7-Profession

□ Ménagère / Aide-ménagère
□ Élève
□ Étudiante
□ Artisane /Apprenti(e) artisane/Ouvrier
□ Travailleurs de sexe
□ Fonctionnaire
□ Commerçant(e) ou revendeur
□ Jardinier / agriculteur / Éleveur
□ Sans emploi
□ Autre
□ Non renseigné

8-Niveau d'instruction

□ Non scolarisée
□ Primaire
□ Secondaire
□ Supérieur
□ Alphabétisé
□ École coranique ou paroissiale
□ Non renseigné

9-Type d'agression

□ Physique
□ Sexuelle

10-Heure de l'agression

□ 00h-06h
□ 06h-12h
□ 12h-18h
□ 18h-00h
□ Non renseignée

11-Lieu de l'agression

□ A domicile
□ École

□ Lieu de travail
□ Dans la rue
□ Au marché
□ Autre
□ Non renseigné

Profil des agresseurs

1 Age de l'agresseur

□ <20
□ [20-30[
□ [30-40[
□ [40-50[
□ 50 et plus
□ Non renseigné

2 Profession de l'agresseur

□ Ménagère / Aide-ménagère
□ Élève
□ Étudiant
□Artisan/Ouvrier
□ Travailleurs de sexe
□ Fonctionnaire
□ Commerçant(e) ou revendeur
□ Jardinier / agriculteur / Éleveur
□ Sans emploi
□ Autre
□ Conducteur (Zem, taxi, camionneur)
□ Non renseigné

II-Agression physique

A- Les Circonstances de l'agression

12-Moyen d'agression

□ Poing
□ Pied
□ Bâton
□ Fouet
□ Barre de fer
□ Arme tranchante (Couteau, machette, etc)
□ Arme à feu
□ Autre
□ Non renseigné

B-Caractéristiques de l'agresseur et lien avec la victime

13-Nombre d'agresseur

□ Un Seul individu
□ Groupe d'individus
□ Non renseigné

14- Lien avec l'agresseur

□ Parties mariées
□ Parties concubines
□ Parties consanguines

□ Parties vivant dans la même maison
□ Autre
□ Non renseigné
□ Aucun lien avec l'agresseur

C- Aspects cliniques et paracliniques

Conditions de l'examen

15- Intervalle de temps entre l'agression et l'examen (en jour)…….. mettre 999 si inconnu et 0 si moins de 1 jour

16-Mode d'admission

□ Venue sans réquisition
□ Reçue sur réquisition judiciaire
□ Non renseigné

17-Présence d'un représentant légal

□ Oui □ Non

Q18- Présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication)

□ Oui □ Non

Q19- Plaintes ……. Mettre RAS si pas de plainte

État Général

20- Taille en cm ……. (mettre 999 si inconnu)

21-Poids (en Kg) ……...

22-Tension artérielle systolique en mmHg …….. (mettre 999 si inconnu)

22-Tension artérielle diastolique en mmHg ……. (mettre 999 si inconnu)

Examen physique (description détaillée des lésions traumatiques)

23-Nature du traumatisme ……

24-Siège du traumatisme

□ Membre inférieur
□ Membre supérieur
□ Région abdomino-pelvienne
□ Thorax
□ Tête ou cou
□ Dos du corps
□ Absence de lésion

25-Description des lésions ……..

26-Etat Psychique

□ Bon
□ Dépression
□ Anxiété
□ Non renseigné

27-Autres à préciser ……..

Examens paracliniques

28-Echographie pelvienne

□ Normale

□ Pathologique

□ Non réalisée

30-Radiographie

□ Normale

□ Pathologique

□ Non réalisée

32-Scanner

□ Normale

□ Pathologique

□ Non réalisée

34-Avis spécialisé complémentaire

□ Oui □ Non

D-Traitement

36-Traitement médical

□ Oui □ Non

Q37-Traitement chirurgical

□ Oui □ Non

Q38-Traitement psychologique

□ Oui □ Non

Q39- Durée d'incapacité totale de travail personnel (en jour) …… Mettre 999 si inconnu

E- Aspects judiciaire

Q40- Origine de la réquisition ou instance de justice ayant traité l'affaire

□ Tribunal □ Autre

□ Commissariat □ Pas de réquisition

□ OCPM □ Non renseigné

Q41- Retrait de la plainte

□ Oui □ Non

Q43- Règlement à l'amiable

□ Oui □ Non

Q44- Règlement devant la justice

□ Oui □ Non

III-Agression sexuelle

A- Les Circonstances de l'agression

Q12-Type d'abus sexuel

□ Viol
□ Attentat à la pudeur
□ Attouchement
□ Tentative de viol
□ Harcèlement
□ Autre
□ Pénétration digitale ou avec objet
□ Non renseigné

Q13-Mode de pénétration

□ Vaginale
□ Buccale
□ Anale
□ Pas de pénétration

Q14- Sous l'emprise de l'alcool, de la drogue ou autre substance stupéfiante

□ Oui □ Non

Q15- Sous une contrainte physique

□ Coups de poing ou de pied
□ Autre
□ Arme blanche
□ Pas de contrainte physique
□ Arme à feu

Q16- Sous une contrainte psychologique

□ Insultes
□ Autres
□ Chantage
□ Sans contrainte psychologique
□ Pression psychologique

B- Caractéristiques de l'agresseur et lien avec la victime

Q17- Nombre d'agresseurs

□ Un Seul individu
□ Groupe d'individus
□ Non renseigné

Q18- Lien avec la victime

□ Parents
□ Un membre de la famille

□ Enseignant
□ Employeur/supérieur hiérarchique
□ Collègue
□ Aucun lien avec la victime
□ Autres à préciser
□ Non renseigné

C-Aspects cliniques et para cliniques

Q19- Mode d'admission

□ Venue sans réquisition
□ Reçue sur réquisition judiciaire
□ Non renseigné

Q20- Motif …….

