

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : RAPPELS.....	4
I. DEFINITIONS DES TYPES DE VIOLENCES SEXUELLES.....	5
II. EPIDEMIOLOGIE DES VIOLENCES SEXUELLES.....	7
II.1.Dans le monde	7
II.2.En Afrique.....	8
II.3.Au Sénégal	10
III. EFFETS DES VIOLENCES SEXUELLES SUR LA SANTE DES PERSONNES	11
III.1.Lésions cliniques au cours des violences sexuelles :.....	11
III.2.Troubles psychologiques liés aux violences sexuelles:.....	16
IV. PROBLEMATIQUE DES VIOLENCES SEXUELLES DANS LA REGION DE KOLDA	21
V. INSTANCES DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES SEXUELLES	23
V.1. Engagement international	23
V.2. Engagement national	25
VI. CADRE JURIDIQUE DES VIOLENCES SEXUELLES AU SENEGAL	27
VI.1.Viol et attentat à la pudeur.....	27
VI.2. Attouchement sexuel.....	28
VI.3. Harcèlement sexuel.....	28
VI.4. Enlèvement ou détournement de mineurs.....	28
VII. PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES.....	30
VII.1. L'accueil et la préparation de la victime	30
VII.2. L'interrogatoire et le récit des faits.....	31
VII.3. La collecte de preuves médico-légales	31

VII.4. L'examen physique et génital.....	31
VII.5. Prise en charge du risque d'infections.....	32
VII.6. Prise en charge du risque de grossesse.....	33
VII.7. Le traitement des lésions.....	34
VII.8. Le soutien psychologique.....	34
DEUXIEME PARTIE.....	35
I. BUT ET OBJECTIFS.....	36
I.1. But.....	36
I.2. Objectifs.....	36
II. CADRE D'ETUDE.....	37
II.1.Données géographiques et administratives.....	37
II.2. Données sociodémographiques et culturelles	38
II.3. Situation économique.....	39
II.4. Situation sanitaire.....	40
II.5. Tribunal régional de Kolda.....	41
III.METHODOLOGIE.....	43
III.1. Type d'étude :	43
III.2. Population d'étude :	43
III.3. Echantillonnage :	43
III.4. Variables de l'étude.....	43
III.5. Procédures de collecte des données :	45
III.6. Méthode d'analyse.....	46
III.7. Considérations éthiques :	46

IV.RESULTATS.....	46
IV.1. Caractéristiques sociodémographiques des victimes et agresseurs	47
IV.2. Données sur l'agression	51
IV.3. Etat clinique de la victime	55
IV.4. Sanctions judiciaires des agresseurs	57
V.DISCUSSION	60
V.1. Limites de l'étude	60
V.2. Profil sociodémographique des victimes et des agresseurs	60
V.3. Circonstances de l'agression sexuelle	62
V.4. Etat clinique des victimes.....	65
V.5. Sanctions judiciaires de l'agression	66
CONCLUSION - RECOMMANDATION	68
REFERENCES.....	72
ANNEXE	

LISTE DES TABLEAUX

PAGE

I : Répartition des victimes en fonction des tranches d'âge.....	47
II: Répartition des agresseurs en fonction des tranches d'âge	48
III: Répartition des tranches d'âges des victimes en fonction de celles des agresseurs	48
IV: Répartition des agresseurs selon le niveau d'instruction.....	50
V: Répartition des victimes selon le niveau d'instruction.....	51
VI: Répartition des victimes selon le type de violences sexuelles.....	53
VII: Répartition du nombre de cas de violences sexuelles en fonction des sites.....	53
VIII: Répartition des agressions en fonction du temps.....	54
IX: Répartition des agresseurs en fonction de la durée d'emprisonnement.....	57
X : Caractéristiques influençant la survenue de viols chez les victimes.....	58
XI : Caractéristiques influençant la survenue de viols chez les agresseurs.....	58
XII : Caractéristiques influençant la survenue de viols selon les circonstances des violences sexuelles.....	59

LISTE DES FIGURES

PAGE

1 : Fissure anale récente et non compliquée reconnue après avoir déplissé les plis radiés de l'anus.....	12
2 : Déchirure vaginale.....	12
3 : Fissure vulvaire.....	13
4 : Vulvo-vaginite.....	14
5 : Morphologie de l'hymen.....	14
6 : Déchirure hyménale.....	15
7 : Carte administrative de la région de Kolda.....	37
8 : Répartition des victimes selon la profession.....	49
9 : Répartition des agresseurs selon la profession.....	49
10 : Répartition des victimes et des agresseurs en fonction du statut matrimonial.....	50
11 : Répartition des violences sexuelles en fonction des années.....	52
12 : Répartition des violences sexuelles en fonction des sites	52
13 : Répartition des victimes selon le lieu de l'agression.....	54
14 : Répartition des victimes en fonction du délai de consultation.....	55
15 : Répartition des victimes selon l'état de l'hymen.....	56
16 : Répartition des victimes selon l'acte sexuel subi.....	56

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert

ASC : Agent de Santé Communautaire

CCA : Centre de Conseils pour les Adolescents

CDEP/SCOFI : Comité Départemental des Enseignantes pour la Promotion et la Scolarisation des Filles

CEDEF : Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CLVF : Comité de Lutte contre les Violences faites aux Femmes

CNLV : Comité National de Lutte contre les Violences

COSEF : Conseil Sénégalais des Femmes

CPI : Cour Pénale Internationale

CRVFE : Comité de Réflexion sur les Violences faites aux Femmes et aux Enfants

DSRP : Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

FAWE: Forum for African Women Educationalists

FIDH : Fédération Internationale des Droits de l'Homme

FNUP : Fonds des Nations Unies pour la Population

FVV : Fistule Vésico Vaginale

IA : Inspection Académique

IEC : Informer Eduquer Communiquer

INTERPOL : International Police

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMT : Organisation Mondiale du Tourisme

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

PANAF : Plan d'Action National de la Femme

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

RDC : République Démocratique du Congo

SIDA : Syndrome Immuno Déficience Acquise

SNEEG : Stratégie Nationale pour l'Egalité et l'Equité de Genre

TPIR : Tribunal Pénal International pour le Rwanda

TPIY : Tribunal Pénal International pour l'ex-Yougoslavie

UNICEF: United Nations Children's Fund

UNIFEM: United Nations Development Fund for Women

UNSCR: United Nations Security Council Resolution

VIH: Virus Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

La violence sexuelle est un mal de société qui freine le développement socio-économique et même politique d'un pays. L'expression « violence sexuelle » regroupe une grande variété de sévices : menaces sexuelles, exploitation, humiliation, agression, brutalité, violence domestique, inceste, prostitution forcée (commerce sexuel), torture, insertion d'objets dans les orifices génitaux, mariage précoce, mutilation génitale et viol. Les hommes et les garçons peuvent également subir des violences sexuelles mais leur ampleur est moins connue que celle à l'encontre des femmes et des jeunes filles [4].

Selon les statistiques fournies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 150 millions de filles de moins de 18 ans auraient subi un rapport sexuel imposé ou d'autres formes de violences sexuelles en 2002. Selon la même source, 4 millions de femmes et de fillettes sont vendues pour le mariage, la prostitution ou l'esclavage [41]. En France, 60 cas de violences sexuelles étaient enregistrés par jour en 1984. En 2006, dans le même pays, 6,8% des femmes âgées de moins de 70 ans ont été victimes de rapports sexuels forcés et 8,8% d'entre elles étaient âgées de moins de 18 ans [34].

En Afrique, un nombre croissant d'études, tout particulièrement, montrent que la première expérience sexuelle des jeunes filles est souvent non désirée ou imposée. En Tanzanie, 41% des femmes ayant déjà eu un partenaire sexuel à Dar-es-Salaam et 56% à Mbeya avaient été confrontées à la violence physique ou sexuelle d'un partenaire [42].

Au Sénégal, à l'instar de tous les pays du monde, les violences sexuelles faites aux femmes et aux enfants ont atteint une ampleur inquiétante. A la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar, la prévalence de ces violences était de 0,4% du 1^{er} janvier 2003 au 31 mai 2005 [18]. Une étude menée par l'UNFPA a montré que les attouchements sexuels sans consentement étaient les plus fréquents dans la région de Kolda (49,1% de la population enquêtée) suivis respectivement des viols précédés de menaces et d'insultes (5,7%) ; de viols précédés de coups et blessures (1,9%) ; de tentatives de viols (1,9%) ; de viols sous la menace d'une arme (0,5%) ; le fait d'être attaché pour être violé (0,5%) [46]. Dans la région de Kolda, on parle de violences sexuelles sans jamais se décider à intégrer cette donne dans les politiques de promotion de la femme particulièrement.

Mais pour remédier à cela, le comité national de lutte contre les violences (CNLV) a été mis en place en 1999 pour lutter contre ce fléau. Le fonds des nations unies pour le développement de la femme (UNIFEM) appuie le CNLV dans ses activités avec la création du centre d'écoute et la mise en place de séminaires ainsi que la participation du CNLV à la campagne de lutte contre les violences faites aux femmes. De même le réseau des

femmes pour le respect des droits et du développement des projets féminins a présenté au mois de décembre 2009, le document de stratégie de lutte contre les violences sexuelles faites aux femmes. Actuellement la région de Kolda ne dispose pas de données fiables sur les violences sexuelles. Ainsi l'objectif de cette étude est de déterminer le profil épidémiologique et clinique des violences sexuelles dans la région de Kolda.

Elle va s'articuler ainsi sur deux parties :

- Une première concernant des rappels sur les violences sexuelles :
 - les définitions des types de violences sexuelles ;
 - l'épidémiologie des violences sexuelles ;
 - les effets des violences sexuelles sur la santé des personnes ;
 - la problématique des violences sexuelles dans la région de Kolda ;
 - les instances de lutte contre les violences sexuelles ;
 - le cadre juridique des violences sexuelles.
- Une deuxième qui concerne notre contribution comporte :
 - le but et les objectifs de l'étude ;
 - le cadre d'étude ;
 - la méthodologie ;
 - la présentation des résultats ;
 - la discussion.

Ce travail va se terminer par une conclusion. Il est jugé nécessaire par la suite de formuler des recommandations pour une lutte efficace contre les violences sexuelles dans la région de Kolda.

PREMIERE PARTIE : RAPPELS

I. DEFINITIONS DES TYPES DE VIOLENCES SEXUELLES

Selon l'OMS, la violence sexuelle signifie : « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne, en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail » [41]. La coercition vise le recours à la force. En dehors de la force physique, l'agresseur peut recourir à l'intimidation psychologique, au chantage, ou d'autres menaces (blessures corporelles, renvoi d'un emploi ou ne pas obtenir un emploi). La violence sexuelle peut survenir alors que la personne agressée est dans l'incapacité de donner son consentement parce qu'elle est ivre, droguée, ou incapable mentalement de comprendre la situation. Faire des rapports sexuels avec des mineurs même s'ils « consentent » est considéré comme violence sexuelle [41].

Les formes de violences sexuelles à l'égard des femmes sont :

- **Harcèlement sexuel**

C'est le fait d'abuser de l'autorité conférée par des fonctions de travail ou coutumières pour tenter d'obtenir une faveur sexuelle par contrainte, ordre ou pression. Les manifestations du harcèlement sexuel sont multiples et peuvent être visuelles ou gestuelles [4].

- **Détournement des mineurs**

Le fait d'abuser des biens, des services pour obtenir des rapports sexuels (abusifs) entre les personnes majeures et mineures (moins de 18 ans), généralement sous l'emprise des cadeaux ou autres promesses. Pour les élèves, ceci peut être les bonnes notes aux examens [4].

- **Viol**

D'après le dictionnaire pratique du droit humanitaire, le viol est décrit comme suit : « le viol consiste dans le fait de soumettre un individu par la force ou la violence à une relation sexuelle non volontaire. ». Le viol est un rapport sexuel sans consentement. L'objectif du violeur est de dominer la personne (femme, homme, enfant), la soumettre à son contrôle. Le viol est une agression manifestée par une excitation sexuelle. Les personnes violées

sont presque toujours traumatisées et beaucoup développent des troubles post-traumatiques longtemps après le viol [4].

- **Viol conjugal**

C'est un rapport sexuel contre le gré d'un conjoint. Le refus d'avoir des rapports sexuels peut être dû à la période de menstruation, de l'indisposition pendant la grossesse, la fatigue, l'angoisse, l'état d'ébriété du mari ou tout simplement parce que la femme ne veut pas [4].

- **Inceste**

C'est le fait d'avoir des rapports sexuels avec une parenté très proche (1^{er} degré) [4].

- **Sodomie**

La pénétration du pénis dans l'anus de quelqu'un [4].

- **Pédophilie**

Ce sont des relations sexuelles entre les personnes adultes (hommes ou femmes) avec les enfants (petits garçons ou petites fillettes) [4].

- **Attouchements sexuels**

Ce sont des gestes à caractère sexuel sur les seins, les cuisses, les fesses, les organes génitaux, l'anus, imposés à un enfant, un adolescent ou un adulte sans consentement [4].

- **Attentat à la pudeur**

La cour de cassation a précisé qu'« il est requis qu'il s'agisse d'actes d'une certaine gravité, portant atteinte à l'intégrité sexuelle d'une personne telle qu'elle est perçue par la conscience collective d'une société déterminée à une époque déterminée » [40].

II. EPIDEMIOLOGIE DES VIOLENCES SEXUELLES

II.1. Dans le monde

D'après les données disponibles, dans certains pays, près d'une femme sur quatre dit avoir été victime de violence sexuelle de la part de son partenaire, et jusqu'à un tiers des adolescentes disent avoir subi une initiation sexuelle forcée [41]. C'est ainsi que 23% des femmes du nord de Londres en Angleterre ont dit avoir été victimes de viol ou de tentative de viol de la part d'un partenaire à un moment ou à un autre de leur vie [41]. Des chiffres analogues ont été signalés à Guadalajara, au Mexique, et à Lima, au Pérou (23%). La prévalence des violences sexuelles commises contre des femmes par des partenaires intimes, y compris les tentatives d'agression est également évaluée dans quelques enquêtes Françaises. Ainsi, elle a été estimée à 14,2% en Angleterre, Pays de Galles et Ecosse (combinés), à 11,6% en Suisse, à 8,0% au Canada, 7,7% aux Etats-Unis, à 5,9% en Finlande [41].

En France, 60 cas de violences sexuelles étaient enregistrés par jour en 1984. En 2006, dans le même pays, 6,8% des femmes âgées de moins de 70 ans ont été victimes de rapports sexuels forcés et 8,8% d'entre elles étaient âgées de moins de 18ans [34]. Des enquêtes menées auprès des victimes de crimes dans de nombreuses villes et de nombreux pays, en utilisant une méthodologie commune pour faciliter les comparaisons, ont montré que le pourcentage de femmes qui déclarent avoir été victimes de violences sexuelles va de moins de 2% dans des endroits comme Beijing en Chine (1,6%), La Paz en Bolivie (1,4%), Gaborone au Botswana (0,8%), et Manilles aux Philippines (0,3%) ; à 5% ou plus à Rio de Janeiro au Brésil (8,0%), Tirana en Albanie (6,0%), Buenos Aires en Argentine (5,8%), et Bogota en Colombie (5,0%). Il est à noter que l'on ne fait aucune distinction dans ces chiffres entre les viols commis par des étrangers et ceux commis par des partenaires intimes [41].

En dehors des enquêtes sur la criminalité, quelques enquêtes portant sur des échantillons représentatifs interrogent les femmes sur la violence sexuelle. Par exemple, dans une enquête nationale réalisée aux Etats Unis, 14,8% des femmes de plus de 17ans déclarent avoir été violées, à quoi s'ajoutent 2,8% de femmes victimes de tentatives de viol et 0,3% des femmes de l'échantillon affirment avoir été victimes de viol l'année précédant l'enquête [41]. Dans une enquête réalisée en République Tchèque sur un échantillon

représentatif de l'ensemble de la population âgée de plus de 15ans, 11,6% des femmes déclarent qu'on leur a déjà imposé des contacts sexuels et 3,4% que cela s'est produit plus d'une fois, la forme la plus courante des contacts étant des rapports vaginaux [41].

Le harcèlement des filles par les garçons est très probablement un problème mondial. Au Canada, par exemple, 23% des filles sont victimes de harcèlement sexuel à l'école [41]. Une enquête menée en 2007 en Suisse révèle que 28 pour cent des femmes et 10 pour cent des hommes interrogés ont été victimes de harcèlement sexuel ou la cible de comportements analogues au cours de leur vie professionnelle. Selon les trois quarts de ces femmes, les auteurs étaient des hommes, qui généralement ont agi seuls mais parfois en groupe. Elles rapportent fréquemment avoir aussi été la cible de groupes mixtes (hommes et femmes) [12].

II.2.En Afrique

Un nombre croissant d'études, tout particulièrement en Afrique sub-saharienne montrent que la première expérience sexuelle des jeunes filles est souvent non désirée ou imposée. Ainsi, lors d'une enquête cas-témoins portant sur 191 adolescentes (âge moyen : 16,3ans), patientes d'un centre de consultations prénatales au Cap en Afrique du sud, et 353 adolescentes non enceintes du même âge et du même quartier ou de la même école, il ressort que 31,9% des cas de l'étude et 18,1% du groupe témoin déclarent que la force a été employée pendant leur initiation sexuelle. A la question de savoir quelles seraient les conséquences si elles refusaient d'avoir des relations sexuelles, 77,9% des jeunes filles de l'échantillon, 72,1% de celles du groupe témoin répondent avoir peur d'être battues si elles refusent d'avoir des relations sexuelles [41].

L'école est l'endroit le plus courant où beaucoup de jeunes femmes sont victimes de coercition et de harcèlement sexuels. En 1991, dans un cas de violence extrême, 71 adolescentes ont été violées par des camarades de classe et 19 autres tuées dans un pensionnat à Méru, au Kenya [41].

Le harcèlement des filles par les garçons est très probablement un problème mondial. La recherche effectuée en Afrique, met en évidence le rôle des enseignants pour ce qui est de faciliter la coercition ou de se livrer eux-mêmes à ce type de comportement. Dans un rapport, *Africa Rights* explique avoir trouvé des cas de maîtres d'école qui sollicitaient des actes sexuels contre de bonnes notes ou le passage en classe supérieure, en République Démocratique du Congo, au Ghana, au Nigéria, en Somalie, en Afrique du Sud, au Soudan,

en Zambie et au Zimbabwe [41]. Une enquête nationale récente menée en Afrique du Sud qui comprenait des questions sur des viols subis avant l'âge de 15ans, conclut que les maîtres d'école étaient responsables de 32% des viols d'enfants déclarés. De 1992 à 1997, on a noté 1,3% de femmes victimes de violence sexuelle en Afrique du sud [33].

