



HAL
open science

Rôle du médecin gynécologue non spécialisé en médecine légale dans la prise en charge en urgence des victimes d'agression sexuelle en zone dépourvue d'UMJ. Élaboration et Création d'un set de prise en charge en urgence des victimes d'agression sexuelle à destination de l'examineur médecin gynécologue non spécialisé en médecine légale en zone dépourvue d'UMJ

Élisabeth Guichardière

► **To cite this version:**

Élisabeth Guichardière. Rôle du médecin gynécologue non spécialisé en médecine légale dans la prise en charge en urgence des victimes d'agression sexuelle en zone dépourvue d'UMJ. Élaboration et Création d'un set de prise en charge en urgence des victimes d'agression sexuelle à destination de l'examineur médecin gynécologue non spécialisé en médecine légale en zone dépourvue d'UMJ. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03548725

HAL Id: dumas-03548725

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03548725v1>

Submitted on 31 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE DE LA REUNION
UFR SANTE**

Année : 2021 N° : 2021LARE088M

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Rôle du médecin gynécologue non spécialisé en médecine légale
dans la prise en charge en urgence des victimes d'agression
sexuelle en zone dépourvue d'UMJ.**

**Élaboration et Création d'un set de prise en charge en urgence des
victimes d'agression sexuelle à destination de l'examinateur
médecin gynécologue non spécialisé en médecine légale en zone
dépourvue d'UMJ :**

**Référentiel vidéo didactique
Document ressource d'aide à la rédaction du compte rendu
d'examen et du certificat médical
Fiches synthèses**

Présentée et soutenue publiquement le *02/11/2021* à *7h00* à La Réunion

Par Elisabeth Guichardière

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Malik Boukerrou

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Peter Von Theobald

Madame le Docteur Phuong Tran

Madame le Docteur Yasmina DJARDEM

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Annick LAFFITTE

Table des matières

Abréviations	4
1 Introduction	5
1.1 Définitions	5
1.1.1 Violences sexuelles, viol	5
1.1.2 Victime	6
1.2 Données épidémiologiques sur les violences sexuelles et les viols en France	7
1.2.1 Épidémiologie en France	7
1.2.2 Évolution des données épidémiologiques par levée du tabou, condamnations et amélioration de la prise en charge, évolution de la société française	9
1.3 Le cadre juridique français	11
1.3.1 Que prévoit la loi	11
1.3.2 Organisation pénale	13
1.3.3 Pôle Judiciaire de la Gendarmerie Nationale	15
1.3.4 Prise en charge hors UMJ	16
1.4 Freins à l'examen rencontrés face aux violences sexuelles	16
1.4.1 Freins à l'examen rencontrés par les victimes	16
1.4.2 Freins à l'examen rencontrés par le corps médical/personnel soignant face aux violences sexuelles.	21
1.5 Les particularités du support vidéo	25
1.6 Problématique	26
2 Matériels et Méthodes	27
2.1 Initiative du projet	27
2.2 Méthode de travail.....	27
2.3 Revue systématique de la littérature	28
2.3.1 Recherche dans le domaine médical et médico-légal	28
2.3.2 Recherche dans le domaine juridique	29
2.4 Matériel et Réalisation référentiel vidéo	30
2.5 Entretien avec experts pour validation référentiel.....	30
2.6 Moyen de diffusion possible du référentiel vidéo didactique et document d'aide à la rédaction	30
3 Résultats	32
3.1 Protocole référentiel vidéo didactique	32
3.1.1 Composition	32
3.1.2 Adaptation nécessaire à la forme vidéo du référentiel didactique et à sa cible l'examinateur médecin gynécologue en urgence non spécialisé en médecine légale	32
3.2 Script, scénario.....	33
3.2.1 Titre	33
3.2.2 Plan.....	33
3.2.3 Scénario.....	34
3.2.4 Durée vidéo didactique	43
3.3 Référentiel vidéo didactique.....	43
3.4 Document ressource d'aide à la rédaction du compte rendu d'examen et CMI.....	43

3.5	Fiches synthèse : 8 étapes, liste prélèvements , référencement prélèvements, liste matériel, synthèse des traitements, guide ITT,	50
	<i>Tableau de suivi post-AES</i>	56
	<i>Gynécologue : J2-3 et J14 , suivi en fonction souhait</i>	56
3.6	Mise en place du référentiel dans les centres	57
4	Discussion	58
4.1	Référentiel Vidéo	58
4.1.1	Diffusion de la vidéo	58
4.1.2	Population cible.....	58
4.1.3	La vidéo peut-elle choquer la population cible ? Pourquoi ?	59
4.1.4	Mésusages.....	60
4.1.5	Comment rendre la vidéo inaccessible à une population non cible ?.....	61
4.1.6	Comment la rendre accessible à la population cible ?	61
4.1.7	Durée de la vidéo	61
4.2	Différents aspects de la prise en charge globale des victimes, en relation avec le gynécologue	63
4.2.1	Prise en charge médicale voire chirurgicale	63
4.2.2	Psychiatrique et Psychologique.....	63
4.2.3	Le système judiciaire.	68
4.3	Rôle du médecin gynécologue non spécialisé en médecine légale	74
4.3.1	Formation au repérage et à la prise en charge des femmes : dépasser tabou, dépister et orienter vers association	74
4.3.2	Groupes de paroles et d'échanges entre confrères, formation par l'analyse de sa pratique l'exemple des groupes Balint.....	76
4.3.3	Prise en charge des agresseurs	77
4.3.4	Éducation société, victimes, agresseurs, communication	78
5	Conclusion	80
6	Références	82

Abréviations

ADN	Acide DésoxyriboNucléique
ASFD	Agression sexuelle facilitée par la drogue
ATS	Analyse toxicologique systématique
CFD	Crime facilité par la drogue
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CIVI	Commission d'indemnisation des victimes d'infractions
CMI	Certificat médical initial
CNCI	Conseils National des Concours d'Internat
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CUMP	Cellules d'Urgence Médico-Psychologique
CVS	l'enquête Cadre de Vie et Sécurité
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
FGTI	Fonds de Garantie des Victimes Terrorisme et autres Infractions
FIJ AIS	Fichier Judiciaire Automatisé des Auteurs d'Infractions Sexuelles ou Violentes
GHB	Acide gamma-hydroxybutyrique
hCG	human Chorionic Gonadotropin (Hormone Chorionique Gonadotrope
humaine)	
HAS	Haute Autorité de Santé
IAO	Infirmier.e d'Accueil et d'Orientation
IDE	Infirmier.e Diplômé.e d'Etat
IFOP	Institut français d'opinion publique
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IST	Infection sexuellement transmissible
ITT	Incapacité Totale de Travail
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
MAEVAS	Mallette d'Aide à l'accompagnement et à l'Examen des Victimes d'Aggressions
Sexuelles	
MEOPA	Mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote
MIPROF	Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et
la lutte contre	la traite des êtres humains
ONU	Organisation des Nations Unies
PEC	Prise en charge
PJGN	Pôle judiciaire de la gendarmerie nationale
SAU	Service d'accueil des urgences
TPE	traitement post- exposition VIH
TSA	trouble de stress aigu
TSPT	trouble de stress post-traumatique
UMJ	Unité Médico-judiciaire
UNODC	Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WAST	Woman Abuse Screening Tool

1 Introduction

Pourquoi travailler sur un set référentiel vidéo didactique à destination des examinateurs gynécologues non spécialisés en médecine légale sur la prise en charge en urgence des victimes de viol ?

1.1 Définitions

1.1.1 Violences sexuelles, viol

Les violences sexuelles ou agressions sexuelles désignent tous les actes sexuels commis avec violence, contrainte, menace ou surprise. Ces violences vont à l'encontre des droits fondamentaux de la personne. i(2)

Les agressions sexuelles sont définies comme un contact physique entre la victime et l'agresseur avec atteinte de nature sexuelle sans consentement clair et explicite de la victime. Les différents cas de non consentement sont énumérés dans le tableau 1. En cas de pénétration il s'agit de viol.

Tableau 1 : Défaut de consentement

Contrainte physique	La victime : <input type="checkbox"/> a émis un refus clair et explicite <input type="checkbox"/> et/ou s'est défendue, mais l'agresseur a exercé sur elle une contrainte physique
Contrainte morale	La victime n'a pas émis un refus clair et explicite et/ou ne s'est pas défendue, car elle faisait l'objet d'une contrainte morale Par exemple : agression sexuelle d'un ou d'une salariée par son supérieur hiérarchique, ascendant
Surprise	Il peut aussi avoir agression sexuelle commise par surprise si l'auteur agit alors que la victime ne s'y attend pas. Par exemple, dans la foule au sein des transports publics.
Absence de capacité de réponse claire	Par exemple : <input type="checkbox"/> victime sous l'emprise de stupéfiants ou de l'alcool, <input type="checkbox"/> victime vulnérable en raison de son état de santé, <input type="checkbox"/> victime de moins de 15 ans)

La tentative d'agression est sanctionnée de la même façon que l'agression en elle-même.(3) La limite entre ce que les personnes qualifient de rapport forcé et ce qu'elles considèrent comme une tentative peut varier selon le groupe social et selon la génération, mais la loi les place sur

le même plan. C'est l'intention de l'agresseur qui compte, qu'il soit arrivé à ses fins ou qu'un élément extérieur à sa volonté l'en ait empêché.

Le viol a été redéfini récemment en France d'abord par la loi du 3 août 2018 le qualifiant de « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise». (5) (6)

Depuis le 21 avril 2021, la définition de viol est modifiée : « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise ». (7)

A l'encontre d'une impression générale, la majorité des viols ne sont pas précédés ou accompagnés par des violences physiques. Des études rétrospectives dans les unités médico-judiciaires de Seine-Saint-Denis en 2009 (8) et de Marseille au CHU la Timone en 2013 (9) ont été menées. Respectivement 572 et 592 examens référencés de victimes de viol ont été examinés. L'utilisation d'une arme été rapportée dans 9% des cas et 3 % avec arme blanche. Dans 60 % de cas, les victimes ne rapportaient pas de violence physique. L'examen clinique révélait des lésions dans 1 cas sur 5 dans les 2 études (8) (9).

Ainsi le terme de violence ou agression sexuelle est bien utilisé dans le sens d'abus sexuel, activité sexuelle sans consentement. Il en est de même si le consentement est obtenu par violence morale ou physique.

Le terme viol a une référence juridique. Dans ce document, l'utilisation du terme d'agression sexuelle ou violence sexuelle sera préférée. La prise en charge en urgence, sur réquisition ou pas, n'est pas réservée aux viols. L'examen ne permettra d'ailleurs souvent pas de le définir et ce ne doit pas être l'objectif ultime.

1.1.2 Victime

Une victime est une personne qui a subi un préjudice moral ou physique. Le terme victime est préféré dans le traitement de ce sujet car il s'oppose à agresseur. Le terme patient.e se réfère lui au sujet qui consulte et reçoit la prise en charge médicale. Lors de la prise en charge de l'agresseur supposé, on citera ce dernier comme sujet source. Bien que nécessaire parfois en urgence, la prise en charge de l'agresseur n'est pas le sujet de ce travail. Cela a été le sujet de recommandations de bonnes pratiques par l'HAS en 2009.(10)

1.2 Données épidémiologiques sur les violences sexuelles et les viols en France

La difficulté concernant l'épidémiologie est l'écart entre les données des autorités judiciaires et Unité Médico-Judiciaires recensant les victimes ayant porté plainte alors que la majorité des victimes ne portent pas plainte. De plus, certaines études différencient les victimes d'agression sexuelle et de viol alors que d'autres non.

1.2.1 Épidémiologie en France

Douze pour cent des femmes françaises déclaraient avoir déjà été victime d'un viol durant leur vie, dont sept pour cent une seule fois et cinq pour cent plusieurs fois en 2018(11) selon un sondage IFOP avec réponses anonymes auprès de 2 167 femmes.

Selon l'enquête CVS (12) entre 2011 et 2018, 176 000 personnes par an ont été victimes de violences sexuelles de la part de personnes « hors ménage » en France métropolitaines. Ces chiffres de plaintes enregistrées sous-estiment amplement ce phénomène.

En 2020, le nombre de plaintes pour viols a gravement augmenté. Cette progression du nombre de viols déclarés est constatée depuis 20 ans en France. Cependant cette progression est plus marquée dans le contexte de pandémie. La pandémie mondiale à coronavirus 2019 a entraîné un confinement et un couvre-feu national. Les chiffres de la délinquance en général ont ainsi chuté. Pourtant les statistiques publiées en janvier 2021 par le Ministère de l'Intérieur (13) montrent une majoration des violences sexuelles, et particulièrement des viols. Ces derniers ont augmentés de près de 32% ces deux dernières années. L'ONU dénonce une « pandémie fantôme » de la violence contre les femmes pendant la COVID-19.(14)

Entre 2019 et 2020 une augmentation de 11 % de viols constatés (24 800 viols en 2020) a été notée. Dans la même période une baisse conjointe de seulement 3 % des agressions sexuelles (y compris harcèlement sexuel) a été observée malgré le confinement et le télétravail. Parmi les violences sexuelles prises en compte en 2020, 45 % sont des viols et tentatives de viols, soit une élévation de 5% en 2 ans (40 % en 2018).(13)

1.2.1.1 Victimes :

Les femmes sont très largement majoritaires parmi les victimes et, dans la plupart des cas, l'agresseur est connu de la victime. (15) (16) Sur 592 cas de viol recensés par l'UMJ de la Timone (9) 548 concernaient des femmes.

Une surreprésentation des victimes avec antécédents de pathologie psychiatrique diagnostiquée existe avec 7,6% des victimes de viol entre 2003 et 2013 au CHU de Marseille (9). La vulnérabilité de cette population est reconnue et considérée comme un facteur aggravant selon la loi. Des taux importants d'abus dans l'enfance chez les patients souffrant de pathologie psychiatrique laisse penser que l'antécédent d'abus serait un facteur de risque de maladie psychiatrique. (17)

1.2.1.2 Agresseurs :

Chaque année, 0,2 % des femmes de 18 à 75 ans, soit 61 000 femmes en France métropolitaine, sont victimes de violences sexuelles de la part du conjoint ou ex-conjoint. 34% des viols concernant une victime femme majeure sont commis par le conjoint ou l'ex-conjoint parmi les faits connus des forces de l'ordre. (15)

Toutes victimes confondues, l'agresseur est majoritairement de sexe masculin. (3) (16) Sur 592 cas de viol recensés par l'UMJ de la Timone (9), un seul cas d'agresseur féminin par pénétration digitale a été déclaré. En 2020, 94% des agresseurs sont de sexe masculin lors de dépôts de plainte pour violence sexuelle. (13)

Environ 30 % des agresseurs auraient été victimes d'abus sexuel. La majorité des agresseurs ne présente donc pas cet antécédent. Le cycle victime-agresseur ou hypothèse abuseur abusé reste minoritaire. D'autant plus que la prévalence de l'antécédent d'abus sexuel dans l'enfance en population générale est de 3 à 19%. (18) Une méta-analyse portant sur 89 études en 2008 (19) a étudié les facteurs de risque retrouvés dans le passé chez les agresseurs sexuels d'enfants versus 3 groupes, à savoir agresseurs sexuels d'adulte, agresseur non sexuel et non agresseur. Cela met en évidence des facteurs de risque communs aux agresseurs sexuels que leur victime soit adulte ou enfant, y compris l'antécédent d'agression sexuelle dans l'enfance. Cependant les études plus récentes (11) (12) montre que l'antécédent d'agression sexuelle est très fréquent en population générale. Il s'agirait d'un biais de mesure car les sujets-cas étaient des prisonniers reconnus coupables de viol certainement plus à même d'avouer des antécédents de violence sexuelle subis dans l'enfance. Alors que la population témoin était le reste des prisonniers, pour qui le tabou de cet antécédent était très probablement encore prégnant.

1.2.2 Évolution des données épidémiologiques par levée du tabou, condamnations et amélioration de la prise en charge, évolution de la société française

La première enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff) a été réalisée en 2000 (20). L'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) (21) six ans plus tard constatait que les déclarations de violences sexuelles avaient doublé. Cela s'explique par différents éléments sociétaux : avant tout, ces violences sont de moins en moins dissimulées ; par ailleurs, il existe une progression des démarches de dépôt de plainte des victimes.

Ces différents éléments sociétaux passent tout d'abord par la reconnaissance du viol et des violences sexuelles. La diffusion de cette reconnaissance est un point crucial. Sur le plan mondiale, la journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes est célébrée depuis 1999. Du 25 novembre jusqu'au 10 décembre (Journée des droits humains), l'Organisation des Nations unies organise des évènements pour lutter contre les violences faites aux femmes.

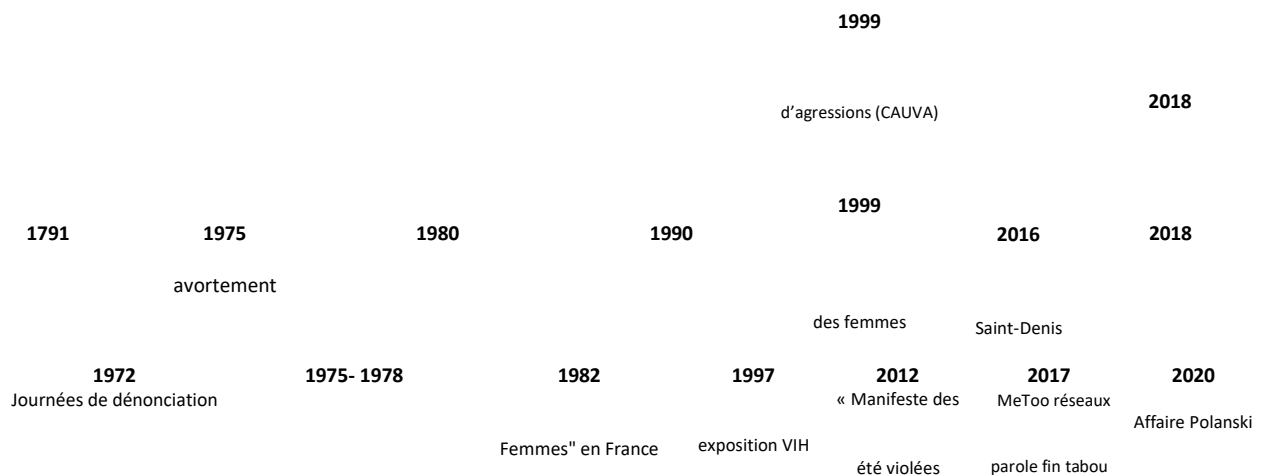
En France la publication de nombreux ouvrages montre une évolution des mentalités. En 2011 avec *Le viol, un crime presque ordinaire* (22) l'auteur faisait le constat d'une société ayant « une fâcheuse tendance à excuser les violeurs et à culpabiliser les victimes ». En 2018 *En finir avec la culture du viol* (23) met l'accent sur des « des pistes qui permettront d'y mettre fin ». La question n'est plus « Pourquoi ? ». Elle devient multiple : « Qui est l'auteur ? », « Comment le faire condamner ? », « Comment aider la victime ? ».

La libération de la parole passe par de très nombreuses révélations de cas de violences sexuelles touchant tous les milieux et largement relayées par les médias. Les témoignages de célébrités dans l'affaire Weinstein (24) a généré un phénomène de prise de conscience. Dans la suite, les nombreux témoignages spontanés à travers les réseaux sociaux ont permis la levée d'un tabou chez une partie des victimes. Citons le mouvement #MeToo débuté en 2007 par Tarana Burke (25) et relancé en 2017(26) (27).

Les peines prononcées à l'encontre des agresseurs par les tribunaux sont également source de motivation à dénoncer les violences sexuelles. Dans les années 1950, les viols sont encore fréquemment requalifiés en « attentat à la pudeur » puis statués en correctionnelle. De 1975 à 1978 un procès pour viol fait état d'exemple : Anne Tonglet et Araceli Castellano, deux

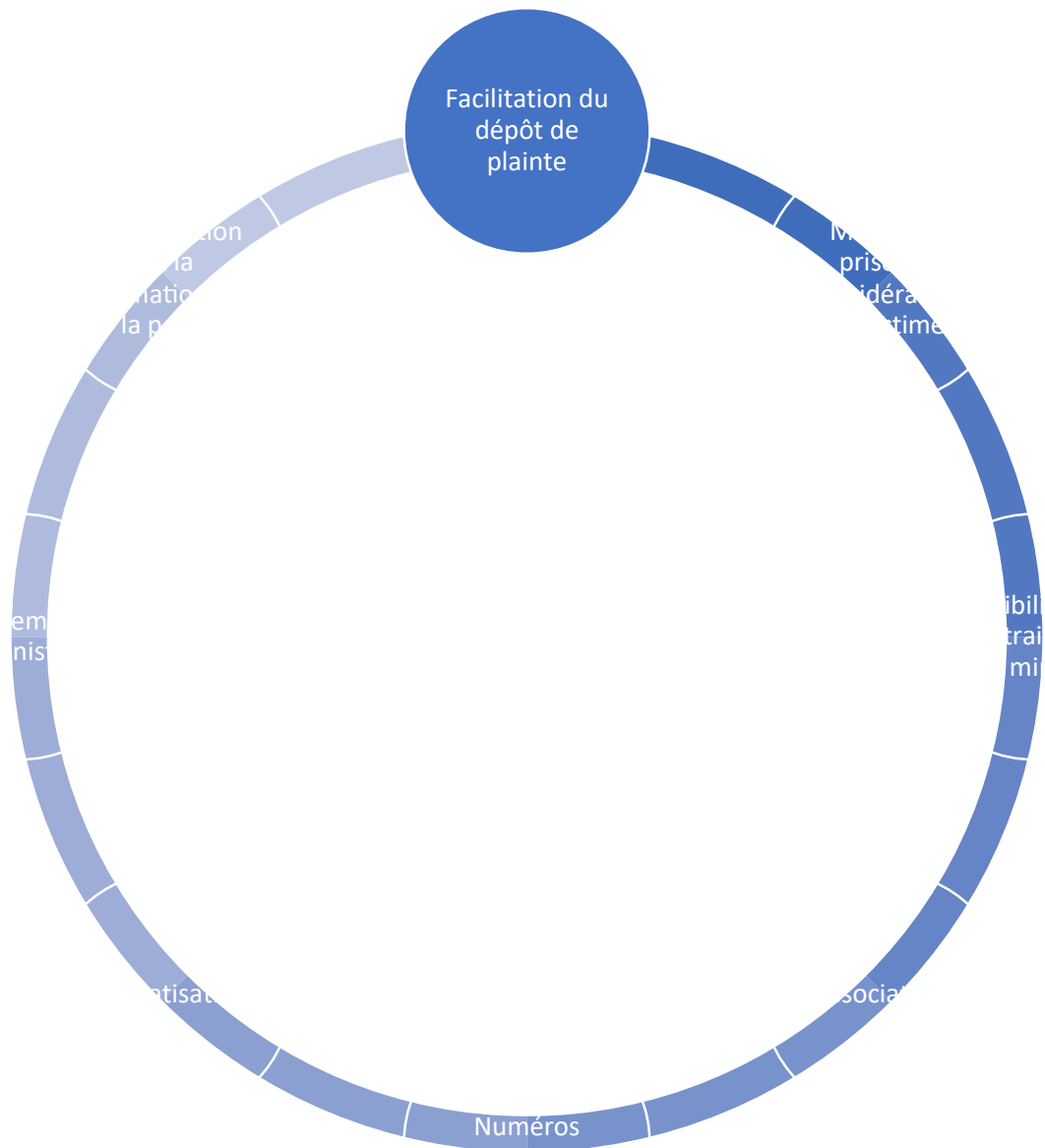
campeuses belges ont été violées par trois agresseurs. Les mouvements féministes soutiennent les deux victimes jusque au jugement aux Assises, très médiatisé. Les condamnations de 4 à 6 ans de prison font alors réagir l'opinion publique. En mars 2021, la cour d'Assises de Paris condamne un agresseur à 8 ans de prison suite au viol d'une prostituée transgenre en situation irrégulière. Malgré de nombreux exemples contraires, et des peines pouvant être jugées d'insuffisante, ces condamnations font évoluer les mentalités de la société française.