Q21-Délai de consultation

□ Moins de 72heures
□ Plus de 72heures
□ Non renseigné

Antécédents Gynécologiques

Q22- Ménarche

□ Oui □ Non □ Non renseigné

Q23- Si oui, Date des dernières règles ……

Q24- Rapports sexuels avant l'agression

□ Oui □ Non □ Non renseigné

Q25- Rapports sexuels après l'agression

□ Oui □ Non □ Non renseigné

Q26- Méthodes contraceptives

□ Oui □ Non □ Non renseigné

Antécédents obstétricaux

Q27- Gestité …….. (mettre 99 si ne sait pas et 0 si nulligeste)

Si gestité ≥ 1, Parité ……. Fausse couche ……..

Q28- Aménorrhée

□ Oui □ Non □ Non renseigné

Q29- Si oui, gravidique ou non

Q30- Accouchement par voie basse

□ Oui □ Non

Q31- Sérologie VIH

□ Positif □ Négatif □ Ne sait pas

Q32- Antécédents de violence sexuelle

□ Oui □ Non

Q33- Si oui préciser le nombre ……..

Q34- Antécédents de mutilation sexuelle

□ Oui □ Non

Q35- Si oui préciser ……

CLINIQUE

Signes généraux

Q36- État général

□ Satisfaisant □ Altéré

□ Passable □ Non renseigné

Q37-Etat psychologique à l'admission

□ Anxiété □ Autre

□ Dépression □ Non renseigné

□ Bon

Q38- État des vêtements

□ Déchirures □ Autre

□ Traces de sang et/ ou de spermes □ Propre

Q39-Lésions cutanées

□ Ecchymoses □ Autres

□ Égratignures □ Pas de lésion

□ Plaies

Q40-Evénement associé

□ Chute □ Autre

□ Perte de connaissance □ Pas d'évènement associé

Q41- Comportement de la victime après agression

□ Toilette intime □ Autres

□ Changement de vêtements □ Aucun

Q42-Si oui, précisez le délai ……. (Mettre 999 si inconnu)

Inspection

Q43- Saignement

□ Oui □ Non

Q44- Écoulement

□ Oui □ Non

Q45- Hymen

□ Intact

□ Défloré

□ Non renseigné

Q46- Si défloration, précisez ……

Q47- Lésions génitales

□ Déchirures périnéales □ Douglas

□ Déchirures vulvo-périnéales □ Autre

□ Vaginales □ Pas de lésion

Sous spéculum

Q48- Écoulement

□ Sang

□ Sperme

□ Autre

□ Non renseigné

Q49- État du vagin

□ Normale □ Pathologique

Q50- Si pathologique, précisez …….

Q51- État du col

□ Normale □ Pathologique

Q52- Si pathologique, précisez ……..