Le phénomène a pris de l'ampleur avec la présence de conflits armés au Liberia, en Sierra Leone, en République Démocratique du Congo et en Cote D'ivoire. Les violences sexuelles représentaient 0,6% de toutes les patientes admises en urgence au service de gynécologie du CHU de Cocody à Abidjan du 1^{er} Janvier 2000 au 31 décembre 2002 [33]. En Guinée, lors d'une étude faite au service de Médecine Légale de l'Hôpital National Ignace Deen du 1^{er} août 2009 au 31 janvier 2010, la fréquence des violences sexuelles était de 23%. Au service de gynécologie obstétrique B du CHU de Brazzaville, la fréquence des violences sexuelles était de 35,5% en 1998 [10]. En République Démocratique du Congo, le conflit armé a intensifié les violences sexuelles dans cette partie du continent où le haut commissariat aux réfugiés dénombre plus de 200 000 femmes victimes de viol depuis 1996 dont plus d'un tiers dans les deux seules provinces des Kivu [26]. Malheureusement, faute d'une méthodologie commune pour estimer le nombre de victimes, les chiffres divergent souvent d'un acteur à l'autre. L'ONG Médecins du Monde avance le nombre de 9020 cas pour l'année 2007 sur l'ensemble de la République Démocratique du Congo [26], alors que le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) a dénombré 13230 victimes pour la même année. Dans un rapport daté de 2009, *Human Rights Watch* annonce que pour l'année 2008 l'ONU a enregistré 7703 nouveaux cas de violences sexuelles dans le nord et le Sud-Kivu [26], de son côté le FNUAP parlait de 15314 cas sur l'ensemble du territoire. Pour sa part, le gouvernement de la République Démocratique du Congo, dans un rapport du Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant datant d'août 2009 dit avoir enregistré 6 000 cas de violences sexuelles sur l'ensemble du territoire au début de l'année 2009. Sur l'ensemble de l'année 2009, le FNUAP a comptabilisé 15297 cas sur le territoire. Ces violences sexuelles sont de plusieurs types : viol individuel et collectif, tentative de viol, viol avec introduction d'objets dans les parties génitales, harcèlement sexuel, esclavage sexuel, attentat à la pudeur, attouchements, mutilations sexuelles, prostitution forcée, sodomie [26].

II.3.Au Sénégal

Au Sénégal, les abus contre les enfants sont devenus ces dernières années un phénomène récurrent. Il n'y a pas un seul jour sans que la presse quotidienne ne soit inondée de comptes-rendus de procès et de récits d'abus sexuels. Ainsi Sow et al. [52,53], dans le cadre du projet de renforcement de la protection juridique des mineurs en 2004, montrent une distribution des sévices sexuels suivant la nature du délit de 1994 à 1998. Ils trouvent 64,58% de viol, 15,19% d'attentat à la pudeur, 13,92% de détournement de mineur, 2,53% de tentative de viol, 2,53% d'incitation de mineur à la débauche, 1,27% de tentative d'attentat à la pudeur et 1,27% d'actes contre nature. En 1995, ils ont trouvé, au niveau du tribunal régional de Dakar, 33,33% de viols sur mineurs, 21,21% de détournements, 18,08% d'attentats à la pudeur. Fall A.S [17] réalise une étude à Dakar sur 210 personnes dont 83 enfants (21 enfants sont abusés sexuellement) et sur la petite côte, sur 287 personnes dont 60 enfants (32 enfants sont abusés sexuellement). Ndombi [36] a réalisé une étude à « *Ker Xaleyi* » portant sur l'exploitation de dossiers médicaux de 2000 à 2005, et retrouve 29 cas d'abus sexuels dont 93,10% de filles et 6,90% de garçons. L'âge moyen des enfants est de 7,69 ans. Dans une étude réalisée à la clinique gynécologique et obstétricale du Centre Hospitalier Universitaire Aristide LeDantec, la prévalence des agressions sexuelles était de 0,4% entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 mai 2005 [18]. Sy O [54] dans son étude réalisée à l'unité de pédopsychiatrie (*ker xaleyi*) entre février 2000 et décembre 2008 a retrouvé 59 cas d'enfants victimes d'abus sexuels. La majeure partie des victimes est des filles (84,70%), 45,50% des abusés sont âgés entre 11 et 16 ans et le viol était le mode d'abus sexuel le plus utilisé par les agresseurs.

III. EFFETS DES VIOLENCES SEXUELLES SUR LA SANTE DES VICTIMES

III.1.Lésions cliniques au cours des violences sexuelles :

III.1.1.Lésions des organes génitaux

Les manifestations cliniques au cours des violences sexuelles sont très nombreuses représentées essentiellement par la fissure anale, la déchirure vaginale, la fissure vulvaire, la vulvo-vaginite et la défloration de l'hymen.

❖ Fissure anale

La fissure anale est une plaie du revêtement de la partie basse du canal anal. Elle siège en territoire malpighien sous la ligne pectinée. Le fond de cette plaie est souvent matérialisé par les fibres du sphincter anal interne. On assimile cette plaie à une déchirure occasionnée par un traumatisme (viol anal) [16]. Par contre, son évolution chronique s'apparente à un ulcère ischémique ; elle siège au niveau d'une zone mal vascularisée de l'anoderme (pôle postérieur de l'anus), elle a un fond atone non bourgeonnant. L'ischémie est entretenue par une hypertonie du sphincter anal interne (collapsus des vaisseaux perforants transsphinctériens). Cette hypertonie représente la principale cible thérapeutique à la fois symptomatique (la douleur est une sphincteralgie) et anatomique (la suppression de l'hypertonie permet la cicatrisation de la fissure).

Le principal signe fonctionnel de la fissure anale est la douleur dont la caractéristique est une sémiologie à type de brûlure, déclenchée ou accentuée par le passage de la selle et qui persiste parfois pendant plusieurs heures après la défécation. Cette symptomatologie est une contracture douloureuse du sphincter anal interne (sphincteralgie). Les signes associés sont une constipation d'évacuation (primitive ou secondaire), des saignements, un prurit. Il arrive que la douleur soit une simple gêne.



Figure 1 : Fissure anale récente et non compliquée reconnue après avoir déplié les plis radiés de l'anus

Source : <http://www.proktos.com/espaces-publicques/espace-patient/maladiedumois/m-fissureanale.asp>
(extrait le 10/11/12)

❖ Déchirure vaginale

Les rapports sexuels, caractérisés par une pénétration brusque, violente et sans préliminaires préalables, peuvent être traumatisants alors à l'origine de déchirures vaginales plus ou moins graves. Ces déchirures vaginales post-coïtales peuvent se voir aussi après un viol [24].

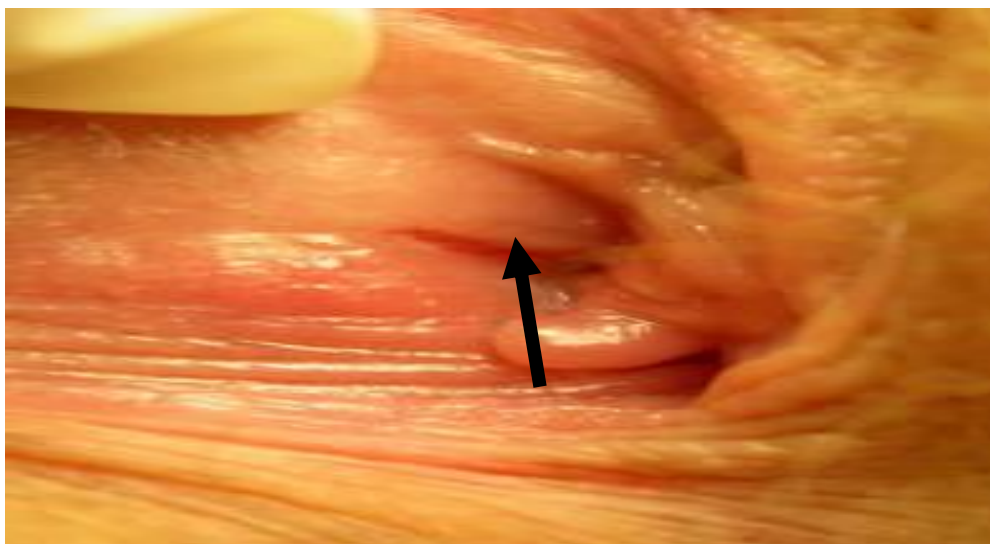


Figure 2 : Déchirure vaginale

Source : <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7314> (extrait le 10/11/12)

❖ Fissure vulvaire

Les fissures peuvent être situées dans le vestibule au niveau de la fourchette postérieure où les parties postérieures des petites lèvres s'unissent et forment un pli. Chez certaines femmes, ce pli est proéminent et tendu. Pendant la relation sexuelle avec pénétration, le pli peut se déchirer à cause de la tension, de l'étroitesse ou du frottement [24]. Les femmes qui ont des fissures peuvent décrire des sensations de brûlures à la vulve et la sensation que la vulve se déchire lors de la pénétration.



Figure 3 : Fissure vulvaire

Source : <http://dermatologie-dermoscopie.medicalistes.org/2008/12/lesion-vulvaire/> (extrait le 10/11/12)

❖ Vulvo-vaginite

Elle se manifeste par des démangeaisons, des brûlures à la miction ou à la marche, des douleurs pendant les rapports sexuels et/ou des pertes d'abondance variable, qui deviennent elles-mêmes des éléments d'irritation et d'infection. Elle est due en général à un parasite (*Trichomonas vaginalis*) ou à un champignon (*Candida albicans*) ou à un virus (herpès virus, papillomavirus) [24].



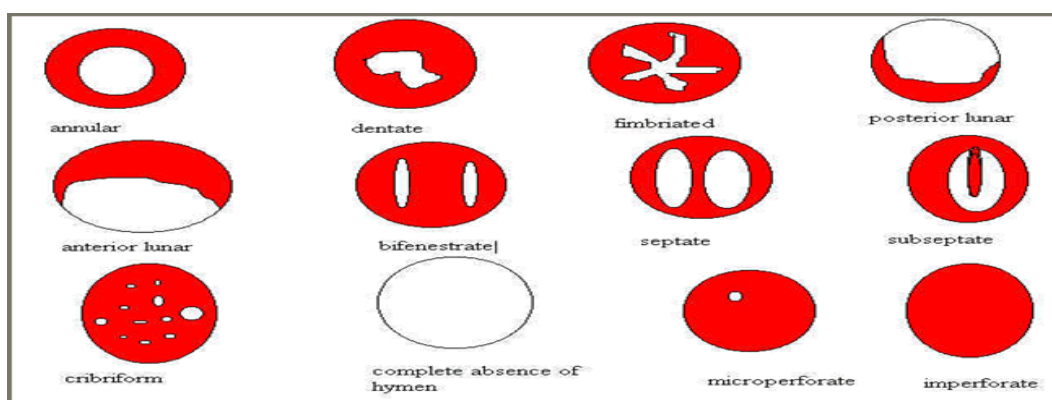
Figure 4 : Vulvo-vaginite

Source : <http://cramisida.hostoi.com/iva.html> (extrait le 10/11/12)

❖ Défloration de l'hymen

L'hymen se déchire le plus souvent au premier rapport sexuel complet et entraîne une légère perte sanguine, cette déchirure sépare l'hymen en plusieurs lambeaux hyménaux qui se cicatrisent et prennent le nom de caroncules hyménaux. La défloration correspond à la déchirure de la membrane. Elle peut se faire en tout sens, généralement sur le cadran postérieur [24].

C'est ainsi que : un hymen annulaire se rompra en trois ou quatre endroits; un hymen semi-lunaire en deux endroits et latéralement ; un hymen labié en un endroit et postérieurement.



Kilde: Mohammed EL-Hennawy, MD

Figure 5 : Morphologie de l'hymen

Source : <http://www.menstrual-cycle.info/41-Hymen.html> (extrait le 10/11/12)

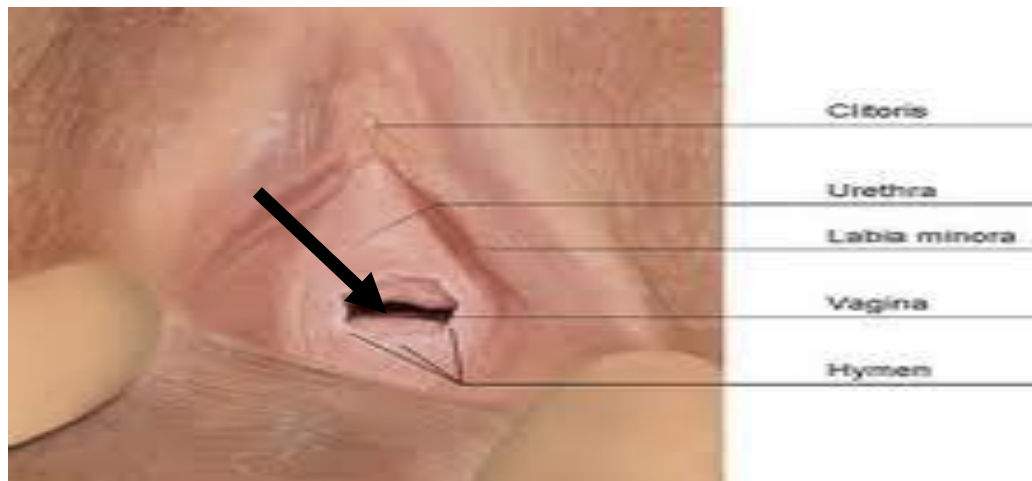


Figure 6 : Déchirure hyménale

Source : <http://www.menstrual-cycle.info/41-Hymen.html> (extrait le 10/11/12)

III.1.2. Autres conséquences physiques des violences sexuelles

A coté des lésions cliniques déjà décrites, on retrouve d'autres conséquences physiques liées aux violences sexuelles telles que les problèmes de santé reproductive, les issues fatales, les problèmes physiques aigus et chroniques.

❖ Problèmes de santé reproductive

Ce sont des troubles graves mettant parfois en jeu le pronostic vital de la victime. Il s'agit des fausses couches, les grossesses non désirées, les avortements clandestins pratiqués dans de mauvaises conditions d'asepsie, les infections sexuellement transmissibles, les troubles menstruelles, les troubles gynécologiques, l'infertilité et le dysfonctionnement sexuel [23].

❖ Issues fatales

Les violences sexuelles peuvent être fatales pour les victimes et entraîner le suicide, la mort à la suite des blessures ou la mort liée à l'infection à VIH. Dans certaines cultures, il y'a l'homicide (victime assassinée par un membre de la famille pour « laver l'honneur », meurtre de l'agresseur perpétré par une victime ou par un membre de sa famille pour se venger des dommages subis) ou l'infanticide des enfants nés du viol [23].

❖ **Problèmes physiques aigus**

Il s'agit de manifestations cliniques survenant dès les premiers moments qui suivent la violence sexuelle : douleurs, blessures, infections, traumatismes (crânien, abdominal, thoracique) [23].

❖ **Problèmes physiques chroniques**

Ils sont constitués par des douleurs, les handicaps, les invalidités, les infections, les problèmes gastro-intestinaux, l'abus d'alcool et les comportements autodestructeurs [23].

III.2.Troubles psychologiques liés aux violences sexuelles

III.2.1. Chez le jeune enfant

Danan [15], Poirer [44] et Simon [51] décrivent les signes cliniques émotionnels et comportementaux chez le jeune enfant :

- ❖ Le petit bébé ou le très jeune enfant devient surexcité lors des changements de couche.
Il hurle, s'agite, se débat et ne supporte plus qu'on le change ou qu'on le nettoie.
- ❖ Un peu plus âgé, l'enfant devient agité, car il est anxieux de ce qui peut lui arriver et lutte contre cette sensation par cette hyperactivité. Il se montre exigeant et revendicateur, crie pour rien ou manifeste une agitation anxieuse.
- ❖ Possibilité inverse : Cet enfant, naguère si souvent frondeur et rebelle, se montre étonnamment obéissant, voire soumis.
- ❖ Il peut manifester des problèmes d'attention, de concentration : il est devenu rêveur, se perd dans un brouillard, semble vivre dans un monde imaginaire et, en classe se voit accuser de perturber le travail des autres en ne suivant plus comme auparavant. La conséquence est la chute brutale et inattendue des résultats scolaires.
- ❖ Il peut présenter des symptômes psychotiques avec des bouffées délirantes et tous les signes classiques de dépression chez l'enfant.
- ❖ Le pire arrive quand il affiche ou mime des comportements sexuels avec d'autres enfants, des jouets, des animaux et se montre parfois d'une agressivité incontrôlable vis-à-vis de ses proches. Il s'introduit des objets dans le vagin ou le rectum ou protège son sexe par des petites poupées ou des figurines représentant

son monde intérieur et aussi son objet transitionnel : nains, superman, blanche Neige, poupée, etc.

- ❖ Dans d'autres cas, il adopte un comportement régressif infantin et puéril : il se remet à sucer son pouce, devient énurétique, alors qu'il était propre, etc.
- ❖ Peuvent apparaître également des troubles du comportement : il devient excessivement attaché, obéissant ou dépendant vis-à-vis d'une personne bien précise. Cela est dû à une terreur familiale ambiante, une perte de sa propre estime, une culpabilité aussi.
- ❖ Des troubles du sommeil apparaissent, notamment des cauchemars ou une peur du noir, peur d'aller au lit, s'accompagnant de hurlements, de phobies : peur d'une ombre noire, d'un fantôme, de l'obscurité avec des rituels de vérification sous le lit, dans les placards, etc.
- ❖ La famille constate un changement du comportement alimentaire à type de crise de boulimie ou bien, au contraire, une perte d'appétit évoluant en quelque mois vers une véritable anorexie mentale.
- ❖ Peut apparaître un arrêt de la croissance bien connu sous la dénomination de « nanisme psychosocial ». Des troubles du cycle menstruel apparaissent à la puberté : aménorrhée (absence de règles).
- ❖ Il faut être très attentif et prudent quand l'enfant se met à protester de façon soudaine lorsqu'il est confié à quelqu'un qu'il connaît, déclare en pleurant qu'il ne veut plus le voir et dit de lui qu'il « n'est pas gentil » ou « méchant avec moi ». Il peut s'agir d'un membre de la famille, d'un voisin, d'un ami, etc.
- ❖ Parfois, l'enfant énonce une peur de se rendre dans une zone particulière de sa maison ou chez un membre de la famille ou bien craint d'être laissé avec une personne d'un sexe particulier.
- ❖ L'enfant envoie un signal indirect en refusant, sans raison apparente, de se rendre chez un parent ou un ami. A contrario, on observe quelque fois un excès d'affection envers des personnes étrangères au milieu familial et l'on se demande alors d'où lui vient cette affection débordante, surtout lorsqu'il manifeste un intérêt trop prononcé envers le corps des personnes et fait preuve d'une connaissance et d'une compréhension détaillées et précoces de comportements sexuels qu'il mime explicitement. Il exprime un intérêt anormalement précoce envers les actes sexuels, utilise un langage trop détaillé et explicite pour son niveau de

développement et peut manifester un comportement sexuellement aberrant et irritant vis-à-vis de ses proches.

- ❖ L'on peut retrouver alors dans ses dessins des images sexualisées qui décrivent directement ou indirectement des activités sexuelles. L'enfant peut tenir également des propos relatifs à une activité sexuelle ou déclarer qu'il a été abusé sexuellement.
- ❖ Tous ces comportements peuvent conduire à une baisse soudaine des résultats scolaires, tandis que s'installe une difficulté à établir des relations interpersonnelles et à se faire des amis. Il en découle une mauvaise image de soi, un manque d'estime pour soi-même. L'enfant s'isole pendant la récréation, ne participe pas aux activités scolaires et sociales.
- ❖ Un autre signe est la peur de se dévêtir dans les vestiaires lors des cours d'éducation physique et sportive ou au cabinet médical ; parfois, l'enfant refuse d'utiliser les installations sanitaires de l'école ou de la garderie.
- ❖ Lorsqu'une fillette a été abusée par un homme, elle peut manifester des comportements de séduction vis-à-vis des garçons ou des hommes. Elle est toujours une « carencée affective », en quête de l'amour et de la tendresse que ses parents sont incapables de lui donner. La fillette ne sait pas dresser de barrière de protection envers les hommes en particulier.