Figure 1 : Histoire des violences sexuelles en France



L'augmentation des violences sexuelles enregistrées s'inscrit également dans un contexte d'amélioration des conditions d'accueil des victimes par les services. (13) Citons l'exemple des salles Mélanie dans lesquelles les enfants victimes de violences sexuelles sont accueillis. Ces salles sont adaptées aux enfants, permettent que ces derniers soient isolés dans les structures judiciaires. Des jeux sont mis à disposition afin de les aider à s'exprimer, et leur audition est filmée. Le parquet de Paris a lui mis en œuvre des outils permettant dès la première audition des victimes une attention particulière à l'interrogatoire et à son enregistrement. La captation vidéo des auditions épargne aux victimes la répétition douloureuse du récit de leur agression. Dans le rapport 564 du sénat de 2018 (28), « Prévenir et combattre les violences faites aux femmes : un enjeu de société », la délégation conclut par 36 recommandations pour prévenir et combattre les violences faites aux femmes. La recommandation n°5 est de « sensibiliser tous les professionnels susceptibles d'être en contact avec des femmes victimes de violences » et « que cette formation continue constitue une obligation pour ces personnels ».

Figure 2: Différents mécanismes expliquant l'augmentation du nombre de plaintes pour viol et agressions sexuelles.



1.3 Le cadre juridique français

1.3.1 Que prévoit la loi

En cas de suspicion de crime, de viol en particulier il y a **Réquisition d'un médecin** par l'Officier de Police Judiciaire. Le rôle du médecin est d'apporter un avis spécialisé, afin d'éclairer la justice. Un refus du médecin peut être sanctionné de 3750 euros d'amende sauf motif légitime (29).

Code de la procédure pénale.

Article 54 : « En cas de **crime** flagrant, l'officier de police judiciaire qui en est avisé, informe immédiatement le Procureur de la République, se transporte sans délai sur le lieu du crime et procède à toutes constatations utiles. Il veille à la conservation des indices susceptibles de disparaître et de tout ce qui peut servir à la manifestation de la vérité. Il saisit les armes et instruments qui ont servi à commettre le crime ou qui étaient destinés à le commettre ainsi que tout ce qui paraît avoir été le **produit direct ou indirect de ce crime...** ». (30)

Article 55 : « Dans les lieux où un crime a été commis, il est interdit, sous peine de l'amende prévue pour les contraventions de la 4^o classe, à toute personne non habilitée, de modifier avant les premières opérations de l'enquête judiciaire l'état des lieux et d'y effectuer des prélèvements quelconques.

Toutefois, exception est faite lorsque ces modifications ou ces **prélèvements sont commandés** par les exigences de la sécurité ou de la salubrité publique, ou par **les soins à donner aux victimes** ». (31)

Article 55-1 : « L'officier de police judiciaire peut procéder, ou faire procéder sous son contrôle, sur toute personne susceptible de fournir des renseignements sur les faits en cause ou **sur toute personne à l'encontre de laquelle il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'elle a commis ou tenté de commettre l'infraction, aux opérations de prélèvements externes nécessaires** à la réalisation d'examen techniques et scientifiques de comparaison avec les traces et indices prélevés pour les nécessités de l'enquête... Le refus, par une personne à l'encontre de laquelle il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'elle a commis ou tenté de commettre une infraction, de se soumettre aux opérations de prélèvement, mentionnées aux premier et deuxième alinéas ordonnées par l'officier de police judiciaire est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. » (32)⁴

Article 434- 3 « Le fait, pour quiconque ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou **d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne** qui n'est **pas en mesure de se protéger** en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de **ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives** ou de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros

d'amende. Lorsque le défaut d'information concerne une infraction mentionnée au premier alinéa commise sur **un mineur de quinze ans, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende**. Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13. » (33)

1.3.2 Organisation pénale

Un organigramme a été produit grâce aux données disponibles sur le site officiel de l'administration française, émis par le Ministère chargé de la justice vérifié le 27 avril 2021. (34)

Figure 3 : Organigramme cadre juridique français



Les circonstances aggravantes en cas d'agression sexuelle, viol et autres agressions sexuelles, sont reprises dans les tableau 2. (34)

Tableau 2 : Circonstances aggravantes en cas de viol ou autre agression sexuelle

Facteurs aggravants agression sexuelle		
Agresseur	Autorité	Agression commise par un ascendant: parent, grand-parent, arrière-grand-parent,... ou une personne ayant autorité sur la victime (employeur...) Agression commise par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions (policier...)
	Intra-couple	Agresseur en couple avec la victime de l'agression : Mariage, Pacs ou concubinage (union libre)
	Alcool/stupéfiants	Agression commise par une personne qui était sous l'emprise de l'alcool ou de produits stupéfiants
Victime	Vulnérable	Agression commise sur une personne particulièrement vulnérable, et dont la situation est apparente ou connue de l'auteur (âge, maladie, infirmité, déficience physique ou psychique, état de grossesse et précarité sociale ou économique)
	Activité prostitution	Agression commise sur une personne qui se prostitue, y compris de façon occasionnelle, dans l'exercice de cette activité
	Orientation sexuelle	Agression commise en raison de l'orientation ou de l'identité sexuelle (réelle ou supposée) de la victime
Conséquences	Séquelles	Agression ayant entraîné une blessure ou une lésion ou une incapacité totale de travail supérieure à 8 jours ou une infirmité permanente
Agression	Usage arme	Agression commise avec usage ou menace d'une arme
	Usage drogue	Agression commise par une personne qui a drogué la victime
	Usage internet	Agression commise par une personne qui a été mise en contact avec la victime par internet
	Plusieurs agresseurs	Agression commise par plusieurs personnes agissant en tant qu'auteur ou complice
	Témoin mineur	Agression commise en présence d'enfants mineurs

Les délais de prescription sont :

- 20 ans à compter de la commission de l'infraction s'agissant du **viol sur majeur** (6)
- 30 ans après la majorité de la victime en cas de **viol sur mineur** à partir du 6 août 2018 (5). « [...] toutefois, s'il s'agit d'un viol, en cas de commission sur un autre mineur par la même personne, avant l'expiration de ce délai [de prescription], d'un nouveau viol, d'une agression sexuelle ou d'une atteinte sexuelle, le délai de prescription de ce viol est prolongé, le cas échéant, jusqu'à la date de prescription de la nouvelle infraction »(7)
- 6 ans après les faits en cas **d'agression sexuelle sur majeur**
- 10 ans après la majorité de la victime en cas **d'agression sexuelle sur mineur** (5)

Il existe une exception possible concernant l'inscription au casier judiciaire dans le cas des agressions sexuelles. Une agression sexuelle « punie d'une peine supérieure à cinq ans d'emprisonnement, ne peut dispenser le condamné de son inscription au FIJAIS » (35)

L'inscription au FIJAIS a une durée de :

- 30 ans pour un viol ou une agression sexuelle punie de 10 ans de prison ou plus
- 20 ans dans les autres cas

Les victimes peuvent ensuite obtenir une indemnisation auprès des Fonds de Garantie des Victimes (FGTI) par l'intermédiaire de la Commission d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI).

1.3.3 Pôle Judiciaire de la Gendarmerie Nationale

Dans le rapport 564 du sénat en 2018 « Prévenir et combattre les violences faites aux femmes : un enjeu de société » (28), la délégation conclut par 36 recommandations pour prévenir et combattre les violences faites aux femmes. La recommandation n°6 et le développement de la Mallette d'aide à l'accompagnement et à l'examen des victimes d'agressions sexuelles (MAEVAS). Le 13 mars 2019, les journées scientifiques du PJGN Pôle judiciaire de la gendarmerie nationale ont présenté la mallette MAEVAS. (36) « Cette mallette a pour but de mettre à disposition de tout enquêteur, de tout médecin (qu'il soit en unités médico-légales (UMJ) ou non), un ensemble d'outils méthodologiques lui permettant de procéder à toutes les investigations nécessaires à la résolution de ce crime (kits de prélèvements, guide de conseils et recommandations). Cette mallette permettrait aux professionnels à qui la victime fera appel, de réaliser la prise en charge uniforme et globale d'une « victime de viol ou d'agression sexuelle » quel que soit son âge ou son sexe et quelle que soit la localisation de son domicile, sans imposer à la victime des auditions ou des actes complémentaires ultérieurs. Afin de réussir la création de cette mallette celle-ci doit être créée main dans la main par l'ensemble des acteurs intervenant dans le cas d'une agression sexuelle. » La mallette contient l'ensemble des kits nécessaires aux prélèvements et saisies afin de pouvoir s'adapter à chaque agression. La Capitaine Sophie Bernard (37) rapportait la mise en place de 2 prototypes Maevas en juin 2020 grâce au financements de l'agence de l'innovation de défense et annonçait leur expérimentation attendue fin 2021 dans l'objectif d'une généralisation. Ainsi la prise en charge des victimes serait simplifiée en particulier dans les territoires dépourvus d'Unités médico-judiciaires (UMJ). L'absence d'UMJ concerne plus de 50% du territoire français.(38) (Carte en Annexe 1.) Cette mallette rappelle le Set d'Aggression Sexuelle (S.A.S.) déjà disponible en Belgique depuis la circulaire du 3 août 1992. Les directives ministérielles mises à jour en février 2017 (39) énoncent les objectifs d'un tel outil « uniformiser les constatations relatives à des faits de viol » et « optimiser la récolte, dans les meilleures conditions possibles, de traces matérielles permettant de contribuer à la démonstration de l'implication potentielle d'un suspect grâce à la détermination du profil génétique de l'auteur des faits à partir de l'analyse de l'ADN contenu dans les prélèvements. »

1.3.4 Prise en charge hors UMJ

Dans son rapport n° 2017-001 R sur « la prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences : éléments en vue d'une modélisation » (40), l'inspection générale des affaires sociales envisageait « cette prise en charge hors unités médico-judiciaires mais en lien étroit avec ces dernières afin de garantir la qualité des orientations des patientes et de permettre le cas échéant un dépôt de plainte. » Au vu du nombre croissant des agressions sexuelles identifiées mais également de l'augmentation en cours et à venir des dépôts de plainte. La prise en charge par les médecins non spécialisés en médecine légale en zone dépourvue d'UMJ est cruciale. Elle fait partie intégrante de l'organisation de ces unités à distance. Or ces médecins non spécialisés en médecine légale ont une activité intense et souvent isolée. De plus, ces zones géographiques hors métropole peuvent également être le siège de désertification médicale. Les structures font appel à des remplaçants fréquemment. Ces médecins remplaçants, issus d'université avec structures UMJ en place, ne sont pas tous initiés à cette pratique.

1.4 Freins à l'examen rencontrés face aux violences sexuelles.

1.4.1 Freins à l'examen rencontrés par les victimes

Il est complexe de répondre à cette thématique. En effet les victimes qui sont récalcitrantes à l'examen ne sont que difficilement interrogeables.

1.4.1.1 Le tabou, la peur, le manque d'information ou le manque de moyen ?

Seules 38% des victimes de viol en parlent à un proche et 15% des victimes portent plainte selon une enquête réalisée auprès de 2 167 femmes de façon anonyme avec interrogation en ligne en 2018.(11) 21 % des victimes de viol ou tentative de viol ont parlé de leur situation avec les services sociaux, 14 % ont appelé un service téléphonique gratuit (« numéro vert ») d'aide aux victimes (12) Une minorité de 10-13% de femmes victimes ont recours au soutien humain et professionnel des associations. (11) (12) La proportion des victimes n'ayant entrepris aucune démarche est de 55%, 73% ne font pas de démarche auprès des forces de sécurité.(15)

La peur de briser le cadre familial lorsque l'agresseur est le conjoint reste un argument avancé par les victimes. De nombreuses femmes ont encore du mal à considérer ou du moins dénoncer le viol lorsqu'il est dans le couple. Lorsque l'agresseur est un conjoint, il n'est parfois pas aisé de quitter le domicile pour aller porter plainte. Le manque de moyen est également avancé dans

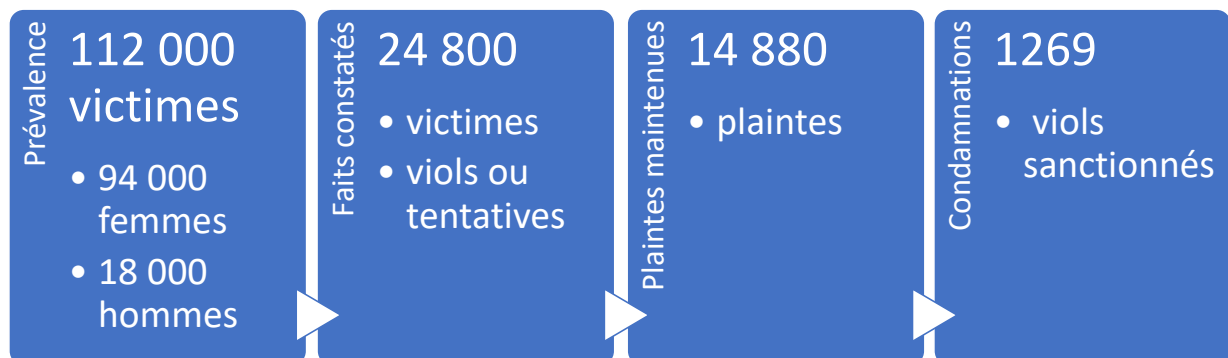
ce cas. La victime vivant avec son conjoint n'a pas les moyens de changer de domicile. Tant qu'elle n'est pas rentrée dans une démarche active, elle ne voit pas l'intérêt de porter plainte contre ce dernier ou de consulter. Dans des relations aliénantes la victime protège l'agresseur dissimulant les faits. La peur de ne pas être écouté au commissariat dans le cas précis du viol intraconjugal est également cité.(41)

La proportion des victimes effectuant au minimum une démarche n'est pas significativement différente, que l'agresseur soit le concubin, ou ex-concubin, ou non.(12)

1.4.1.2 Le manque de condamnation, l'injustice présumée

Seulement 23% des cas de plainte pour viol mènent à une condamnation de l'agresseur et dans 58% des plaintes aucune sanction n'est prononcée.(11) Aucune étude ne fait état du délai entre l'agression et la consultation ou plainte/l'examen médico-légal. On peut se demander l'apport qu'auraient des consultations en urgence permettant de recueillir des preuves.

Figure 4 : Prévalence et nombre de condamnation annuelle en France



Prévalence : Estimation enquête CVS (12). Les chiffres sont encore certainement sous-estimés, l'enquête bien qu'anonyme, pose la question à des personnes qui ne sont pas forcément enclines à confier ce type de violence. L'enquête estime qu'une victime sur 6 seulement porte plainte. Lettre de l'observatoire insécurité et délinquance 2020 (15)

Faits constatés : Sources SSMSI (Ministère de l'intérieur) (13), Ces données sont tirés des crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie année 2020. Les faits constatés concernent les plaintes et les mains courantes non différenciées.

Plaintes maintenues : « Parmi les victimes qui ont fait le déplacement : 6 sur 10 ont déposé et maintenu leur plainte, 4 sur 10 ont déposé puis retiré leur plainte ou bien déposé une main courante ou tout simplement abandonné leur démarche une fois sur place. » (42)

Condamnations : Source Ministère de la Justice pour l'année 2018. (43) En 2018, 44% des crimes condamnés sont des viols, 34,2% des crimes sont des viols avec circonstances aggravantes, 7,3% des crimes sont des viols simples et 2,4% sont commis par le conjoint de la victime. Or, dans les observations épidémiologiques c'est dans 38% des cas de viol que le

conjoint vivant avec la victime est l'agresseur. (15) Selon les données insécurité et délinquance de 2018 (42), 18% des faits constatés de viol sont des « viols conjugaux ». Le ratio de condamnations effectives pour viol par le conjoint est donc très inférieur.

Les chiffres ici présentés sont tirés des sources chiffrées accessibles les plus récentes. Cependant les condamnations prononcées en 2018 remontent à des affaires plus anciennes. Le délai entre une plainte et un procès puis une condamnation est nécessairement de plusieurs mois à années. De plus, la plainte peut être déposée jusqu'à la date de fin de délai de prescription.

Le ratio de 1,13% des condamnations retenues versus le nombre de viols supposés en France serait donc hasardeux et faux. Cependant il s'agit de l'impression en instantané que les données accessibles peuvent donner à la société. Ce d'autant plus que tous les viols ne sont pas condamnés comme des crimes.

Un autre obstacle légal est à la reconnaissance de ce crime en tant que tel. Dans 35% à 80% des cas, il est requalifié en agression sexuelle, on parle de « correctionnalisation »(44). Au tribunal de grande instance de Bobigny « 46% des agressions sexuelles étaient des viols correctionnalisés » en 2013-2014. Il s'agit de déqualification de certains crimes de viol en délits, le suspect est alors jugé en Correctionnel et non aux Assises. Les causes évoquées sont des délais plus courts, des procédures plus rapides, l'absence de jurés populaires mais également la capacité matérielle des Assises, le manque de moyen de la justice. (45) Le Haut Conseil à l'Égalité entre les Hommes et les Femmes dans son rapport de 2016 dénonce une pratique qui « minimise la gravité du viol et remet en cause le principe d'égalité devant la justice. » (46)

Une étude portant sur 1214 victimes de viol entre 15 et 72 ans de mars à septembre 2015 (47) a été menée par questionnaire anonyme informatisé. Le questionnaire, conçu par Dr Muriel Salmona, était administré sans interlocuteur physique. Près de 31% des victimes ont pu porter plainte. Parmi les 69% restants certains déclaraient de pas avoir porté plainte car le délai de prescription était atteint, d'autre parce que l'agresseur était inconnu ou décédé. Certaines victimes ont déclaré un refus de dépôt de plainte de la part des forces de l'ordre.

1.4.1.3 Sous médicalisation des victimes par manque d'information ? tabou ?

Entre 25% (15) (11) et 34 % (12) des victimes de viol ou tentative de viol ont été suivies médicalement, 19 à 30% ont consulté au moins une fois un psychiatre ou un psychologue et 8% seulement un médecin généraliste. Ces taux très faibles considèrent l'ensemble de la médicalisation des victimes. La médicalisation en urgence reste encore plus minoritaire.

En moyenne 8% des victimes ont fait l'objet d'une hospitalisation (11) associée à priori à une consultation en urgence. Le taux d'hospitalisation augmente chez les moins de 35 ans à 12% contre 1% seulement parmi les plus de 50 ans. (11)

Ces chiffres sont comparables au taux supposé de dépôt de plainte lors de viol (10%). On peut en conclure que les consultations en urgences sont majoritairement associées à un désir de dépôt de plainte. Le corolaire est que les victimes consultant en urgence seraient amenées par les soignants à porter plainte. Cependant cela signifie que seulement 1 victime sur 10 bénéficie de soins post-agression sexuelle. La médiatisation en France est-elle suffisante sur l'apport médical personnel de la consultation en urgence notamment du TPE et de la contraception d'urgence ? Pourrait-elle augmenter le nombre de consultation en urgence, permettant une meilleure prise en charge ?

Il semble que l'existence du traitement en urgence post agression soit méconnu. Si la contraception d'urgence ou pilule du lendemain est disponible en pharmacie ce n'est pas le cas pour la prévention du VIH et de l'hépatite B. Il est une fois de plus compliqué d'avoir des données pour la population étudiée. Prenons l'exemple du TPE, avec un sondage IFOP de février 2021 pour Sidaction « Les jeunes, l'information et la prévention du sida » portant sur 1002 personnes de 15 à 24 ans. Parmi eux, 23% déclarent n'avoir jamais bénéficié d'un enseignement ou d'un moment d'information spécifique sur le VIH au cours de leur scolarité. Pour 20% d'entre eux la pilule contraceptive d'urgence protège de la transmission du VIH. (48) Les victimes interrogées à posteriori (49) attendent avant tout de leur médecin une considération et une écoute intelligente. Elles souhaitent l'absence de jugement et un ménagement lors de l'examen clinique puis une orientation vers des psychologues et des associations spécialisées. Le traitement ne fait pas partie des attentes des victimes à l'interrogatoire, ni la recherche de preuve médico-légale. Il semble qu'il existe un vrai manque d'information par manque de communication et de médiatisation de ce traitements.

1.4.1.4 Cas particulier des mineurs

« En 2018, 27 000 plaintes pour agressions sexuelles sur mineurs ont été enregistrées en France, soit 500 par semaine. Le nombre réel de victimes est bien supérieur encore. » (50)

Concernant les enfants il existe une honte, mais aussi une crainte de ne pas être cru par son entourage, souvent la mère. La peur des conséquences d'une délation et le manque de communication sont à l'origine d'un refoulement silencieux du traumatisme subi par l'enfant. (11)

Il n'est pas rare que l'aîné d'une fratrie, qui ait pu taire le viol par un parent ou un proche, dénonce les faits lorsqu'il comprend qu'un enfant cadet est à son tour victime de comportements similaires. (11) Ainsi les consultations en urgence des enfants restent une minorité car longtemps tues. Les rares consultations en urgences sont celles rapportées par un parent lors de l'examen de son enfant.

Concernant les adolescents, un jeune sur cinq de moins de 15 ans est déjà entré dans la sexualité. (50) Pourtant ce sujet reste souvent tabou au sein des familles. La sexualité est simplement défendue à ces jeunes, explicitement ou implicitement. La discussion n'est alors pas abordée par leur entourage. Les victimes n'ont alors pas d'espace de parole pour se confier.