Toucher + palper Utérus

Q53- Taille

□ Normale □ Augmentée □ Non renseigné

Q54- Consistance

□ Ferme □ Dure □ Non renseigné

Q55- Contours

□ Régulier □ Irrégulier □ Non renseigné

Q56- Annexes

□ Libre □ Sensible □ Masse annexielle □ Non renseigné

Q57- Douglas

□ Intact □ Sensible □ Rupture □ Non renseigné

PARACLINIQUE

Q58- Test des ß HCG urinaires

□ Positif □ Négatif □ Non réalisé □ Non renseigné

Q59- Sérologie VIH

□ Positif □ Négatif □ Non réalisé □ Non renseigné

Q60- Prélèvement Vaginal

□ Réalisé □ Non réalisé

Q61- l'Antigène HbS

□ Positif □ Négatif □ Non réalisé □ Non renseigné

Q62- Ac anti-HVC

□ Positif □ Négatif □ Non réalisé □ Non renseigné

Q63- TPHA-VDRL

□ Positif □ Négatif □ Non réalisé □ Non renseigné

Q64-Écho pelvienne

□ Réalisé □ Non réalisé

D- Aspects thérapeutiques

Q65-Traitement médical

□ Contraception d'urgence □ Antibiothérapie

□ Antibioprophylaxie □ Antifongique

□ Prophylaxie rétrovirale □ Antiseptique

□ Aucun □ Autres

Q66-Traitement chirurgical

□ Suture de déchirures périnéales

□ Suture de déchirures vulvo-périnéales

□ Sutures de déchirures vaginales

□ Autre

□ Pas de traitement chirurgical

Q67-Traitement psychologique

□ Oui □ Non

E- Aspects judiciaire

Q68- Origine de la réquisition ou instance de justice ayant traité l'affaire*

□ Tribunal □ Commissariat

□ OCPM □ Pas de réquisition

□ Autre □ Non renseigné

Q69- Retrait de la plainte

□ Oui □ Non

Q70- Si oui, précisez le motif ……

Q71- Règlement à l'amiable

□ Oui □ Non

Q72- Règlement devant la justice

□ Oui □ Non

Q73- Si oui, précisez l'issu

□ Affaires classées sans suite

□ Verdict

□ Affaires en cours

Q74- Si verdict, précisez la peine ……

Q75- Peine exécutée

□ Entièrement

□ Partiellement

□ En cours d'exécution

□ Pas du tout

F- Évolution

Q76- Infections sexuellement transmissibles

□ Oui □ Non □ Non renseigné

Q77- Grossesse

□ Oui □ Non □ Non renseigné

Q78- Décès

□ Oui □ Non □ Non renseigné

Q79- Séquelles physiques

□ Oui □ Non □ Non renseigné

Q81- Séquelles psychiques

□ Oui □ Non □ Non renseigné

ANNEXE 2 : Certificat de non-plagiat

Certificat d'analyse

Date d'émission: 22/11/2023
Compte évaluateur: AÏNA Sandrine

AUTEUR DU DOCUMENT : AÏNA Sandrine Espérancia
TITRE DU DOCUMENT : Bilan de cinq ans d'activités du CIPEC-VBG de Cotonou

e-Plagiat est un évaluateur certifié de prévention et de détection de plagiat intelligent et autonome basé sur l'IA

Type de document	Nombre de mots	Nombre de pages (approximatif)	Taux de plagiat
Thèse	28684	115	9.97%

M. Pierre ROUAN

Ce document est signé électroniquement et certifié.
Le fichier constitue un original électronique de valeur probatoire, il est enregistré sous la référence suivante :

64550b4f3f237d1bb6ba0552502a79712ff1

e-plagiat.online, 1er évaluateur de plagiat en Afrique basé sur l'Intelligence artificielle

ANNEXE 3 : Certificat médical initial d'agression physique au CIPEC-VBG de Cotonou

Formation Sanitaire :……

N° Dossier Médical ……..

CERTIFICAT MEDICAL EN CAS D'AGRESSION PHYSIQUE

Nom, prénoms, et qualification du médecin :

……

……

Numéro d'inscription à l'ordre des médecins :……

Adresse : …….

Tel……. E-mail…….

Réquisition Judiciaire[1] OUI Non

Si oui Rappel de la mission de la réquisition : ……..

……

……

Je soussigné(e) Docteur ……..

exerçant à……certifie avoir reçu et examiné ce jour ……Heure …….....

Madame, Mademoiselle, Monsieur……..……

……né(e)le(age)……à……...

Adresse……..

Profession……..

Droitier(e) : ☐ ou Gaucher(e) ☐

I. COMMEMORATIFS

- **Circonstances de l'agression**

Il (Elle) déclare avoir été victime d'agression physique le (jour/mois/année) ..... ……

à (heure à préciser).....……

[1]Répondre uniquement aux questions posées dans la réquisition

Lieu d'agression…….

Il(Elle) aurait été agressé(e) par : une personne de sexe.....plusieurs personnes de sexe.....

- **Lien avec l'agresseur :**

Parties mariées ☐ Parties concubines ☐ Parties consanguines ☐

Parties vivant dans la même maison ☐, Autres….aucun

- **Moyen d'agression :**

Mains nues ☐ Objet contondant ☐ Arme à feu ☐ Arme blanche ☐

Autres ☐ à préciser : .....

II. EXAMEN CLINIQUE

Intervalle de temps entre l'agression et l'examen……..

- **Conditions**

Présence d'un Représentant légal : Oui ☐ Non ☐

Si oui préciser : Madame, Mademoiselle, Monsieur…….

Présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication) oui ☐ Non ☐

Si oui préciser : Madame, Mademoiselle, Monsieur ……..

- **Etat antérieur**[2] : Oui ☐ Non ☐

Si oui préciser :…….

……

- **Plaintes**..……

  ……

  ……

  ……

- **Etat Général**

Taille…….. Poids……Tension artérielle…….

- **Examen physique** (description détaillée des lésions traumatiques)

……..……

……

……

……

……

……

[2] Ensemble des prédispositions, des tendances organiques, des tares constitutionnelles ou acquises, des infirmités, des maladies caractérisées ou latentes qui doivent constituer le passé pathologique de la victime. Il peut être anatomique, physiologique ou psychique.

- **Etat Psychique:**

……

……

……

III. EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- **Examens paracliniques**

……

……

……

- **Avis spécialisé complémentaire** : oui ☐ non ☐

……

……

IV. TRAITEMENT INSTITUE

……

……

……

……

CONCLUSION[3] :……

……

……

……

……

La durée d'incapacité totale de travail personnel (ITTP) est de …… sous réserve de complications.

Certificat établi, le……, à ……..et remis/transmis à……. ……pour servir et valoir ce que de droit.