III.2.2. Chez l'enfant plus âgé et l'adolescent

Selon Simon [51], Pichot [43], et Gruyer [20], les troubles sont plus nettement identifiables car ils sont plus patents.

- ❖ Il perd ses amis, l'envie de jouer ou de s'amuser, s'isole de plus en plus, se sent mal aimé et mal compris par ses camarades et de ses proches.
- ❖ Il se néglige tant sur le plan corporel que vestimentaire : changement dans sa propreté et son hygiène, parfois saleté corporelle repoussante. Il se couvre de vêtements amples comme pour camoufler son corps et le soustraire au regard et au désir des autres.
- ❖ Ses résultats scolaires baissent notablement et de manière soudaine, il éprouve de la difficulté à se concentrer, néglige son travail et ses activités habituelles. Bien souvent, il est aux portes de l'école bien avant l'heure d'ouverture, la quitte parmi les derniers, somnole en classe en raison de son sommeil perturbé.

- ❖ Il se plaint de symptômes mal systématisés : fatigue, douleurs abdominales, maux de tête, mal de gorge, nausées etc. Il est demandeur de soins : il se plaint aussi de picotements, de brûlures, de démangeaisons au niveau du sexe ou de l'anus.
- ❖ Des troubles de la relation aux autres sont toujours présents : perte de confiance envers les gens autour de lui, envers ses proches en particulier. Il souffre de manifestations dépressives, présente des idées ou un comportement suicidaire et se livre à un comportement autodestructeur : abus de drogue ou d'alcool, tentative de suicide etc. Comme toujours, cela entraîne une perte de l'estime de soi.
- ❖ Les troubles du comportement s'installent : anorexie, boulimie, insomnie, agressivité inadéquate.
- ❖ Il évoque des activités sexuelles ou déclare qu'il a été abusé et montre un intérêt inhabituel pour la sexualité, la grossesse, ou les maladies transmissibles sexuellement.
- ❖ Etonnez-vous de voir ces jeunes pratiquer des activités sexuelles d'adultes, souvent anormales, ou se prostituer. L'enfant est alors contraint de passer à des expériences multiples, seul ou en groupe, avec des prises de risque majeures pour tenter de prouver ou de découvrir des sensations ou des émotions.

III.2.3. Chez l'adulte

Les troubles les plus spécifiques sont les troubles de la sexualité, les conduites d'évitement, les conduites additives, les troubles du comportement alimentaire, les troubles anxio-dépressifs. Chez les victimes d'inceste s'ajoutent les troubles de la personnalité (avec une impossibilité de faire confiance, des sentiments de honte et de culpabilité, une très mauvaise estime de soi, une très grande difficulté à contrôler ses émotions) et un risque suicidaire très important. Ces comportements, ces pensées, ces pratiques compulsives sont le plus souvent très douloureusement vécues, car ce n'est pas ce que voudraient vivre les personnes, elles ne les comprennent pas et se sentent coupables et honteuses [44].

❖ **Troubles de l'activité sexuelle**

Il peut s'agir soit:

- d'un évitement de l'activité sexuelle et des rapprochements amoureux, pouvant aller jusqu'à une phobie de l'acte sexuel, un évitement de tout contact, un dégoût pour la sexualité ou pour certaines pratiques habituelles (baiser sur la bouche, pénétration, rapport bucco-génitaux, certaines caresses) [44].
- d'une difficulté à avoir des rapports sexuels même s'ils sont souhaités, avec une trop grande angoisse, voire des attaques de panique, des nausées, ou bien un vaginisme rendant toute pénétration difficile ou impossible [44].
- d'une absence de plaisir lors des rapports sexuels, absence de toute sensation avec une anesthésie corporelle au niveau des organes génitaux et des zones habituellement érogènes [44].

❖ **Conduites d'évitement**

Elles sont en rapport avec les violences sexuelles, avec une peur ou une véritable phobie des examens gynécologiques, de la grossesse, des infections urinaires, etc. [44].

❖ **Conduites additives**

Elles se manifestent par un abus d'alcool, de drogues, de tabac, de médicaments, de jeux etc. [44].

❖ **Troubles du comportement alimentaire**

Il s'agit de phobies alimentaires, de boulimie souvent accompagnée de vomissements associée à une anorexie, obésité etc. [44].

❖ **Troubles anxio-dépressifs et les troubles graves de la personnalité**

Parmi ces troubles, on peut citer la personnalité traumatique de type personnalité limite, la personnalité multiple ou personnalité asociale [44].

IV. PROBLEMATIQUE DES VIOLENCES SEXUELLES DANS LA REGION DE KOLDA

Les problèmes de santé de la reproduction sont très manifestes dans la région de Kolda dominés par les mariages précoces, les grossesses précoces et non désirées, l'excision et les violences sexuelles. Par conséquent, le taux de mortalité maternelle et la prévalence du VIH/Sida sont très élevés, comparés à ceux du niveau national. Le taux de mortalité maternelle est estimé respectivement à 723 décès pour 100.000 naissances contre une moyenne nationale de 401 pour 100.000 naissances. La prévalence du VIH/Sida était de 2,1% contre 0,7% [35]. Parmi les types de violences sexuelles, on distingue les tentatives de viol, les attouchements sexuels sans consentement, les coups et contraintes physiques pour avoir des rapports sexuels, le viol collectif, le viol avec menace d'arme, le chantage sexuel dans l'entreprise et la menace de viol. Une étude menée par l'UNFPA a montré que les attouchements sexuels sans consentement étaient les plus fréquents dans la région de Kolda (49,1% de la population enquêtée) suivis respectivement des viols précédés de menaces et d'insultes (5,7%) ; de viols précédés de coups de blessures (1,9%) ; de tentatives de viols (1,9%) ; de viols sous la menace d'une arme (0,5%) ; le fait d'être attaché pour être violée (0,5%). Cependant aucune personne n'a été droguée pour être violée ni renvoyée du travail pour avoir refusé des avances sexuelles [46]. Il y a plusieurs facteurs qui expliquent ce phénomène. D'abord, il y a un problème d'éducation de base. Il y a aussi la fuite de responsabilité des parents, des enseignants qui ne connaissent pas suffisamment les règles d'éthique et de déontologie sans oublier le problème récurrent de la pauvreté. Les filles étant démunies, elles se rabattent sur des hommes majeurs qui les exploitent sexuellement. En plus de l'atteinte portée à la dignité et à la liberté des êtres humains, les violences sexuelles ont des conséquences néfastes et dramatiques sur l'individu, la famille et la société tant sur le plans psychologique, sanitaire que social. Les cas sont relayés dans les médias, dénoncés notamment par les pouvoirs publics, les partenaires au développement, les organisations de la société civile et les ONG. Mais, ils restent encore insuffisamment documentés dans la région de Kolda. Les données disponibles sont collectées de façon parcellaire. Elles ne permettent pas de cerner et de comprendre l'ampleur du phénomène ni ses causes profondes. L'insuffisance de statistiques fiables sur les actes de violences sexuelles et sur les facteurs qui leur sont associés constitue un frein à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de réponses efficaces proposées pour lutter contre les violences. En l'absence d'indicateurs, il devient difficile de mesurer les gains obtenus dans la lutte contre les violences sexuelles. La

présente étude sur les violences sexuelles est donc, à cet égard, une contribution significative à la disponibilité des informations relatives à la prévalence des violences sexuelles dans la région de Kolda.

L'élimination des violences sexuelles demeure l'un des défis les plus importants et les plus présents au Sénégal, plus précisément dans la région de Kolda ; et ceci malgré la ratification de la plupart des conventions internationales relatives à la protection contre les violences sexuelles et l'adoption de lois sanctionnant les diverses formes.

V. INSTANCES DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES SEXUELLES

V.1. Engagement international

Les instances internationales ont activement participé à la lutte contre les violences sexuelles. Ainsi, le Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie (TPIY) et le Tribunal pénal international pour le Rwanda (TPIR) reconnaissent le viol comme crime de guerre entrant dans leurs compétences et ont d'ailleurs inculpé et reconnu coupables plusieurs prévenus pour viol comme crime de guerre. Le cas le plus marquant, le premier de l'histoire où un tribunal a reconnu le viol comme génocide, est celui de Jean-Paul Akayesu, qui a été reconnu coupable de génocide à ce titre par le TPIR en 1998. De son côté en 2001, le TPIY a reconnu trois Serbes bosniaques coupables de viol, torture, et mise en esclave dans la ville de Foca, c'était la première fois qu'un tribunal pénal international accusait une personne uniquement de crimes de violences sexuelles contre les femmes [26].

La création de la cour pénale internationale (CPI) est également un pas en avant important, il s'agit d'une nouvelle organisation indépendante et permanente, instaurée par le statut de Rome du 17 juillet 1998, et effective depuis le 1^{er} juillet 2002. Elle reconnaît plusieurs types de violences sexuelles comme crimes potentiels contre l'humanité et crime de guerre. A ce jour, la CPI agit en RDC, en Ouganda, en République Centrafricaine et dans la région du Darfour au Soudan. Une de ses limites est qu'elle ne peut pas juger des crimes antérieurs à sa création [26].

Le Conseil de Sécurité de l'ONU, qui lui n'est pas une structure judiciaire, a néanmoins réagi face à l'ampleur des violences sexuelles. Pour ce faire, le 30 octobre 2000, il a adopté la résolution 1325 (UNSCR 1325) sur les femmes, la paix et la sécurité. Cette résolution traite en particulier l'impact des conflits armés sur les femmes et de leur place dans la construction de la paix. Cette résolution a permis d'exposer au grand jour le problème des violences et a permis d'instaurer une démarche sexospécifique dans la gestion des conflits armés et de la négociation de la paix. La résolution 1820 du 19 juin 2008 va plus loin dans la lutte contre les violences sexuelles en demandant l'arrêt complet des violences faites aux femmes, notamment les violences sexuelles lors des conflits armés [26].

Les traités internationaux jouent un rôle important, car ils fixent les normes des lois nationales et donnent aux groupes locaux un argument pour faire campagne en faveur de réformes judiciaires. Parmi les traités pertinents qui concernent la violence sexuelle et sa prévention, citons :

- la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979) ;
- la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (1984) ;
- la Convention relative aux droits de l'enfant (1989) et son Protocole facultatif concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie impliquant des enfants (2000) ;
- la Convention contre la criminalité transnationale organisée (2000) et son Protocole additionnel visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (2000).

Plusieurs autres accords internationaux établissent des normes et des limites en matière de comportement, y compris pendant les conflits, qui nécessitent des dispositions dans les lois nationales. Le statut de Rome de la Cour pénale internationale (1998), par exemple, couvre un large éventail de crimes sexospécifiques, y compris le viol, l'esclavage sexuel, la prostitution forcée, les grossesses imposées et la stérilisation forcée. Il comprend également certaines formes de violences sexuelles qui constituent une violation ou une infraction grave à la convention de Genève de 1949, ainsi que d'autres formes de violences sexuelles qui sont comparables en gravité aux crimes contre l'humanité. L'inclusion des crimes sexospécifiques dans les définitions du Statut marque une étape historique dans l'évolution du droit international [41].

En Afrique, on retrouve également plusieurs stratégies de lutte contre les violences sexuelles. C'est ainsi que plusieurs rencontres et conférences ont été organisées à travers le continent parmi lesquelles : la consultation régionale de l'Afrique Francophone à Dakar au Sénégal sur les abus et exploitations sexuels des enfants en février 2001 ; le forum arabo-africain sur l'exploitation sexuelle des enfants à Rabat au Maroc en octobre 2001 ; la consultation régionale pour l'Afrique sur la protection des enfants contre l'exploitation sexuelle dans le tourisme, organisée par l'Organisation Mondiale du Tourisme (OMT) en 2003 ; la consultation régionale sur l'exploitation sexuelle des enfants en mars 2002 à Bamako au Mali [47].

V.2. Engagement national

Le Sénégal a proclamé son attachement aux idéaux de la Déclaration des droits de l'homme de 1948 et ratifié la plupart des conventions internationales affectant la situation de la femme dont la Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'égard des Femmes (CEDEF) en 1992. Ainsi, la nouvelle constitution sénégalaise de 2001 rejette, sous toutes leurs formes, l'injustice, les inégalités et les discriminations envers les femmes. Le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) d'avril 2000 ; la Stratégie Nationale pour l'Egalité et l'Equité de Genre (SNEEG) au Sénégal, formulée sur la base de l'évaluation du 2^e Plan d'Action National de la Femme (PANAF) (1997-2001) et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), s'inscrivent dans une dynamique de mise en œuvre du genre dans tous les secteurs de la vie nationale [37].

L'allocution du Président de la République en 1997, lors du congrès mondial de la Fédération Internationale des Droits de l'Homme (FIDH) sur les mutilations, a été déterminante dans l'adoption de la loi sur les mutilations génitales féminines. En 2001, lors de la rentrée des cours et tribunaux, effectuée sur le thème des luttes contre les violences dans la famille, le Président de la République avait plaidé pour « le degré de tolérance zéro des violences faites aux femmes ». Dans son discours, il a invité les organisations de femmes à la mobilisation, à la prévention et à la dénonciation des violations des droits de la femme. Il aussi demandé à la justice de sanctionner les violences faites aux femmes, tout en s'engageant à étudier les modalités pour accorder aux organisations de femmes la capacité de se porter partie civile pour les victimes, en cas de violation flagrante de leurs droits. La mise en place du réseau des parlementaires pour la défense des enfants contre l'exploitation, les abus et les violences au niveau de l'Assemblée donne une note plus politique au renforcement de la lutte contre les violences à l'encontre des enfants. Au plan étatique, il existe un Point Focal Genre au Ministère de la Femme, de même que dans les ministères sectoriels. Ce ministère a aussi mis en place un Comité Consultatif sur les droits de la Femme. Le 17 Juin 2008, le Président de la République a présenté au Conseil des Ministres un Projet de décret portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de l'Observatoire national des Droits de la Femme. L'observatoire des droits de la femme devrait permettre de suivre l'évolution du respect des engagements de l'Etat du Sénégal dans les rapports aussi bien des structures étatiques que des organisations de la société civile. L'Etat a aussi

encouragé la mise en route d'un Comité de Réflexion sur les Violences faites aux Femmes et aux Enfants(CRVFE) [39].

Dans la région de Kolda, les organisations pouvant constituer un réseau responsable de la prévention de la violence basée sur le genre et de la prise en charge des victimes de cette violence sont le Forum des Educatrices Africaines (FAWE), le Comité Départemental des Enseignantes pour la promotion et la scolarisation des filles (CDEP/SCOFI.) et le Conseil Sénégalais des Femmes (COSEF). Le Forum des Educatrices Africaines (FAWE) et le Comité Départemental des Enseignantes pour la promotion et la scolarisation des filles (CDEP/SCOFI) organisent des cours de renforcement des connaissances à l'intention des filles, assurent un appui en fournitures scolaires et en bourses scolaires, et mènent des actions de sensibilisation et de mobilisation de masse contre les violences faites aux filles. Les organisations sont aussi très actives dans la lutte contre le harcèlement sexuel, l'excision, les grossesses non désirées, le mariage forcé, le lévirat et la répudiation...

Elles organisent des journées de mobilisation, des visites de proximité : porte à porte, des caravanes de sensibilisation, des conférences, tables rondes, émissions dans les radios communautaires, des ateliers de formation de relais. Leurs principaux partenaires sont : UNICEF, World Vision, Aide et Action, UNFPA, Ministère de l'Education, IA, PLAN.

Le Conseil Sénégalais des Femmes (COSEF), quant à lui, avec ses principaux partenaires dont la Fondation Frédéric Hébert et l'Unicef, intervient surtout dans la promotion politique de la femme. Il est très impliqué dans la lutte contre les violences faites aux femmes. Il mène des activités de sensibilisation, de renforcement des capacités, de formation au leadership et aux techniques de communication et de vulgarisation des textes de lois [39].

VI. CADRE JURIDIQUE DES VIOLENCES SEXUELLES AU SENEGAL

VI.1. Viol et attentat à la pudeur

❖ Article 320 (Lois n°99-05 du 29 janvier 1999)

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

Le viol sera puni d'un emprisonnement de cinq à dix ans.

S'il a entraîné une mutilation, une infirmité permanente ou si l'infraction a été commise par séquestration ou par plusieurs personnes, la peine ci-dessus sera doublée.

S'il a entraîné la mort, les auteurs seront punis comme coupables d'assassinat [46,45].

Si l'infraction a été commise sur un enfant au dessous de 13 ans accomplis ou une personne particulièrement vulnérable en raison son état de grossesse, de son âge avancé ou de son état de santé ayant entraîné une déficience physique ou psychique, le coupable subira le maximum de la peine.

Quiconque aura commis ou tenté de commettre un attentat à la pudeur, consommé ou tenté avec violence, contre des individus de l'un ou de l'autre sexe sera puni d'un emprisonnement de cinq à dix ans.

Si le délit a été commis sur la personne d'un enfant au-dessous de l'âge de treize ans accomplis ou d'une personne particulièrement vulnérable en raison de son état de grossesse, de son âge avancé ou de son état de santé ayant entraîné une déficience physique ou psychique, le coupable subira le maximum de la peine [46,45].

❖ Article 319

Tout attentat à la pudeur consommé ou tenté sans violence sur la personne d'un enfant de l'un ou de l'autre sexe âgé de moins de treize ans, sera puni d'un emprisonnement de deux à cinq ans.

Sera puni au maximum de la peine, l'attentat à la pudeur commis par tout ascendant ou toute personne ayant autorité sur la victime mineure, même âgée de plus de treize ans [46,45].

VI.2. Attouchement sexuel

❖ Article 320 bis (Loi n°99-05 du 29 janvier 1999)

Tout geste, attouchement, caresse, manipulation pornographique, utilisation d'images ou de sons par un procédé technique quelconque, à des fins sexuelles sur un enfant de moins de seize ans de l'un ou de l'autre sexe constitue l'acte pédophile puni d'un emprisonnement de cinq à dix ans.

Si le délit a été commis par un ascendant ou une personne ayant autorité sur le mineur, le maximum de la peine sera toujours prononcé.

La tentative est punie comme le délit consommé [46,45].

VI.3. Harcèlement sexuel

❖ Article 319 bis (Loi n°99-05 du 29 janvier 1999)

Le fait de harceler autrui en usant d'ordres, de gestes, de menaces, de paroles, d'écrits ou de contraintes dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle, par une personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions sera puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de 50 000 à 500 000 francs.

Lorsque la victime de l'infraction est âgée de moins de seize ans, le maximum de la peine d'emprisonnement sera prononcé [46,45].

VI.4. Enlèvement ou détournement de mineurs

❖ Article 346

Quiconque aura, par fraude ou violence, enlevé ou fait enlevé des mineurs, ou les aura entraînés, détournés, ou déplacés ou les aura fait entraîner, détourner ou déplacer, des lieux où ils étaient mis par ceux à l'autorité ou à la direction desquels ils étaient soumis ou confiés, subira la peine des travaux forcés à temps de cinq à dix ans [46,45].

❖ Article 347(Loi n°76-02 du 25 mars 1976)

Si le mineur ainsi enlevé ou détourné est âgé de moins de quinze ans, la peine sera celle des travaux forcés à perpétuité. Toutefois, la peine sera celle des travaux forcés de cinq à dix ans si le mineur est retrouvé vivant avant qu'ait été rendu l'arrêt de condamnation.

L'enlèvement emportera la peine de mort s'il a été suivi de la mort du mineur [46,45].