Pire, l'accès de plus en plus jeune aux films pornographiques crée une désinformation. Un tiers des moins de 12 ans a déjà visualisé un contenu pornographique.(51) La grande majorité de ces contenus sont facilement accessibles, sur internet en particulier. Ils mettent souvent en avant des scènes de domination masculine sur les femmes, sans notion de consentement. La soumission, voire des scènes de violences sexuelles à l'égard des femmes y sont exposées. Un jeune public ignorant, non éduqué risque alors de normaliser ces comportements. Cette normalité erronée peut être la source du silence d'une victime, qui s'ignore en tant que telle. Notons que cette banalisation des violences sexuelles peut aussi avoir un rôle dans le passage à l'acte des agresseurs adolescents. « Parmi les auteurs mis en cause pour viol sur mineurs 44 % sont des mineurs, dont 50% ont entre 10 et 14 ans au moment des faits. » (50)

1.4.1.5 Le psychotraumatisme.

La dissociation traumatique explique pour partie le faible pourcentage de consultation en particulier en urgence. La conscience est altérée associant troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention. Les victimes décrivent un sentiment d'étrangeté, d'absence. Les victimes ont un sentiment de déconnexion entre corps et émotions, d'anesthésie émotionnelle et physique. Elles ont parfois du mal à prendre conscience de l'événement d'agression comme réel dans un premier temps. Docteur Muriel Salmona, psychiatre et spécialiste du psychotraumatisme décrit une « disjonction du circuit émotionnel ».(41) La sidération mentale et physique dont les victimes souffrent limite la consultation en urgence. La prostration peut

parfois même les empêcher d'exprimer clairement les faits et d'en discuter avec leur proche ou un médecin.

Le psychotraumatisme entraîne dès les jours qui suivent un trouble de stress aigu (TSA) puis à long terme un trouble de stress post-traumatique (TSPT). Les victimes décrivent des reviviscences et une hypervigilance.

1.4.1.6 Les victimes vulnérables

Les victimes particulièrement vulnérables, personnes infirmes avec troubles de la communication, malades avec déficiences intellectuelles ou pathologie psychiatrique auront du mal à dénoncer les faits, voire seront dans l'incapacité de le faire. Des victimes avec pathologie psychiatriques délirantes, dénoncent les faits mais ne sont pas crues. Le discours est associé au délire et n'est pas entendu ou trop tard. Ainsi la consultation en urgence ne sera pas réalisée.

Les victimes démunies ont un manque de moyens faisant obstacle à la consultation dans les services dédiés. Un manque de connaissance de ces services est parfois associé. Les migrants en conditions irrégulières en France ont une double difficulté. La première est la barrière de la langue et le manque de moyen pour se déplacer vers les services dédiés. La seconde est la peur de la double condamnation. Ils ne font pas appel à médecine ou à la justice de peur d'être poursuivis.

Les prostitué.e.s en condition régulière ou pas sont également à citer dans cette catégorie. Leur parole a longtemps été méprisée des instances judiciaires et leurs tentatives de porter plainte, vaines. Le recours à une prise en charge médicales a également pâti de ce comportement social à leur égard. Il est difficile de s'empêcher de rappeler ici que monnayer des rapports sexuels n'achète pas un « consentement illimité » .

1.4.2 Freins à l'examen rencontrés par le corps médical/personnel soignant face aux violences sexuelles.

1.4.2.1 Motifs légitimes

Les motifs légitimes pouvant être évoqués par le médecin réquisitionné qui nuirait à la mission d'ordre médico-légale sont résumés dans le tableau 3. Ils sont soit spécifiques à la pratique et encadré par le code pénal (52) ou par le Conseil national de l'Ordre des médecins (29) et le code de déontologie médicale (53). Le médecin sera alors tenu d'en avertir les autorités requérantes et d'orienter vers un professionnel compétent et où les conditions nécessaires seront disponibles.

Tableau 3 : Motifs légitimes refus de réquisition

Motifs légitime refus réquisition	
Activité et lieu, matériel	En cas de force majeure.
	Les exigences de lieux et d'examen ne sont pas réunies et risquent d'altérer la valeur de sa pratique
Lien Médecin réquisitionné/Victime	La réquisition concerne une personne intime
	Le médecin réquisitionné est le médecin traitant de la victime Article R.4127-105
Compétence/capacité médecin réquisitionné	Le médecin considère que cela va à l'encontre du code de déontologie, que ce n'est pas un acte médicale à proprement parlé ou que c'est hors de son champs de compétence Article R.4127-106
	Le médecin présente une incapacité (maladie, invalidité)

1.4.2.2 Violences sexuelles chez les mineures

« De toutes les violences sexuelles, les violences exercées à l'égard des enfants sont certainement celles qui scandalisent le plus. Elles relèvent du domaine de l'impensable, elles portent en elles une injustice qui indigne. Elles nous touchent aussi profondément parce que, lorsqu'elles sont commises au sein de la famille, ce qui correspond à la très grande majorité des cas, elles remettent en question un certain nombre d'idées reçues et de valeurs. » (50)

1.4.2.3 Violence émotionnelle pour l'examineur

« Une fois cette consultation terminée et la patiente sortie, je marque une petite pause nécessaire avant la patiente suivante, car l'évocation de leurs souvenirs par les patientes... reste toujours assez forte sur le plan émotionnel. » (54)

1.4.2.4 Charge de travail, refus de la prise en charge

Cet examen peut entraîner une anxiété handicapante pour le professionnel peu habitué à le réaliser. De plus, malgré l'urgence qu'elle représente, une telle situation peut paraître relative à côté de l'activité de garde. L'examen est à réaliser par le gynécologue de garde/urgentiste qui a déjà une activité potentiellement intense. La gestion est d'autant plus compliquée si le centre n'est pas doté d'un protocole institutionnalisé avec matériel facilement accessible. Dans le cas

où une UMJ (Unité Médico-judiciaire) est accessible et disponible, ne retardant la prise en charge, orienter la victime vers cette structure est le plus adapté. Dans le cas contraire, cet examen reste une urgence, cependant il doit être réalisé dans les meilleures conditions pour la victime et nécessite la mise à disposition de matériel spécifique ainsi qu'une notice pour son usage.

Un cas encore trop rapporté est également le refus d'examen en l'absence de réquisition. En effet celle-ci peut permettre d'avoir le matériel mis à disposition. La conservation des prélèvements sera sous la responsabilité de l'officier de justice requérant. Cependant même si le dépôt de plainte doit être encouragé par le professionnel de santé, il n'est pas une condition à la prise en charge générale. Cela ne devrait pas non plus être un frein aux prélèvements à visée légale. Le dépôt de plainte pourra être différé et les preuves devront être conservées à l'abri de la lumière et à -20°C. La mallette MAEVAS devrait être fournie sans condition de dépôt de plainte.

La prise en charge ne peut être refusée pour absence de réquisition. Au plan médico-légal, les prélèvements légaux sont à réaliser dans un délai imparti. Il faut donc les réaliser au plus vite en urgence. Si la victime souhaite porter plainte, les instances concernées seront prévenues depuis l'hôpital. Concernant les soins, le TPE et la contraception d'urgence sont à délivrer au mieux dans les 72 heures. Du point de vue de la victime, elle pensait recevoir des soins. Si elle ne bénéficie pas des prélèvements, soit elle est hospitalisée dans l'attente des examens, soit elle est renvoyée chez elle. On demande ainsi à ces victimes d'attendre sans effacer ces éventuelles preuves, sans se laver. Le risque est de décourager la victime et de la perdre de vue si elle rentre chez elle.

1.4.2.5 La formation

Le rapport du sénat n°564 de 2018 (28) fait état d'une « méconnaissance préoccupante de la part des professionnel.le.s ». Ce constat souligne l'enjeu crucial de la formation et de la sensibilisation des acteurs.

La recommandation n°3 du Haut Conseil à l'Égalité entre les Hommes et les Femmes (46) est d'« Intégrer aux formations ... et actionner le levier des diplômes et examens pour s'assurer de l'effectivité de ces formations. ».

Il est nécessaire bien sûr de prévoir un enseignement au cours des études de médecine. Le programme du deuxième cycle comprend un item dédié. L'item 10 des iECN est intitulé « Violences sexuelles ». Il a pour objectif de connaître les différents types de violences, l'épidémiologie et la législation ainsi que de connaître la prise en charge immédiate d'une personne victime de violences sexuelles. Les recommandations sont détaillées dans le Collège de médecine légale et du travail 2019 - 1ère édition (55) et le Collège de gynécologie-obstétrique 2018 - 4ème édition. (56)

Or, pendant l'internat de gynécologie-obstétrique, ce sujet est peu abordé. Il s'agit pourtant d'une urgence. Pour limiter la gravité des conséquences, les victimes de violences sexuelles doivent recevoir une attention médicale complète dans les 72 heures après les faits. (55)(57). Force est de remarquer que c'est une des urgences les moins abordées au cours de l'internat de gynécologie-obstétrique. En effet dans les centres où sont formés les internes, une équipe dédiée de médecine légale prend en charge les victimes en urgence. De plus, les dossiers sont peu discutés en colloque de transmission. En 2020, 80% des sages-femmes et médecins ont indiqué ne pas avoir bénéficié d'une formation complémentaire à ce sujet dans le cadre de la formation continue, et parmi eux, 71% ont dit être prêts à participer à une formation si elle était proposée dans leur établissement de santé.(58)

Malgré le développement important de l'apprentissage par mise en pratique en simulation, cette prise en charge reste très peu abordée. Pourtant l'accueil d'une personne traumatisée, de sa parole, est un sujet primordial pour le personnel médical. Cependant la simulation ou apprentissage par méthode active doit être répétée fréquemment pour bénéficier à la prise en charge. De plus, elle nécessite une préparation importante de la part de l'organisateur de la formation. Elle se réalise en groupe coopératif participatif. Elle est donc très chronophage, donc coûteuse et peu accessible. Au premier abord, l'accueil d'une patiente victime de violences sexuelles peut sembler complexe pour le médecin. « Mais selon les femmes victimes, il suffit de peu pour que leur médecin soit aidant. » (49).

L'examen est cependant particulièrement technique et nécessite une rigueur d'exécution. Cette rigueur d'exécution a pour objectif de garantir le confort et la réassurance de la victime d'une part ; de garantir la valeur judiciaire des preuves récoltées d'autre part. L'aspect médical et thérapeutique est une urgence dans les 7 jours suivant l'agression. Hors une partie du territoire français ne bénéficie pas d'UMJ. Toutes les UMJ ne proposent pas un service d'urgence accessible 7/7 jours et 24/24 heures. Enfin toutes ne proposent pas d'accès en dehors de dépôt de plainte. La recommandation n°4 du Haut Conseil à l'Égalité entre les Hommes et les Femmes

(46) est de « Permettre aux victimes de violences sexuelles l'accès direct et en urgence aux Unités Médico-Judiciaires même sans dépôt de plainte préalable. »

1.5 Les particularités du support vidéo

« Au-delà des effets de mode, des possibilités et surtout de la facilité de recueil de données vidéo offertes par les technologies numériques, il convient en préambule de s'interroger sur le profit scientifique qui peut être retiré de l'usage du film d'étude. Une conception de l'image comme reflet d'une réalité objective traduirait en effet une naïveté épistémologique qui est contredite par tout ce que nous ont appris les théoriciens de l'image : sans même parler d'un éventuel montage, les plans et le cadrage représentent des choix, qui s'ajoutent à la simple question du moment et de la durée du recueil, forcément circonscrits. »(59) Le référentiel vidéo n'est en effet pas un simple recueil vidéo d'un examen filmé et monté. Il ne s'agit pas de filmer en situation réelle comme le serait par exemple une vidéo d'une technique chirurgicale. Le sujet de ce référentiel et de cet examen en fait un exercice particulièrement complexe. La nécessité d'une réflexion en amont est primordiale. La forme autant que le fond doivent être pensés et analysés. La modélisation paraît essentielle afin de pouvoir imaginer et expliquer au mieux. La synthèse et la clarté sont de mise sans aucunement être simplistes. Il doit s'en dégager des points essentiels clairs. L'objectif n'est pas de faire passer cet examen pour simple mais au contraire retranscrire de façon apparente la complexité de ce dernier, et donner des solutions abordables. « Les images que nous « percevons » sont ainsi les produits de nombreux stimuli, et pas seulement visuels, eux-mêmes informés dans une large mesure par le langage et la culture. La réalité perçue par l'homme ne peut ainsi être confondue avec le point de vue qu'en donne un objectif, qui paradoxalement ne garantit pas l'objectivité du point de vue. » (59) Le référentiel fourni doit ainsi être visionné par différents publics référents afin d'avoir un retour plus objectif sur ce travail et le corriger. Cependant ce référentiel et sa forme particulière font appel à des interprétations subjectives qu'il faut prendre en compte. La difficulté de cet aspect explique certainement le moindre développement de ce format vidéo dans les explications et présentations de gestes médicaux à l'exception des vidéos chirurgicales.

Le visionnage d'une vidéo tutoriel didactique est plus courte qu'une lecture de protocole complet. Cela ne le remplace pas. Elle permet une sensibilisation et une approche concise. Elle introduit le sujet et rappelle les points importants. Son utilisation avant examen en urgence permet de clarifier le déroulement de l'examen, de se rappeler les points essentiels et d'organiser ses idées. La vidéo est accessible à tout moment. Un aidant novice pourra recevoir une formation

minimum avant d'apporter son aide à l'examineur en urgence. La synthèse ainsi que l'apport de schéma, de symbole, de pictogramme et d'idéogramme aide à une mémorisation rapide. Elle pourrait également avoir une utilité en formation initiale ou continue. Elle ne convient pas à l'approfondissement des connaissances, ni à l'apprentissage de surspécialisation de par son aspect volontairement synthétique.

1.6 Problématique

Les victimes d'agression sexuelle ont subi une violence criminelle qu'il importe de prendre en charge de manière la plus professionnelle qu'il soit de façon égalitaire sur l'ensemble du territoire français. Dans les zones dépourvues d'UMJ, la prise en charge des victimes femmes se fait par le gynécologue de garde hospitaliser.

Comment optimiser la prise en charge globale des victimes d'agression sexuelle en prenant en compte les difficultés de l'examineur gynécologue non spécialisé en médecine légale, de son aidant ?

Partant de ces constatations l'objectif est de documenter l'élaboration d'un référentiel vidéo didactique sur la prise en charge en urgence des victimes de violences sexuelles à destination du gynécologue non spécialisé en médecine légale s'intégrant dans un set qui se veut synthétique.

La question de la prise en charge plus globale de la victime d'agression sexuelle et de la place du gynécologue dans cette dernière seront ensuite développées.

2 Matériels et Méthodes

2.1 Initiative du projet

Lors d'un remplacement en janvier 2020 dans un centre hospitalier, j'ai été amenée à 2 reprises à devoir examiner des victimes féminines mineures. En tant que gynécologue de garde, la réquisition m'a été adressée afin de réaliser l'examen de ces victimes. Non thésée, j'ai dû faire revenir le médecin référent du projet « violence » sur ses congés afin qu'elle me guide et valide le certificat ainsi que la réquisition.

J'ai ensuite été appelée par le pédiatre de garde, un vendredi soir. Il était réquisitionné pour une jeune victime de sexe masculin. C'était sa première réquisition et dans un esprit de compagnonnage, ayant déjà pratiqué l'examen avec le médecin référent, je l'ai aidé à s'installer pour l'examen. Il a finalement réalisé l'intégralité de l'examen avec calme, consciencieusement. En effet, il avait simplement besoin de réassurance et d'une présentation de la méthodologie et du matériel avec lequel il n'était pas familier

C'est ainsi que l'idée d'associer une vidéo au protocole est née. Celle-ci devrait présenter :

- l'accueil du patient
- l'interrogatoire
- la prise de notes
- la rédaction des faits
- la façon de s'habiller
- l'installation du patient
- l'installation du matériel
- l'examen et les différentes parties techniques
- la rédaction du certificat

2.2 Méthode de travail

La recherche a été réalisée sur des ouvrages disponibles à la bibliothèque universitaire médicale de Lyon ou en ligne.

Recherche ouvrages, articles, protocoles, thèses

Moyens :

- bibliothèque universitaire médicale de Lyon
- bibliothèque universitaire médicale dématérialisée de La Réunion

- PubMed Medline, Cochrane Library, Cairn, CISMef, Lissa, EM Consulte et l'Encyclopédie Médico-chirurgicale, ScienceDirect , Vidal

Les critères de sélection :

- Pertinence avec le sujet traité
- Texte intégral disponible
- En Français ou anglais, concernant pays Français (ou pratiques médicales très comparables pour recherche)

2.3 Revue systématique de la littérature

2.3.1 Recherche dans le domaine médical et médico-légal

Voici une liste des principaux ouvrages nécessaires à la réflexion et la rédaction de ce travail.

Ouvrages :

- Traité de Médecine légale de Jean Pol BEAUTHIER paru en 2011 (60)
- À la découverte de la médecine légale. Jean-Pol BEAUTHIER (61)
- Profession médecin légiste: le quotidien d'un médecin des violences. Bernard MARC (62)
- Atlas de médecine légale. Bernard MARC (63)
- Médecine légale clinique: médecine de la violence, prise en charge des victimes et des agresseurs Eric BACCINO (64)
- Principes de médecine légale sous la coordination de Jean-Pierre CAMPANA (65)
- Manuel d'expertises médicales Eric BACCINO (66)
- Preuve par l'ADN: la génétique au service de la justice. Raphaël COQUOZ , Franco TARONI , Jennifer COMTE , Diana HALL , Tacha HICKS (67)

Protocoles disponibles

- Protocoles UMJ Hôtel Dieu (Paris) (68)
- Modélisation 2017 : La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences : éléments en vue d'une modélisation (40)
- Élaboration et mise en place d'un protocole de prise en charge pluridisciplinaire des victimes d'agression sexuelle à Mayotte (69)
- Protocole CHRU de Poitiers, Professeur Fabrice PIERRE, Poitiers (70)

- Protocoles de prise en charge des victimes de violences sexuelles à destination des professionnel.le.s de la santé et de la justice en Belgique (71)
- Item 10 : Violences sexuelles par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)(56)
- Médecine Sorbonne université (72)
- Examen médical d'une victime d'un viol (73)
- Examen de l’hymen chez les mineures dans un contexte d’agression sexuelle (74)

Traitement post-exposition VIH, VHB, VHC et contraception:

- Prise en charge des accidents d’exposition sexuelle et au sang (AES) chez l’adulte et l’enfant (septembre 2017) Groupe d’experts pour la prise en charge du VIH. Sous la direction du Pr Philippe MORLAT, CHU Bordeaux (75)
- Vidal
- Les infections génitales hautes. Mise à jour des recommandations pour la pratique clinique – (76)
- Contraception - Recommandations pour la pratique clinique (77)

Toxiques :

- Lignes directrices sur l’analyse criminalistique des drogues facilitant l’agression sexuelle et d’autres actes criminels - Section scientifique et du laboratoire OFFICE DES NATIONS UNIES CONTRE LA DROGUE ET LE CRIME Vienne 2012 (78)

Certificat médical initial concernant une personne victime de violences :

- HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Octobre 2011 (79)
- ITT Protocoles UMJ Hôtel Dieu (Paris) (68)

2.3.2 Recherche dans le domaine juridique

- Examen médical des personnes victimes de violence : fréquence des facteurs aggravants au sens du Code pénal, hétérogénéité des pratiques (80)
- Code pénal, articles disponible en ligne sur le site gouvernemental Légifrance (81)
- Journal officiel de la République française (JORF)

2.4 Matériel et Réalisation référentiel vidéo

Matériel technique :

Les photographies et vidéos ont été prises avec l'appareil photographique 12 Mpx, optique équivalent 23 mm, ouverture f2/2, stabilisation optique. Le son a été enregistré grâce à un microphone cravate Lavalier omnidirectionnel type condensateur, impédance 3000 Ohms avec réponse en fréquence de 20 à 20000 Hz. La vidéo est rendue en 4K à 60 images/secondes et Full HD à 120 ou 240 image/seconde. Le film a été monté avec le logiciel de montage iMovie pour iOS et macOS sur MacBook Pro 2017, processeur 2,3 GHz Intel Core i5 et graphisme Intel Iris Plus Graphics 640 1536 Mo.

L'examen clinique et paraclinique est imagé sur un mannequin de bassin et grâce à des schémas réalisés pour la vidéo. Le mannequin a été mis à disposition par l'équipe de gynécologie obstétrique de l'hôpital HFME de Bron/Lyon.

Matériel intellectif :

Nécessité de réalisation d'un plan puis d'un script et d'un scénario. De nombreuses relectures et modifications du script et du scénario ont été réalisées, la présentation aux experts a permis la mise en œuvre de nombreux changements. La réalisation a entraîné des changements de forme à de nombreuses reprises malgré un travail initial consciencieux. La présentation aux centres a également entraîné des modifications dépendantes de l'organisation de ce dernier.

2.5 Entretien avec experts pour validation référentiel

Entretien avec des médecins aguerris à la prise en charge en urgence de victimes d'agressions sexuelles dans différents centres et différentes spécialités:

- Médecins légistes
- Médecin urgentiste spécialisés DIU médecine légale
- Médecins gynécologues - obstétriciens
- Médecins psychiatres
- Entretien avec des membres d'associations et de structure

2.6 Moyen de diffusion possible du référentiel vidéo didactique et document d'aide à la rédaction

Les différents moyens de diffusions envisagés :

- Envoi sécurisé du document par adresses mail professionnelles

- Mise à disposition sur plateforme sécurisée de protocole et ordinateur du bureau médical d'accueil en urgence de l'hôpital
- Journées Paris-Santé-Femme

3 Résultats

3.1 Protocole référentiel vidéo didactique

3.1.1 Composition

Les chapitres examen et examens complémentaires sont intriqués. En particulier les prélèvements d'indice qui sont réalisés après leur observation au fur et à mesure. Les parties médicale et médico-légale sont également réalisées dans le même temps par exemple pour les prélèvements sanguins avec sérologie à visée de soin et l'alcoolémie à visée légale.

En l'absence de document ressource disponible dans l'établissement dans lequel l'examineur exerce. Un document ressource avec une trame informatisée est disponible afin de guider l'interrogatoire et simplifier la rédaction. Il permet d'informatiser directement le compte rendu et le certificat médical initial et d'y insérer les éventuelles photographies. Il sera rempli informatiquement et guidera l'examineur afin de ne pas oublier de points essentiels.

3.1.2 Adaptation nécessaire à la forme vidéo du référentiel didactique et à sa cible l'examineur médecin gynécologue en urgence non spécialisé en médecine légale

Le référentiel a pour cible un examineur gynécologue non spécialisé en médecine légale exerçant en hôpital en zone dépourvue d'UMJ. Le référentiel ne revient donc aucunement sur les acquis du professionnel gynécologue en particulier la réalisation des examens cliniques et prélèvements réalisés en pratique courante. De plus le script conçu en amont a bénéficié de modifications au moment de la réalisation et après lecture par les experts. Des parties ne paraissant pas essentielles à la compréhension ont été grisées dans le texte et ne sont pas dans l'audio du référentiel vidéo. L'iconographie est disponible en [Annexe 3](#).