Signature et cachet du médecin

[3] Compatibilité ou Non des lésions avec le traumatisme que le patient dit avoir subi

ANNEXE 4 : Certificat médical initial d'agression sexuelle au CIPEC-VBG de Cotonou

Formation Sanitaire :……

Numéro dossier médical_____

CERTIFICAT MEDICAL EN CAS D'AGRESSION SEXUELLE

EXAMEN MEDICAL DE

NOM, PRENOMS : _____

SEXE : _____

DATE DE NAISSANCE/AGE :

Je soussigné(e) Dr
_____,

certifie avoir examiné le _____, 20___

à _____

en présence de _____,

- ☐ **agent de santé (obligatoire)**
- ☐ **parents/tuteurs**
- ☐ **interprète**
- ☐ **autre – (à préciser)**

sur réquisition de[4]
_____,

en fonction à _____

En cas d'interpellation de l'auteur présumé, il est obligatoire de soumettre celui-ci aux tests de dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) selon l'Art.13 alinéas 3 et 4 de la loi 2011-26 du 9 janvier 2012

[4] Le rapport doit être exclusivement adressé à l'autorité requérante

I CIRCONSTANCES DE L'AGRESSION SEXUELLE

La personne nous indique avoir été victime d'une agression sexuelle

- le_____, 20____, à ____h
- lieu de l'agression: _____
- par……. **Une personne** □….....**plusieurs personnes**□
  ……**connue(s)** □….....**inconnue(s)** □

Liens entre la victime et l'agresseur

- Relation domestique :

Parties mariées □ Parties concubines □ Parties consanguines □

Parties vivant dans la même maison □ Parties ayant eu une relation intime dans le passé □

- Autre lien (préciser) :_____

L'agresseur aurait imposé :

une contrainte physique (si oui à décrire) :_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

une contrainte psychologique :

menaces verbales □ par arme blanche □ par arme à feu □ par un instrument contondant □

soumission chimique □ par un animal □ autres

(expliciter) □:_____

La victime déclare avoir consommé

- de l'**alcool** ..... oui □ ..... non □

*à préciser (combien, à quelle heure, etc.) :*_____
_____

- des **médicaments** ..... oui □ ..... non □

*à préciser (lesquels, quel dosage, à quelle heure, etc.):*_____
_____

- des **substances stupéfiantes** ……..oui □ .……non □**….....**ne sait pas □

à préciser (lesquels, combien, à quelle heure, etc.): _____
_____

II DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE

L'agresseur aurait utilisé :

son sexe □ un objet (à préciser) □ _____

une autre/s partie/s du corps (à préciser) □ _____

animal (à préciser) □_____

L'agression sexuelle proprement dite aurait consisté en :

- des attouchements : .....oui □ ..... non □..... ne sait pas □

à(aux) quel(s) endroit(s)? _____

- une (ou des) pénétration(s) buccale(s) .....oui □ ..... non □..... ne sait pas □
- une (ou des) pénétration(s) vaginale(s) .....oui □ ..... non □..... ne sait pas □
- une (ou des) pénétration(s) anale(s).....oui □ ..... non □..... ne sait pas □
- autres formes de pénétration (à préciser) _____

L'agresseur aurait utilisé un préservatif .....oui □ ..... non □..... ne sait pas □

L'agresseur aurait présenté une éjaculation

- intra buccale.....oui □ ..... non □..... ne sait pas □
- intra vaginale.....oui □ ..... non □..... ne sait pas □
- intra anale .....oui □ ..... non □..... ne sait pas □
- autre localisation .....oui □ ..... non □..... ne sait pas □

à préciser: _____

Autres déclarations relatives à la description de l'agression sexuelle :

_____
_____
_____
_____
_____

III FAITS QUI SE SONT DEROULES ENTRE L'AGRESSION SEXUELLE ET CETTE CONSULTATION

Depuis l'agression, le/la patient(e) déclare avoir :

- changé de vêtements ..... **oui □..... non □**
- changé de sous-vêtements ..... **oui □..... non □**
- fait une toilette intime (avec ou sans savon) .... **oui □..... non □**
- eu des selles ..... **oui □..... non □**
- consommé de l'alcool ..... **oui □..... non □**
- pris des médicaments ou potions traditionnelles ..... **oui □ ..... non □**

détail des médicaments consommés depuis les faits :_____

- consulté un agent de santé ..... oui □ ..... non □

Si oui,

- Nom, qualification et adresse de l'agent de santé consulté : _____ Non précisé □
- Traitement prescrit par cet agent de santé: _____ Ne sait pas □
- Prélèvements effectués par cet agent de santé: _____ Non précisé □

D'autres commentaires sur les faits qui se sont déroulés entre l'agression sexuelle et cette consultation:

_____
_____
_____
_____

IV ANTECEDENTS

Antécédents gynécologiques :

- Âge aux premières règles : _____
- Date des dernières règles (1er jour des règles) : _____

Rapports sexuels <u>avant</u> l'agression..... **oui □ non □**
date du dernier rapport sexuel avant l'agression : _____, 20___
ces derniers rapports étaient protégés……**oui □ non □ ne sait pas □**