❖ Article 348

Celui qui, sans fraude ni violence aura enlevé ou détourné, ou tenté d'enlever ou de détourner un mineur de dix-huit ans, sera puni d'un emprisonnement de cinq à dix ans et d'une amende de 20 000 à 200 000 francs.

Lorsqu'une mineure ainsi enlevée ou détournée aura épousé son ravisseur, celui-ci ne pourra être poursuivi que sur la plainte des personnes qui ont qualité pour demander l'annulation du mariage et ne pourra être condamné qu'après que cette annulation aura été prononcée [46,45].

❖ Article 349

Quand il aura été statué sur la garde d'un mineur par décision de justice, provisoire ou définitive, le père, la mère ou toute personne qui ne représentera pas ce mineur à ceux qui ont le droit de le réclamer ou qui, même sans fraude ou violence l'enlèvera ou le détournera ou le fera enlever ou détourner des mains de ceux auxquels sa garde aura été confiée, ou des lieux où ces derniers l'auront placé, sera puni d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 20.000 à 200.000 francs [46,45].

Si le coupable a été déclaré déchu de la puissance paternelle, l'emprisonnement pourra être élevé jusqu'à trois ans [46,45].

VII. PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES

Les violences sexuelles ont des répercussions dramatiques sur les victimes. C'est pour cette raison que leur prise en charge doit être efficace et rapide. Les services de prise en charge de ces violences sexuelles comprennent plusieurs volets que nous détaillerons dans ce chapitre.

VII.1. L'accueil et la préparation de la victime

Ils sont motivés par le fait que la victime d'une agression sexuelle peut présenter un état de choc, un état de choc initial avec incrédulité et confusion. Cet état peut être suivi de rumination, de répétition des préoccupations anxieuses et des cauchemars mettant en scène les agressions sexuelles. La victime doit pouvoir parler de ce qui lui est arrivé et doit pouvoir être examinée complètement avec prélèvements. Elle devra bénéficier de prévention contre une grossesse, contre une infection sexuellement transmise. Elle doit aussi recevoir des conseils en vue de pouvoir utiliser les recours légaux et retrouver son équilibre psychologique. C'est ainsi qu'il faudra instaurer un climat serein d'écoute, calmer la victime, l'écouter et noter sa description des faits, l'aider à préserver les preuves éventuelles (habits, traces sur le corps) et éviter de se mêler aux négociations familiales. La victime peut être mineure ou adulte. Le mineur devra être interrogé et examiné en présence de celui qui est civilement responsable de lui [32].

VII.2. L'interrogatoire et le récit de faits

Il consiste à recueillir le maximum d'informations sur les faits en laissant la victime raconter son histoire et en évitant toute interruption ou distraction. Le prestataire devra consigner les éléments suivants [32] :

- ❖ informations générales (nom, adresse, sexe, âge) ;
- ❖ date et heure de l'examen, noms et fonctions des personnes présentes lors de l'examen ;
- ❖ description des faits permettant d'apprécier les risques d'IST/VIH, de grossesse (date des dernières règles, contraception actuelle), les éléments pouvant compromettre la collecte de preuves médico-légales (prise de douche, toilette vaginale, changement d'habits...), les problèmes de santé préexistants ;

- ❖ Circonstances de l'agression (date, heure, existence de violence physique, d'arme, de lutte).

VII.3. La collecte de preuves médico-légales

Elle a pour but de collecter les preuves qui pourront aider à prouver ou à contester tout lien entre les personnes et les lieux ou objets. Une collecte et un stockage corrects de ces preuves sont décisifs pour l'engagement par la victime de poursuites judiciaires. Le prestataire doit donc prendre en compte les exigences et les compétences de la justice pénale en cours ainsi que les capacités et les compétences des laboratoires à analyser les preuves. La collecte des preuves doit se faire le plus tôt possible après l'agression (dans les 72heures) et idéalement dans le même temps que l'examen clinique. Il ne revient pas au prestataire de déterminer si la victime a été violée ou non, la documentation des résultats doit se faire sans tirer de conclusion sur le viol [32].

La collecte des preuves peut concerner les échantillons suivants [32] :

- ❖ la preuve des blessures en les illustrant sur les pictogrammes représentant la localisation sur le corps ;
- ❖ les vêtements déchirés ou tachés, dont on décrira l'état et gardera éventuellement comme preuve pour les remettre à la famille ou à la justice au besoin en informant la famille de ce qui pourra être fait (test d'ADN, constat police) ;
- ❖ les corps étrangers tels que la terre, les feuilles, l'herbe...
- ❖ les cheveux n'appartenant pas à la victime trouvés sur les vêtements ou le corps ;
- ❖ le sperme ou liquide séminal à prélever dans le vagin, l'anus, la bouche ;
- ❖ le sang et les urines pour des examens toxicologiques si la victime a été droguée.

VII.4. L'examen physique et génital

Il est préférable de ne pas multiplier les examens. Si possible, et si nécessaire faire examiner dans un centre de santé avec bloc opératoire pour pouvoir faire une anesthésie et une réparation éventuelle de lésions. Il a pour objectif principal de déterminer le traitement médical à administrer à la victime. Le contenu dépend du délai de survenue de l'agression (avant ou après 72heures). Il doit être précédé d'un consentement éclairé. Le prestataire doit s'assurer que le matériel nécessaire est

disponible, doit toujours expliquer à la victime ce qui va être fait, lui demander permission avant de procéder aux différentes étapes de l'examen et lui assurer qu'elle a le plein contrôle et qu'elle peut l'interrompre à tout moment. L'examen comprend [32] :

- ❖ l'évaluation initiale à travers la recherche des signes vitaux (pouls, pression artérielle, température, fréquence respiratoire) pour le diagnostic de complications médicales nécessitant un traitement en urgence telles que les traumatismes fermés ou ouverts de la tête, des parties génitales, de l'abdomen, du thorax ou des membres ;
- ❖ L'examen physique proprement dit ;
- ❖ La consignation des résultats et observations de façon claire et exhaustive afin de pouvoir être utilisés pour l'élaboration ultérieure d'un certificat médical au besoin et à la demande de la victime. Le certificat médical est partie intégrante de l'assistance médicale fournie à une victime d'agression sexuelle. C'est un document médical confidentiel que le médecin doit transmettre à la victime qui est la seule en droit de décider de son utilisation.

VII.5. Prise en charge du risque d'infections

L'évaluation du risque d'infections sexuellement transmissibles concerne principalement la gonorrhée, la syphilis, la chlamydiae, l'hépatite B, le tétanos et le VIH. Le prestataire évalue le risque en se basant sur les faits survenus pendant l'agression, tels que la pénétration ou non, l'existence de blessures ou non, le statut de l'agresseur... Il s'agit d'administrer les traitements les plus courts possibles, les plus efficaces et les plus faciles à prendre [32]. Cette prise en charge se fera de la façon suivante [32] :

- ❖ A partir des faits survenus au cours de l'agression et de l'examen, prescrire le traitement prophylactique contre la syphilis, la gonorrhée, la chlamydiae et la trichomonase ;
- ❖ Chez la femme adulte non enceinte : ciprofloxacine 500mg per os ou céfixime 400mg per os + azithromycine 1g per os ou doxycycline 100mg per os deux fois par jour pendant sept jours + métronidazole 2g en dose unique per os ;

- ❖ En cas de grossesse proscrire la doxycycline ;
- ❖ Chez l'enfant de moins de 45kg : cefixime 8mg/kg en dose unique + azithromycine 20mg/kg per os en dose unique ou érythromycine 50mg/kg/j pendant 7jours per os + métronidazole 5mg/kg 3fois par jour pendant 7jours ;
- ❖ Chez l'enfant de plus 45kg, traiter comme l'adulte ;
- ❖ Traitement prophylactique du tétanos en cas de lacérations de la peau ou des muqueuses et si la victime est incorrectement vaccinée (moins de trois doses de vaccin antitétanique ou dernière dose date de plus de 10ans) donner le sérum antitétanique et le vaccin antitétanique ;
- ❖ Il faudra également prescrire le traitement prophylactique du VIH post exposition ;
- ❖ Adultes et enfants de plus 40kg : 1comprimé comprenant 300mg de zidovudine et 150mg de lamivudine 2fois par jour pendant 28jours ou zidovudine 1 comprimé de 300mg 2fois par jour pendant 28jours + lamivudine 1comprimé de 150mg 2fois par jour pendant 28jours ;
- ❖ Enfants de moins de 2ans ou pesant 5 à 9kg : zidovudine en sirop 7,5ml 2fois par jour pendant 28jours + lamivudine en sirop 2,5ml 2fois par jour pendant 28jours ;
- ❖ Enfant de 10 à 19kg : zidovudine 1 gélule de 100mg trois par jour pendant 28jours + lamivudine un demi comprimé de 150mg 2fois par jour pendant 28jours ;
- ❖ Enfant de 20 à 39kg : zidovudine 2gélules de 100mg 2fois par jour pendant 28jours + lamivudine 1comprimé de 150mg 2fois par jour pendant 28jours.

VII.6. Prise en charge du risque de grossesse

Elle consiste d'abord à demander les détails sur la contraception, la date des dernières règles, à utiliser le check list pour éliminer une grossesse déjà existante voire à faire un test de grossesse. Il s'agit aussi d'offrir la contraception d'urgence par l'administration de levonorgestrel 1,5mg per os le plus tôt possible dans les 72heures [32].

VII.7. Le traitement des lésions

Il consiste en plus de la prise en charge des urgences médicales ou chirurgicales, à traiter les lésions, plaies, écorchures en fonction du délai de survenue de l'agression [32].

VII.8. Le soutien psychologique

C'est un élément fondamental de la prise en charge des agressions sexuelles car les victimes sont fortement angoissés et ne se souviennent pas toujours des conseils prodigués lors du premier contact avec les structures de santé. Il consiste à rassurer la victime en cas de signes de panique et d'anxiété voire exceptionnellement prescrire des médicaments et surtout orienter la victime vers des services compétents pour prendre en charge les problèmes psychologiques et sociaux dans le cadre de la référence et la multisectorialité [32].

DEUXIEME PARTIE

I. BUT ET OBJECTIFS

I.1. But

Le but de cette étude était de contribuer à la réduction des cas de violences sexuelles dans la région de Kolda.

I.2. Objectifs

❖ Objectif général

L'objectif général était de déterminer le profil épidémiologique et clinique des violences sexuelles dans la région de Kolda.

❖ Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques étaient de :

- déterminer les caractéristiques sociodémographiques des victimes de violences sexuelles et des agresseurs ;
- décrire les violences sexuelles selon la nature, le site, le moment et le lieu de l'agression ;
- décrire les violences sexuelles selon le nombre d'agresseurs, le lien avec l'agresseur et le temps mis avant de consulter ;
- décrire les suites judiciaires de ces violences sexuelles ;
- identifier les facteurs influençant la survenue de viol.

II. CADRE D'ETUDE

II.1. Données géographiques et administratives

La région de Kolda est située au sud du Sénégal, dans la Casamance naturelle et, plus précisément, en moyenne et haute Casamance. La région de Kolda est née de la scission de l'ancienne région de la Casamance. Elle a été créée par la loi 84-22 du 22 février 1984 modifiant la loi 72-02 relative à l'organisation de l'administration territoriale et locale. Une réforme administrative la divise en deux entités avec l'avènement du département de Sédhiou qui devient une région administrative à part entière (loi N°2008-14 du 18 Mars 2008) [46]. Cette dernière ne disposant pas de tribunal régional dépend judiciairement de la région de Kolda.

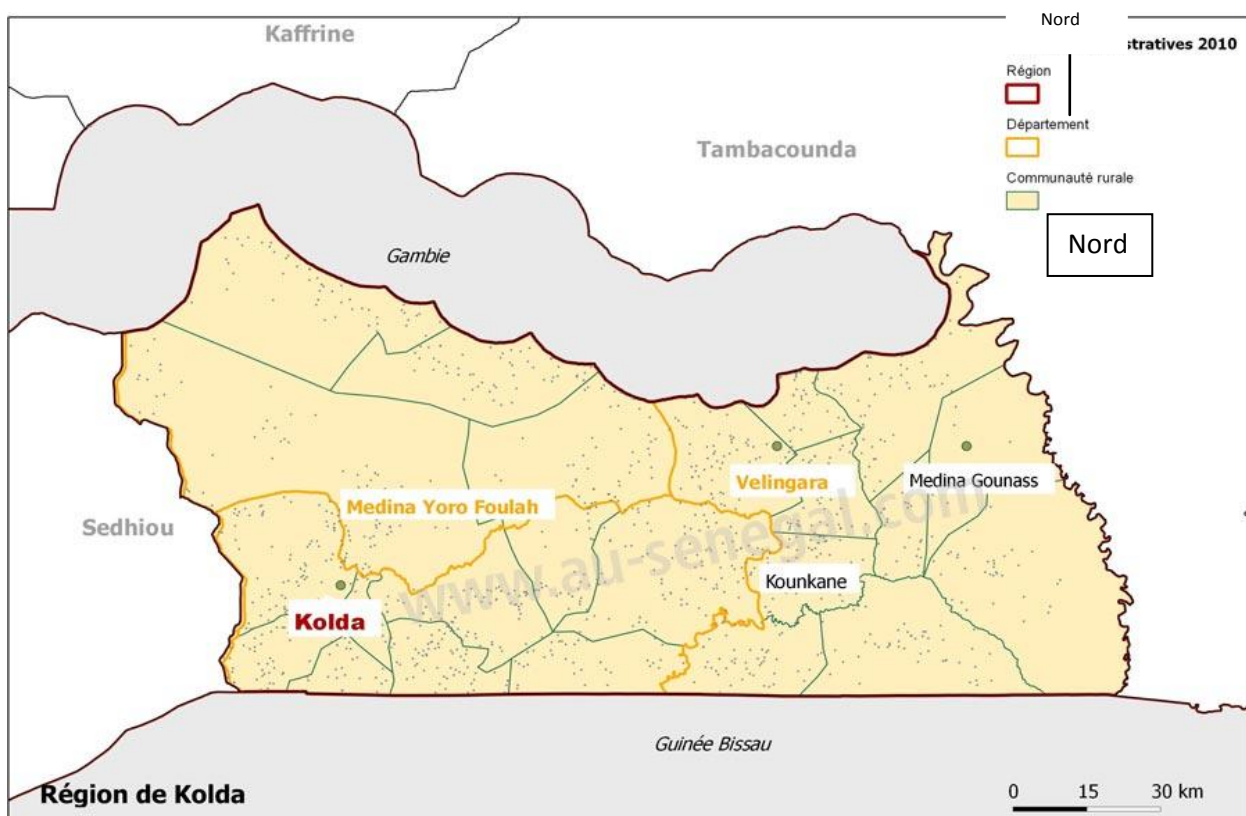


Figure 7 : Carte administrative de la région de Kolda

La Région de Kolda est située entre 12°20 et 13°40 de latitude Nord, et 13° et 16° de longitude Ouest. Elle s'étend sur une superficie de 13.718 km² soit 6,93% du territoire national.

Elle est limitée par :

- la République de Gambie au Nord
- les Républiques de la Guinée Conakry et de la Guinée Bissau au Sud
- la région de Tambacounda à l'Est
- la région de Sédhiou à l'Ouest

La région de Kolda comptait 3 départements (Kolda, Médina Yoro Foulah et Vélingara), 9 arrondissements, 31 communautés rurales, 09 communes [5].

Le relief est marqué par la présence de plateaux. Le climat est de type soudanien caractérisé par l'alternance d'une saison pluvieuse et d'une saison sèche. La saison des pluies dure 6 à 7 mois. La saison sèche occupe le reste de l'année où l'on enregistre des pics thermiques allant de 39° à 45°. Les pluies sont relativement abondantes, c'est la deuxième région la plus arrosée du pays après Ziguinchor [5].

II.2. Données sociodémographiques et culturelles

La population de la région de Kolda est estimée pour l'année 2009 à 124 965 habitants (44% dans le département de Vélingara) avec une densité de 42,65 habitants au km². La population vivant en milieu rural représente une proportion de 79%. La population âgée de moins de 10 ans représente 30,76% et celle âgée de 10 à 19 ans fait 27,10%. Ainsi, on note que plus de la moitié de la population de cette région est âgée de moins de 20 ans [1]. Le taux d'accroissement annuel de la population est de 3% et le taux d'urbanisation de 13,3% [1].

Outre sa jeunesse, la population du département se caractérise par sa diversité socioculturelle.

Les groupes ethniques majoritaires sont les Pular (75,13%) et les Mandingues (7,31%) ; y cohabitent les Wolofs, Sérères, Balantes, Mancagnes et d'autres minorités [50].

La religion dominante est l'Islam (90%) [3].

A Kolda, plus de quatre personnes sur cinq vivent en milieu rural.

Les coutumes et pratiques les plus fréquentes ayant une influence sur la santé, peuvent être citées :

- **L'excision** qui est un facteur de propagation des maladies transmises par le sang.
- **La polygamie** y est très développée (59,4% des femmes et 34% des hommes).
- **Le lévirat** (quand un homme épouse la femme de son frère décédé) et le **sororat** (remariage d'un veuf avec la sœur de son épouse décédée) sont de réels facteurs d'exposition au VIH et autres maladies transmissibles.
- Le recours à la **médecine traditionnelle** souvent en première intention pour des pathologies diverses.

L'organisation communautaire est très développée. Il existe 229 groupements de femmes et 114 groupements de promotion féminine ayant un récépissé (groupements fédérés) répartis dans les trois départements. Chaque village ou quartier dispose d'au moins deux agents de santé communautaire (ASC) qui sont très actifs dans la communication pour le changement de comportement.

Les organisations non gouvernementales (ONG) sont actives et participent à la promotion des activités de développement, dont l'alphabétisation.

Le taux d'analphabétisme élevé touche 46,7% de la population (40,9% des femmes contre 26,3% des hommes) [50].

II.3. Situation économique

L'économie de la région de Kolda repose essentiellement sur l'agriculture (90% de terres cultivables), l'élevage et l'exploitation forestière. La région de Kolda est la première productrice de charbon de bois du pays. Les revenus tirés de cette activité couvrent difficilement les besoins financiers des populations. La région de Kolda reste la plus pauvre du pays [3] et 53% des ménages vivent au dessous du seuil de pauvreté. Il n'existe pratiquement pas d'unité de production ni de transformation industrielle. L'emploi salarié est très limité et le chômage est important (6,4% de la population active). Face à cet environnement socio-économique marqué par la faiblesse des ressources, l'état de dépendance de la femme résultant des pesanteurs socioculturelles et d'une forte hiérarchisation de la société un grand nombre de personnes serait exclu des prestations des soins de santé primaires [2].

II.4. Situation sanitaire

A Kolda, les pathologies les plus fréquentes sont le paludisme, la tuberculose et le VIH. La prévalence du VIH y est de 2,8% contre une moyenne nationale de 0,7%. La région de Kolda a l'indice de fécondité le plus élevé du pays qui est de 6,4 enfants par femme contre une moyenne nationale de 5,3 enfants par femme [35]. Le taux d'accouchements à domicile est également le plus élevé du pays (65,2%) contre une moyenne nationale de 37% [35]. L'excision est une pratique courante (94% des femmes). Le taux de mortalité maternelle y est de 723 décès pour 100.000 naissances contre une moyenne nationale de 401 pour 100.000 naissances [50]. Le taux de mortalité infantile y est de 100 pour mille naissances contre une moyenne nationale de 61 pour mille. La région de Kolda a la deuxième nuptialité la plus précoce du pays derrière Tambacounda. L'âge médian au premier mariage (16,4 ans), est un facteur favorisant de la fistule vésico-vaginale (FVV). La prévalence contraceptive est la plus basse du pays avec un taux de 2% contre une moyenne nationale de 12%. La prévalence de la malnutrition chronique y est de 32% contre une moyenne nationale de 16% [50].