3.2 Script, scénario

3.2.1 Titre

Le titre choisi est : Référentiel vidéo pour l'examen des victimes d'agressions sexuelles en urgence à destination du gynécologue non spécialisé en médecine légale.

“Référentiel vidéo” permet de ne pas utiliser le mot protocole, en effet ce set a vocation à s'adapter au protocole des hôpitaux en zone dépourvue d'UMJ. Les termes “didactique” et “tutoriel” ont été exclu du titre car redondant pour le premier et trop simpliste pour le deuxième. Le terme victime est préféré à celui de patiente. Comme déjà explicité en introduction, le terme viol a une référence juridique. La prise en charge en urgence, sur réquisition ou pas, n'est pas réservée aux viols. L'examen ne permettra d'ailleurs souvent pas de le définir et ce ne doit pas être l'objectif ultime. En tant que médecin, il semble plus pertinent d'utiliser le terme d'agression sexuelle ou violence sexuelle.

Le terme gynécologue a été préféré à celui d'examineur car c'est la population cible. Il ne sera pas adapté à un médecin non formé en gynécologie et n'est pas adapté à la prise en charge des enfants ou des hommes.

Le terme d'agression sexuelle est retenu car il désigne ce pour quoi l'examen médical est demandé et non son diagnostic. Le mot viol réfère au champ lexical juridique. Le terme d'abus sexuel paraît minimiser le fait et ramène également au lexique du droit.

Le terme en urgence rappelle l'objet de ce travail. Il porte sur le premier contact et l'examen initial de la victime dans les premiers jours suivant l'agression.

Enfin l'expression “prise en charge” a été remplacée par examen. Cela simplifie la lecture de l'ensemble. Cela met aussi en exergue le fait que la technique de l'examen sera abordée. De plus cela confirme l'aspect d'urgence. Bien sûr, il est tout de même rappelé la nécessité de prise en charge de la victime dans sa globalité comme le souligne le plan.

3.2.2 Plan

Le plan se veut simple et dans un ordre classique connu de tous. Le but est d'ancrer l'apport de connaissance sur une trame existante et acquise. Cependant la réalisation modifie cette trame volontairement afin de raccourcir le délai d'examen, et réaliser certains prélèvements dans le délai imparti par la science. Cela permet également de fluidifier la prise en charge en urgence et le temps de présence de la victime dans le service d'urgence.

1. Généralités

- 1.1. Introduction définitions juridiques, épidémiologie
- 1.2. Cadre légal et règlementaire
- 1.3. Objectifs examen
2. Examen médical
 - 2.1. Accueil
 - 2.2. Interrogatoire
 - 2.3. Examen clinique
3. Examens complémentaires
 - 3.1. À visée judiciaire
 - 3.2. À visée de soins
4. La prise en charge médico-psycho-sociale.
 - 4.1. Médicale
 - 4.2. Psychologique
 - 4.3. Sociale
5. Points essentiels

3.2.3 Scénario

Le texte de la vidéo est en noir, le texte qui a été supprimé pour simplifier la compréhension est **grisé**, les descriptions et indications techniques sont en *italique*, alors que le texte apparaissant à l'écran est surligné.

Les points essentiels sont en rouge.

1. Généralités

1.1. Introduction, épidémiologie

Le but de ce protocole vidéo est de guider et exposer l'examen en urgence des victimes d'agression sexuelle pour le médecin non spécialisé en médecine légale. Cet examen est une urgence avec prise en charge le plus tôt possible dans les 7 premiers jours. En France les victimes seraient **plus de 500 par jour en France** (41). **Ces taux sont en hausse depuis 20 ans avec une recrudescence depuis la crise sanitaire liée au Covid 19 et le confinement. Les violences physiques ou menaces ne sont rapportées que dans 40% des examens, et 20%**

retrouvent des traumatismes. Le terme d'agression sexuelle désigne donc bien l'absence de consentement de la victime.

Les victimes d'agression sexuelle doivent recevoir une prise en charge médicale complète

1.2. Cadre légal et règlementaire

Le viol est défini par la loi du 21 avril 2021 (7) comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise»(4)

Attention QUE LA VICTIME PORTE PLAINTÉ OU NON, LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DOIT ÊTRE LA MEME afin de ne pas compromettre un éventuel dépôt de plainte ultérieur. Dans tous les cas, remettre un certificat médical détaillé à la victime

1.3. Objectifs examen

- **Médical et thérapeutique :** bilan traumatique et psychologique, examens complémentaires infectieux, prise en charge médicale et psychologique, traitement préventif (grossesse, infection)
- **Judiciaire :** médico-légal: constatations des possibles lésions traumatiques et examens complémentaires, cet examen doit systématiquement être pratiqué par un examinateur qualifié et compétent afin de tenter de prouver la présence de toxiques urinaires ou sanguins et le contact sexuel et ainsi d'identifier l'auteur.
- L'objectif de ce référentiel est bien de promouvoir ce message.
- Les éléments de preuve : les prélèvements doivent être remis à l'officier pour scellés en cas de réquisition, sinon ils sont à conserver au congélateur à -20°C, ces derniers doivent être précisément étiquetés. Ils seront déplacés en main propre et non par transport pneumatique. Les vêtements doivent être conservés dans un sac en papier car le plastique dégrade les indices.
- Une mallette MAEVAS (Mallette d'Aide à l'accompagnement et à l'Examen des Victimes d'agressions Sexuelles) pourra prochainement être fournie par la gendarmerie.

Cette mallette contient les outils criminalistiques : six kits afin de procéder aux divers prélèvements.

-

2. Examen médical

2.1. Accueil

ACCUEILLIR, SECURISER, RASSURER

La première étape clé de l'examen est l'accueil de la victime, elle doit pouvoir patienter dans une salle calme, seule ou avec son accompagnant. Il faut limiter les intervenants et les déplacements. Chaque professionnel doit se présenter.

Ce référentiel n'a pas pour objectif de remplacer un protocole de service.

Il vous appartient d'agir avec discernement et de vous adapter à la situation.

Une fois la patiente installée, les prélèvements sanguins et urinaires peuvent être réalisés après information et accord de la victime. Cela permet de raccourcir les délais et de limiter l'élimination des toxiques pour maximiser leur détection (par exemple le GHB n'est plus détectable après 6 heures dans le sang et 12h dans les urines)

Les prélèvements, autant que possible, devront être réalisés sur l'agresseur/ personne source. Sans jamais les faire se croiser avec la victime.

2.2. Interrogatoire

Vous allez débiter l'interrogatoire, il se compose de 2 parties : l'interrogatoire médical puis l'évocation des faits.

Organisez-vous de façon à pouvoir prendre des notes et si vous le souhaitez faire un enregistrement audio de l'interrogatoire médical afin de pouvoir revenir sur les faits pour rédiger le certificat. La victime oubliera certains détails avec le temps, alors que d'autres lui reviendront ensuite. Cela permet aussi à la victime de ne pas avoir à répéter et se remémorer l'agression sexuelle inutilement. Cependant comme les photographies, c'est une aide pour votre rédaction médicale et non un support à joindre aux forces de l'ordre.

Suivons l'ordre du formulaire joint, afin de rédiger le compte rendu dans le même temps.

La situation personnelle de la victime

Reprendre les antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux de la victime, l'existence d'allergies et ses traitements habituels

Son statut sérologique pour tétanos, VHB, VHC et VIH

Prise de drogues

Son mode de contraception et son observance

La date des dernières règles, grossesse connue ? sinon existait-il des signes de grossesse potentiellement désirée avant l'agression

En l'absence d'antécédents observés demander si vierge, +/- nombre de RS antérieurs si jeune

Si oui : utilisation de Tampon/coupe menstruelle

La date des derniers rapports sexuels consentis et l'identité du partenaire au cours de la semaine précédant l'agression (dans le cas de réalisation de prélèvements ADN)

La seconde partie de l'interrogatoire concerne l'Évocation des faits , vous devez le diriger pour répondre à 4 questions **qui, où, quand, comment ?**

- QUAND ? Notifier La date et l'heure de l'agression, si la victime ne peut pas donner l'heure exacte, essayer de notifier une fourchette horaire
- Rapporter la description de l'agression par la victime sans la modifier ni l'interpréter
- En cas de mutisme ou d'impossibilité de s'exprimer spontanément de la victime, il est plus simple d'exprimer clairement des questions « techniques » avec tact, elles sont détaillées dans le formulaire joint. Elles guideront votre examen, vos prélèvements et rechercheront les circonstances judiciaires aggravantes.

Les points importants qui vont guider l'examen sont l'existence de violence physique et leur type (coups, morsures etc..., l'utilisation d'arme, agresseur sous l'emprise de l'alcool ou de drogues, la victime était-elle sous soumission chimique ou éthylique ?

L'existence de pénétration(s) par quoi ? pénis, doigt, autre à préciser et où ? orale, vaginale, anale. Y a-t-il eu éjaculation si oui où ? L'utilisation de préservatif, les régions du corps léchées le cas échéant.

Après l'agression, la victime a-t-elle vomi, uriné, déféqué, changé de vêtements, utilisé un tampon/ une serviette hygiénique, s'est-elle essuyée avec un tissu conservé lavée ou baignée, rincé la bouche, lavé les dents

3. Examen clinique

Avant tout, l'examineur doit expliquer à la victime ce qui va être fait, pourquoi, et obtenir son consentement. Ne jamais demander à la victime de se déshabiller complètement, mais lui fournir une blouse. Le déshabillage s'effectuera sur papier et les vêtements secs seront placés séparément dans les enveloppes et sacs papiers prévus à cet effet.

3.1.1. Préparer l'examen

Si possible proposer du MEOPA pour l'examen, surtout pour les plus jeunes.

L'examineur et l'aide porteront masque, gants, charlotte et sur-blouse, afin de ne pas contaminer les preuves.

L'examen clinique est mené sur les bases de l'interrogatoire et (selon les) des faits rapportés par la victime. Les tubes de prélèvements en 2 exemplaires minimum pour chaque zone prélevée, permettant les contre-expertises seront préparés, étiquetés, numérotés, annexés puis placés dans un porte tube sur une table supplémentaire dédiée. Une annexe est préparée afin de faire correspondre le numéro du tube avec les éléments et la zone prélevée.

3.1.2. Observation

Commencer par observer les zones accessibles et terminer par les zones intimes. Préférez une table gynécologique avec étrières adaptés à la taille de la victime.

Pour une victime mineure, observer le stade pubertaire de Tanner.

Avant tout examen, afin de vous aider au schéma, prendre des photos des plaies/ lésions, des fluides, poils ou tout indice avant de les prélever. Faire des photos à distance puis centrées sur la zone d'intérêt afin d'avoir une vue d'ensemble puis détaillée avec règlette pour échelle. Mettre une étiquette de la victime dans le champs si possible afin d'identifier les photographies. Faire les photographies avec et sans flash, Eviter la

surexposition lumineuse (reculer le scialytique si besoin), et vérifier la netteté en focalisant sur la zone d'intérêt

Les photographies ne remplacent pas les schémas décrivant l'emplacement et la blessure exacte (dermabrasions, excoriations, ecchymose, marque, pétéchies...) le type, la taille, couleur, forme, profondeur... Décrire précisément sans interpréter.

Les nouvelles constatations de l'examineur pendant cette observation doivent amener à préparer de nouvelles paires de tubes de prélèvement dédiés, étiquetés et numérotés puis référencés.

3.1.3. Réaliser l'examen et les prélèvements

En fonction des faits rapportés et des constatations de l'observation ainsi que de l'attitude de la victime (prostration ?) il est possible de proposer avec accord de l'équipe anesthésique une sédation et un examen sous AG afin d'éviter des manœuvres médicales pouvant être assimilées à une nouvelle pénétration.

Commencer par observer, prélever les zones accessibles et terminer par les zones intimes.

Prélever les éventuels résidus sous ongles à l'aide de spatule en bois à usage unique, sur un contenant en papier ou pot stérile, laisser sécher avant de fermer voire couper les ongles au plus court

Prélever les éventuels poils ou cheveux de l'agresseur,

En cas de trace de morsure : prélever la salive, humidifier l'écouvillon à l'aide de sérum physiologique et prélever.

Délais prélèvements :

- Buccal /salive <6h:
 - prélever l'arrière des incisives sur le mordeur,
 - plancher buccal sous langue
- Cutané : salive, sperme, sang
 - prélever la salive sur la zone mordue, léchée ou sucée
 - traces après humidification
- Anal <12h en l'absence de selles

- Vaginale <48-72h jusqu'à 7 jours : discuter utilisation speculum et colposcope avec victime. Les prélèvements seront étagés et annexés de la vulve jusqu'au fond vaginal.

SECHAGE des prélèvements

Concernant les prélèvements ADN si vos tubes ne bénéficient pas d'aérateur, il faut faire sécher l'écouvillon avant de fermer le tube 30 à 45 minutes (64) sauf tube spécial. Les 3 ennemis principaux de l'ADN sont l'humidité, la chaleur et la lumière.

Examen de l'hymen (74) :

Cet examen ne doit pas être banalisé.

Il peut avoir un retentissement psychologique sur une victime qui le considèrera comme une atteinte à son intimité.

- Victime non pubère : tirer sur les grandes lèvres permet une visualisation de l'hymen, cependant l'examen d'une victime crispée est difficile, une sédation ou MEOPA peut améliorer l'examen.
- Victime pubère : l'hymen, même chez une patiente vierge, peut être une membrane imperceptible de par la variété des aspects physiologiques de l'hymen. A contrario avec l'imprégnation hormonale, celui-ci acquiert une souplesse/élasticité, conjointe à la trophicité du vagin. Afin de le déplisser pour l'examen, il peut être utile de gonfler un ballonnet de sonde urinaire en silicone lubrifié au sérum physiologique afin d'exposer en dépliant très délicatement l'hymen afin de visualiser d'éventuelles lésions. Porter une attention particulière à la partie postérieure. Cet examen peut éventuellement permettre de montrer la compliance de l'hymen en retirant très délicatement le ballonnet lubrifié au sérum physiologique encore gonflé puis en le mesurant.

4. Examens complémentaires

Réaliser les prélèvements sanguins et urinaires complets à visée judiciaires et à visée de soins après l'accueil ou l'interrogatoire de la victime permet de gagner du temps. Le temps entre l'interrogatoire et l'examen, pendant la préparation de matériel semble opportun afin de cibler les examens nécessaires. Afin de réaliser l'intégralité des prélèvements sanguins et urinaires judiciaires et à visée de soins. Il est fort utile d'avoir

un kit avec l'ensemble des tubes et flacons de recueil. Sur le modèle de l'organisation du SAMU, ces derniers peuvent être rangés par catégorie : pochette jaune pour les prélèvements urinaires (drogues et hCG urinaires), rouges pour les prélèvements sanguins et vert pour les autres (salive...)

4.1. À Visée judiciaire

Le plus aisé est d'avoir un kit comprenant l'intégralité du matériel nécessaire afin de réaliser les prélèvements. Attention, il faut éviter le contact des gants avec la tige en bois du coton préleveur afin de ne pas contaminer le prélèvement.

4.2. À visée de soins

4.2.1. Tétanos : sérologie et injection de globulines et/ou vaccin

4.2.2. IST : statut sérologique du sujet source à obtenir si possible

4.2.2.1. VIH : contrôle sérologique puis si négatif TPE (traitement post-exposition) VIH jusqu'à 72 heures suivant l'exposition si statut sérologique sujet source inconnu ou positif

4.2.2.2. Hépatite B : contrôle sérologique victime, immunoglobulines

4.2.2.3. Hépatite C : contrôle sérologique victime, il n'existe pas de traitement post-exposition

4.2.2.4. Neisseria gonorrhoeae (gonocoque), Chlamydia trachomatis, Mycoplasme, Trichomonas vaginalis et Treponema pallidum (syphilis) : prélèvement et traitement antibiotique minute

4.2.3. Grossesse : après dosage des bHCG en l'absence de contraception efficace bien prise en cas de viol vaginal ou anal ou d'éjaculation vulvaire. Norlevo 1,5 mg en prise unique

4.2.4. Autres : antalgiques, antiseptiques locaux, anxiolytiques de courte durée d'action...

5. La prise en charge médico-psycho-sociale

5.1. Médicale

Organiser une première consultation à 3 jours puis 1 mois en fonction de l'unité médico-légale dont vous dépendez.

Il faut orienter la victime vers le service de médecine légale et/ou d'infectiologie qui sera en charge du suivi.

5.2. Psychologique

Le suivi et l'accompagnement de la victime doit être clairement organisé et remis. La victime est en état de choc et peut souffrir de dissociation psychique. Elle risque d'oublier ou nier les faits et les informations. Il faut évoquer les associations et il est déjà possible de donner les contacts en fonction des régions grâce au site internet gouvernemental ARRÊTONS LES VIOLENCES.

Ils faut prioriser la possibilité d'un entretien rapide avec psychiatre ou psychologue le plus précoce possible si la victime l'accepte. Un équivalent de Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) doit être mis en place. Dans le contexte de ces violences brutales, des réactions de stress perturbent le comportement de la victime (psycho-traumatisme et dissociation traumatique). Le suivi psychologique doit être initié au plus tôt, il permettra également de dépister un syndrome de stress post-traumatique. La mise en relation avec les autres services et les associations est essentielle pour accompagner les victimes en état de choc et de dissociation psychique.

5.3. Sociale

Le signalement en cas d'agression sexuelle chez une victime mineur ou majeur vulnérable est obligatoire. Il prendra la forme d'une « fiche information préoccupante » à l'Aide sociale à l'enfance. Pour les victimes majeures, un « formulaire information préoccupante » pourra être adressé au Procureur de la République.

6. Points essentiels

Pour terminer rappelons les points essentiels de l'examen d'agression sexuelle

- C'est une urgence médicale et judiciaire.
- L'original du certificat sera remis à la victime et le double conservé dans le dossier.
- La prise en charge doit être globale et pluridisciplinaire : psychologique, médico-légale et sociale, il faut organiser le suivi.
- La rigueur de l'examen initial est fondamentale dans le cadre médico-judiciaire.
- Il n'y a pas de secret professionnel médical lors d'agression sur mineur.
- Enfin il faut absolument rechercher les MST par des prélèvements et suivi sérologique,

- Puis délivrer les thérapeutiques de Prévention de grossesse et MST.

3.2.4 Durée vidéo didactique

La vidéo a une durée de moins de 10 minutes. La durée a été dictée par le contenu nécessaire pour atteindre l'objectif. En effet il semblait important de privilégier les points essentiels à rappeler aux intervenants. C'est le fond qui a dicté la forme.

3.3 Référentiel vidéo didactique

3.4 Document ressource d'aide à la rédaction du compte rendu d'examen et CMI

COMPTE RENDU D'EXAMEN EN URGENCE DE VICTIME D'AGRESSION SEXUELLE

Je soussigné(e),

Dr

Prête serment d'apporter mon concours à la justice en mon honneur et conscience

Certifie avoir examiné (Nom Prénom) né.e

Fils ou fille de :

Parent 1 :

Né.e le :

Parent 2 :

Né.e le :

Si la victime est
mineure

le.....à..... demeurant.....

.....

Cet examen a eu lieu sur réquisition de :

..... le.....à.....h.....

en présence de.....

..... dans la structure

ANTECEDENTS DE LA VICTIME.

Situation personnelle :

État marital :
Profession :

Stade pubertaire de Tanner : (si victime mineure)

Antécédents :

- **Chirurgicaux :**
- **Médicaux :**
- **Statut sérologique :**
 - **Tétanos:**
 - **VHB :**
 - **VHC :**
 - **VIH :**
- **Allergies :**
- **Traitements habituels :**
- **Consommation de drogues et de médicaments dans la semaine précédant l'agression :**

Antécédents obstétriques :

Vierge OUI NON **si oui :**
Usage tampons/coupe menstruelle OUI NON

Mode de contraception : Choisir

Orale, pilule	
DIU	
Implant	
Préservatif	
Définitif	
Aucun	
Autre Préciser :	

Observance :

Menstruations OUI NON

Date des dernières règles :

Avait ses règles pendant l'agression OUI NON

Signes de grossesse : OUI NON

Grossesse connue : OUI NON

Si oui, terme : SA

Derniers rapports sexuels consentis au cours de la semaine précédant l'agression (si prélèvements pour tests ADN)

Date :

Identité du partenaire :

DESCRIPTION DES FAITS PAR LA VICTIME.

Date de l'agression :

Heure de l'agression :

Violence Physique : OUI NON Autre (préciser si possible)

Type : coups (de poing ? arme ? laquelle ? où ?), morsures, arme, contrainte physique, étranglements, cheveux tirés...

Sous la contrainte OUI NON Autre (préciser si possible)

Utilisation d'armes OUI NON Autre (préciser si possible)

Sous l'emprise d'alcool OUI NON Autre (préciser si possible)

Sous l'emprise de Drogue OUI NON Autre (préciser si possible)

Pénétration : OUI NON Autre (préciser si possible)

Par : Pénis Doigt Autre (préciser si possible)

Dans : : Vagin Anus Bouche Autre (préciser si possible)

Éjaculation OUI NON Autre (préciser si possible)

Utilisation préservatif OUI NON Autre (préciser si possible)

Régions du corps léchées OUI NON Autre (préciser si possible)

Après l'agression, la victime :

A vomi OUI NON

S'est rincé la bouche OUI NON

A uriné OUI NON

A changé de vêtements OUI NON

A déféqué OUI NON

S'est lavée ou baignée OUI NON

S'est lavé les dents OUI NON

A utilisé un tampon/serviette hygiénique
 OUI NON Autre (préciser si possible)

EXAMEN GENERAL :

Schéma fourni page 5

Apparence :

(Tenue vestimentaire, cheveux, handicap mental ou physique manifeste, autre...)

Etat mental :

(calme, en pleurs, anxieux, déprimé, autre...)

Constantes :

Poids :

Taille :

Pouls :

Pression artérielle :

Température :

Description des lésions :(61) préciser si traumatisme fermé ou ouvert

Oedeme

Abrasion, abrasion en coup d'ongle,

Contusion : ecchymose (infiltration tissulaire superficielle), hématome (collection plus profond)

Plaie à bords nets :par objet tranchant piquant ou coupant)

Plaie contuse : autre objet que tranchant (brique, marteau, vase...)

Fracture : penser fractures costales

Rupture viscérale

Préciser leur forme, leur taille (en cms), leur couleur, leur siège et leur retentissement fonctionnel.