Rapports sexuels <u>après</u> l'agression ..... **oui □ non □**
date du dernier rapport sexuel après l'agression : _____, 20___
ces rapports étaient protégés ……**oui □ non □ ne sait pas □**

Utilisation d'un moyen anticonceptionnel..... **oui □ non □**
s'il s'agit d'une pilule, la prise est-elle régulière ?..... **oui □ non □**

Antécédents obstétricaux :

- accouchement par voie basse .... **oui □ non □**
- fausse couche…… ..... **oui □ non □ ne sait pas □**
- notion d'une grossesse en cours ..... **oui □ non □ ne sait pas □**

Autres antécédents susceptibles d'interférer avec les faits de l'instance :
Vaccination anti-hépatite B ..... ……..**oui □ non □ ne sait pas □**

Traitement actuel : _____

_____

V DOLEANCES (PLAINTES DE LA VICTIME)

-
_____
-_____
- _____
-_____
- _____
-_____

VI EXAMEN MEDICAL

Le temps écoulé entre l'agression et l'examen de ce jour est de _____ jour(s) et _____ heure(s)**.**

1. EXAMEN SOMATIQUE

Taille : _____cm Poids : _____kg

Tension artérielle : _____cm Hg .

- L'état général est conservé..... **oui** □ **non** □
- L'état de conscience est conservé..... **oui** □ **non** □

Il existe des lésions traumatiques..... **oui** □ **non** □

Description des lésions traumatiques

_____
_____
_____
_____

un schéma supplémentaire détaillant les coups et blessures que la victime a reçu est joint en annexe..... **oui**□. **non**□

un bilan radiographique a été effectué..... **oui**□. **non**□

des photographies ont été prises..... **oui**□. **non**□

si oui, nombre de photos : _____

2. EXAMEN GYNECOLOGIQUE

Examen réalisé en position : .....gynécologique ... grenouille.....genu pectoral

A. Examen externe des seins

_____
_____

vulvo-périnéal (clitoris, grandes lèvres, petites lèvres, fourchette, méat urétral, urètre) **:**

_____
_____
_____

- Examen à la sonde à ballonnet:
une sonde à ballonnet CH n°___[5] est introduite dans l'orifice hyménal,
et secondairement gonflée avec _____ ml d'eau.
(Le retrait prudent de la sonde permet d'étaler l'hymen sur le ballonnet)

-L'hymen est de type : .....Annulaire □ Semi-lunaire denticulé avec incisures physiologiques □ Autres□ (*description*):_____
_____

- Présence de déchirures hyménéales : ..... **oui** □ **non**□
ces déchirures sont : complètes, atteignant la paroi vaginale □…incomplètes□
anciennes □…récentes□
Nombre de déchirures : _____
Position sur un cadran horaire : _____

-Estimation de la taille de l'orifice hyménéal :
La sonde peut être extraite, ballonnet gonflé, avec _____ml d'eau,
ce qui correspond à un diamètre de[6] _____mm
-Des photographies ont été prises : oui □ **non** □ (nombre de photos: ____)

Conclusion de l'examen de l'hymen :
L'hymen est intact : ……**oui**□ **non**□
La défloration est récente : …… **oui**□ **non**□
La défloration est ancienne : …… **oui**□ **non**□

B. L'examen au spéculum est pratiqué **:** ..... **oui** □ **non** □
Il est noté la présence
de sang **oui** □ **non** □
de lésion(s) traumatique(s) ..... **oui** □ **non** □
description :_____
de liquide **oui** □ **non** □
-L'aspect du col utérin est normal : ..... **oui** □ **non** □
description :_____
C. Le toucher vaginal est pratiqué**:** ..... **oui** □ **non** □
Il retrouve une douleur localisée : ..... **oui** □ **non** □
description :_____

[5] Numéro 12 jusqu'à 14 ans – numéro 16 à 24 au-delà de 14 ans

[6] Estimation de l'examinateur

D’autres commentaires sur l’examen gynécologique:

3. EXAMEN ANAL - VALABLE POUR LES VICTIMES DES DEUX SEXES

examen réalisé en : position genu pectoral □ en décubitus dorsal, cuisses fléchies □

L'examen anal externe :

Plis radiés réguliers ..... **oui** □ **non**□
Présence de fissures ..... **oui** □ **non**□
position sur un cadran horaire : _____
Présence de tuméfaction inflammatoire ..... **oui** □ **non**□
position sur un cadran horaire : _____

Réflexe cutané anal :

symétrique **oui** □ ..... **non**□
inépuisable **oui** □ ..... **non**□
entraînant une béance anale[7] ..... **oui** □ **non**□

Toucher rectal pratiqué : ..... **oui** □ **non**□
douleur **oui** □..... **non**□
selles dans l'ampoule rectale..... **oui** □ **non**□
ressaut au niveau de l'appareil sphinctérien ..... **oui** □ **non**□
doigtier souillé de sang..... **oui** □ **non**□

Examen à l'anuscope pratiqué..... **oui** □ **non**□
Présence de lésions traumatiques :..... **oui** □ **non**□
description : _____
Liquide pouvant être du sperme : ..... **oui** □ **non**□

D'autres commentaires sur l'examen anal:

4. EXAMEN BUCCAL - VALABLE POUR LES VICTIMES DES DEUX SEXES

Description :