Le personnel de santé de la région de Kolda reste encore insuffisant. Il compte un médecin pour 36 642 habitants (normes OMS=1/10.000), un infirmier pour 11919 habitants (normes OMS=1/300 ; PNDS=1/5000), une sage femme pour 32 978 femmes en âge de procréer (normes OMS=1/ 300 ; PNDS=1/2000 à 1/1500) [31].

L'accès aux soins de santé se pose en différents termes selon le milieu de résidence. En milieu urbain le problème de l'accès aux soins se pose en terme financier puisqu'il y a généralement un établissement de santé à proximité. En milieu rural, en plus du problème financier, se pose le problème de l'accessibilité géographique de certaines zones en saison des pluies.

Mise à part l'inaccessibilité géographique et financière aux soins, la prise en charge pose des soucis aux populations à cause d'une insuffisance du personnel de santé qualifié. En cas de violences sexuelles, la prise en charge des victimes se fait au niveau du centre de santé du district sanitaire de Kolda et/ou au niveau du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital régional de Kolda. La région ne dispose qu'un seul centre de conseils pour les adolescents (CCA) implanté dans le département de Kolda, ce dernier intervient dans le domaine de la Santé de la Reproduction. Il dispose d'un personnel qualifié pour l'offre de service dans l'accueil, l'information, l'accompagnement pour la prévention des IST/SIDA, des grossesses précoces ou indésirées, de la drogue, des viols et sévices sexuels etc. Il est

composé d'une sage femme, d'un (e) assistant (e) social(e), d'un(e) psychologue et d'un technicien IEC. Quant à la poursuite judiciaire de l'agresseur, elle relève de la compétence des tribunaux départementaux ou du tribunal régional selon le type de violences sexuelles commis.

II.5. Tribunal régional de Kolda

Le choix du tribunal va permettre d'avoir des données sur l'agresseur et sur la victime de la violence sexuelle.

La compétence territoriale du tribunal régional de Kolda couvre les limites administratives de la région. Il est implanté au chef lieu de la région administrative de Kolda.

Le tribunal régional peut juger, sans préjudice des dispositions spéciales, les infractions pénales commises par les mineurs, et sous réserve de dispositions légales particulières, tous les délits autres que ceux qui sont réservés à la compétence des tribunaux départementaux [19]. Les viols, tentatives de viols, attentats à la pudeur, attouchements sexuels et harcèlements sexuels relèvent de la compétence du tribunal régional.

Ce tribunal est compétent tant en matière civile que commerciale à juger l'ensemble des infractions qui ne sont pas de la compétence du tribunal départemental. L'appel des jugements rendus par le tribunal régional est porté devant la Cour d'Appel [19].

Le tribunal régional de Kolda est appuyé dans ses tâches par l'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO). L'AEMO est un service relevant de la direction de l'éducation et de la protection sociale du ministère de la justice. Il est donc institué auprès du tribunal régional de Kolda. Il comporte une coordination AEMO au niveau de ce tribunal et une section AEMO auprès de chaque tribunal départemental.

Les services de l'AEMO sont des services judiciaires à vocation éducative et sociale. Autrement dit l'AEMO est un service de protection judiciaire, éducative et sociale de l'enfant pris dans le cadre de son milieu naturel de vie (famille et environnement communautaire).

Les missions et activités de l'AEMO trouvent leur fondement aussi bien dans la législation nationale que dans les instruments juridiques internationaux de protection de l'enfant ratifiés par le Sénégal.

Le tribunal pour enfant est une juridiction spéciale dont la mission est de sanctionner les mineurs en conflit avec la loi et de protéger les mineurs en danger moral. La sanction est

entendue au sens de protection, d'assistance, de surveillance dans l'intérêt de l'enfant. Donc l'emprisonnement de mineur est une mesure de dernier ressort. Dans ses audiences de mineurs l'AEMO joue un rôle d'éclairage sur la personnalité de l'enfant. Il en est de même pour l'enfant en danger moral c'est-à-dire celui là dont l'éducation, la santé, la moralité, et la sécurité sont insuffisamment sauvegardées ou compromises.

En définitive, l'AEMO prend en compte les mineurs en conflit avec la loi, les mineurs en danger moral. En plus l'AEMO apporte un appui technique aux familles notamment en termes de médiation familiale et sociale.

III.METHODOLOGIE

III.1. Type et période de l'étude :

Une étude d'observation rétrospective, descriptive et analytique a été menée.

La période de l'étude s'étendait du 23 décembre 1992 au 31 décembre 2011.

III.2. Population d'étude :

Elle était constituée des dossiers judiciaires des personnes victimes de violences sexuelles durant la période d'étude.

❖ Les critères d'inclusion :

Etaient inclus tous les dossiers des personnes victimes de violences sexuelles disponibles au niveau du tribunal régional durant la période de l'étude.

❖ Les critères de non inclusion :

Tous les dossiers de victimes qui étaient inexploitable (mal entretenus) étaient non inclus.

III.3. Echantillonnage :

Un recrutement exhaustif des dossiers des victimes répondant aux critères d'inclusion a été effectué.

III.4. Variables de l'étude

Les variables de l'étude :

- ❖ les victimes et agresseurs : sexe, âge, profession, situation matrimoniale, niveau d'instruction ;
- ❖ les victimes : délai de consultation, état de l'hymen, acte sexuel subi, lien avec l'agresseur ;
- ❖ les agresseurs : antécédents d'emprisonnement, état d'ivresse au moment de l'agression, nombre, sanction;
- ❖ les données sur l'agression : année, site, type, lieu, temps.

Les définitions des variables de l'étude :

- ❖ L'âge : c'est le nombre d'années de vie de la personne, comptées de la date de naissance jusqu'au jour de sa réception dans le tribunal.
- ❖ La Profession :
 - Ménagères : ce sont des femmes qui n'ont d'autres activités que le ménage.

- Elèves/Etudiants : ce sont des personnes qui suivent une formation scolaire, professionnelle ou universitaire au cours de l'année en cours.
- Cultivateurs : ce sont des personnes qui cultivent la terre.
- Commerçants : ce sont des personnes qui exercent des actes de commerce et en font leur profession habituelle.
- Maçons : ce sont des ouvriers qui travaillent à des ouvrages de maçonnerie.
- Chauffeurs : ce sont des personnes qui conduisent une voiture automobile et qui l'exercent comme activité professionnelle.
- Sans profession : il regroupe les personnes qui n'exercent aucune activité professionnelle.
- ❖ Les mariés sont ceux qui sont liés par un contrat de mariage.
 - Oui
 - Non
- ❖ Le niveau d'instruction : les personnes ont été subdivisées en deux parties :
 - Instruites : il s'agit de personnes ayant le niveau primaire, secondaire ou supérieur.
 - Non instruites : celles qui n'ont jamais fréquenté l'école.
- ❖ Le sexe :
 - Féminin
 - Masculin
- ❖ Les circonstances de l'agression:
 - Le nombre d'agresseurs : c'est le nombre de personnes ayant commis l'agression. On distingue deux groupes :
 - L'agression solitaire : elle est commise par un seul individu.
 - L'agression collective : elle est commise par deux ou plusieurs personnes.
- ❖ Le délai de consultation : c'est le temps mis par la victime avant de venir consulter dans le service.
 - Moins de 24 heures : celles qui arrivent dans le service dans les 24 premières heures qui suivent l'agression.
 - 1 à 8 jours : celles qui arrivent du premier au huitième jour.
 - 9 à 13 jours : celles qui arrivent du neuvième au treizième jour.
 - 14 à 30 jours : celles qui arrivent du quatorzième au trentième jour.

- Plus d'un mois : celles qui sont reçues après un mois.
- ❖ Le lieu de l'agression : c'est l'endroit où l'agression a été commise.
 - Au domicile de la victime : c'est là où loge la victime.
 - Au domicile de l'agresseur : c'est là où loge l'agresseur.
 - Dans la rue : c'est la voie publique.
 - Dans la brousse : c'est un ensemble d'arbres qui couvrent un terrain boisé.
 - Dans une école : c'est un établissement où on enseigne.
 - Autres : il s'agit de la plage, la boîte de nuit, le lieu de travail, d'un bâtiment inoccupé etc.
- ❖ Le moment de l'agression :
 - jour : le temps qui s'étend de 7 heures à 19 heures.
 - nuit : le temps qui s'étend de 19 heures à 7 heures du matin.
- ❖ Le Jour de la semaine :
 - Weekend : c'est le samedi et le dimanche.
 - Autres jours de la semaine : c'est du lundi au vendredi.
- ❖ Le lien entre la victime et l'agresseur :
 - Agresseur connu de la victime : il peut s'agir du cousin, beau frère, copain, maître d'école, voisin etc.
 - Agresseur inconnu de la victime : la victime n'avait jamais connu l'auteur.
- ❖ Les actes sexuels subis :
 - Pénétration anale : il s'agit d'un rapport ano-génital.
 - Pénétration vaginale : il s'agit d'un rapport génito- génital.

III.5. Procédures de collecte des données :

▪ Instrument de collecte :

Un formulaire de recueil des données a été confectionné en fonction des variables et des objectifs de l'étude. Il a permis de collecter les données. Ce formulaire a été pré testé dans 20 dossiers au niveau du tribunal régional de Kolda en vue d'apporter des modifications si elles existaient.

▪ Supports de collecte des données :

Les rapports d'expertises et les fiches d'examen des victimes des violences sexuelles étaient les sources de collecte des données.

- **Technique:**

Un dépouillement des rapports d'expertise et les fiches d'examen a été réalisé. Pour y parvenir, un enquêteur formé sur la collecte des données a été déployé au niveau du tribunal régional de Kolda.

Le superviseur était chargé d'informer le président du tribunal du but et des objectifs de cette enquête et de la date de passage de l'enquêteur. Il supervisait l'enquêteur pour une bonne collecte des données.

III.6. Méthode d'analyse

Les données collectées étaient saisies grâce au logiciel Epi Info 3.3.2.

Après un nettoyage du fichier, une analyse statistique a été faite à l'aide de ce logiciel.

La première étape était une description des différentes variables collectées en termes de paramètres de position (moyennes, fréquences) et de paramètres de dispersion (écart type). La deuxième étape concernait l'étude analytique et comporte une analyse bivariée. Des croisements entre variables étaient effectués pour répondre aux attentes des objectifs concernant des déterminants. Ceux-ci étaient faits à l'aide des tests du Khi 2 ou Fisher selon leurs conditions d'applicabilité. Le test était significatif si le p était inférieur à 0,05. L'odds ratio, entouré de son intervalle de confiance permettait de quantifier la force du lien.

III.7. Considérations éthiques :

L'anonymat et la confidentialité étaient respectés. Les dispositions étaient prises au moment de la collecte des données pour éviter l'identification des victimes par le personnel impliqué dans la recherche (superviseur, enquêteur).

IV. RESULTATS

Au terme de la collecte, 203 cas de violences sexuelles ont été enrôlés au niveau du tribunal régional de Kolda depuis sa création le 23 décembre 1992 jusqu'au 31 décembre 2011.

A. Etude descriptive

IV.1. Caractéristiques sociodémographiques des victimes et agresseurs

❖ Sexe

Les victimes étaient en quasi totalité de sexe féminin dans 99,5%. Par contre chez les agresseurs, c'est le sexe masculin qui prédominait (99,5%).

❖ Age

L'âge moyen des victimes était de $16,5 \pm (10,7)$ ans. Il variait de 4 à 70 ans.

Les mineurs étaient prédominants chez les victimes (79,8%) (Tableau I).

Tableau I : Répartition des victimes en fonction des tranches d'âge

Victimes		
Tranches d'âge (ans)	Effectifs	Pourcentages (%)
Mineurs (< 18ans)	162	79,8
Majeurs (\geq 18ans)	41	20,2
Total	203	100

Chez les agresseurs, l'âge moyen était de $26,7 \pm 9,4$ ans. Les extrêmes étaient 11 et 64 ans. Les majeurs prédominaient chez les agresseurs (89,7%) (Tableau II).

Tableau II : Répartition des agresseurs en fonction des tranches d'âge

Tranches d'âge (ans)	Agresseurs	
	Effectifs	Pourcentages (%)
Mineurs (< 18ans)	21	10,3
Majeurs (≥ 18ans)	182	89,7
Total	202	100

Parmi les mineurs victimes d'agressions sexuelles, leurs agresseurs étaient fréquemment des majeurs (87%). Par contre, chez les victimes majeures, aucun agresseur mineur n'a été noté (0%) (Tableau III).

Tableau III : Répartition des tranches d'âges des victimes en fonction de celles des agresseurs

		Agresseurs		
		Mineurs	Majeurs	TOTAL
Victimes	Mineurs	21 (13%)	141 (87%)	162
	Majeurs	0 (0%)	41 (100%)	41
	Total	21 (10%)	182 (90%)	203

❖ Profession

Les victimes étaient des élèves (55,2%), ménagères (29,6%) et autres (1,4%). Cette minorité était représentée essentiellement par les vendeurs, les agriculteurs etc. Ce pendant 13,8% des victimes n'avaient aucune profession (Figure 8).

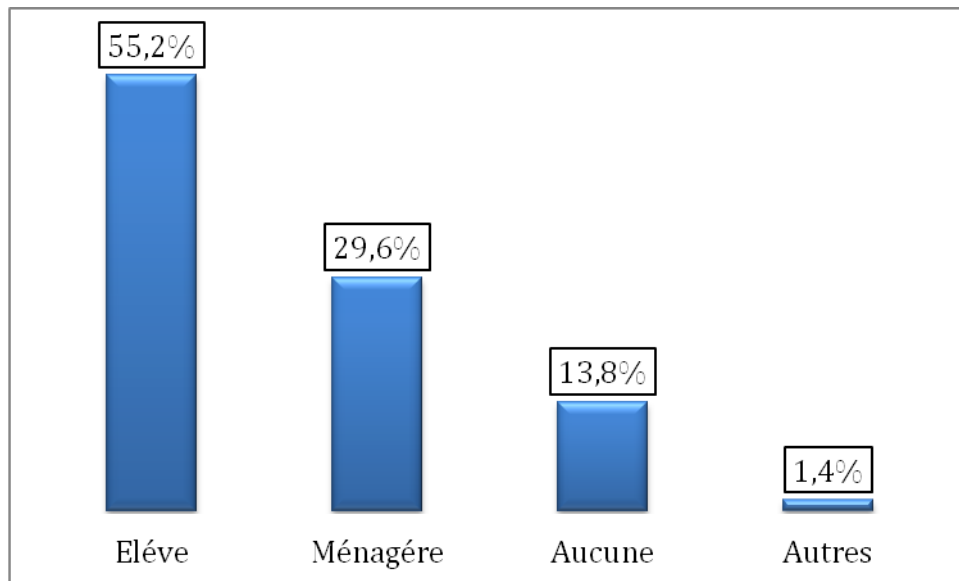


Figure 8 : Répartition des victimes selon la profession

Les occupations des agresseurs étaient cultivateurs (20%), élèves ou étudiants (14,8%), commerçants (14,8%), maçons (13,6%), fonctionnaires (8,9%), chauffeurs (5,2%) et autres (2,1%). Les autres professions étaient représentées par les mécaniciens, les éleveurs, etc. Cependant 20,2% des agresseurs n'avaient aucune profession (Figure 9).

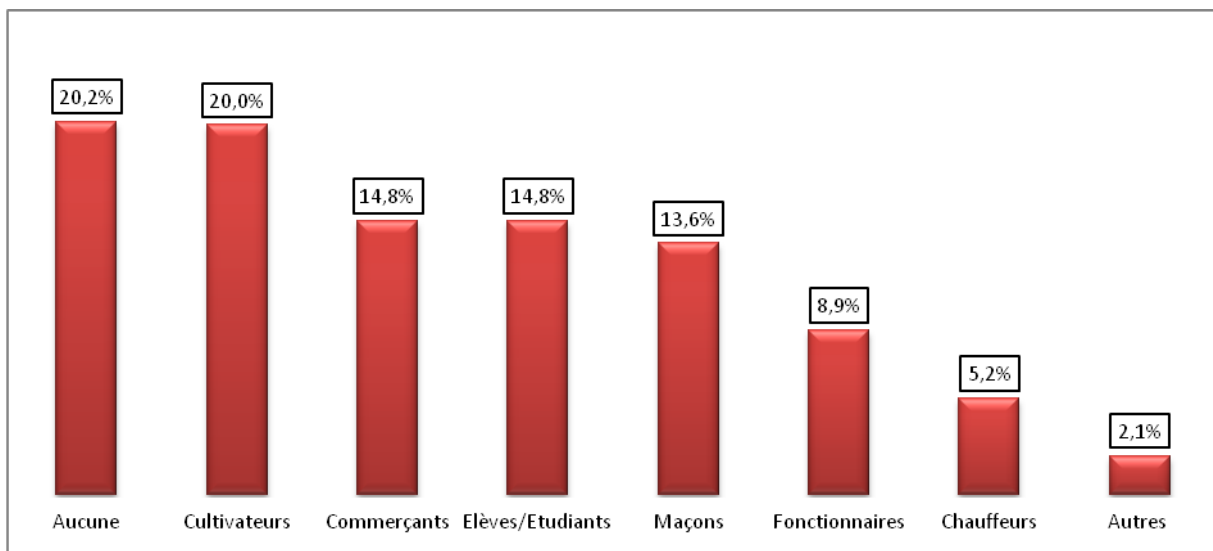


Figure 9 : Répartition des agresseurs selon la profession

❖ Situation matrimoniale

Les mariés étaient minoritaires chez les victimes et les agresseurs respectivement dans 13,3% et 26,1% des cas (Figure 10).

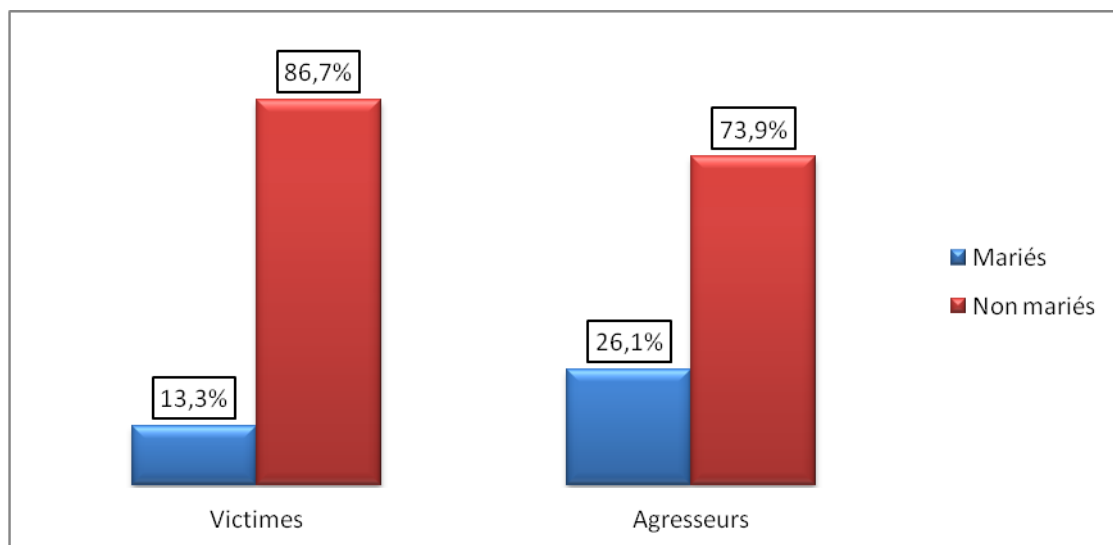


Figure 10 : Répartition des victimes et des agresseurs selon le statut matrimonial

❖ Niveau d'instruction

Le niveau secondaire prédominait chez les agresseurs (15,8%). Cependant, 69% des agresseurs n'avaient aucune instruction (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition des agresseurs selon le niveau d'instruction

Agresseurs		
Niveau d'Instruction	Effectifs	Pourcentages (%)
Aucun	140	69
Primaire	13	6,4
Secondaire	32	15,8
Supérieur	18	8,9
Total	203	100

Le niveau primaire prédominait chez les victimes (33,2%). Cependant, 41,6% des victimes n'avaient aucune instruction (Tableau V).