Reporter les lésions sur un schéma. Evoquer leur origine (lésions évocatrices de brûlures de cigarettes, de coups de ceinture, de liens

Relevés physiques :

Tête et visage :

Bouche :

Yeux :

Nez :

Oreilles

Cou :

Poitrine

Dos :

Abdomen :

Fesses :

Membres supérieurs :

Membres inférieurs :

EXAMEN ANO-GENITAL

Schémas fournis page 6-7, supprimer indications inutiles

Vulve

Hymen :

Examen ballonnet sonde urinaire

Anus :

Tonus anal , organisation stries anales

Vagin :

Spéculum/ colposcope

Col de l'utérus :

Colposcope

CONCLUSION :

Traces de violences ano-génitales OUI NON Autre (préciser si possible)

Autres traces de violences sur le reste du corps

OUI NON Autre (préciser si possible)

Violences infligées par un tiers OUI NON Autre (préciser si possible)

Violences de mécanisme accidentel OUI NON Autre (préciser si possible)

Violences auto-infligées OUI NON Autre (préciser si possible)

Traces de défloration récentes OUI NON Autre (préciser si possible)

Constatations objectives compatibles avec les dires de la victime

OUI NON Autre (préciser si possible)

L'ITT AU SENS PENAL EST DE. (en toute lettre) JOURS.

L'ITT est fixée sous réserve de complications et peut faire l'objet d'une réévaluation à distance.

L'ARRET DE TRAVAIL EST DE JOURS.

Dr.....

SCHEMA EXAMEN CORPS

Les lésions retrouvées sont classées en 2 sous-groupes :

- Lésions génito-anales en rapport avec le viol : intérieur cuisses, grandes lèvres, petites lèvres, clitoris, hymen, fourchette, plaie vaginale, plaie du col, anale et buccale le cas échéant.
- Lésions extra-pelviennes : en particulier au niveau de l'extrémité des membres supérieurs, la poitrine et du visage.

SCHEMAS EXAMEN ANO-GENITAL

FEMME :

FEMME HYMEN:

PHOTOGRAPHIES

(ATTENTION CONSERVATION DANS DOSSIER, PAS NECESSAIREMENT INTEGRER
DANS CERTIFICAT INITIAL)

3.5 Fiches synthèse : 8 étapes, liste prélèvements , référencement prélèvements, liste matériel, synthèse des traitements, guide ITT,

ÉTAPES

1. Accueillir, sécuriser, rassurer : pièce calme, seule ou avec son accompagnant
2. Prise de constantes et bilan sanguin et urinaire complet
3. Interrogatoire générale et mémoration des faits
4. Examen clinique, observation, constatations
5. Examens complémentaires : compléter 2. Par prélèvements médico-légaux
6. Thérapeutique : TPE, contraception d'urgence, anxiolytique selon avis psy
7. Avis psycho-social en accord avec victime
8. Organisation suivi

PRELEVEMENTS

BILAN INITIAL (ANALYSE AU LABORATOIRE HOPITAL)

MEDICAL :

Sérologie VIH

Sérologie VHB :

- Vacciné : Anti-HBs
- Non vacciné : AgHBs, Anti-HBc et Anti-HBs

Sérologie VHC

Sérologie syphilis

PCR Chlamydia et gonocoque. (gorge en cas de rapport oral)

HCG

ALAT, créatinine si indication TPE

LEGAL :

Alcoolémie sang, urines

Drogues analyses toxicologiques sanguines et urinaires *, ATS (analyse toxicologique systématique) le plus large possible au laboratoire de l'hôpital puis *

*conservé entre 2-8°C. Si analyse impossible dans les 24h : conservation -18°C (congélateur), après séparation du plasma pour le sang.

BILAN INITIAL (CONSERVATION SOUS SCELLES)

JUDICIAIRE MIS SOUS SCELLES

Le tableau est rempli à type d'exemple, les zones prélèvements sont le plus systématique possible mais guidé par l'entretien.

<u>Numéros des tubes</u>	<u>Zone</u>	<u>Heure prélèvement</u>	
	Traces Salive /morsure		
	Traces de sperme		
	Traces de sang séché		
	Poils/cheveux		
	Buccal dents		
	Ongles		
	Vulve		
	Vagin (orifice)		
	Vagin (portion médiane)		
	Vagin (culs de sac)		
	Anus		
	Sang tubes 5mL x 2		
	Urines 30mL x 2		

MATERIEL

Mallette médico-légale pour agression sexuelle complète permettant d'avoir l'intégralité du matériel pour installation et avant de débiter examen afin de ne pas se désorganiser, faire des allers-retours.

- Habillages :
 - médecin et aide(s) :
 - Charlotte pour les cheveux, Gants
 - Masque
 - Lunettes de protection
 - Victime : blouse et draps pour couvrir lors de l'examen, pyjama après réquisition des vêtements
- Déshabillage :
 - papier couvrant le sol pour recueillir les éléments de preuve pendant que le plaignant se déshabille
 - Sacs en papier pour les vêtements et les objets, enveloppes krafts
- MEOPA :
 - bouteille ou branchement au mur
 - Masque, ballon, filtre, tubulure, tuyau évacuation
- Prélèvements par IDE après l'accueil
 - Tube de prélèvement de sang correspondant aux prescriptions (cf bilan initial)
 - 2 tubes de 5 ml pour le sang avec agent de conservation de fluorure de sodium/oxalate de potassium (NaF: 2,5 g/l et l'oxalate de potassium: 2 g/l) pour l'analyse toxicologique (les tubes de sang doivent être pleins);
 - 2 tubes de 5 ml pour le sang avec du potassium-EDTA pour l'analyse génétique;
 - 2 contenants de 30 ml en plastique stérile, sans agent de conservation, pour l'urine, pochette de protection lumière et réfrigération rapide.
- Pour examen par médecin formé en gynécologie non spécialisé en médecine légale
 - Tubes et écouvillon prélèvements PCR chlamydia, gonocoque génitaux/urétral/gorge
 - Spéculum plastique usage unique
 - Sonde urinaire Silicone Ch 18
 - Tiges stériles libres/ écouvillons pour prélèvements ADN (traces de sperme, sang, salive)
 - 5 Flacons stériles
 - Sérum physiologique : « rincer » vagin, anus, humidifier tiges stériles pour traces sèches
 - Spatules type cure dent en bois pour prélèvements sous les ongles
- Administratif/organisationnel :
 - Porte tube
 - Planches Étiquettes avec nom, prénom, date victime
 - Documents ressources aide rédaction,
 - Tableau liste prélèvements
 - Dictaphone
 - Appareil photographique et réglette papier pour échelle
- Traitements Cf traitements
- Sécurisation +/- scellés des éléments de preuve, conservation entre 2-8°C, prévenir dégradation, limiter temps exposition >25°C

TRAITEMENTS (75)

Contraception d'urgence :

- **EllaOne®** (efficacité 99,1% dans les 24h puis 98,2 dans les 3 à 5 jours), Norlevo®. Il n'est pas nécessaire de modifier la dose en cas de TPE.

TPE VIH :

- Odefsey® **ténofovir DF (TDF) + emtricitabine (FTC) + rilpivirine (RPV)** en prise quotidienne à heure fixe si âge ≥ 12 ans et de poids ≥ 35 kg
- Eviplera® TDF/FTC/RPV
Zidovudine ZDV + Lamivudine 3TC + Raltégravir RAL si âge < 12 ans
- **Il est recommandé de proposer un traitement post exposition aux personnes victimes de viol lorsque le statut sérologique du sujet source ne peut être obtenu.**
- dans les 4h et jusqu'à 48 heures après l'exposition, deux inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse et un inhibiteur de protéase. Traitement prescrit pour une durée initiale de 2 à 4 jours. Consultation médecin référent réévaluation, si nécessité durée totale de 28 jours.
- Prévenir de la nécessité de contraception mécanique avec TPE contenant rilpivirine (RPV)

Cf tableau Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES) chez l'adulte et l'enfant (septembre 2017) **(75)** si pénétration – même sans éjaculation – le risque doit être considéré comme important et justifie une prophylaxie par trithérapie, sauf si la personne source n'est pas infectée par le VIH. En cas de doute, il faut prendre en considération le risque maximum dans un premier temps, quitte à stopper le traitement dans un deuxième temps.

Tableau 1 : Indications de TPE après exposition sexuelle

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH de la personne source			
	Positif		Inconnu	
	CV détectable	CV < 50 copies/ml *	Groupe à prévalence élevée**	Groupe à prévalence faible ou inconnue
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive avec éjaculation	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

** Groupe à prévalence élevée : HSH multipartenaires, travailleurs du sexe, ou personne originaire de région à prévalence du VIH > 1 % (Afrique, Caraïbes dont Antilles françaises, Amérique du Sud dont Guyane, Asie), ou usager de drogue injectable.

VHB victime non immunisée: (Anti HBs < 10 mUI/ml sans anti-HBc)

- **sérovaccination complète,**
- si personne source virémie VHB positive (ADN plasmatique détectable) ou statut VHB personne source inconnue mais originaire pays endémique VHB ou à risque*: administration **Immunoglobulines humaine de l'hépatite B** minimum 500 UI avant 24-72h. (en cas de TPE VIH par Ténofovir, immunoglobulines non nécessaire)

*- Pays haute endémicité : Afrique sub-saharienne, Asie

- Pays moyenne endémicité : Outre-mer, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, Sous-continent indien et Amérique du Sud

- Personne à risque : usager de drogues par voie intra-veineuse, HSH (Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes), partenaires multiples

VHC : un traitement anti-VHC n'est **pas recommandé** en post-exposition même si la personne source est virémique VHC, aucune étude n'ayant évalué son efficacité.

Autres IST : syphilis, infection à gonocoque, Chlamydia trachomatis : prélèvements au bilan initial et suivi. L'antibiothérapie prophylactique n'est **pas recommandée**. Efficacité et innocuité non établie dans ce contexte, résistances décrites.

GUIDE ITT

Recommandations HAS 2011 (79) :

« Les viols et les agressions sexuelles constituent des atteintes spécifiques. »

ITT :Incapacité totale de travail

L'ITT correspond à " la durée pendant laquelle une victime éprouve une gêne notable dans les actes de la vie quotidienne et non pas uniquement de la gravité des blessures " (manger, s'habiller, se laver, se coiffer, conduire une voiture, faire ses courses). L'incapacité n'est pas totale. Elle ne concerne pas l'activité professionnelle de la victime mais ses activités usuelles.

« L'évaluation prédictive des conséquences d'une agression, telle que la requiert la détermination précoce de l'ITT dans la loi française, est souvent un exercice difficile, résolu de manière variable selon les médecins. » (80)

L'ITT est fixée sous réserve de complications et peut faire l'objet d'une réévaluation à distance.

Voici des exemples tirés des protocoles de l'UMJ Hôtel Dieu à Paris (68) et CH Princesse Grace (Monaco)(82).

Etat de stress aigu : 2 à 4 jours. A réévaluer à distance (après un délai de 10 à 15 jours) si persistance des troubles (insomnie, cauchemar, évitement, reviviscence)

L'ITT pénale est l'Incapacité Temporaire totale de Travail ; elle permet de qualifier pénalement un acte violent :

Domage	Tribunal de Police	Tribunal coorectionnel
Domage involontaire	ITT ≤ 90 jours	ITT > 90 jours
Domage volontaire	ITT ≤ 8 jours	ITT > 8 jours

Lésion	Nombre jour ITT
Hospitalisation	= Nombre jours hospitalisation
Anxiété stress	3
Contusion, érosion	3
Cervicalgies	5
Cervicalgies nécessitant port collier	10
Traumatisme costal sans fracture	8
Fracture costale	14

FICHE SUIVI

Tableau de suivi post-AES

Bilan	Initial (délai 0-72h)	Traitements	J15	M1	M3	M6
NFS, fonction rénale et hépatique						
VIH		<input type="checkbox"/> TPE				
VHB : - Ag HbS - AcHbS		<input type="checkbox"/> Immunoglobuline <input type="checkbox"/> vaccin				
VHC						
Syphilis						
PCR : - Chlamydia - Gonocoque		<input type="checkbox"/> Azithromycine 1g PO ou Doxy 2/J 8j <input type="checkbox"/> Ceftriaxone 250 IM				
HCG		<input type="checkbox"/> EllaOne®/ Norlevo®				
Tétanos		<input type="checkbox"/> vaccination				

Gynécologue : J2-3 et J14 , suivi en fonction souhait

Infectiologue : J4, 1 mois 1, 3 mois , 6 mois

Psychosocial : J2, 1 semaine, 1 mois

Associations

En fonction des centres le suivi pourra être réalisé par le même médecin (le gynécologue) après accord avec infectiologue.

- J2-J4 :
 - résultats prélèvements initiaux
 - traitement antibiotiques en fonction des résultats
 - Poursuite TPE en fonction de l'avis infectiologue

- J14 :
 - résultats prélèvements initiaux
 - traitement antibiotiques en fonction des résultats
 - suivi TPE selon entente infectiologue : NFS, bilan hépatique et créatinine

- 1 mois :
 - nouveaux prélèvements IST : Chlamydiae, gonocoque
 - HCG
 - Suivi TPE : NFS, bilan hépatique et créatinine et arrêt
 - Bilan sérologies

- 3 mois :Bilan sérologies

- 6 mois : Bilan sérologies

3.6 Mise en place du référentiel dans les centres

Le référentiel a été mis à disposition dans 2 centres hospitaliers en métropole en zone dépourvue d'UMJ. Ces 2 centres ont pour point commun d'avoir un protocole de prise en charge des victimes d'agression sexuelle par le médecin gynécologue de garde ou d'astreinte au moment de la demande. Ces 2 centres ont également en commun une équipe de gynécologues « noyau » restreinte avec nécessité de recourt à des médecins remplaçants très fréquents. Il est actuellement disponible sur le bureau d'ordinateur de la salle d'examen des 2 établissements. Sur les sessions informatiques accessibles par codes personnels et dans un contenu global de protocoles. Il est associé à un court questionnaire de satisfaction avec possibilité de réponse libre afin de juger les besoins de chaque examinateur et l'intérêt de ce référentiel dans leur pratique. Un troisième centre insulaire bénéficiera de la mise à disposition du référentiel en fin d'année 2021.

4 Discussion

Les violences sexuelles, en particulier le viol, sont un problème de santé publique : cela concerne 12% des femmes françaises. (11) C'est un enjeu de société qui passe par la levée du tabou du viol du côté des victimes et des professionnels les prenant en charge. Les gynécologues doivent s'impliquer davantage dans la prise en charge en urgence de ces patientes. Des points essentiels doivent être acquis par tous les soignants possiblement au contact de ces victimes. Un soin particulier doit être apporté à leur accueil. Tous les intervenants doivent bénéficier de formation sur l'accueil de ces patientes.

4.1 Référentiel Vidéo

4.1.1 Diffusion de la vidéo

Une question de fond avant de créer une vidéo est Comment la partager et la mettre à disposition de la population cible. Avant de choisir son mode de diffusion il faut envisager les risques. Les questions que nous nous sommes posées sont :

- Existe-t-il un risque à ce qu'elle soit diffusée ?
- Qui est la population cible ?
- La vidéo peut-elle choquer la population cible ? Pourquoi ?
- La vidéo peut-elle être utilisée à mauvais escient ?
- Quels sont les mésusages possibles ?
- Comment la rendre inaccessible à une population non cible ?
- Comment la rendre accessible à la population cible ?

4.1.2 Population cible

Cette vidéo a initialement été imaginée comme un accompagnement de protocole. La population cible est donc la même que celle du protocole : le personnel médical prenant en charge en urgence la victime d'agression sexuelle. Le visionnage d'une vidéo tutoriel didactique est plus court qu'une lecture de protocole complet. Cela ne le remplace pas. Son utilisation avant examen en urgence permet de clarifier le déroulement de l'examen, se rappeler les points essentiels et organiser ses idées.

Comme le titre l'indique, ce projet est donc à destination de l'examineur et du personnel médical participant à l'examen.

Un aidant novice pourra recevoir une formation minimum avant d'apporter son aide à l'examineur en urgence. L'aidant peut être une infirmière des urgences, l'interne d'urgence ou de gynécologie obstétrique... Son aide est précieuse. Elle le sera d'autant plus si cet aidant appréhende l'examen correctement. Il aura ainsi une remise en mémoire exacte de la mission, des comportements attendus et de ceux à éviter. La vidéo permet une sensibilisation et une approche concise.

Elle peut permettre d'initier le sujet en formation initiale ou continue.

Enfin elle peut, par sélection précise d'un extrait concis, permettre d'expliquer l'examen à une victime.

Elle ne convient pas à l'approfondissement des connaissances, ni à l'apprentissage de surspécialisation de par son aspect volontairement synthétique.

4.1.3 La vidéo peut-elle choquer la population cible ? Pourquoi ?

La population cible, personnel médical, n'est à priori pas à risque d'être choquée par les images. Cependant il faut bien sûr se poser la question du contenu et de l'ensemble du document. En effet le sujet est complexe. Il porte à discussion/débat sur les personnes qui doivent effectuer l'examen et en présence de qui. Un interne doit-il, peut-il être présent ? Au risque d'être bouleversé ou de perturber la victime ? Cette réponse doit être apportée au cas par cas et discutée avec la personne concernée avant de débiter l'examen. C'est l'examineur qui prendra cette décision.

Rappelons que ce projet n'a pas pour objectif de former dans l'urgence l'examineur. Il paraît impossible de suppléer à une formation socle en urgence. Cependant un objectif secondaire est de préparer l'aidant qui, lui, peut être novice de cet examen.

Enfin concernant les potentielles victimes, la sélection de l'extrait doit être précise et concise. Sinon elle aurait un effet contraire. Le visionnage doit être précédé d'explications. Prenons l'exemple de l'examen au ballonnet de l'hymen. L'explication à une victime pourrait être simplifiée par une représentation simple de celui-ci. Cet examen dans le référentiel vidéo est réalisé sur un mannequin. Il n'y a pas de contenu photographique. Il dure moins de 30 secondes. Alors que l'examen peut avoir un retentissement psychologique sur une victime qui peut le considérer comme une atteinte à son intimité. L'extrait vidéo appuiera l'information orale de façon claire et appropriée. Ainsi le consentement de la patiente sera éclairé. Toutefois, l'extrait court ne remplace pas l'information orale loyale, il vient la compléter.

4.1.4 Mésusages

La vidéo peut-elle être utilisée par des agresseurs afin de contrarier la récupération des éléments de preuve ? Peut-elle permettre d'élaborer des stratégies pour dissimuler les agressions ? Le référentiel ne paraît pas dévoiler des informations confidentielles peu connues du grand public. En effet concernant la recherche de preuve ADN, une vulgarisation a déjà été amenée à ce sujet. Des documentaires ou des films, voire même des séries sur la police scientifique sont plus à la portée du grand public à ce sujet.

Le référentiel pourrait-il être visionné par un public à la recherche d'image pornographique ou pédopornographique ? Un détournement du contenu imagé est-il possible par des pédophiles pour visualiser des images de victimes nues ou des parties intimes juvéniles dénudées ? La vidéo ne comporte pas de photographies de zones anatomiques intimes. L'examen gynécologique est représenté sur mannequin. Le corps nu et les zones anatomiques des organes génitaux externes sont représentés par des schémas.

La mécompréhension des personnes formées est une limite importante de la formation en e-learning ou de vidéos en libre accès. Il n'y a pas d'échange possible avec le formateur. Une dérive majeure serait que les professionnels pensent qu'une formation socle et complémentaire est inutile ou que cet examen est simple. Cependant cet examen devrait systématiquement être pratiqué par un examinateur qualifié et aguerri à ce type de situations. L'objectif de ce référentiel est bien de promouvoir ce message. Par ailleurs, loin des centres de référence, les médecins qui sont réquisitionnés pour pratiquer ce type d'examen ne sont pas toujours spécialisés et pas forcément habitués à examiner avec précision un hymen.

Une autre dérive serait que l'examen de l'hymen soit considéré comme l'élément central de l'examen de la victime d'agression sexuelle vierge. Il s'agit d'une représentation dépassée mais encore trop fréquente selon laquelle l'hymen se rompt lors du premier rapport sexuel vaginal. Avec l'imprégnation hormonale, celui-ci acquiert une souplesse/élasticité, conjointe à la trophicité du vagin. Ceci est rappelé dans le référentiel avec son d'alerte, texte et pictogramme. Cette vidéo pourrait-elle être visionnée pour l'étude des examens dans un autre but ? L'exemple qui nous a tout de suite interpellés est l'examen de l'hymen. En effet il existe une dérive médicale qui consiste à réaliser des certificats de virginité par examen de l'hymen. Cette pratique a été dénoncée par le CNGOF, proscrite par le Conseil de l'Ordre des médecins en 2003. L'OMS a dénoncé en 2018 un « examen inutile, douloureux, humiliant et traumatisant », « en violation des droits de l'humain ». Discriminatoire pour les femmes, cette pratique reste répandue dans certains pays. Il serait imaginable alors que des nantis, qui ne sont pas médecins

se pensent former à un tel examen. Ce contenu peut-il encourager des tests de virginité sauvages ? Nous en venons donc au paragraphe suivant

4.1.5 Comment rendre la vidéo inaccessible à une population non cible ?

A ce jour, le référentiel vidéo n'est pas publié. Il ne paraît pas opportun de le publier sur un site de référencement de vidéo grand public tel que Youtube, Dailymotion, Vimeo... même de façon privée et non répertoriée.

Les protocoles papiers ou informatisés actuellement disponibles dans les services sont institutionnalisés et de l'ordre du secret professionnel. Il en est de même pour un protocole vidéo. Cependant son format, de par son aspect multimédia, est plus à risque de diffusion aux non-initiés. Un message en début de vidéo rappelle que ce référentiel est à l'usage des professionnels impliqués dans la prise en charge en urgence des victimes d'agressions sexuelles et que ce n'est pas un contenu de vulgarisation.

4.1.6 Comment la rendre accessible à la population cible ?

Cette vidéo a été soumise à une publication vidéo pour le congrès Paris Santé Femme 2022.

Il avait initialement été envisagé de la référencer directement dans le logiciel médical du dossier informatisé ou par un lien protégé. Il faut que le logiciel dossier patient comprenne un modèle de certificat médical initial et sa notice explicative ou serait jointe la vidéo ou un lien protégé. A l'exemple d'un arrêt de travail, il comprendrait le certificat à remplir d'une part et la notice distincte comprenant le référentiel.

Le site du gouvernement arretonslesviolences.gouv.fr, est composé d'une page dédiée aux professionnels. Y sont référencés des vidéos ayant pour objectif la sensibilisation et la formation de professionnels dont les médecins. Elle y met à disposition des clips pédagogiques. Ce référentiel vidéo serait une base pour un clip pédagogique sur l'examen en urgence des victimes d'agressions sexuelles.