VII APPRECIATION DU RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

[7] *Béance anale = dilatation de plus de 2 cm de la marge anale; dilatation immédiate ou survenant en moins de 30 secondes, en l'absence de selles dans l'ampoule rectale.*

VIII PRELEVEMENTS

1. **PRELEVEMENTS LOCAUX – VALABLES POUR LES DEUX SEXES**

Recherche de spermatozoïdes[8]

- Bouche: **non** □..... **oui** □: 3 lames et 4 écouvillons conservatoires
- Vagin: **non** □..... **oui** □: 3 lames et 4 écouvillons conservatoires
- Anus: **non** □..... **oui** □: 3 lames et 4 écouvillons conservatoires
- Autre: **non** □..... **oui** □: 3 lames et 4 écouvillons conservatoires

à *préciser:*_____

Recherche bactériologique de gonocoques..... **oui** □ **non**□
Recherche de chlamydiae dans les urines ..... **oui** □ **non**□

2. **PRELEVEMENTS IST ET GROSSESSE**[9]

- ßHCG quantitatif ..... **oui** □ **non** □
- TPHA, VDRL **oui** □ **non** □
- HIV **oui** □ **non** □
- Hépatite B **oui** □ **non** □
- Hépatite C **oui** □ **non** □
- Biologie (pour trithérapie) ..... **oui** □ **non** □

3. **PRELEVEMENTS TOXICOLOGIQUES**

- alcoolémie (1 tube de 4,5 ml; bouchon vert) ..... **oui** □ **non** □
- 1 tube de sang (sur EDTA) ..... **oui** □ **non** □
- 1 flacon d'urines (bouchon vert, 30 ml) ..... **oui** □ **non** □

4. **PRELEVEMENTS SPECIFIQUES EN CAS DE SOUMISSION CHIMIQUE**

- 2 tubes de sang sur EDTA..... **oui** □ **non** □
- 2 tubes à bouchon rouge 7 ml d'urines ..... **oui** □ **non** □

5. **PRELEVEMENTS SANGUINS**

- 2 tubes EDTA ..... **oui** □ **non** □

6. **AUTRES PRELEVEMENTS**

Vêtements conservés: ..... **oui** □ **non** □
à détailler : _____
Autre (préservatif, objet) ..... **oui** □ **non** □

à détailler : _____

7. **DESTINATION DE PRELEVEMENTS**

OPJ □ ……..Formation Sanitaire □……..Tribunal □
Autre, *à préciser* : _____

[8] *cette recherche est systématique:*

- *au niveau vaginal pour toute agression de moins de 5 jours à effectuer dans l'ordre: fond vaginal, puis exocol, puis endocol*
- *au niveau anal, si l'agression remonte à moins de 48 heures*
- *au niveau buccal, si l'agression date de moins de 12 heures*

[9] *biologie trithérapie = NFS, ionogramme sanguin, transaminases, bilirubine, phosphatases alcalines, lipasémie*

IX TRAITEMENT

1. Une contraception "du lendemain" a été prescrite: **oui** □ **non** □
   spécialité prescrite : _____
2. Un traitement préventif contre l'infection par le virus VIH a été prescrit **oui** □ **non** □
   instauré ce jour avec l'accord de l'intéressé(e),
   après informations concernant les contraintes imposées par ce traitement.
   Spécialités prescrites : _____
3. Un autre traitement a été prescrit **oui** □ **non** □
   si oui, lequel ? _____

X RENDEZ-VOUS A LA VICTIME

Un rendez-vous de suivi a été proposé à la victime pour le _____, 20___à_____h.

CONCLUSION[10] (EST-QUE LES DIRES DE LA VICTIME CONCORDENT OU NON AVEC VOS CONSTATATIONS FAITES PENDANT VOTRE EXAMEN?)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

L'Incapacité Totale de Travail Personnel (ITTP) est de _____ jours

Fait à _____, le _____, 20____.

Dr _____

[10] Le/la patient(e) présente ou non des signes compatibles avec l'agression qu'il/elle dit avoir subi.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS i
ACTION DE GRÂCE vii
DEDICACE ix
REMERCIEMENTS xii
HOMMAGES xviii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS xxi
LISTE DES TABLEAUX xxiv
LISTE DES FIGURES xxviii
SOMMAIRE xxx
INTRODUCTION 1
1 GENERALITES 8
1.1 DEFINITION 8
1.2 CLASSIFICATION DES VBG 9
1.3 RAPPELS 14
1.3.1 RAPPELS ANATOMIQUES 14
1.3.1.1 APPAREIL GENITAL FEMININ [20,21] 14
1.3.1.2 ANUS [23] 20
1.3.1.3 CAVITE BUCCALE [23] 21
1.3.2 LEGISLATION 21
1.4 HISTORIQUE DES CIPEC-VBG 24
1.5 EPIDEMIOLOGIE 29
1.6 EXAMEN D'UNE VICTIME DE VBG 31
1.6.1 CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE 31
1.6.2 ACCUEIL 31
1.6.3 INTERROGATOIRE 32
1.6.4 EXAMEN PHYSIQUE 33
1.6.4.1 Examen de l'état général 33
1.6.4.2 Examen gynécologique 34
1.6.4.3 Examen anal 37
1.6.5 EXAMENS COMPLEMENTAIRES 38
1.6.5.1 Identifier l'agresseur : 38