Tableau V : Répartition des victimes selon le niveau d'instruction

Niveau d'Instruction	Victimes	
	Effectifs	Pourcentages (%)
Aucun	84	41,6
Primaire	67	33,2
Secondaire	51	25,2
Supérieur	0	0
Total	202	100

❖ Antécédents et motifs d'emprisonnement de l'agresseur

Deux agresseurs (1%) avaient été emprisonnés dans le passé. Les motifs de leur emprisonnement étaient un vol pour l'un et une violence sexuelle pour l'autre.

IV.2. Données sur l'agression

❖ Violences sexuelles en fonction des années

De 1992 à 2011, 62% des cas de violences sexuelles ont été enregistrés au cours des cinq dernières années (2007-2011) (Figure 11).

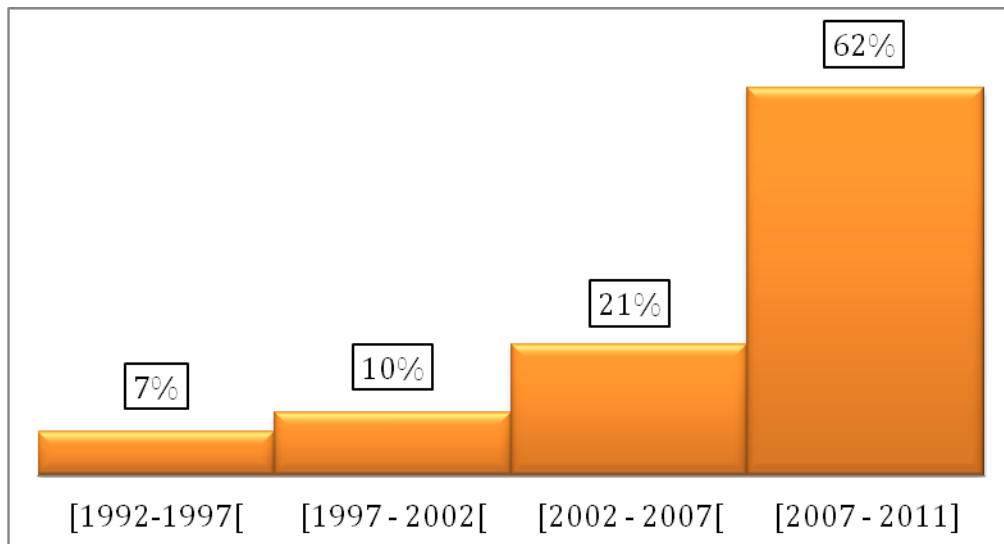


Figure 11 : Répartition des violences sexuelles en fonction des années

❖ Sites des violences sexuelles

Les violences sexuelles étaient localisées dans les zones de Kolda, de Sédhiou et de Vélingara respectivement dans 43,3%, 36,5% et 20,2% (Figure 12).

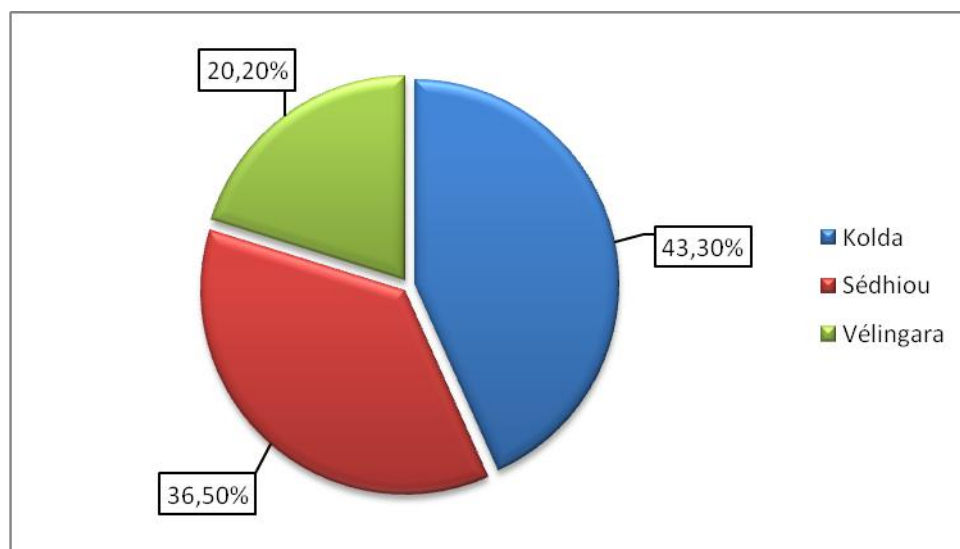


Figure 12 : Répartition des violences sexuelles en fonction des sites de la région de Kolda

❖ Types de violences sexuelles

Les types de violences sexuelles subies par les victimes étaient dominés par les viols et les tentatives de viols respectivement dans 55% et 36,5% (Tableau VI).

Tableau VI : Répartition des victimes selon le type de violences sexuelles.

Types de violences sexuelles	Effectif	Pourcentage (%)
Viol	112	55
Tentative de viol	74	36,5
Harcèlement sexuel	6	3
Attentats à la pudeur	5	2,5
Enlèvement de mineur avec tentative de viol	4	2
Attouchement sexuel	2	1
Total	203	100

❖ Types de violences sexuelles en fonction des sites

Les viols de même que les tentatives de viols étaient plus fréquents dans les zones de Kolda et de Sédhiou (Tableau VII).

Tableau VII : Répartition du nombre de cas de violences sexuelles en fonction des sites

Types de violences sexuelles	Kolda	Sédhiou	Vélingara	Total/Violence sexuelle
Viol	46	37	29	112
Tentative de viol	35	31	8	74
Harcèlement sexuel	2	2	2	6
Attentat à la pudeur	2	3	0	5
Enlèvement de mineur avec tentative de viol	2	1	1	4
Attouchement sexuel	0	0	2	2
Total/Site	87	74	42	203

❖ Etat d'ivresse lors de l'agression

Les agresseurs étaient ivres au moment de l'agression sexuelle dans 15,3% des cas.

❖ Lieux de l'agression

Les victimes de violences sexuelles étaient agressées au domicile de l'agresseur dans 48,3% des cas, dans la brousse (18,7%), au domicile de la victime (13,3%) et dans la rue (9,9%). Par contre, l'école et la place publique étaient minoritairement choisies par les personnes pour agresser leurs victimes (Figure 13).

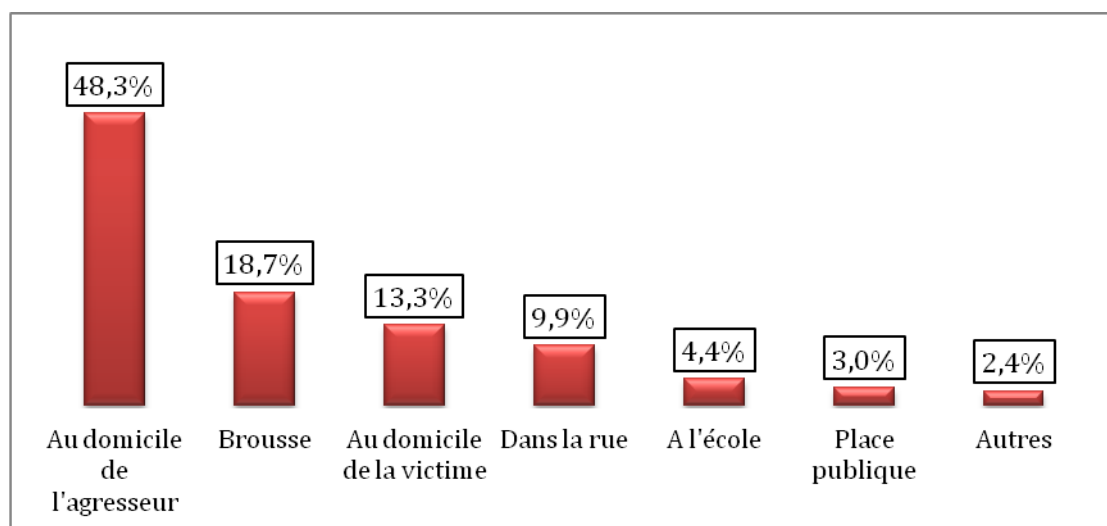


Figure 13 : Répartition des victimes selon le lieu de l'agression

❖ Temps de l'agression

Les agressions se déroulaient le plus souvent en dehors du week-end et pendant la journée respectivement dans 81,6% et 54,2% des cas (Tableau VIII).

Tableau VIII: Répartition des agressions en fonction du temps

	Effectif	Pourcentage (%)
Jour de l'agression		
Le week end	37	18,4
Les autres jours de la semaine	164	81,6
Moment de la journée		
La journée	109	54,2
La nuit	92	45,8

❖ Lien avec l'agresseur

Les victimes connaissaient leurs agresseurs dans 63,1% des cas.

❖ Nombre d'agresseurs

La quasi-totalité des agressions était solitaire (94,6%).

IV.3. Etat clinique de la victime

❖ Le délai de consultation

Après les agressions, les victimes consultaient auprès du personnel de santé plus d'un mois dans 48,2%, en moins de 24h (24,4%) et entre 1 à 8 jours (24,4%) (Figure 14).

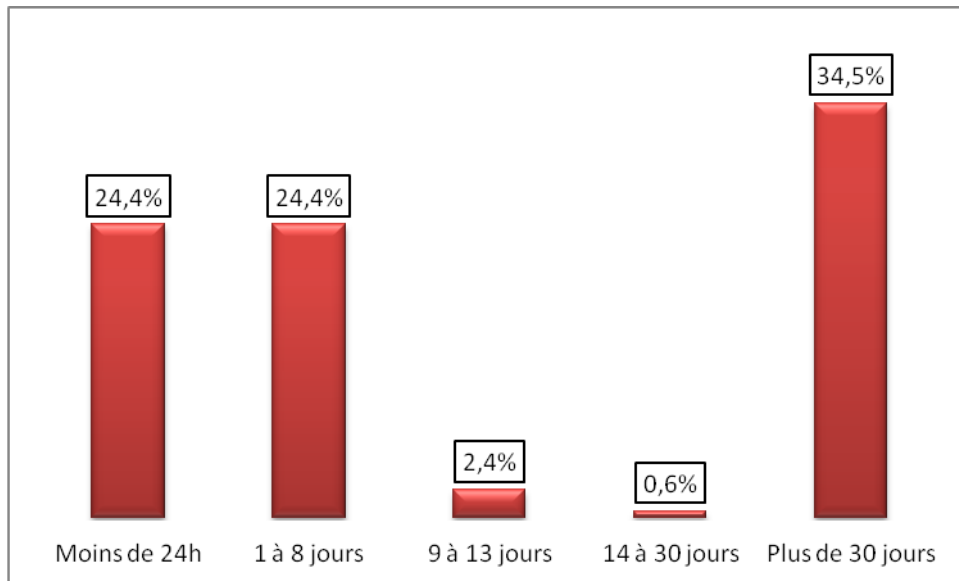


Figure 14 : Répartition des victimes en fonction du délai de consultation

❖ Etat de l'hymen

A l'examen clinique des victimes, des déflorations anciennes et récentes de l'hymen ont été notées respectivement dans 59,8% et 37,4% des cas. Cependant l'hymen était intact chez 2,8% des victimes (Figure 15).

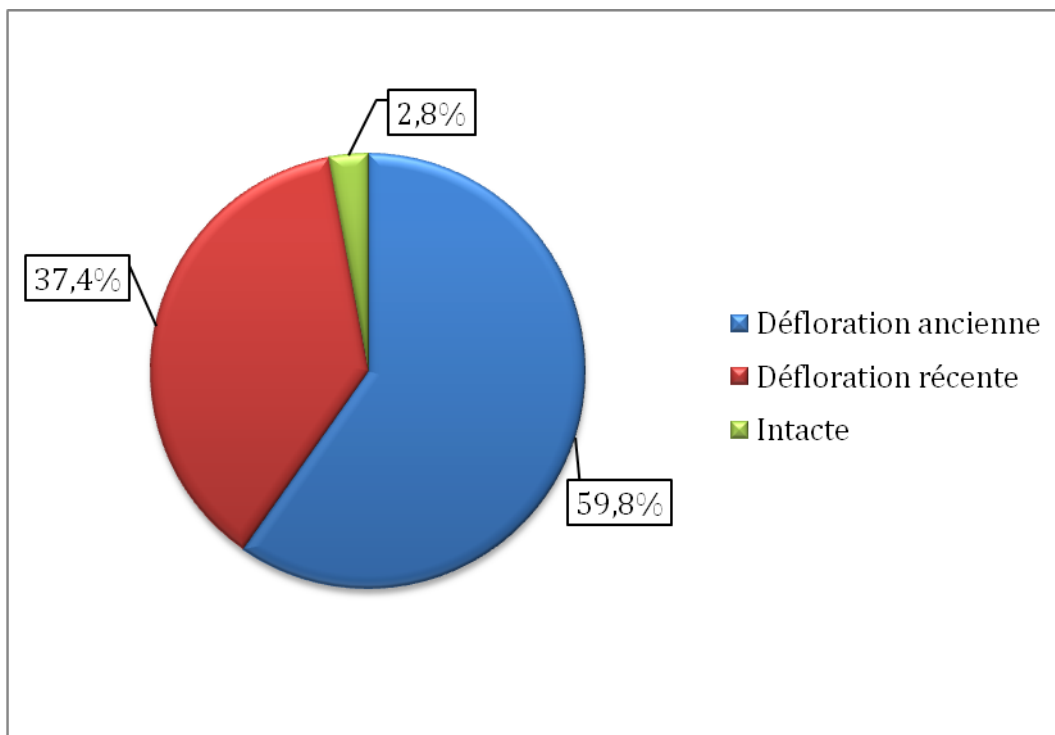


Figure 15 : Répartition des victimes selon l'état de l'hymen

❖ Actes sexuels subis

Les pénétrations vaginales et anales ont été enregistrées respectivement chez 94,1% et 1,2% des victimes (Figure 16).

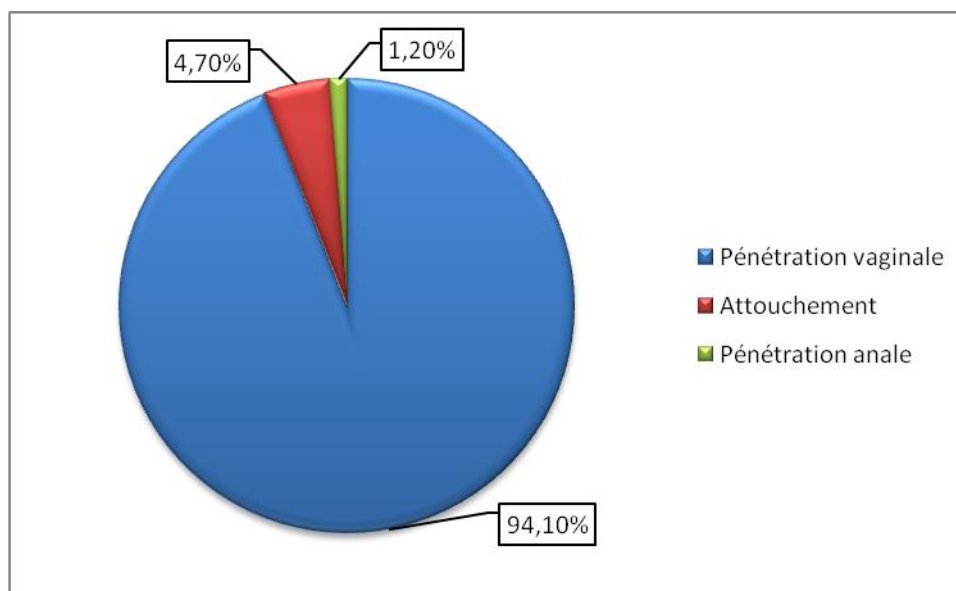


Figure 16 : Répartition des victimes selon l'acte sexuel subi

IV.4. Sanctions judiciaires des agresseurs

Les agresseurs étaient emprisonnés dans 74,4% des cas. Parmi ceux-ci, 79,5% étaient emprisonnés ferme et 20,5% avec sursis. La durée moyenne d'emprisonnement ferme était de $33,8 \pm (36,8)$ mois. La médiane était de 24,3 mois. Les extrêmes étaient de 9 jours à 121 mois (10 ans). Quant à l'emprisonnement avec sursis, la durée moyenne était de $6,75 \pm (6,3)$ mois. La médiane était de 6 mois. Les extrêmes étaient de 1 mois et 24,3 mois. Les agresseurs étaient emprisonnés entre 60 à 121 mois dans 24,2% (Tableau IX).

Tableau IX : Répartition des agresseurs en fonction de la durée d'emprisonnement

Durée ferme (en mois)	Effectif	Pourcentage (%)
[0-25[52	43,3
[25-59[39	32,5
[60-121]	29	24,2
Total	120	100

B. Etude analytique

Parmi les caractéristiques des victimes, il y avait un lien statistiquement significatif entre l'instruction, la connaissance de l'agresseur et la survenue de viol. Ainsi, les viols étaient 2 fois plus fréquents chez les non instruits (tableau VIII).

L'état d'ivresse de l'agresseur était lié de façon statistiquement significative à la survenue de viol. Les agresseurs ivres lors de l'agression avaient 2,6 fois le risque de violer leurs victimes (tableau XI).

Le lieu de l'agression influait de façon statistiquement significative à la survenue de viol. Les victimes de violences sexuelles en brousse, avaient 5,6 fois le risque d'être violé (tableau XII).

Quant aux autres caractéristiques, il n'y avait pas de lien statistiquement significatif avec la survenue de viol ($p > 0,05$).