4.1.7 Durée de la vidéo

L'objectif était de réaliser un contenu concis et succinct, la vidéo est suffisamment courte pour ne pas engendrer une barrière mentale et organisationnelle. L'objectif n'est pas d'être exhaustif. Dix minutes semble être une durée au-delà de laquelle le support risque de ne pas être utilisé en urgence. Ce contenu n'a pas pour but de remplacer une formation médicale, de former à l'examen gynécologique. Il doit accompagner le sachant et ne doit pas le ralentir. Il doit au

contraire accélérer la mise en place du travail en équipe des différents intervenants. Il doit rendre claire et intelligible l'installation et le rôle des intervenants.

Il peut aussi avoir usage d'introduction en formation et doit être bref car il ne présente qu'une partie de la prise en charge de la victime d'agression sexuelle.

4.2 Différents aspects de la prise en charge globale des victimes, en relation avec le gynécologue

Les victimes d'agressions sexuelles nécessitent une prise en charge « holistique » sur le modèle Mukwege, déjà appliquée à La Maison des Femmes. C'est le modèle à suivre. En France, il existe 3 structures « La Maison des femmes », à Saint Denis, à Bordeaux et à Tournus. Ces organisations regroupent dans une même structure l'ensemble des protagonistes nécessaires à la prise en charge des femmes victimes de violences. Des consultations de gynécologie, maïeutique, sexologie, psychologie y sont disponibles, mais également des permanences d'avocat, assistantes sociales, des groupes de paroles et différentes thérapies.

Cependant dans les territoires isolés, moins peuplés, ces structures multidisciplinaires spécialisées n'existent pas. Le médecin a alors une place centrale de coordinateur. L'implication du gynécologue dans la prise en charge en urgence des victimes d'agressions sexuelles implique des responsabilités, des avantages et des limites.

4.2.1 Prise en charge médicale voire chirurgicale

La prise en charge en urgence des victimes peut nécessiter un acte thérapeutique, au-delà du protocole de prise en charge, en fonction des lésions. En fonction de l'agression, une prise en charge chirurgicale peut être nécessaire. En cas de nécessité de reconstruction suite à une plaie ou une mutilation gynécologique, le rôle du médecin gynécologue est évidente. Dans le cas du médecin gynécologue non spécialisé en médecine légale, en zone dépourvue d'UMJ, le rôle sera ainsi double. Cela permet une aisance dans les situations de suspicion et met en place des réflexes de prélèvements médico-légaux, de réalisation de certificat. Ces automatismes sont possibles de par l'information, la réalisation de l'examen mais également par la possession du matériel nécessaire à disposition. « On ne trouve que ce que l'on cherche. On ne cherche que ce que l'on connaît. »

Ainsi la formation à la prise en charge en urgence des victimes d'agressions sexuelles au gynécologue non spécialisé en médecine légale permet de limiter les intervenants. Elle permet aussi de s'inscrire dans une sensibilisation de la nécessité de prélèvements et rédaction de certificat ainsi que le dépistage dans les consultations en urgence où ce motif serait caché.

4.2.2 Psychiatrique et Psychologique

4.2.2.1 *Le Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT)*

Le TSPT est un ensemble de symptômes qui peuvent être la conséquence d'un événement traumatique, agression sexuelle en particulier. Il se compose du syndrome de répétition, des conduites d'évitement, d'une hypervigilance et de dissociation. Le premier mois il est qualifié de trouble de stress aigu (TSA). Après 1 mois il est qualifié de TSPT. Le TSPT complexe est lui consécutif à des traumatismes répétés. (83) « Les traumatismes successifs aboutissent à des troubles du comportement, des conduites, de l'humeur ou à des symptômes non spécifiques rendant le tableau clinique cumulatif, tardif et d'expression psychiatrique complexe. » Certains psychotraumatismes, que peuvent être les agressions sexuelles, sont ainsi à l'origine de pathologies psychiatriques. (84)

Une amélioration de la prise en charge des victimes d'agressions sexuelles permettrait donc une meilleure prise en charge globale des victimes. Une prise en charge du TSA ou TSPT, diminue ses conséquences.

4.2.2.2 Risque de pathologie psychiatrique et de Tentative de suicide au long cours, problème de santé publique et point d'appel.

Des taux importants d'abus dans l'enfance chez les patients souffrant de pathologie psychiatrique laisse penser que l'antécédent d'abus serait un facteur de risque de maladie psychiatrique. (17) Ce mécanisme est comparable au TSPT complexe sans nécessité de traumatismes répétés. Se pose la question de savoir si le syndrome de répétition du TSA ou TSPT peut être considéré comme traumatisme répété, même dans le cadre d'une agression sexuelle isolée.

Selon une étude anonyme de l'IFOP (11) en 2018, l'antécédent de viol multiplie par 10 les tentatives de suicide multiples par rapport à la population générale féminine française. 21% des victimes d'un viol ont déjà fait une tentative de suicide versus 5% en population générale. Il s'agit donc bien d'un problème de santé publique majeur pour ces victimes mais aussi d'un signe d'appel pour les médecins traitants et gynécologues. Ainsi un antécédent de tentative de suicide doit amener systématiquement à poser la question d'antécédent de violence sexuelle.

4.2.2.3 Antécédent psychiatrique, population à risque

Il est relevé un profil « à risque » chez les victimes d'agressions sexuelles : l'existence d'une pathologie psychiatrique. En effet, 7,6 % des victimes de viol entre 2003 et 2013 au CHU de Marseille (9) présentent une pathologie psychiatrique déjà diagnostiquée soit préexistante à

cette agression. Ce chiffre confirme la vulnérabilité de cette population. Nous n'avons pas de données exhaustives pour souligner éventuellement ce profil chez l'agresseur. Toutefois, la littérature abondante atteste du taux de crimes violents dont le viol a lieu dans ce contexte (3 fois plus que dans l'ensemble de la population).(17) La connaissance de cette prévalence doit amener le gynécologue à une plus grande attention à ces patientes lors de consultations en urgence mais également afin de ne pas méconnaître un motif caché d'agression sexuelle. Lorsque la victime présente une altération des facultés mentales, l'interrogatoire est d'autant plus complexe et la notion de consentement incertaine. Des exemples de suspicion d'agressions sexuelles en hospitalisations psychiatriques sont rapportées (85). Cette situation doit amener à une grande prudence et à la réalisation des examens. Rappelons que l'enquête à charge et à décharge sera fréalisée par les forces de l'ordre. La mission du médecin gynécologue non spécialisé en médecine légale n'est pas d'enquêter mais de récolter les preuves le plus rigoureusement possible.

4.2.2.4 Victime, prise en charge, diminution du risque d'être victime à nouveau

Victimation :

La victimation se définit d'une part comme l'étude du phénomène et d'autre part comme le phénomène lui-même d'être victime de violence ou d'agression. (86) Selon l'étude de Georges Menahem (87), sociologue, il existerait un rapport entre les expositions à la violence dans l'enfance et le risque de victimation à l'âge adulte. Il s'appuie sur les études épidémiologiques françaises. (88) Selon lui les rapports domestiques entre femmes et hommes s'enracinent dans le passé familial des conjoints. Ainsi, un enfant qui a subi des violences est plus à risque d'en subir à l'âge adulte. L'un des mécanismes avancés est la dissociation qui perdure à l'âge adulte. Une tolérance appelée continuum aux situations de violences est également installée avec une augmentation de ces dernières. La précarité sociale ou économique dans l'enfance est un facteur de risque d'exposition à la violence à l'âge adulte y compris aux violences sexuelles. Ces victimes n'ont pas les moyens intellectuels, par mécanisme de dissociation ou évitement, de prendre conscience du problème. L'intervention d'un tiers, aidant, médecin, thérapeute, conscientise la victime. L'HAS a d'ailleurs émis des recommandations de bonne pratique concernant le « Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitements sexuelles intrafamiliales chez le mineur » (89) *Annexe : 4* fiche de signalement suspicion de victime mineur. Cependant, en gynécologie, il s'agit majoritairement de patientes ayant plus de 15 ans, les signes d'appel peuvent être frustrés et difficiles à saisir pendant la

consultation. Il apparaît plus pertinent d'intégrer cette question dans l'interrogatoire systématique des antécédents.(90)

Victimation chronique :

Ce terme désigne le fait d'être victime de façon chronique, en cas d'agression répétée par exemple au domicile ou au travail. M. Forte (91) émet l'hypothèse que la victimation chronique, dispositionnelle, amène l'individu à des stratégies d'ajustement centrées sur le contrôle émotionnel alors que la situation aiguë, situationnelle, amène à se concentrer sur la résolution active du problème. Il en résulte un seuil de tolérance aux agressions en général plus haut lorsque l'individu y est exposé de façon répétée. L'antécédent de violence est un facteur de risque d'exposition à la violence. (92) Ce risque est plus important si l'exposition est répétée/chronique et le préjudice est encore aggravé dans le cas des violences sexuelles, notamment dans les situations d'inceste. Selon l'enquête Enveff (20), 50% des femmes ayant subi des violences répétées dans l'enfance ont été victime de violences physiques après 18 ans ; c'est 5 fois plus que pour les femmes non exposées dans leur enfance.

Victimisation secondaire :

« Réactions négatives envers la victime d'une agression de la part des personnes à qui elle parle de l'agression, se confie ou demande de l'aide » (93) Ces réactions négatives sont volontaires ou non. Elles entraînent des blessures secondaires. Le terme désigne l'inverse du terme plus utilisé et mieux connu « bénéfice secondaire ». En effet la victime souffre de dommages supplémentaires du fait d'être victime. Elle est victime à nouveau. Les blessures induites sont diverses : sentiment d'injustice, de trahison, culpabilité, peur, impuissance ...Ce mécanisme sera ressenti par la victime sans toutefois pouvoir nécessairement être identifié ou verbalisé comme tel. Il peut donc entraîner une culpabilisation ou un mutisme d'évitement de cette réaction. La prise en charge psychologique au sens large, la discussion en groupe de victimes peut permettre d'identifier et de verbaliser ce phénomène. Cela peut permettre un renforcement et une défense active de la victime en cas de répétition et de limiter les blessures secondaires.(94)

Résilience :

La résilience est un concept développé par Boris Cyrulnik en France. « La capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative » (92) La

question pour le médecin prenant en charge ces patientes/victimes n'est finalement pas celle de savoir quelles sont les proportions de répétition ou de résilience. La notion met en avant le rôle de la prise de conscience de ces variables. La prise de conscience est pour le soignant mais aussi pour la victime. Cette prise de conscience pourra être soutenue par une thérapie. Le rôle du gynécologue n'est alors pas celui de thérapeute mais de guide vers les structures adaptées.

4.2.2.5 Thérapies et relation soignant/soigné après relation réquisitionné/victime

Un protocole de thérapie EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) a été appliqué à la prise en charge en urgence des victimes de viol. (95) Le protocole est inspiré par la pratique du débriefing psychologique utilisé pour les personnes ayant subi un traumatisme. Vingt-quatre à soixante-dix-huit heures après leur agression, 17 femmes victimes de viols ont bénéficié d'une séance unique. Les différents indicateurs sont ensuite mesurés à 4 semaines puis 6 mois. La détresse psychologique et la symptomatologie post-traumatique diminuent rapidement et de façon pérenne à 4 semaines puis à 6 mois. Il apparaît ainsi que c'est la prise en charge précoce, comme celle réalisée par les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP), qui permet une meilleure prise en charge aiguë diminuant les complications. (83) Le gynécologue doit prendre conscience de cet impératif au moment de la prise en charge en urgence. Tout comme il donne un rendez-vous de suivi, des sérologies et des thérapeutiques, il doit être mis en place un débriefing et suivi psychologique rapide de la victime. Ce dernier est réalisé par plusieurs UMJ (Lyon, Dijon...) par téléphone afin de simplifier les démarches de la victime, à défaut de consultation physique.

Les méthodes faisant consensus sont les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), les thérapies dynamiques, l'EMDR et l'hypnose. (96)

M Forte (91), dans son approche socio-cognitive de la victimation en avant 4 axes d'intervention en psychothérapie :

- désenclaver la victime de cette situation fixiste,
- recouvrer l'impression de contrôle,
- redéfinir les piliers de l'estime de soi
- la réattribution de sens et sa réappropriation.

Ces points bien que non spécifiques aux victimes d'agressions sexuelles me paraissent essentiels à citer dans le cadre de la prise en charge des victimes par le gynécologue. En effet le gynécologue, à la différence du médecin légiste, est un médecin « traitant ». Il est amené à

revoir non plus la victime, mais la patiente pour un suivi autre. La connaissance de cet antécédent chez une patiente peut amener à une prudence dans l'échange ou l'examen. Cependant cette prudence ne devrait pas être plus marquée que celle pour une patiente sans antécédent connu. Cette remarque amène également à la question de l'ambivalence de cette prise en charge en urgence par le médecin gynécologue non spécialisé en médecine légale. En effet le médecin gynécologue reste le spécialiste du suivi global gynéco-obstétrical, de l'accompagnement de la maternité, parfois de la sexualité... Il agit également dans une structure dédiée à la prise en charge gynéco-obstétricale. C'est d'autant plus vrai dans les territoires isolés, où les médecins et les structures sont restreintes. Ces territoires représentant une partie des zones dépourvues de médecin légiste. On peut se questionner sur la représentation future projetée sur le soignant gynécologue et le lieu. Cela peut-il engendrer un évitement futur du soignant et/ou de la structure ?

4.2.2.6 Financement

La recommandation n°5 du Haut Conseil à l'Égalité entre les Hommes et les Femmes (46) est d'« Intégrer dans les soins pris en charge à 100 % par l'État les soins dispensés aux victimes de violences sexuelles, même quand elles sont majeures, incluant les soins dispensés par des psychologues et psychiatres formé.e.s et spécialisé.e.s aux conséquences psycho-traumatiques des violences de genre. » En effet le coût de cette prise en charge est un frein important aux victimes. L'équilibre psychologique ne devrait pas être en concurrence avec l'équilibre économique du foyer. La prise en charge psychologique demande un investissement de temps certain. Si l'investissement financier est une épreuve de surcroît, les chances d'arriver à une thérapie complète et pérenne semblent maigres.

Au titre du fonds d'intervention régional, l'assurance maladie finance un équivalent temps plein de psychologue par structure UMJ. La prise en charge psychologique des victimes est assurée au sein des UMJ. Cependant la prise en charge hors UMJ reste encore coûteuse en dehors de structure associative.

Lors des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie les 27-28 septembre 2021, le président a conclu les rencontres par un discours dans lequel il annonçait des consultations de psychologues remboursées pour tous dès 2022. (97)

4.2.3 Le système judiciaire.

4.2.3.1 *Signalement ou plainte :*

Le dépôt de plainte doit être encouragé par tous les intervenants, sans pour autant s'apparenter à du harcèlement. Il faut respecter l'autonomie de la victime et remettre en avant sa liberté d'agir. Certaines informations souvent méconnues des victimes doivent leur être données. Les associations seront d'une grande aide dans ce parcours.

A titre d'exemple, si la victime ne souhaite pas porter plainte ou ne se sent pas encore capable de le faire. La constitution d'un dossier en amont pourra un jour étayer sa plainte. Elle doit savoir qu'elle peut signaler les faits auprès des forces de l'ordre :

- Police : main courante
- Gendarmerie : procès-verbal de renseignement judiciaire

4.2.3.2 *Plainte à distance, différée : conservation des preuves, financement ?*

« ... la part des victimes ayant porté plainte pour des faits datant de plus d'un an a augmenté ces dernières années : de 31 % en 2016 à 39 % en 2020. En particulier, le nombre de victimes ayant déclaré des faits commis plus de cinq ans auparavant a plus que doublé entre 2016 et 2020. » (13) La mise en place de prélèvement en dehors de réquisition ou de plainte est donc en accord avec les démarches entreprises par ces victimes et un nouveau courant de la société. Les victimes, poussées par les associations et les mouvements de société relayés par les réseaux sociaux, portent plainte de façon différée. Cependant il existe une véritable problématique de reconnaissance de la preuve par la justice. En effet, des accords locaux avec les forces de l'ordre sont possibles dans un dispositif naissant de pré-plainte. Les forces de police sont appelées depuis les hôpitaux, la réquisition en découle. Cependant en dehors de cette démarche, la conservation des preuves à -20°C se fait en dehors du cadre légal, il n'y a pas de scellé. Si de plus en plus d'UMJ acceptent de réaliser les examens en dehors de réquisitions (par exemple Bondy, Dijon, Tours, CAUVA à Bordeaux...). De plus, les structures hospitalières aptes à conserver les prélèvements en dehors de réquisitions sont rares. C'est une limite importante de ce travail. Cette question de possibilité de réaliser des prélèvements au sein des unités médico-judiciaires sans dépôt de plainte préalable avait déjà été posée au sénat en 2018 par la sénatrice Annick Billon. (98) Dans son rapport n° 2017-001 R sur « la prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences : éléments en vue d'une modélisation », l'inspection générale des affaires sociales envisageait cette prise en charge hors unités médico-judiciaires mais en lien étroit avec ces dernières afin de garantir la qualité des orientations des patientes et de permettre le cas échéant un dépôt de plainte. Cette question devrait trouver une partie de solution avec la

mise en place de la mallette MAEVAS qui devrait être disponible en dehors de dépôt de plainte. Sur le plan budgétaire, la question reste en suspens. Ces examens ne sont pas financés au titre des frais de justice, en dehors de procédure judiciaire. Certaines UMJ expriment clairement leur position, à l'exemple de Dijon, les victimes reçues en dehors de procédure judiciaire le font à leur charge. Ce système de financement est également envisageable pour le règlement du coût de conservation.

4.2.3.3 Pré-plainte

C'est ainsi qu'est né le projet de pré-plainte. Le Pr Olivier Jardé, Service de médecine légale, UMJ, CHU Amiens Picardie a publié un pré-résultat le 26 juillet 2021 (99). Le dispositif était en place du 27 juillet 2020 au 31 mars 2021. Les victimes de violences conjugales se présentant au service des urgences d'Amiens bénéficient d'un examen par un médecin légiste sans réquisition. C'est ensuite le CHU qui prévient le parquet à la demande de la victime et une enquête est initiée. La pré-plainte adressée par l'hôpital est ensuite à poursuivre de la même façon par les victimes. Il existe cependant un taux de 20% d'abandon de plainte. Ce dispositif expérimental ne concerne encore que 12 victimes et est orienté pour les violences conjugales. Cependant il est imaginable que ce processus soit ensuite élargi aux victimes d'agressions sexuelles qui pourraient ainsi se rendre directement à l'hôpital et être examinées, bénéficier des prélèvements médico-légaux en dehors de réquisition de façon institutionnalisée.

4.2.3.4 Les enquêtes :

Les prélèvements réalisés et en particulier l'ADN prélevé permet aujourd'hui de confondre les accusés, même des années plus tard. Le fichier national des empreintes génétiques (FNAEG), permet d'aider à résoudre des cas. Il peut s'agir de cold case. Citons un cas à Bayonne élucidé 12 ans après les faits de viol. Deux agresseurs, mis en examen, ont avoué les faits. Suite à l'arrestation de l'un d'eux pour violences intrafamiliales, son ADN est répertorié au FNAEG. La correspondance avec les prélèvements réalisés sur la victime en 2009 permet d'ouvrir une nouvelle enquête et d'interpeller les auteurs du crime. Il peut également s'agir d'enquête en cours comme les deux cas de viols rapportés en novembre 2012 et mars 2013 à Brest. Ils sont résolus par une correspondance d'ADN entre les prélèvements réalisés sur les victimes et le corps d'un homme de 19 ans décédé d'une overdose 2 jours après les faits.

Ces faits rappellent une fois de plus la responsabilité lors des prélèvements. Cela rappelle également l'intérêt de les réaliser, dans les délais impartis sur le plan légal. Si la place du

médecin non spécialisé en médecine légale est celui de prélever les preuves et les faire conserver. Il faut ensuite se demander la place qu'il occupe ensuite dans le procès.

En effet de par sa formation, lorsqu'il fait son examen et son rapport, le médecin légiste prévoit la présentation des faits aux Assises. (100) Il connaît sa responsabilité médico-légale d'expert, qui peut l'amener à prêter serment à la barre des témoins. La rédaction de son rapport anticipe les débats et permet ainsi d'en réduire les aléas. Le médecin non spécialisé en médecine légale n'a pas cette maîtrise. Le document ressource d'aide à la rédaction du compte rendu d'examen et certificat médical descriptif à destination du médecin non spécialisé en médecine légale, ne peut se substituer intégralement à cette expérience. La rédaction et sa synthèse doivent donc être le fruit d'une collaboration entre le médecin réalisant l'examen en urgence et le légiste. Le médecin réalisant cet examen ne peut se soustraire à cette synthèse essentielle. En 2018, 240 médecins légistes étaient répertoriés en France, contre 5030 obstétriciens et 2795 gynécologues médicaux. (101) La même année 112 000 victimes de viol ou de tentative de viol sont répertoriées. (12) S'ajoute à ce déséquilibre que le diplôme en Médecine Légale et Expertise médicale (MLE) en quatre ans est instauré depuis 2017. Le diplôme était avant cela une surspécialisation à un diplôme d'étude spécialisé (DES) dans un large éventail de spécialités médicales (orthopédie, psychiatrie...). (102) Il existe également le diplôme inter-universitaire (DIU) expertises médico-légales et le diplôme universitaire DU criminologie et médecine légale permettant une approche de cette spécialité.

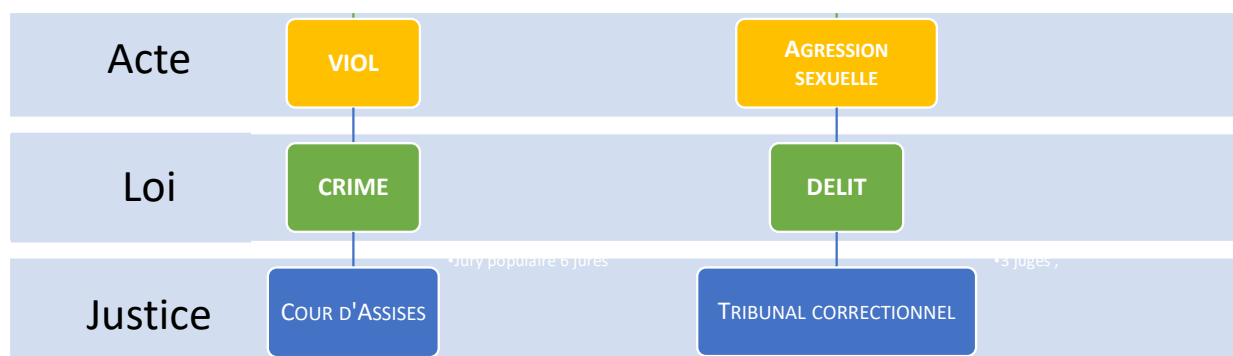
4.2.3.5 Jugement, parcours complexe pour la victime et le gynécologue non habitué

Les procédures restent lourdes et complexes pour des personnes souvent fragilisées et devant se reconstruire dans de multiples domaines (social, psychique, familial, professionnel...). Cependant la justice apporte une reconnaissance de statut à ces victimes. La condamnation de l'agresseur est parfois nécessaire aux victimes pour se rétablir. La condamnation clôt la phase judiciaire pour une partie des victimes. Si les victimes décident de porter plainte, elles auront besoin de soutien. Le processus est long et peut être complexe et coûteux. Les dépôts de plainte peuvent être réalisés sans certificat médical de constatations. Pourtant une des étapes-clés sera la réalisation d'un certificat médical. Il faudra ensuite faire appel à un avocat afin d'espérer faire juger le cas. Malheureusement en France les délais de procédure sont allongés, par le manque de moyens de la justice. Le rôle du médecin gynécologue non spécialisé en médecine légale dans cette phase ne peut être que d'orientation vers ces structures associatives ou permanences d'avocat.