1.6.5.2 Prévenir les complications : recherche de MST/IST 39
1.7 PRISE EN CHARGE 40
1.7.1 MEDICALE 40
1.7.2 PSYCHOSOCIALE 42
1.7.3 MEDICO-LEGALE 43
1.7.3.1 CERTIFICAT MEDICAL 43
1.7.3.2 PRISE EN CHARGE JUDICIAIRE 44
1.8 CONSEQUENCES 46
2 CADRE ET METHODE D'ETUDE 49
2.1 CADRE D'ETUDE 49
2.2 METHODE D'ETUDE 52
2.2.1 TYPE D'ETUDE 52
2.2.2 POPULATION D'ETUDE 52
2.2.2.1 Critères d'inclusion 53
2.2.2.2 Critères de non-inclusion 53
2.2.2.3 Critère d'exclusion 53
2.2.3 ECHANTILLONNAGE 53
2.2.4 VARIABLES 53
2.2.5 COLLECTE DE DONNEES 54
2.2.5.1 Outils de collecte 54
2.2.5.2 Sources de données 54
2.2.5.3 Technique de collecte 55
2.2.6 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES 55
2.2.7 ASPECTS ETHIQUES 56
3 RESULTATS 58
3.1 REPARTITION DES VICTIMES SELON LE TYPE DE VBG RECUES AU CIPEC DE COTONOU 58

3.2 FREQUENTATION 60
3.3 PROFIL DES VICTIMES 60
3.3.1 Age 60
3.3.2 Sexe 61
3.3.3 Profession 63
3.3.4 Niveau d'instruction 63
3.3.5 Résidence des victimes 64
3.3.6 Ethnies 65
3.3.7 Situation matrimoniale 65
3.4 PROFIL DES AGRESSEURS 66
3.4.1 Age 66
3.4.2 Profession 67
3.5 AGRESSSION PHYSIQUE 68
3.5.1 Heure de l'agression 68
3.5.2 Lieu de l'agression 68
3.5.3 Moyen d'agression 69
3.5.4 Nombre d'agresseurs et lien entre agresseur et victime 70
3.5.5 Délai entre l'agression et l'examen 71
3.5.6 Mode d'admission 72
3.5.7 Examen physique 73
3.5.8 EXAMENS PARACLINIQUES 75
3.5.9 PRISE EN CHARGE 76
3.5.9.1 MEDICALE 76
3.5.9.2 JURIDIQUE 77
3.6 AGRESSION SEXUELLE 79
3.6.1 Heure de l'agression 79
3.6.2 Lieu de l'agression 80

3.6.3 Type d'abus sexuel 81
3.6.4 Mode de pénétration 81
3.6.5 Contraintes subies par les victimes 82
3.6.6 Nombre d'agresseurs et lien entre l'agresseur et la victime 83
3.6.7 Mode d'admission 84
3.6.8 Antécédents gynécologiques 85
3.6.9 Antécédents obstétricaux 86
3.6.10 Antécédents de violence sexuelle 87
3.6.11 Signes généraux 88
3.6.12 Examen gynécologique 89
3.6.13 Examens paracliniques 91
3.6.14 Prise en charge 93
3.6.14.1 Médicale 93
3.6.15 Prise en charge juridique 94
4 DISCUSSION 97
4.1 Atteinte des objectifs de l'étude 97
4.2 Evaluation des différents biais et de la validité de l'étude 98
4.2.1 Biais de sélection 98
4.2.2 Biais d'information 98
4.2.3 Validité des résultats 98
4.3 Interprétation et comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs 99
4.3.1 Fréquentation 99
4.3.2 Caractéristiques socio-démographiques 99
4.3.2.1 Age 99
4.3.2.2 Sexe 100
4.3.2.3 Profession 100
4.3.2.4 Niveau d'instruction 100

4.3.2.5 Situation matrimoniale 101
4.3.2.6 Zone de provenance 101
4.3.3 Types d'agression 102
4.3.4 Circonstances de survenue 102
4.3.4.1 L'heure de survenue de l'agression 102
4.3.4.2 Le lieu de survenue de l'agression 103
4.3.5 Profil des agresseurs 103
4.3.5.1 Age 103
4.3.5.2 Profession 104
4.3.6 Agression physique 104
4.3.6.1 Moyen d'agression 104
4.3.6.2 Nombre d'agresseur 104
4.3.6.3 Relation entre l'agresseur et la victime 105
4.3.6.4 Siège du traumatisme 105
4.3.6.5 Prise en charge 105
4.3.7 Agression sexuelle 106
4.3.7.1 Type d'abus sexuel 106
4.3.7.2 Mode de pénétration 107
4.3.7.3 Contraintes subies par les victimes 107
4.3.7.4 Nombre d'agresseur 107
4.3.7.5 Relation entre agresseur et victime 108
4.3.7.6 Mode d'admission 108
4.3.7.7 Délai de consultation et attitude de la victime après l'agression 108
4.3.7.8 Aspects cliniques des lésions 109