Tableau X : Caractéristiques influençant la survenue de viols chez les victimes

Caractéristiques	Modalités	Viols	p	OR (IC à 95%)
Age (ans)	<18	89 (54,9%)	0,89	–
	≥18	23 (56,1%)		
Aucune Instruction	Oui	55 (65,5%)	0,018*	2 (1,1-3,7)
	Non	57 (47,9%)		
Statut matrimonial	Marié	12 (44,4%)	0,23	–
	Non marié	100 (56,8%)		
Profession	Oui	92 (52,6%)	0,06	–
	Non	20 (71,4%)		
Agresseur inconnu	Oui	52 (40,6%)	0,86	–
	Non	60 (80%)		

Tableau XI : Caractéristiques influençant la survenue de viols chez les agresseurs

Caractéristiques	Modalités	Viols	p	OR (IC à 95%)
Age (ans)	<18	14 (66,7%)	0,26	–
	≥18	98 (53,8%)		
Aucune Instruction	Oui	81 (57,9%)	0,25	–
	Non	31 (49,2%)		
Statut matrimonial	Marié	33 (62,3%)	0,23	–
	Non marié	79 (52,7%)		
Profession	Oui	88 (54,3%)	0,6	–
	Non	24 (58,5%)		
Ivre	Oui	23 (74,2%)	0,02*	2,6 (1,3 - 6,3)
	Non	89 (51,7%)		
Nombre d'agresseurs	Solitaire	104 (54,2%)	0,22	–
	En groupe	8 (72,7%)		

Tableau XII : Caractéristiques influençant la survenue de viols selon les circonstances des violences sexuelles

Caractéristiques	Modalités	viols	p	OR (IC à 95%)
lieu : Brousse	Oui	32 (84,2%)	0,00001*	5,6 (2,2 - 14,2)
	Non	80 (48,5%)		
Moment: Nuit	Oui	56 (60,9%)	0,17	–
	Non	56 (51,4%)		
Jour : week-end	Oui	20 (54,1%)	0,82	–
	Non	92 (56,1%)		

* : lien statistiquement significatif

V.DISCUSION

V.1. Limites de l'étude

Les principales limites rencontrées dans cette étude étaient d'une part la mauvaise tenue des dossiers judiciaires. Cette situation a rendu difficile le dépouillement des dossiers et a retardé la collecte. D'autre part, le nombre de dossiers enrôlés est jugé faible vue la période d'étude qui était longue (1992 à 2011). Ceci traduit une sous déclaration des cas de violences auprès de la justice car dans nos régions, les violences sexuelles surtout les viols sont considérés comme un drame. Une femme ou une famille dont le membre a été victime le déclare difficilement.

Par ailleurs, la réalisation du travail au niveau du tribunal régional de Kolda n'a pas permis d'étudier certains cas de violences sexuelles comme les outrages publiques à la pudeur, les détournements de mineurs et les attentats à la pudeur sans fraude ni violence. En effet, le niveau départemental est compétent à juger ces types d'agressions sexuelles. Les autres types de violences (physique, morales...) pouvant être associés à ces abus sexuels n'ont pas été pris en compte dans cette étude.

Malgré ces limites, l'enquête s'était bien déroulée et les résultats obtenus ont permis de faire les discussions suivantes.

V.2. Profil sociodémographique des victimes et des agresseurs

❖ Age

L'âge moyen des victimes était de $16,5 \pm (10,7)$ ans ; presque similaire dans l'étude menée en Côte d'Ivoire où la moyenne était de 16ans [33]. Les victimes âgées de moins de 18 ans prédominaient. Comme dans notre série, la plupart des auteurs [33,56] rapporte des taux élevés d'agression sexuelle chez les adolescentes. Ceci pourrait s'expliquer par leur grande vulnérabilité marquée par l'âge avancé des agresseurs par rapport aux victimes. En effet, la moyenne d'âge était de 26,7ans et la majeure partie était âgée de plus 18 ans. Cette tranche d'âge était responsable de 87% des violences sexuelles chez les mineurs (tableau II). Lors de la période pubertaire chez la fille, le corps est en pleine mutation, devenant l'objet d'attraction pour les jeunes garçons et les adultes. En outre, dans le contexte africain, à cette période de la vie, les enfants font habituellement les courses à la place des parents et, en situation solitaire, l'occasion est donnée à l'agresseur de commettre une violence sexuelle [33]. Koki et Biyong au Cameroun [25] ont trouvé 17,6 % d'agresseurs mineurs plus élevé par rapport à celle retrouvée dans notre étude

(10,3%). Cette propension des jeunes à exercer des violences sexuelles peut être liée à la vulgarisation des moyens audiovisuels et la diffusion non contrôlée de films qui éveillent très tôt les pulsions sexuelles [6].

❖ **Sexe**

Le sexe prédominant chez les victimes était les femmes. Beaucoup d'études ont montré que les femmes sont plus victimes de violences sexuelles que les hommes [49,8]. Cette représentativité féminine est très importante dans notre étude soit 99,5% contre 0,5%. Dans les Caraïbes, près de la moitié des adolescentes sexuellement actives déclarent que leurs premiers rapports sexuels étaient imposés, comparé au tiers des adolescents [8]. A Lima, au Pérou, le pourcentage de jeunes femmes qui déclarent que leur initiation sexuelle leur a été imposée est près de quatre fois supérieures à celui des jeunes gens dans le même cas (40% contre 11 %, respectivement) [8]. Par contre, chez les agresseurs, une prédominance masculine a été notée dans 99,5% des cas. Cette forte représentativité masculine a été confirmée dans l'étude de Choo WY [14]. Cette situation démontre la fragilité des femmes en milieu africain marquée par des pesanteurs socioculturelles. Dans la zone sud du Sénégal, les personnes d'ethnie « *mandiaques* » (ethnie prédominante dans la zone de Sédhiou) disent que « *...l'accès au paradis des femmes est détenu par l'homme dans le couple...* ». Ce qui démontre nettement la faiblesse voire l'absence de pouvoir de décision des femmes au sein de cette société.

❖ **Profession**

La précarité dans laquelle vivent ces personnes et l'éloignement des écoles de leurs domiciles surtout en milieu rural les exposent aux abus sexuels. C'est ce qui explique la part importante des élèves parmi les victimes soit 55,2% (figure 8). Cependant 20,2% des agresseurs n'avaient aucune profession (figure 9). Cette population constitue la couche sociale de mauvais niveau socioéconomique où dominent la délinquance, la consommation des drogues et les infections sexuellement transmissibles (IST) [18].

❖ **Situation matrimoniale**

Les célibataires prédominaient chez les victimes et les agresseurs respectivement dans 86,7% et 73,9% des cas (figure 10). La plupart des auteurs ont identifié comme facteurs de risque de survenue de violences sexuelles, le manque de communication entre les parents et leurs enfants, les conditions socioéconomiques médiocres et la désorganisation familiale [18]. Dans notre étude, le mariage est gage de sécurité vis-à-vis des violences sexuelles. La stabilité familiale, l'expérience des parents et un bon niveau

socioéconomique ont été classés comme facteurs « protecteurs » des violences sexuelles [41].

❖ **Instruction**

La majeure partie des agresseurs et victimes n'avaient aucune instruction respectivement dans 69% et 41,6% (tableau III). Cet état de fait démontre nettement l'ignorance des méfaits des violences sexuelles et la méconnaissance des facteurs « protecteurs » respectivement chez les agresseurs et chez les victimes. Ainsi, parmi les victimes, celles non instruites subissaient plus de viols (tableau XI). Par contre d'autres auteurs affirment que les femmes instruites sont les plus touchées par les violences sexuelles. L'explication probable est qu'en devenant plus autonomes, les femmes résistent davantage aux normes patriarcales, ce qui fait que les hommes recourent à la violence pour reprendre le contrôle [41].

V.3. Circonstances de l'agression sexuelle

❖ **Sites de l'agression sexuelle**

Les violences sexuelles étaient localisées dans les zones de Kolda, de Sédhiou et de Vélingara respectivement dans 43,3%, 36,5% et 20,2% (figure 12). Ces localités de la zone sud du Sénégal sont caractérisées par des facteurs pouvant influencer la survenue de violences sexuelles comme la pauvreté, l'existence de normes qui affirment la domination de l'homme sur les femmes et les enfants et l'instabilité sociale. L'insécurité au niveau de la région de Kolda est surtout notée dans la localité de Sédhiou. Elle est souvent marquée par des attaques de la rébellion casamançaise sur les populations et surtout celles environnantes. Par conséquent, elles subissent des violences sexuelles et/ou physiques. De même les réfugiés qui fuient les conflits risquent souvent d'être victimes de violences sexuelles dans leur nouvel environnement. Les cas enregistrés (203) dans ces différents sites, sont ceux ayant nécessité une réquisition judiciaire. Cette situation n'est que la partie visible de l'iceberg car beaucoup de cas de violences sexuelles se passent au sein de la société sans que la victime et /ou son entourage ne les dénonce à une autorité médicale et/ou judiciaire à cause des tabous culturels constituant un frein considérable aux révélations d'agression à caractère sexuel. Plus l'interdit religieux concernant la sexualité en dehors des liens du mariage est impératif, plus la victime éprouvera de difficultés à dénoncer les faits [24]. Dans les pays développés, les données rapportées dans la littérature proviennent surtout de centres spécialisés, des sources judiciaires et des

centres de recherche en population. C'est ainsi que Lisak et Miller [28], aux Etats Unis, rapportent une fréquence de 39% d'abus sexuels en 2002 sur l'ensemble de la population ; en France le taux serait passé de 0,8% à 1,2% de 1997 à 2000 [7].

❖ **Types de violences sexuelles**

Les viols dominaient le tableau des violences sexuelles soit 55% (tableau IV). Les viols ont des répercussions graves sur l'état de santé des victimes du fait de la sévérité des lésions génitales souvent accompagnés de troubles psychosociaux. Cette fréquence est plus élevée dans d'autres études où de nombreuses femmes déclarent que leur première expérience sexuelle a été forcée : 24% dans les zones rurales du Pérou, 28% en Tanzanie, 30% dans les zones rurales du Bangladesh et 40% en Afrique du Sud [42]. De même, au Botswana et au Swaziland, les taux de prévalence de viols étaient respectivement de 10,3% et 11,4% [57]. Mais la situation est plus alarmante dans l'étude de Biambo Bamanga S F à Brazaville où elle était de 80,4% [10]. Les viols chez les mineurs observés dans notre étude (21,7%) étaient plus importants par rapport à ceux de Tabo A. avec 11% [55].

❖ **Etat d'ivresse des agresseurs**

Au moment de l'agression sexuelle, les agresseurs étaient ivres dans 15,3% des cas. Les viols étaient plus fréquents chez les victimes dont leurs agresseurs étaient ivres par rapport aux autres. En état d'ivresse, les personnes ont plus de mal à maîtriser leurs gestes et sont même agressives sexuellement. L'OMS identifie l'ivresse comme un facteur de risque de violence sexuelle [41]. Ainsi, l'état d'ivresse était un facteur de risque de survenue de la violence sexuelle chez les femmes au Botswana et en Swaziland [13].

❖ **Lieux de l'agression**

Les victimes de violences sexuelles étaient agressées au domicile de l'agresseur dans 48,3% des cas (figure 13). Le profil de l'agresseur est donc celui d'un sujet jeune d'environ trente ans qui est le plus souvent connu de sa victime car étant soit son parent, son voisin, ou alors un ami. Ce profil a été décrit par beaucoup d'auteurs [30,22] surtout en Afrique subsaharienne.

L'école et les autres places publiques sont rarement choisies par les agresseurs pour violenter sexuellement leurs victimes car ce sont des localités attractives donc très fréquentées. Par contre, dans d'autres études, l'école est l'endroit le plus courant où beaucoup de jeunes femmes sont victimes de coercition et de harcèlement sexuels. En effet, au Zimbabwe, une étude rétrospective de cas de violences sexuelles sur enfants

signalés sur huit ans (1990–1997) constate des taux élevés de violences sexuelles perpétrées par des enseignants dans des écoles primaires rurales. Bon nombre de victimes étaient des filles âgées de 11 à 13 ans, et les rapports sexuels avec pénétration étaient le type de violence sexuelle le plus fréquent [38]. Quant aux autres lieux d'agression comme la brousse et la rue, ils sont des zones de prédilection des violences sexuelles. Le contexte géographique de la région de Kolda démontre cet état de fait (localités sont très distantes entre elles). Les victimes agressées en brousse subissaient plus le viol. Cette situation s'explique par le fait qu'en brousse la victime n'a aucune résistance ni de recours pour un appel à l'aide et donc toutes les conditions sont réunies pour permettre à l'agresseur de la violer. Dans cette région, surtout en milieu rural, certaines activités poussent les femmes à aller en brousse pour le ramassage du bois, la culture, l'élevage etc.

❖ Temps de l'agression

Les agressions se déroulaient la nuit dans 45,8% des cas (tableau VI). Cette proportion est en deçà de celle retrouvée dans l'étude de N'guessan où dans près de 3 cas sur 4, l'agression a été faite la nuit. Elle rapporte un taux d'agressions nocturnes de 63,8% et qui sont survenues dans la plupart des cas entre 22 heures et 4 heures du matin [33]. Dans la région de Kolda surtout en milieu rural, l'éclairage nocturne pose problème voire est inexistant. La nuit est un moment propice qui permet d'une part à l'agresseur de tendre un piège à la victime en vue de la violenter à l'insu de son entourage et d'autre part de ne pas être identifié par sa victime.

❖ Lien avec l'agresseur

L'identification des agresseurs par leurs victimes facilite aux autorités judiciaires leur enquête dans le but de les sanctionner. Ainsi dans notre étude, la part des victimes qui connaissait leurs agresseurs était importante (63,1%). Comparée à celle de Biambo Bamanga S F [10], elle était plus élevée voire plus manifeste chez Bah et al. [6] au Sénégal qui trouve 84,6%. Ces agressions sont commises par le père ou le beau-père. Elles suscitent un rejet massif et sont révélées aux amis, au partenaire et aux professionnels de santé. En revanche, les actes commis par un conjoint, un partenaire ou un ami sont peu divulgués, la raison en étant justement que les personnes concernées parlent rarement de ce type d'agression à leur famille et que l'aide des amis, voire des professionnels de santé, ne compense pas cette absence d'appui familial proche. La violence sexuelle du conjoint ou du partenaire continue ainsi à être celle qui est la plus difficilement mentionnée [27].

❖ Nombre d'agresseurs

La quasi-totalité des agressions était solitaire (94,6%). Cette tendance est en baisse au Mali où elles représentaient 65,54% [56]. Ces agresseurs n'appartiennent pas à un groupe ou s'écarte de ce dernier pour mener son agression sans être dénoncé. Les viols collectifs dans notre étude étaient rares. L'agression sexuelle est souvent un signe de virilité dans le groupe et elle est fortement liée à la volonté d'être tenu en haute estime. Il existe un lien entre un comportement sexuel agressif chez les jeunes gens et l'appartenance à un gang ou à une bande [41].

V.4. Etat clinique des victimes

❖ Délai de consultation

La réalité de l'agression sexuelle relève des données médicales qui devront confirmer les lésions anatomiques et des conclusions judiciaires qui affirmeront l'absence de consentement. Les victimes consultaient auprès du personnel de santé en moins de 24h dans 24,4% des cas (figure 14). Ce faible taux de consultation est retrouvé dans les études de Biambo Bamanga S F et de Faye Dieme M E avec respectivement 29,6% et 18,6% [10,18]. Le retard des consultations dans nos régions plus particulièrement celle de Kolda se justifie en partie par des réalités socioculturelles de notre société qui considèrent que la réquisition d'une autorité sanitaire pour une violence sexuelle est synonyme de déshonneur. Selon Linet T le délai parfois important entre l'agression et la consultation correspond au temps consacré par la victime pour retrouver le contrôle de sa vie, de son intégrité corporelle qu'il avait perdu du fait de l'agression [27]. Par contre, en Europe, les victimes peuvent être prises en charge avec discrétion dans des structures spécialisées [28].

❖ Etat de l'hymen

Ce retard de consultation va avoir un retentissement à l'examen clinique du malade à savoir l'état de l'hymen car les lésions se cicatrisent en cinq à sept jours après l'agression [48]. Ainsi à l'examen des victimes, les lésions anciennes de l'hymen étaient au devant du tableau dans 59,8% (figure 15). C'est la même situation dans l'étude de Faye Dieme M E où elles intéressaient 54,5% des victimes [18] contrairement à certaines données de la littérature selon lesquelles les lésions hyménales récentes étaient plus fréquentes entre 60 et 76,9% des cas [11,29].

❖ Actes sexuels subis

Les pénétrations vaginales et anales représentaient respectivement 94,1% et 1,2% des victimes (figure 16). Les pénétrations vaginales étaient les actes sexuels les plus fréquemment retrouvés ; de même pour Faye Dieme M E avec 67,3%. Quant à la fréquence des pénétrations anales, elle est plus élevée dans l'étude de Faye Dieme M E avec 5,5% [18]. Ces actes sexuels subis dominés par les pénétrations vaginales traduisent l'extrême gravité des violences sexuelles rendant plus difficile la prise en charge médicale et psychosociale de la victime. Ainsi, lors des consultations, il est essentiel que l'équipe soignante se garde d'avoir tout jugement ou prise en charge trop partisane. Ces attitudes peuvent nuire à la prise en charge de la victime [27]. Malheureusement, il a été démontré que certaines situations comme les viols conjugaux, les pénétrations multiples (vaginales, anales, buccales...), les femmes de couleur et celles qui ne semblent pas « sympathiques » à l'équipe souffrent d'une détérioration de la qualité de la prise en charge par l'équipe soignante [27].

V.5. Sanctions judiciaires de l'agression

Cette consultation médicale va permettre aux praticiens d'essayer de convaincre la victime à porter plainte sans jamais donner l'impression de la forcer. Si la patiente ne peut pas se déplacer, la police ou la gendarmerie peut commissionner des agents pour entendre la plainte sur le lieu de l'examen [27]. Cette issue légale de la consultation médicale va permettre aux autorités judiciaires de juger le présumé agresseur et de le sanctionner s'il est coupable des faits qui lui sont reprochés. Dans notre étude, les agresseurs étaient emprisonnés dans 74,4% des cas. Parmi ceux-ci, 79,5% étaient emprisonnés fermes et 20,5% avec sursis. La durée d'emprisonnement ferme variait de 9 jours à 10 ans. Ceci explique que la sévérité de la sanction pénale est proportionnelle à gravité de la violence sexuelle lorsque les faits reprochés aux présumés agresseurs sont confirmés. Certains agresseurs coupables de viols avaient subi la plus lourde sanction (emprisonnement ferme de 10ans). Par ailleurs il faut noter que les autres types de violences (physiques, morales etc.) n'ont pas été tenus en compte par l'étude et elles peuvent largement alourdir la sanction pénale de l'agresseur.

Par contre, 25,6% des présumés agresseurs criminels n'ont pas été emprisonnés. Ceci s'explique par leur fuite vers les pays frontaliers (Gambie, Guinée Bissau, Guinée Conakry) et aucune poursuite judiciaire ne peut se faire sans l'autorisation des pays hôtes en plus de cela notre système judiciaire n'est pas assez performant pour faire face à ce genre de

situation. La fuite de malfaiteurs empêche des affaires d'être jugées, fait que des personnes condamnées se soustraient à leurs obligations et prive les victimes d'infractions de la possibilité de se voir rendre justice. Cependant, l'intervention de la police INTERPOL permet d'apporter aux pays membres comme le Sénégal un appui dans les enquêtes internationales en cours sur les malfaiteurs en fuite [21]. D'autres présumés agresseurs ont été arrêtés mais relâchés au cours de leur détention provisoire au profit du doute raisonnable (pas de preuves suffisantes pour prouver leur culpabilité).