Cependant l'attente des victimes du résultat de ce procès majore encore la responsabilité de l'examineur. « Acteur constant du procès ..., le médecin légiste est amené à présenter ses travaux et notamment son rapport ... dans le déroulement de débats dirigés par le président » (103) Si le médecin légiste est formé à cette événement, ce n'est pas le cas du gynécologue non spécialisé en médecine légale. Or « c'est au médecin légiste que revient toujours la synthèse car des états pathologiques, la prise de toxiques ou des facteurs extérieurs ont pu s'intriquer dans le processus Il va devoir discuter de cet ensemble de faits, de leur influence respective et c'est son effort de synthèse dans la rédaction qui donne tout son sens ... Le rapport ... va constituer en cour d'assises la base de discussions, parfois conflictuelles ». (100)

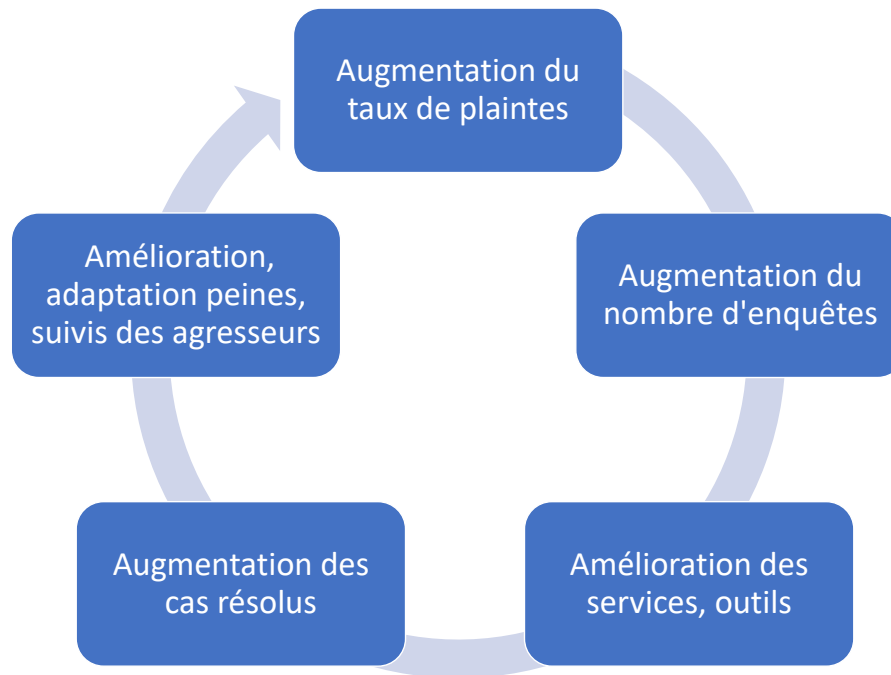
O. Pérona a étudié le consentement sexuel saisi par les institutions pénales : Policiers, médecins légistes et procureurs face aux violences sexuelles. (104) Elle met en avant la différence de point de vue et de rôle des intervenants. Les policiers et les magistrats, sont prompts à remettre en cause la parole du défendeur dans une démarche d'enquête, « tandis que les médecins légistes considèrent qu'il ne leur appartient pas d'objectiver l'absence ou la présence d'un consentement ». Cependant lors des Assises c'est bien cet objectif que les parties vont essayer d'atteindre grâce au rapport du médecin. C'est une lourde responsabilité pour un médecin spécialisé en médecine légale expérimenté à cet exercice, elle est d'autant plus intimidante pour un médecin gynécologue non spécialisé en médecine légale. Des années plus tard le médecin se voit « appelé » à la barre aux Assises face aux avocats de la défense. C'est une événement complexe à gérer et chronophage. Il demeure cependant essentiel et ne doit pas être un frein à la prise en charge des victimes. Le médecin non spécialisé en médecine légale doit garder en tête cet événement à venir. Ce n'est pas la finalité de son examen en urgence, cependant c'est celle de son rapport. « Il faut donc éviter toute digression au risque d'être démenti par des faits révélés ultérieurement..., une bonne rédaction étant celle qui ayant su anticiper sur les débats aura permis d'en réduire les aléas » (100). Ainsi le rapport doit être le plus descriptif et détaillé possible. Les photographies prises lors de l'examen initial ne seront pas forcément intégrées à ce rapport. La présence des photographies en fait des pièces pouvant être exposées au tribunal ou en tout cas aux différents protagonistes. C'est l'un des éléments qui est un véritable frein pour le gynécologue aguerri à une pratique de soin et non d'expertise.

Figure 6 : Organisation jugements



Un cercle vertueux des dépôts de plainte peut être envisagé avec une augmentation des faits résolus. Citons l'exemple du logiciel PRACTIS (Protocole d'analyse comportementale des infractions sexuelles extrafamiliales). (105) Ce protocole a pour objectif de systématiser les recueils de l'intégralité des informations d'une enquête en cas d'agression sexuelle extrafamiliale et victime vivante. Il permet ainsi d'aider à la création d'un profil de criminologie de l'agresseur. L'objectif est de confondre le coupable, mais aussi d'apporter des éléments de comparaison des agressions. L'étude méthodique et systématisée permet de mettre en évidence des similitudes sur de possibles séries criminelles. Ces outils développés permettent d'avoir des bases de données comparables et des faits repérables. Le profilage comportemental et l'analyse comportementale, au sein du département des sciences du comportement de la gendarmerie, se développe au fil des cas étudiés.

Figure 7 : Cercle vertueux des dépôts de plainte



4.3 Rôle du médecin gynécologue non spécialisé en médecine légale

4.3.1 Formation au repérage et à la prise en charge des femmes : dépasser tabou, dépister et orienter vers association

Le fait de réaliser l'examen en urgence des victimes d'agression sexuelle pour le gynécologue, le sensibilise au dépistage. Cela permet une aisance dans les situations de suspicion, met en place des réflexes de prélèvements médico-légaux, réalisation de certificat dans les cas de suspicion. Ces automatismes sont possibles de par la formation et la réalisation de l'examen mais également par la possession du matériel nécessaire à disposition. Le gynécologue non spécialisé en médecine légale en zone dépourvue d'UMJ, est en charge de l'examen en urgence des agressions sexuelles. En cas de suspicion de violence sexuelle aiguë lors d'une consultation, il sera plus à même de dépister et réaliser l'examen médico-légal. Le fait de réaliser les prélèvements n'est alors pas subordonné à un dépôt de plainte. Ainsi la réflexion pour l'examineur ou la patiente a posteriori est possible. Les délais courts et la destruction des preuves par l'examen est une limite ainsi mise à distance. Ce ne doit cependant pas devenir systématique. Les prélèvements ont un coût tout comme leur stockage. L'objectif de ce travail

n'est pas d'orienter vers une autre extrême du prélèvement médico-légal systématique « au cas où ». Le médecin doit savoir raison garder et l'entretien avec la patiente reste centrale.

La MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) a élaboré des modèles d'écrits professionnels et des notices explicatives. Elles sont accessibles simplement sur le site internet gouvernemental arretonslesviolences.gouv.fr.(Annexe 5)

Le questionnaire WAST (WOMAN ABUSE SCREENING TOOL) est un outil de dépistage des violences conjugales. Il a été validé dans sa version française.(106) Ce questionnaire est bien accepté par les patientes non victimes et victimes. Il a permis de mettre en évidence qu'il n'existe pas de profil type de femmes victimes de violences sexuelles. Ces violences concernent tous les milieux sociaux, tous les âges, tous les niveaux d'études, toutes les cultures. Elles ne sont pas réservées à un groupe social particulier.

Si le repérage semble évident lorsque des traces physiques de coups sont visibles ou qu'une plainte a été déposée, il est plus difficile lorsqu'il s'agit de signaux diffus ou émis de manière indirecte (des troubles psychosomatiques ou des complications obstétricales...).

C'est pour ces raisons qu'il convient de poser quelques questions simples et explicites, à toutes les patientes, une fois que la confiance est installée et lors d'un entretien avec la femme seule.(Annexe 5)

Le questionnement systématique est proposé comme moyen de dépistage. Il concerne toutes les patientes lors d'un entretien où la patiente est seule. Lors de l'interrogatoire médical à lister dans les antécédents. Cette démarche paraît simple en particulier dans un interrogatoire médical gynécologique. La patiente si elle n'est pas encore prête à en parler comprend qu'elle a trouvé un interlocuteur. Cela brise le tabou et libère souvent la parole.

En 2019, il apparaissait que c'est plutôt les médecins (90) eux-mêmes qui étaient gênés de poser cette question. L'interrogatoire leur paraissait intrusif. La moitié d'entre eux pensaient qu'un dépistage passif sur signes évocateurs restait suffisant. Le dépistage systématique organisé a pourtant permis de dépister 5,32% de patientes victimes de violences conjugales versus 0,84% en dépistage passif. Parmi les victimes 50% rapportaient des violences sexuelles.

« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles. » Sénèque

La prise en charge après repérage se fera au cas par cas en fonction de l'attente de la patiente. L'orientation simple vers les « numéros verts ». Le lien avec les associations locales et à défaut de connaissance avec le site gouvernemental arretonslesviolences.gouv.fr. les recensant.

4.3.2 Groupes de paroles et d'échanges entre confrères, formation par l'analyse de sa pratique l'exemple des groupes Balint

Les groupes Balint ont été créés en 1949, par le psychiatre hongrois Michael Balint, né Mihály Bergsmann (1896-1970). Fils de médecin généraliste, époux d'Alice Balint, elle-même psychanalyste, il a suivi une psychanalyse avec le neurologue Ferenczi Sandor. Les groupes Balint sont initialement instaurés dans la formation des médecins généralistes puis généralisés dans la formation continue. Les groupes Balint (107) sont un moyen de formation entre pairs. Les participants apprennent à gérer l'émotion et l'imprévu dans la relation médecin/patient. L'objectif est d'être plus à l'aise dans sa pratique et d'améliorer le temps d'écoute dans l'échange médecin/patient. Les groupes sont composés de 8-10 soignants dont un leader qui encadre les échanges, un participant qui expose une situation professionnelle ou un cas et les écoutants. La spontanéité des échanges amène à exposer la résonance de la situation. Le dialogue met en évidence l'implication subjective professionnelle, puis un cheminement collectif permet une décharge des émotions négatives et une réassurance. Ce processus lutte contre la déshumanisation de la relation médecin/patient. Accepter et analyser le transfert et contre-transfert dans la relation médecin/patient permet d'en maîtriser l'impact professionnel. Cela permet également de délimiter la sphère professionnelle et privée.

« La pensée rationnelle et l'objectivité dans la prise de décision clinique sont déterminées par la disposition (mentale) cognitive et affective (préexistante) » Pat Croskerry

Pour un médecin, arriver à prendre conscience de la part émotionnelle de sa réflexion, dans ses décisions rationnelles est important. Cela permet de limiter l'impact du vécu personnel et des représentations de société risquant de biaiser la décision. Prenons l'exemple de l'examen d'une patiente qui consulte pour une lésion génitale aiguë. Une situation d'évitement possible pour le médecin est de ne pas demander dans quelle situation c'est arrivé, éviter de demander si il s'agit d'une agression. Les biais émotionnels sont :

- Ne pas savoir gérer la situation, ne pas se sentir en capacité intellectuelle, matérielle ou émotionnelle
- Ne pas avoir le temps de gérer un examen d'agressions sexuelles (ne pas poser la question pour ne pas avoir la réponse que l'on redoute) ;
- Ne pas avoir envie de porter la charge mentale de ce récit (les émotions que le soignant va ressentir, le risque de sentiment de compassion, la projection de ses sentiments, l'impact dans son affect dans sa vie privée, envers ses proches).

- Ne pas se sentir légitime dans cette demande
- Ne pas se sentir responsable de cette question. Un biais de société qui responsabilise la victime lorsqu'il s'agit d'un viol. (c'est la victime qui s'est alcoolisée, c'est la victime qui est sortie seule dans un quartier risqué, c'est la victime qui est en couple avec cet homme violent...)

Approfondissons le biais de prise en charge des agressions sexuelles intra-couple dans un contexte de violences conjugales chroniques. La société française responsabilise encore beaucoup la victime des violences et en particulier des agressions sexuelles. L'information pourra paraître moins grave au soignant s'il s'agit d'agressions sexuelles intra-couple, ce d'autant dans un contexte de violences chroniques. La société française pousse encore à la responsabilisation de la victime par non compréhension des mécanismes psychiques et du syndrome de victimisation chronique et de dépendance.

Une façon de dépasser ces biais de réflexion et de les prendre en compte dans la décision clinique. Échanger sur ces situations permet de communiquer et de libérer sa pratique de ces biais ainsi repérés. C'est le principe de formation des groupes Balint.

4.3.3 Prise en charge des agresseurs

S'il semble opportun qu'un médecin spécialisé en gynécologie soit l'examineur privilégié d'une victime femme d'agression sexuelle, en l'absence d'UMJ et de médecin légiste disponible. L'examen de l'agresseur, majoritairement des hommes, paraît le cas échéant plus discutable. Cependant la mission de demander l'interpellation de l'agresseur, identifié par la victime, pour prélèvement revient au médecin examineur en urgence. Certains prélèvements en cas d'agresseurs connus doivent être systématiques : les sérologies en particulier. D'autres prélèvements seront à demander en fonction de l'évocation des faits par la victime: prélèvements sous les ongles si griffures, derrières les dents en cas de morsure... Ces cas sont donc plus complexes que le seul examen de la victime et doivent amener à une réflexion sur les conséquences de ces indices/preuves dans l'enquête. On arrive ici à une limite importante de l'examineur non spécialisé en médecine légale. Cependant cela ne doit pas remettre en cause la nécessité des prélèvements en urgence chez la victime à visée médico-légale par le médecin gynécologue non spécialisé en médecine légale en territoire dépourvue d'UMJ. En effet cet examen dans les centres concernés peut être réalisé par le médecin urologue ou urgentiste. Une coopération entre interspécialités paraît ainsi apporter une solution à cette limite. Rappelons ici

que l'existence, en zone dépourvue d'UMJ d'un professionnel spécialisé, permet une coordination dans la prise en charge globale de ces situations.

4.3.4 Éducation société, victimes, agresseurs, communication

Le numéro vert gratuit 3919 n'apparaissant pas sur la facture de téléphone doit être connu et promu par le médecin, en particulier le médecin gynécologue. Ce dernier permet une écoute active et à tout moment. Il permet une orientation vers les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement.

La communication au-delà du questionnement systématique en consultation peut passer par affichage. La sensibilisation par l'affichage dans les structures hospitalières a un véritable impact au long cours. Les campagnes gouvernementales et associatives sont accessibles par des supports audio-visuels divers. Toutefois la visualisation lors de consultation médicale, par exemple l'affichage en salle d'attente, intègre l'information comme nécessitant une prise en charge médicale.

L'orientation vers les associations locales ou dématérialisées doit être spontanée par le médecin gynécologue. Leur identification est simplifiée par le site gouvernemental <https://arretonslesviolences.gouv.fr/>. Ces dernières sont listées par département. Un contact avec les associations doit être favorisé par la remise en fin de consultation de cette liste à la victime.

De façon plus exceptionnelle des gynécologues ont également pris la parole afin de promouvoir la liberté de la femme. Citons Docteur Ghada Hatem-Gantzer auteure du livre *Aux pays du machisme ordinaire* et ses différentes interventions médiatisées. Elle intervient également dans les établissements scolaires pour parler aux jeunes. « La vraie prévention consisterait à détricoter les stéréotypes de genre" (108). Si elle n'est pas gynécologue, la psychiatre Docteur Murielle Salmona,(109), militante, fait évidemment figure d'exemple dans son combat pour la reconnaissance de la mémoire traumatique. La prise de conscience dans la société peut également passer par la communication des médecins. C'est un élément de la palette de diffusion de l'information qui se réalise du colloque singulier jusqu'à la prise de parole médiatisée. Émettons simplement un bémol à ce sujet concernant l'actualité récente de pandémie. En effet la multiplication des interventions, plus ou moins divergentes peut avoir un effet contraire et perdre en crédibilité.

La sensibilisation et la communication dans la société française passe par l'éducation des individus dès leur plus jeune âge, des enfants et en particulier des garçons. Denis Mukwege (110) parle d'éducation à la « masculinité positive » . Un changement de paradigme entre les hommes et les femmes doit promulguer l'égalité et le respect mutuel comme une évidence inflexible de notre société. Le gynécologue a sa place dans ce processus autant que médecin, que médiateur mais également comme individu, parent et éducateur.

5 Conclusion

Cette thèse s'inscrit dans une thématique fondamentale de notre société en pleine évolution. Les enjeux sont majeurs et devraient être dans les préoccupations des professionnels de santé.

Nous sommes dans une période inédite au XXI^e siècle, de pandémie du monde moderne. Les confinements successifs, avec finalité de protéger les populations, ont vu une hausse des violences conjugales et agressions sexuelles. Le lien entre les deux n'a pas pu être établi de façon formelle. Cependant cela remet en cause la croyance sociale de foyer protecteur.

Le nombre de viols et d'agressions sexuelles enregistrés chaque année par la police et la gendarmerie reste en augmentation depuis 40 ans. Néanmoins la société évolue. Les agressions ne sont plus perçues comme une honte pour la victime. L'agresseur est coupable de crime, et doit être puni d'emprisonnement. Des traitements médicaux TPE, immunoglobuline anti hépatite B, contraception d'urgence pour éviter les complications du viol sont accessibles. Les prélèvements à visée médico-légale sont développés afin de confondre les agresseurs en justice. L'objectif est de les empêcher de récidiver. Mais aussi de montrer que ce crime ne reste pas impuni, afin d'éduquer.

Les soins apportés aux victimes en urgence, leur accueil est le premier contact qu'elles auront. L'examineur ainsi que l'ensemble du personnel en contact de ces victimes a une responsabilité. Celle de les accompagner au mieux et de les guider vers le long parcours de rétablissement qui suivra. Le travail présenté ici vise à y contribuer dans les zones géographiques dépourvues d'UMJ..

Ne laissons pas nos appréhensions d'humain, nous empêcher de soigner ces victimes. Si l'accueil par une équipe spécialisée et aguerrie est l'idéal, il n'est malheureusement disponible que sur la moitié du territoire français. De plus, le nombre croissant de consultations va nous amener à devoir développer nos compétences dans ce domaine. L'éducation de la société et de ses individus reste le premier rempart contre la violence. Le consentement doit être le prémice central d'une relation sexuelle. Le consentement peut être retiré à tout moment. Il n'y a pas de consentement absolu, ce dernier doit être réitéré. Le médecin a un rôle à jouer dans la diffusion de ce message.

Ouverture :

La prise en charge des victimes en urgence qui a ici été traitée n'est qu'une partie de la prise en charge de ces patient.e.s. En effet le suivi est ensuite à organiser avec l'aide d'équipes formées

à cette prise en charge et d'associations pour accompagner au long cours. Ce que le docteur Denis Mukwege appelle une démarche « holistique » avec chirurgie, soutien psychologique, conseils juridiques, formation professionnelle, autonomisation, prise en charge des enfants... Le parcours de prise en charge des victimes de violences doit être simple et coordonné. L'exemple de La Maison des femmes, dont Docteur Ghada Hatem, gynécologue-obstétricienne, est fondatrice, fait référence en France pour les soins aux femmes victimes de violences.(28) Elle offre aux femmes qui poussent la porte de cette enceinte une prise en charge globale et un accompagnement adéquate. Ne pouvant malheureusement pas à ce jour prétendre à de telles structures de proximité dans chaque département, il convient de nous former à l'accueil et l'examen de ces patientes en urgence afin de pouvoir les écouter et prendre soin d'elles. Il convient également de tisser un réseau professionnel et associatif pour les rediriger et assurer la continuité de leur prise en charge.

La loi évolue en adéquation avec la possibilité de réaliser des prélèvements hors dépôt de plainte, prélèvements qui sont fondamentaux dans la perspective d'un dépôt de plainte ultérieur.

Le rôle de chaque intervenant soignant, en particulier le gynécologue est de savoir également dépister les patientes qui n'en ont jamais parlé et qui consultent pour un autre motif. Apprendre à poser la question, ouvrir cette discussion qui sera accueillie ou pas par la patiente. N'oublions pas que la majorité des victimes ne font pas de démarche dans les suites pour de nombreuses raisons. Une patiente sur 10 présenterait un ou des antécédents d'agression sexuelle. Prenons nos responsabilités de médecin dédié à la femme. Assumons ce rôle indispensable et transversal de dépistage, d'orientation et de suivi de ces patientes qui ont un jour été victimes d'agressions sexuelles. Elles gardent en elles une blessure profonde et cachée que nous pouvons aider à panser/penser.

6 Références

1. Cojean A. Nobel de la paix : Denis Mukwege, un médecin dévoué à la cause des femmes violées. *Le Monde* [Internet]. 5 oct 2018; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/prix-nobel/article/2018/10/05/docteur-mukwege-l-homme-qui-repare-les-femmes-et-prix-nobel-de-la-paix_5365135_1772031.html
2. Gouvernement. Violences sexuelles | Arrêtons les violences [Internet]. Site gouvernemental arrêtons les violences. [cité 18 févr 2021]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/violences-sexuelles>
3. Bajos N, Bozon M. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. :4.
5. LOI n° 2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes. Code pénal.
6. Article 7 du Code de procédure pénale.
7. LOI n° 2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste. 2021-478 avr 21, 2021.
8. Chariot P, Scius M, Lorin A-S, Belmenouar O, Tedlaouti M, Boraud C. Violences sexuelles : examen médical des victimes ayant déposé plainte en 2009 en Seine-Saint- Denis (France). Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/download>
9. Niort F, Delteil C, Capasso F, Torrents R, Leonetti G, Piercecchi-Marti M-D. Étude rétrospective épidémioclinique sur 10ans des victimes de viols reçues en consultation à l'Institut médico-légal de Marseille, CHU de Timone. *Analyse de 592 cas de victime de viol. La Revue de Médecine Légale*. 1 juin 2014;5(2):62-9.
10. HAS. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans. 2015.
11. Debout M, Fourquet J, Morin C. Viols et violences sexistes : un problème majeur de santé publique. *Fondation Jean-Jaurès*. :21.
12. Ministère de l'Intérieur. L'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS) [Internet]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS>
13. Ministère de l'Intérieur. Insécurité et délinquance en 2020 : bilan statistique [Internet]. 2021 avr [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Publications/Interstats-Analyse/Insecurite-et-delinquance-en-2020-une-premiere-photographie-Interstats-Analyse-N-32>
14. Nations unies. Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes | Nations Unies [Internet]. United Nations. United Nations; [cité 30 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/observances/ending-violence-against-women>
15. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, Ministère chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances. La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes N°16. nov 2020;34.
16. Bajos N, Bozon M, Prudhomme A. Les agressions sexuelles en France : résignation, réprobation, révolte [Internet]. *La Découverte*; 2008 [cité 26 août 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293-page-381.htm>
17. Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. janv 1999;50(1):62-8.
18. May-Chahal C, Herczog M. L'abus sexuel des enfants en Europe. Strasbourg: Editions du Conseil de l'Europe; 2003.
19. Whitaker DJ, Le B, Karl Hanson R, Baker CK, McMahon PM, Ryan G, et al. Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*. mai 2008;32(5):529-48.