4.3.7.9 Examens paracliniques 110

4.3.7.10 Prise en charge 111

CONCLUSION ET SUGGESTIONS 113
REFERENCES 117
ANNEXES ..... A
ANNEXE 1 : Fiche d'enquête d'enregistrement des victimes de violences basées sur le genre ..... B

ANNEXE 2 : Certificat de non-plagiat ..... B

ANNEXE 3 : Certificat médical initial d'agression physique au CIPEC-VBG de Cotonou C

ANNEXE 4 : Certificat médical initial d'agression sexuelle au CIPEC-VBG de Cotonou ..... F

LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple Béninois,

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine,

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination,

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité,

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance,

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail,

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs,

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie, ni ne provoquerai délibérément la mort,

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission,

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

Je le jure !

RESUME

Introduction : Les violences basées sur le genre (VBG) sont l'une des pires manifestations de la discrimination entre les sexes. Elles ont un coût économique et humain important touchant aussi bien la victime que les collatéraux et laissent des marques parfois irréparables. L'objectif de cette étude est de décrire la prise en charge des cas de VBG reçus au CIPEC-VBG de Cotonou.

Méthode : Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive menée sur une période de cinq (05) ans allant du 1er juillet 2018 au 30 juin 2023. Elle a porté sur toutes les personnes ayant consulté au CIPEC-VBG pendant la période d'étude. Ont été incluse toutes les victimes reçues pour agression physique ou sexuelle, avec ou sans réquisition et ayant un dossier médical complet.

Résultats : Au total, 1422 victimes et survivantes de VBG ont été incluses. La médiane d'âge était de 15 ans avec des extrêmes de 03 mois et de 61 ans. Les mineurs de 5 à 15 ans étaient les plus touchés dans une proportion de 55,5%. La quasi-totalité (96,5%) des survivants de VBG rapportés sont des femmes et des filles. Les filles de moins de 15ans sont plus victimes de violences sexuelles (63%) dont l'essentiel sont des cas de viols. En revanche, les adolescentes et les femmes subissent plus de violences physiques (62%) qui sont essentiellement les coups et blessures. 87% des cas reçues au CIPEC étaient des agressions sexuelles. L'agresseur était le plus souvent connu de la victime (72,2% des cas). Les lésions génitales étaient fréquentes et dominées par la déchirure hyménéale dans une proportion de 74,8%. En ce qui concerne les violences physiques, plus d'un tiers étaient commis par les maris et/ou les concubins. Le siège des lésions était le membre supérieur dans 46,6% des cas suivi de la tête et du cou (30,8%). La prise en charge était médicale (dans 87,7% des cas), psychosociale (100%), psychologique (68,5%). Les instances de justice avaient été saisies dans 14,3% des cas pour les agressions physiques et 26,9% des cas pour les agressions sexuelles.

Conclusion : La proportion des enfants survivants de VBG rapportés est effrayante. Or, plus les violences ont lieu tôt dans la vie d'un individu, plus les conséquences sur sa santé sont lourdes et durables. Cette proportion des enfants survivants de VBG nécessite une suffisance accrue de programmes de lutte contre les VBG afin d'assurer une prise en charge mieux adaptées aux enfants.

Mots clés : Violences basées sur le genre, victimes, prise en charge, Cotonou

ABSTRACT

Introduction: Gender-based violence (GBV) is one of the worst manifestations of gender discrimination. They have a significant economic and human cost, affecting both the victim and the collateral, and sometimes leave irreparable marks. The objective of this study is to describe the management of GBV cases received at CIPEC-GBV in Cotonou.

Method: This was a retrospective, descriptive study conducted over a period of five (05) years from July 1, 2018 to June 30, 2023. It included all individuals who consulted at CIPEC-VBG during the study period. Included were all victims of physical or sexual assault, with or without requisition, and with a complete medical record.

Results: A total of 1422 victims and survivors of GBV were included. The median age was 15 years with extremes of 03 months and 61 years. Minors between the ages of 5 and 15 were the most affected at a rate of 55.5%. Almost all (96.5%) of reported GBV survivors are women and girls. Girls under the age of 15 are more likely to be victims of sexual violence (63%), most of which are rapes. On the other hand, adolescent girls and women suffer more physical violence (62%), which is mainly assault and battery. 87% of the cases received at CIPEC were sexual assaults. The perpetrator was most often known to the victim (72.2% of cases). Genital lesions were frequent, with 74.8% of the case being dominated by hymeneal tearing. Regarding physical violence, more than a third were committed by husbands and/or cohabiting partners. The site of the lesions was the upper limb in 46.6% of cases, followed by the head and neck (30.8%). The treatment was medical (in 87.7% of cases), psychosocial (100%) and psychological (68.5%). In 14.3 per cent of cases of physical assault, 14.9 per cent of cases were referred to the courts for sexual assaults.

Conclusion: The proportion of child survivors of GBV reported is frightening. However, the earlier the violence takes place in an individual's life, the heavier and more lasting the consequences on his or her health. This proportion of child survivors of GBV requires an increased sufficiency of GBV programmes to ensure more child-friendly care.

Keywords: Gender-based violence, victims, care, Cotonou