CONCLUSION RECOMMENDATIONS

Les violences sexuelles posent un problème de santé publique dans le monde plus particulièrement dans les pays en voie de développement. Au Sénégal, chaque jour, au moins un cas de violence sexuelle est appris à travers les médias. La région de Kolda reste toujours confrontée à des problèmes en matière de santé reproductive parmi lesquels les violences sexuelles occupent une place importante. C'est dans ce contexte que ce travail a été mené pour étudier le profil épidémiologique et clinique des violences sexuelles dans la région de Kolda avec comme objectifs spécifiques de :

- déterminer les caractéristiques sociodémographiques des victimes de violences sexuelles et des agresseurs ;
- décrire les violences sexuelles selon la nature, le site, le moment et le lieu de l'agression ;
- décrire les violences sexuelles selon le nombre d'agresseurs, le lien avec l'agresseur et le temps mis avant de consulter ;
- identifier les facteurs influençant la survenue de viol.

Pour atteindre ces objectifs, une étude d'observation rétrospective, descriptive et analytique a été menée du 23 décembre 1993 au 31 décembre 2011. La population d'étude était constituée des dossiers judiciaires des personnes victimes de violences sexuelles durant la période d'étude. Etaient inclus tous les dossiers des personnes victimes de violences sexuelles disponibles au niveau du tribunal régional durant la période de l'étude. Un recrutement exhaustif des dossiers des victimes répondant aux critères d'inclusion a été effectué. L'analyse des données s'était déroulée en deux étapes dont une première constituée par une description des différentes variables collectées en terme de paramètres de position (fréquences, moyenne) et de paramètres de dispersion (écart-type) et une deuxième qui consistait à l'analyse bivariée.

Au terme de la collecte, 203 cas de violences sexuelles ont été enrôlés au niveau du tribunal régional de Kolda depuis sa création le 23 décembre 1992 jusqu'au 31 décembre 2011.

Les variables de l'enquête quantitative concernaient pour :

- ❖ les victimes et agresseurs : sexe, âge, profession, situation matrimoniale, niveau d'instruction ;
- ❖ les victimes : délai de consultation, état de l'hymen, acte sexuel subi, lien avec l'agresseur;

- ❖ les agresseurs : antécédents d'emprisonnement, état d'ivresse au moment de l'agression, nombre, sanction;
- ❖ les données sur l'agression : année, site, type, lieu, temps.

L'exploitation des données a permis d'obtenir les résultats suivants :

De 1992 à 2011, 62% des cas de violences sexuelles ont été enregistrés au cours de cinq dernières années (2007 – 2011). Les viols et les tentatives de viol étaient au devant du tableau respectivement dans 55% et 36,5% des cas. L'âge moyen des victimes et des agresseurs était respectivement de $16,5 \pm (10,7)$ ans et de $26,7 \pm (9,4)$ ans. La quasi-totalité des agresseurs était de sexe masculin (99,5%). Par contre, chez les victimes, le sexe féminin prédominait largement (99,5%).

Les victimes de violences sexuelles étaient agressées le plus souvent au domicile de l'agresseur dans 48,3% des cas et dans la brousse (18,7%). Les agressions sexuelles se déroulaient dans la nuit dans 45,8% des cas. La quasi-totalité des agressions était solitaire (94,6%). Concernant le délai de consultation, 34,5% des victimes consultaient en moins de 24h. L'examen des organes génitaux retrouvait des déflorations ancienne et récente de l'hymen respectivement dans 59,8% et 37,4%. Les agresseurs étaient sanctionnés dans 74,4%. Parmi eux, 79,5% étaient emprisonnés fermes pour une durée moyenne de $33,8 \pm (36,8)$ mois. Les victimes non instruites ou agressées dans la brousse étaient plus exposées aux viols. Quant aux agresseurs, l'état d'ivresse au moment de l'agression les poussait le plus souvent à violer leurs victimes.

A l'issue de ce travail, il nous paraît nécessaire de formuler des recommandations à l'endroit de toutes les parties prenantes pour une lutte efficace contre les violences sexuelles au niveau national et plus particulièrement dans la région de Kolda.

➤ **Ministère de la justice**

- Mettre en place un tribunal régional au niveau de Sédhiou conformément à la loi n° 84-19 du 2 février 1984 qui prévoit dans chaque région un tribunal régional. Ce tribunal va faciliter le jugement de certains cas d'infraction qui ne relèvent pas de la compétence du tribunal départemental ;
- Promouvoir une lutte interétatique contre les violences sexuelles en signant des conventions d'extradition avec les pays non membres d'INTERPOL pour permettre une bonne collaboration des autorités policières et judiciaires. Cette initiative va largement faciliter la poursuite des présumés agresseurs d'un pays à un autre.

➤ **Ministère de l'éducation nationale**

- Intégrer des sujets relatifs à la violence sexuelle, y compris des considérations éthiques concernant la profession enseignante, dans les programmes scolaires en vue de prévenir les violences sexuelles en milieu scolaire.

➤ **Ministère de la jeunesse, de l'emploi et de la promotion des valeurs civiques**

- Mettre en place des centres de conseils pour les adolescents (CCA) au niveau de chaque département de la région de Kolda (Vélingara et Médina Yoro Foulah) pour une bonne prise en charge des victimes de violences sexuelles.

➤ **Autorités sanitaires et associations de lutte contre les violences sexuelles de la région**

- Renforcer les activités de sensibilisation auprès des populations afin de les amener à cerner les risques de violences sexuelles comme l'abus d'alcool et le fait d'être seul dans la brousse.

➤ **Autorités judiciaires de la région**

- Informatiser les dossiers judiciaires pour une bonne utilisation.

➤ **Populations**

- Eduquer et surveiller les enfants afin de les amener à éviter les facteurs de risque de survenue des violences sexuelles ;
- Promouvoir la scolarisation des filles ;
- Dénoncer les cas de violences sexuelles par une réquisition auprès d'un médecin et d'un agent judiciaire en cas de violence dans les plus brefs délais en vue d'une prise en charge précoce.

REFERENCES

1. **Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie du Sénégal.** Résultats du 3^{ème} recensement général de la population et de l'habitat en 2002 : rapport national de présentation. ANSD, 2006 Dec ; 123 :16-62.
2. **Agence nationale de la statistique et de la démographie.** Enquête de suivi de la pauvreté au Sénégal ESPS 2005. Ministère de l'Economie et des Finances. 2007 ; 61 : 12-8.
3. **Agence régionale de la statistique et de la démographie de Kolda.** Situation économique et sociale de la région de Kolda. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie. 2007 ; 77 :12-40.
4. **Amanimana C, Nsabimana A.** Rapport de la formation sur les violences sexuelles et counselling individuel comme méthodologie de prise en charge psychosociale en faveur des prestataires de soins psychosociaux. CRS/DRC. 2010 ;11p.
5. **ANDS/ Service régional de la démographie et de la statistique Kolda.** Situation économique et sociale de la région de Kolda.2009 ; 151p.
6. **Bah H, Diaw PC, Sow ML.** Sévices sexuels sur enfants au Sénégal: Aspects épidémiologiques. *Guinée Médicale*. 2000; 27: 1-5.
7. **Barret P.** Agressions sexuelles. In : Mises à jour en gynécologie obstétrique ; Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Paris : Editions Vigot ; 2004 ; 275 – 281.
8. **Blum R W, Halcón L, Beuhring T, Pate E, Campell-Forrester S, Venema A.** Adolescent Health in the Caribbean: Risk and Protective Factors. *American Journal of Public Health*. 2003 March; 93 (3): 456-460.
9. **Boyer D, Fine D.** Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy. *Family Planning Perspectives*. 1992 ; 24 : 4–11.
10. **Buambo-Bamanga S F, Oyere-Moke P, Gnekoumou AL., Nkihouabonga G, Ekoundzola J.R.** Violences sexuelles à Brazzaville. *Cahier santé*. 2005 ; 15(1); 31-35.
11. **Bugs S.** Contraception, IVG, grossesse : question de l'IVG et les nouveaux croisés de l'ordre moral. Grenoble : Edition Thot ; 2000 ; 42p.
12. **Burn S.** Risque et ampleur du harcèlement sexuel sur le lieu de travail : rapport de l'enquête représentative en Suisse alémanique et en Suisse romande Berne. Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes BFEG / Secrétariat d'Etat à l'économie SECO. 2008 ; 118p.

- 13.Castro MD, Cunha SS, Souza DP.** Violence behavior and factors associated among students of Central-West Brazil. *Rev Saude Publica*. 2011 Dec; 45(6):1054-1061.
- 14.Choo WY, Dunne MP, Marret MJ, Fleming M, Wong YL.** Victimization experiences of adolescents in malaysia. *J Adolesc Health*. 2011 Dec; 49(6):627-34.
- 15.Danan M.** Les sentiments de peur dans l'inceste. *Psychiatries*, 1991 ; 2 : 11-19.
- 16.Engel AF.** Unwanted anal penetration as a physical cause of faecal incontinence. *E J Gastro-entero-hepatol* .1995; 7: 65-7.
- 17.Fall A S.** Rapport de l'exploitation sexuelle des enfants au Sénégal, Dakar, Unicef-Sénégal, CODESRIA, 2002 ; 74p.
- 18.Faye Dieme M E, Traore A L, Gueye S M K, Moreira P M, Diouf A, Moreau J-C.** Profil épidémiologique et prise en charge des abus sexuels à la Clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2008 ; 37: 358-64.
- 19.Gouvernement du Sénégal.** Rapport sur les cours et tribunaux. 2008, 6p.
- 20.Gruyer F, Fadier-Nisse M, Sabourin P.** La violence impensable, Inceste et maltraitance. Paris : Ed Nathan, 1991.
- 21.INTERPOL.** Rapport annuel 2010. INTERPOL.2011 ; 50p.
- 22.Jewkes R, Vundele C, Maforah F, Jordaan E.** Relationship dynamics and adolescent pregnancy in South Africa. *Soc Sci Med*. 2001 Mar; 52(5):733-44.
- 23.JOSSE E.** Accueillir et soutenir les victimes de violences : Approche orientée vers la solution. Médecins Sans Frontières-Belgique. 2007 Juillet ; 57p.
- 24.Josse E.** Déceler les violences sexuelles faites aux enfants, « Guide de prise en charge psychosociale ». Médecins Sans Frontières-Belgique. 28p.
- 25.Koki Ndombo PO, Biyong IF, Eteki Tamba N, Gruselle G, Lantum B. Makang-Ma Mbog.** Les enfants victimes de sévices sexuels au Cameroun. *Ann Pediatr (Paris)*. 1992 ; 39 : 111-4.
- 26.Lacone L.** Les violences sexuelles en République Démocratique du Congo: De l'armée de guerre au crime civil(RDC). [Mémoire de Diplômes Privés d'Etudes Supérieures en relations Internationales].Paris : IRIS ; 2010 ; 80p.
- 27.Linet T, Nizard.** Constats de violences sexuelles : rédaction pratique d'accueil et mise en pratique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2004 ; 33(2) : 99-109.
- 28.Lisak D, Miller P.** Repeat rape offending among undetected rapists: violence and victim. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 17 : 73-84.

29. **Mbassa M, Ngoh F.** Séroprévalence de l'infection à VIH chez les enfants victimes d'abus sexuels au Caméroun. *Med Trop.* 2003 ; 63 : 155-8.
30. **Mbassa menick D.** La problématique des enfants victimes d'abus sexuels en Afrique ou l'imbroglio d'un double paradoxe: l'exemple du Cameroun. *Child Abuse Negl.* 2001; 25: 109-121.
31. **Ministère de la santé et de la prévention médicale.** Plan national de développement sanitaire : PNDS 2009 – 2018. 2009 Juillet ; 86p.
32. **Ministère de la santé et de la prévention médicale.** Politique, normes et protocoles en santé de la reproduction. 2010 ; 260p.
33. **N'guessan K, Bokossa M, Boni S, Kone N, Bohoussou K.** Les violences sexuelles chez la femme : une réalité africaine. *Med Afr Noire.* 2004 ; 51(5) : 306- 310.
34. **Nathalie B. Michel B et Equipe CSF.** Les violences sexuelles en France: quand la parole se libère. *Population et Société.* 2008 Mai; (445) : 1-4.
35. **Ndiaye S, Ayad M.** Quatrième Enquête Démographique et de Santé (EDS IV). Centre de Recherche pour le Développement Humain Dakar 2005 ; 467 : 4-167.
36. **Ndombi C.** Les abus sexuels à Dakar : Etude faite à partir des enfants suivis au service de pédopsychiatrie « ker xaleyi ». [Mémoire de maitrise]. Dakar : Université Cheikh Anta Diop Faculté de Médecine Pharmacie et Odontostomatologie, Institut de Population, Développement et Santé de la Reproduction, 2006 ; 47p.
37. **Ndour B B.** Rapport de l'étude sur les violences faites aux femmes en milieu scolaire. Initiative en faveur de l'équité et de l'égalité de genre dans l'enseignement moyen secondaire général. Sénégal, Mai 2008 ; 78p.
38. **Nhundu TJ, Shumba A.** The nature and frequency of reported cases of teacher-perpetrated child sexual abuse in rural primary schools in Zimbabwe. *Child Abuse & Neglect.* 2001; 25:1517–34.
39. **Niang C I, Dièye A, Gueye M A, Ndoye M, Diop N, Barry S, Thioune M, Cissé M.** Rapport de la situation des violences basées sur le genre au Sénégal. Décembre 2008. ISE /Programme SAHARA ; 87p.
40. **Noemie B.** Différence de traitement sur les mineurs : l'attentat à la pudeur au sens de l'article 372, 1^{er} du Code pénal. JDJ n°287.2009 septembre ; 24p.
41. **OMS.** Rapport sur la violence et la santé. OMS. 2002; 44p.

- 42.Organisation mondiale de la Sante.** Etude multi pays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes : cas de la République – Unie de Tanzanie. Bulletin de l'OMS. 2005.
- 43. Pichot F, Levy-Leblond E, Courtecuisse V.** Sévices de l'adolescence. L'inceste. A propos de 21 observations. *Arch Fr Pediatr.* 1986 Jun-Jul ; 43(6):427-31.
- 44.Poiret A.** Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique. Bibliographie de psychiatrie dirigée par J. Delay, PUF, 617p.
- 45.République du Sénégal.** Loi de base n°65-60 du 21 juillet 1965 : Code de procédure pénale du Sénégal. 89p.
- 46.République du Sénégal.** Rapport de la mise en œuvre de la charte africaine des droits de l'homme et des peuples. 2001 ; 74p.
- 47.République du Tchad.** Rapport de la réponse du Gouvernement sur les violences contre les enfants. République du Tchad. 2004 Septembre ; 22p.
- 48.Rickert V, Wiemann C, Vaughan R, et al.** Rates and risk factor for sexual violence among an ethnical diverse sample of adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004; 158 (12) : 1132-9.
- 49.Rwenge M.** Sexual risk behaviours among young people in Bamenda, Cameroon. *International Family Planning Perspectives.* 2000;26 :118–123.
- 50.Service régional de la démographie et de la statistique de Kolda :** Situation économique et sociale de la région de Kolda. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie. 2009 ; 151p.
- 51.Simon V.** Abus sexuels sur mineur. Paris: Ed Armand Colin, 2004; 201p.
- 52.Sow L, Mbaye I, Benais JP.** Prévention et prophylaxie de la maltraitance au Sénégal. In « Sylla O, Gueye M, Collignon R. Les mauvais traitements de mineurs. Réalités, caractéristiques, enjeux, réponses». Séminaire international, ISPCAN-AFIREM ed, Dakar, 1994, 18-22 avril.
- 53.Sow M L, Soumah M M.** « Les aspects médico-légaux de la maltraitance » in Ndiaye A and Grosjean K. (éds) Brochure de Formation Initiale. Projet « Renforcement de la Protection Juridique des Mineurs ». Cours dispensés dans le cadre de la formation interdisciplinaire des magistrats, policiers, gendarmes, travailleurs sociaux et agents de l'administration pénitentiaire, RPJM, Dakar, 2004 ;7p.

- 54.Sy O.** Etat des lieux de la prise en charge médicale, psychologique et juridique des enfants victimes d'abus sexuels reçus à l'unité de pédopsychiatrie « *Ker Xaleyi* » du Centre hospitalier universitaire national de FANN. Thèse Med, Dakar, 2009; THM46832.
- 55.Tabo A, Serdouma E, Kette C G, Goddot M, Ngbale R, Danimon G, Sepou A.** Souffrances psychiques féminines: clinique et épidémiologie en Afrique de l'Ouest. *Perspectives psychiatriques*. 2009; 48 (4) : 348-352.
- 56.Traore Y, Mounkoro N, Teguate I, Djire M Y, Diallo A, Bagayogo M, Sissoko A, Dolo T, Dolo A.** Aspects cliniques et médico-légaux des agressions sexuelles au CHU GABRIEL TOURE. *Mali Médical*. 2010 Tome XXV, N°3.
- 57.Tsai AC, Leiter K, Heisler M, Iacopino V, Wolfe W, Shannon K, Phaladze N, Hlanze Z, Weiser SD.** Prevalence and correlates of forced sex perpetration and victimization in Botswana and Swaziland. *Am J Public Health*. 2011 Jun; 101(6):1068-74.

ANNEXE

FORMULAIRE DE RECUEIL DES DONNEES

N° fiche /...../

Profil sociodémographique de la victime

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Age :

Professions : Ménagères ☐ Fonctionnaire ☐ Elèves/ Etudiantes ☐
Cultivateur ☐ Commerçant ☐ Aucune ☐ Autres (à préciser) ☐

Mariée : Oui ☐ Non ☐

Niveau d'Instruction : Aucun ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Supérieur ☐

Données sur l'agression

Année de l'agression /...../

Types de violences sexuelles : viol ☐ attouchement sexuel ☐ harcèlement sexuel ☐
tentative de viol ☐ Autres (à préciser) ☐

Le lieu de l'agression :

- Au domicile de la victime ☐
- Au domicile de l'agresseur ☐
- A l'Ecole ☐
- Dans la brousse ☐
- Dans la rue ☐
- Autres (préciser) ☐

Le moment de l'agression : La journée ☐ La nuit ☐

Le jour de l'agression : Le Week-end ☐ Les autres jours de la semaine ☐

Le lien avec l'agresseur :

- Agresseur connu de la victime ☐
- Agresseur inconnu de la victime ☐

Le nombre d'agresseurs : Agression solitaire ☐ Agression collective ☐

ETAT CLINIQUE DE LA VICTIME

Le délai de consultations :

Moins de 24H ☐ 1 à 8 jours ☐ 9 à 13 jours ☐
Plus de 30 jours ☐ 14 à 30 jours ☐

Lésions observées :

Etat de l'hymen :

Intact ☐ Défloration récente ☐ Défloration ancienne ☐

Acte sexuel subi :

Pénétration vaginale ☐ Pénétration anale ☐ Attouchement sexuel ☐ Autre ☐

DONNEES DE L'AGRESSEUR

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Age :

Professions : Ménagère ☐ Fonctionnaire ☐ Elève/ Etudiant ☐
Cultivateur ☐ Chauffeur ☐ Maçon ☐ Commerçant ☐ Aucune ☐ Autre ☐

Marié: Oui ☐ Non ☐

Niveau d'Instruction :

Aucun ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Supérieur ☐

Ivre au moment de l'agression : Oui ☐ Non ☐

Antécédent d'emprisonnement : Oui ☐ Non ☐

Si oui :

Le motif : Violences sexuelles ☐ Violences physiques ☐ Vol ☐ Crime ☐
Drogue ☐ autres (à préciser).....

Sanction judiciaire de cette violence sexuelle :

Emprisonnement : oui ☐ Non ☐

Type d'emprisonnement : ferme ☐ sursis ☐ ferme et sursis ☐

Durée d'emprisonnement ferme

Durée en sursis