20. Jaspard M, équipe Enveff. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Janvier 2001. (Numero 364):4.
21. Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Enquête sur la sexualité en France [Internet]. 2008^e éd. 603 p. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/coeditions/enquete-sur-la-sexualite-en-france/#tabs-2>
22. GUILLER A, WEILER N. Le viol, un crime presque ordinaire. Paris: Cherche Midi; 2011. 224 p.
23. Renard N. En finir avec la culture du viol. Les petits matins. Paris; 2018. 178 p.
24. Kantor J, Twohey M. Harvey Weinstein Paid Off Sexual Harassment Accusers for Decades. The New York Times. 5 oct 2017;
25. Alexander KL. Tarana Burke Biography. National Women's History Museum [Internet]. Disponible sur: <https://www.womenshistory.org/education-resources/biographies/tarana-burke>
26. Croquet P. #MeToo, du phénomène viral au mouvement social féminin du XXI^e siècle. Le Monde. 14 oct 2018;
27. Cantié V. Les dates-clé du mouvement #MeToo. 5 oct 2018; Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/societe/les-dates-cle-du-mouvement-metoo>
28. Laurence COHEN, Nicole DURANTON, M. Loïc HERVÉ, Mmes Françoise LABORDE, Noëlle RAUSCENT et Laurence ROSSIGNOL. Prévenir et combattre les violences faites aux femmes : un enjeu de société [Internet]. 2018 juin. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r17-564/r17-5643.html>
29. Pouillard J. Le médecin auxiliaire de la justice. Conseil national de l'Ordre des médecins. 2001.
30. Article 54 - Code de procédure pénale [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006575019
31. Article 55 - Code de procédure pénale [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006575021/2010-07-11
32. Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure.
33. Article 434-3 - Code pénal - [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289453?isSuggest=true
34. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), Ministère chargé de la justice. Viol commis sur une personne majeure [Internet]. 2021 [cité 9 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1526>
35. Cour de cassation, criminelle, Chambre criminelle, 17 février 2010, 09-87.570, Publié au bulletin [Internet]. Publié au bulletin. 2010 [cité 30 avr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000021971701?init=true&page=1&query=fijais&searchField=ALL&tab_selection=all
36. PJGN, Pôle judiciaire de la gendarmerie nationale. GendLab 2019 : La mallette MAEVAS. gendarmerie.interieur.gouv [Internet]. 2019; Disponible sur: <https://www.gendarmerie.interieur.gouv.fr/pjgn/innovation/les-journees-scientifiques-du-pjgn/gendlab-2019-la-mallette-maevas>
37. Service d'information et de relations publiques des armées. Aggressions sexuelles : la recherche et l'innovation au service de l'enquête. 1 juin 2021 [Internet]. 1 juin 2021 [cité 2 juin 2021]; Disponible sur: <https://www.gendinfo.fr/dossiers/criminalistique-le-futur-des-a-present/agressions-sexuelles-la-recherche-et-l-innovation-au-service-de-l-enquete>
38. Bulletin officiel du ministère de la justice. Circulaire du 28 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale. 2010 déc.
39. DIRECTIVE MINISTERIELLE RELATIVE AU SET AGRESSION SEXUELLE (S.A.S.). 2017 févr.
40. Branchu C, Vanackere S. La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de

- violences: éléments en vue d'une modélisation. Report No.: IGAS, Rapport N°2017-001R.
41. Salmona M. La mémoire traumatique : violences sexuelles et psycho-trauma. Les Cahiers de la Justice. 2018;N° 1(1):69-87.
 42. Ministère de l'Intérieur. Insécurité et délinquance en 2018 : bilan statistique [Internet]. 2019 01 [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Publications/Interstats-Analyse/Insecurite-et-delinquance-en-2020-une-premiere-photographie-Interstats-Analyse-N-32>
 43. Ministère de la Justice, Valentin COCUAU, Anaïs BRECHARD. Les condamnations [Internet]. [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/statistiques-10054/les-condamnations-32584.html>
 44. Le Goaziou V. Chapitre 3. La correctionnalisation des viols [Internet]. Paris: Presses de Sciences Po; 2019. (Académique). Disponible sur: <https://www.cairn.info/viol--9782724624007-p-75.htm>
 45. Durrieu Diebolt C. La correctionnalisation du viol : point de vue d'un avocat de victime. Village de la Justice [Internet]. 2 mars 2017 [cité 4 avr 2021]; Disponible sur: <https://www.village-justice.com/articles/correctionnalisation-viol-point-vue-avocat-victime-par-Carine-DURRIEU-DIEBOLT,24384.html>
 46. BOUSQUET D. Avis pour une juste condamnation sociétale et judiciaire du viol et autres agressions sexuelles - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. In 2016 [cité 30 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-de-genre/travaux-du-hce/article/avis-pour-une-juste-condamnation>
 47. Salmona M. Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. Enquête auprès des victimes. Mémoire traumatique et victimologie, UNICEF; 2015 mars.
 48. Dabi F, Dubrulle J-P, Jardon G. Sondage Ifop – Les jeunes, l'information et la prévention du sida : dégradation continue des connaissances, amplifiée par la crise de la Covid-19. [cité 4 avr 2021]; Disponible sur: <https://presse.sidaction.org/communiqu/208484/Sondage-Ifop-Les-jeunes-l-information-prevention-du-sida-degradation-continue-connaissances-amplifiee-par-crise-de-Covid-19>
 49. Freyens A, Monti M, Vignocan L, Mesthe P. Femmes victimes de violences sexuelles : attitudes attendues de la part de leur médecin. Sexologies. 1 oct 2019;28(4):183-90.
 50. Ministère des solidarités et de la santé. Mesures pour lutter contre les violences faites à nos enfants. [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_plan_violences_faites_aux_enfants.pdf
 51. Statista Research Department. Pornographie : âge du premier visionnage sur support TV France 2017. Statista [Internet]. 4 juill 2019 [cité 4 avr 2021]; Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/708435/visionnage-pornographique-age-premier-visionnage-tv-adolescents-francais/>
 52. Code pénal - Article R642-1. Code pénal.
 53. Code de déontologie médicale - Article 71. Code de déontologie médicale.
 54. Briex M. Une consultation ordinaire. Spirale. 5 nov 2013;N° 66(2):207-11.
 55. Pr Clotilde Rougé-Maillart. Référentiel Collège de Médecine légale, médecine du travail. Elsevier / Masson. 2019. 250 p. (Référentiels des Collèges).
 56. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Item 10: Violences sexuelles. In: Référentiel Collège de Gynécologie Obstétrique [Internet]. 4 édition. Elsevier Masson; 2018 [cité 26 août 2021]. (Référentiels des Collèges). Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/gynecologie-obstetrique-9782294754067.html>
 57. Médecins sans frontières. Prise en charge des victimes de violences sexuelles [Internet]. Médecins sans frontières. [cité 24 mai 2021]. Disponible sur:

- <https://www.msf.fr/decryptages/prise-en-charge-des-victimes-de-violences-sexuelles>
58. Louati Y. Violences gynécologiques et obstétricales: le vécu des professionnels concernés [Internet]. CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN; 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02938708>
 59. Forest D. Recueil de données vidéo en situation didactique : quelques éléments méthodologiques et techniques. *Recherches en didactiques*. 2013;N° 16(2):101-19.
 60. Beauthier J-P, Mangin P, Hédouin V. *Traité de médecine légale*. Bruxelles: De Boeck; 2011.
 61. Beauthier J-P. *A la découverte de la médecine légale paroles de médecins*. Bruxelles: Larcier; 2015.
 62. Marc B. *Profession médecin légiste: le quotidien d'un médecin des violences*. 2e éd. Paris: les Éd. Demos; 2011. (Criminologie et société).
 63. Barthes A, Ghaith A, Toulouse O, Vangeenderhuysen C, Marc B. *Atlas de médecine légale*. Paris: Demos; 2013.
 64. Baccino É. *Médecine légale clinique: médecine de la violence, prise en charge des victimes et des agresseurs*. Paris: Elsevier Masson; 2015.
 65. Campana J-P, Fornes P. *Principes de médecine légale*. 2e éd. entièrement revue et mise à jour. Rueil-Malmaison: Arnette; 2010.
 66. Baccino É. *Manuel d'expertises médicales*. Montpellier: Sauramps médical; 2019.
 67. COQUOZ R, HICKS T. *Preuve par l'ADN: la génétique au service de la justice*. 3e éd. revue et augmentée. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes; 2013. (Collection Sciences forensiques).
 68. Dr Frank QUESTEL. *Certificat médical descriptif d'une victime de violence (...) - Médecine d'urgence - Urgences médicales* [Internet]. Disponible sur: <https://urgences-serveur.fr/certificat-medical-descriptif-d,1124.html>
 69. Alquier M, Munck S, Winchenne A. *Élaboration et mise en place d'un protocole de prise en charge pluridisciplinaire de victimes d'agression sexuelle à Mayotte*. BDB_JO_101578024. 1 déc 2017;(138):446-7.
 70. Pierre F. *Prise en charge d'une femme victime d'agression sexuelle*. 2005;7.
 71. Bargibant M, de Vrieze J, König C, Heine A. *Protocoles de prise en charge des victimes de violences sexuelles à destination des professionnels de la santé et de la justice*. In p. 35.
 72. *Médecine Sorbonne université. Prise en charge des victimes d'abus sexuel* [Internet]. Disponible sur: *Certificat médical descriptif d'une victime de violence*
 73. Clifton EG. *Examen médical d'une victime d'un viol*. In: *Le manuel MSD*. 2020.
 74. Abriat F, Benali L, Gromb S. *Examen de l'hymen chez les mineures dans un contexte d'agression sexuelle*. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. févr 2012;40(2):129-33.
 75. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. *Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH*. 2017;32.
 76. Brun J-L, Castan B, de Barbeyrac B, Cazanave C, Charvériat A, Faure K, et al. *Les infections génitales hautes. Mise à jour des recommandations pour la pratique clinique*. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. mai 2019;47(5):398-403.
 77. A. AGOSTINI, D. HASSOUN, N. HAMD AOUI. *Recommandations pour la pratique clinique Contraception*. 2018;
 78. UNODC Office des Nations unies contre les drogues et le crime. *Lignes directrices sur l'analyse criminalistique des drogues facilitant l'agression sexuelle et d'autres actes criminels*. :62.
 79. HAS *Recommandations de Bonne pratique. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences - Recommandations*. 2011;32.
 80. Chariot P, Dedouit F, Rey-Salmon C, Bourokba N, Rougé-Maillart C, Tournel G.

Examen médical des personnes victimes de violence : fréquence des facteurs aggravants au sens du Code pénal, hétérogénéité des pratiques. *La Presse Médicale*. nov 2012;41(11):e553-8.

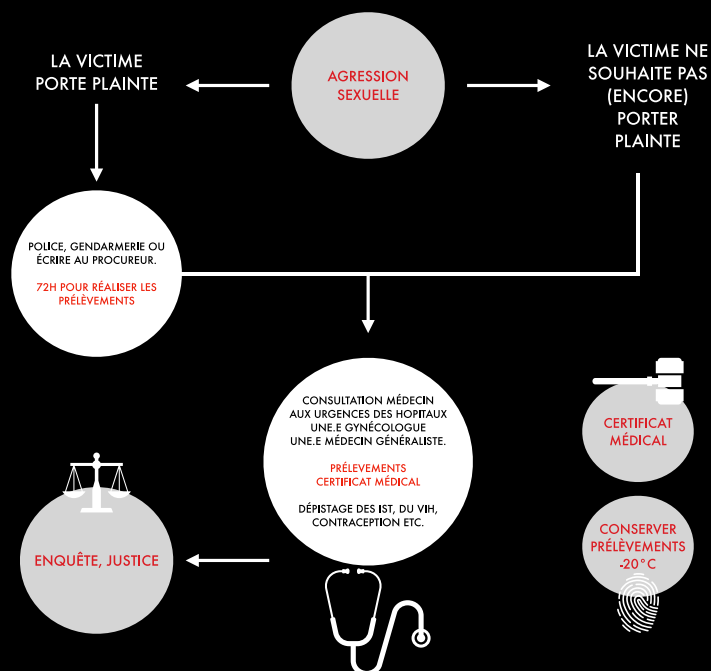
81. Légifrance - Le service public de la diffusion du droit [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
82. Sainte-Marie F, Saquet D, Claessens Y-E. ITT : incapacité temporaire de travail, *Médecine d'urgence*.
83. Fossard O, Lahya S. Le psychotrauma complexe : diagnostic et prise en charge. *Rhizome*. 2018;N° 69-70(3):12-12.
84. Ducrocq F, Vaiva G, Cottencin O, Molenda S, Bailly D. Etat de stress post-traumatique, dépression post-traumatique et épisode dépressif majeur: la littérature. *Encephale*. avr 2001;27(2):159-68.
85. Michaut C, Durand J-P, Dupriez T, Dujardin V. Agressions sexuelles en milieu hospitalier : Proposition d'un protocole de prise en charge des victimes. *Perspectives psychiatriques*. 22 oct 2004;43(4):318-26.
86. Larousse É. Dictionnaire de français Larousse.
87. Menahem G. Les rapports domestiques entre femmes et hommes s'enracinent dans le passé familial des conjoints. *Population*. 1989;Vol. 44(3):515-30.
88. C.R.E.D.O.C Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie. Conditions de vie et aspirations des Français 1978-1981 Situations et perceptions relatives aux conditions de vie et à la qualité de la vie des Français. *Revue consommation*. 1981;
89. HAS. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. 2011.
90. Janeiro Janeiro O. Dépistage systématique, en médecine générale, des violences conjugales faites aux femmes - Aix-Marseille Université [Internet]. Aix-Marseille Université - Faculté de médecine; 2020. Disponible sur: <https://archivesic.ccsd.cnrs.fr/MEM-UNIV-AMU/dumas-02615334v1>
91. Forte M, Przygodzki-Lionet N, Masclat G. De la victimation aiguë à la victimation chronique: approche socio-cognitive d'un seuil de tolérance différentiel. *L'Encéphale*. juin 2006;32(3):356-68.
92. Jaspard M, Brown E, Lhomond B, Saurel-Cubizolles M-J. Reproduction ou résilience : les situations vécues dans l'enfance ont-elles une incidence sur les violences subies par les femmes à l'âge adulte ? *Revue française des affaires sociales*. 2003;(3):157-90.
93. Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec AGIDD-S. Lutter contre la victimisation secondaire : une question de droits.
94. Barret L. Victimisation secondaire : quelle prévention ? [Internet]. *Champ social*; 2004. Disponible sur: <https://www.cairn.info/victime-agresseur-tome-quatre--2913376398-page-73.html>
95. Tarquinio C, Brennstuhl MJ, Reichenbach S, Rydberg JA, Tarquinio P. Prise en charge précoce de victimes de viols et présentation d'un protocole d'urgence de thérapie EMDR. *Sexologies*. juill 2012;21(3):147-56.
96. Lopez G. Traiter les psychotraumatismes. Dunod; 2020. 333 p.
97. Macron E. Discours Président les Assises de la santé mentale et de la psychiatrie les 28 septembre 2021 [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2021/09/28/des-consultations-de-psychologues-remboursees-pour-tous-des-2022>
98. Annick Billon. Possibilité de réaliser des prélèvements au sein des unités médico-judiciaires sans dépôt de plainte préalable - Sénat [Internet]. Sect. Question écrite n° 07809 nov 22, 2018. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2018/qSEQ181107809.html>

99. Olivier JARDÉ. Le signalement de violences conjugales aux urgences du CHU d'Amiens ou pré-plainte. À propos de 12 cas [Internet]. Service de médecine légale et sociale, UMJ, CHU Amiens Picardie,; 2021. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=Fm1_rC_e2r0
100. Costagliola R, Telmon N, Campana J-P. La déposition du médecin légiste aux assises : conduite à tenir et valeur didactique. *La Revue de Médecine Légale*. déc 2017;8(4):133-4.
101. Ministères des solidarités et de la santé. EFFECTIFS DES MÉDECINS par spécialité, mode d'exercice, sexe et tranche d'âge [Internet]. [cité 21 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>
102. Morival RJ. Les médecins légistes en France : un groupe professionnel segmenté entre expertise judiciaire et spécialité médicale. *Deviance et Societe*. 15 sept 2017;Vol. 41(3):387-413.
103. Article 309. Code de procédure pénale.
104. Perona O. Le consentement sexuel saisi par les institutions pénales : Policiers, médecins légistes et procureurs face aux violences sexuelles [Internet] [These de doctorat]. Université Paris-Saclay (ComUE); 2017. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2017SACLV066>
105. Bénézech M, Chaignon P, Brunel-Dupin M-L, Mazert M, Vuidard E, Le Maoût S, et al. PRACTIS : protocole d'analyse comportementale des infractions sexuelles extrafamiliales. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. juin 2010;168(5):360-6.
106. Guiguet-Auclair C, Boyer B, Djabour K, Ninert M, Verneret-Bord E, Vendittelli F, et al. Validation of the French Women Abuse Screening Tool to routinely identify intimate partner violence. *Eur J Public Health*. 21 août 2021;ckab115.
107. Even G. Les groupes Balint et leur spécificité : point de vue. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. 9 juill 2008;n° 50(1):149-60.
108. Ghada Hatem, la gynécologue au secours des femmes [Internet]. Franceinfo. 2019. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/societe/violences-faites-aux-femmes/ghada-hatem-la-gynecologue-au-secours-des-femmes_3527205.html
109. SALMONA M. Les conséquences psychotraumatiques des violences : la sidération, la dissociation, la mémoire traumatique [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.dailymotion.com/video/x6xi2pf>
110. Mukwege D. La force des femmes [Internet]. Disponible sur: <http://www.gallimard.fr/Catalogue/GALLIMARD/Hors-serie-Connaissance/La-force-des-femmes#>
-



RÉFÉRENTIEL VIDÉO
EXAMEN DES VICTIMES
D'AGRESSIONS SEXUELLES
EN URGENCE

1. Accueil



2. Interrogatoire

- Médical
- Évocation des faits

Interrogatoire

- Qui ?
- Ou ?
- Quand ?
- Comment ?

3. Examen clinique

- Préparer l'examen: organisation
- Observation
- Photographies

4. Examens complémentaires

- À visée judiciaire
- À visée de soins

5. Prise en charge médico-psycho-sociale

- Médicale
- Psychologique
- Sociale

6. Points essentiels

- **Urgence** médicale et judiciaire
- Original du **certificat** remis à la victime et double conservé
- Prise en charge **globale et pluridisciplinaire** : psychologique, médico-légale et sociale
- **Rigueur** de l'examen initial fondamentale dans le cadre médico-judiciaire
- PAS de secret professionnel médical lors d'agression sur MINEUR
- Rechercher MST par prélèvements et suivi sérologique.
- Prévention grossesse et MST.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les Hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé

TITRE : Création d'un set avec référentiel vidéo de prise en charge en urgences des victimes d'agressions sexuelles, à destination du gynécologue hospitalier, non spécialisé en médecine légale, dans les zones dépourvues d'Unité de Médecine Légale pour les victimes femmes.

INTRODUCTION : En France 24600 plaintes pour viols et tentatives de viols ont été enregistrées en 2020. L'agression sexuelle est une urgence médico-légale dans les 7 premiers jours. Seules 30% des victimes de viol ou tentative de viol ont été suivies médicalement à cet effet. La prise en charge médicale précoce se devra de prélever et conserver les preuves. L'objectif est d'améliorer la prise en charge en urgence des victimes d'agressions sexuelles, dans les zones dépourvues d'Unité de Médecine Légale, par les gynécologues non spécialisés en médecine légale.

METHODES ET MOYENS : Réalisation d'une revue de la littérature, les relevés épidémiologiques, le référentiel CNGOF de 2016, les ouvrages de référence en médecine légale, les recommandations de groupe d'experts en infectiologie, les lignes directrices sur l'analyse criminalistique des drogues facilitant l'agression sexuelles et du code pénal.

RESULTATS : Un set de prise en charge en urgences des victimes femmes d'agressions sexuelles, à destination du gynécologue non spécialisé en médecine légale, dans les zones dépourvues d'UMJ constitué d'un référentiel vidéo explicatif de l'examen et de ses spécificités présentant les documents ressources, un document ressource et des formulaires de synthèse.

CONCLUSION : L'amélioration de la prise en charge en urgence des victimes femmes d'agression sexuelle s'inscrit dans une prise en charge globale. La prise en charge précoce diminue le risque de complications et augmente les chances d'apport de preuves issues de l'examen. Elle améliore l'efficacité des traitements post-exposition. Ce set sera proposé aux gynécologues non spécialisés en médecine légale, exerçant en structures et réalisant des activités de gardes dans les territoires français dépourvus d'UMJ. La prise en charge doit être holistique et menée avec des équipes spécialisées, dans des structures dédiées. Cependant dans l'attente du développement de ces structures en particulier dans les territoires français dépourvus d'UMJ, le gynécologue hospitalier doit pouvoir être le premier intervenant en urgence de cette prise en charge pour les femmes victimes d'agression sexuelle.

INTRODUCTION L'agression sexuelle est une urgence médico-légale dans les 7 premiers jours. En France 24600 plaintes pour viols et tentatives de viols ont été enregistrées en 2020. Seules 30% des victimes de viol ou tentative de viol ont été suivies médicalement à cet effet. La prise en charge médicale précoce se devra de prélever et conserver les preuves. L'objectif est d'améliorer la prise en charge en urgence des victimes d'agressions sexuelles, dans les zones dépourvues d'UMJ par les gynécologues non spécialisés en médecine légale.

METHODES : Réalisation d'une revue de la littérature, les relevés épidémiologiques, le référentiel CNGOF de 2016, les ouvrages de référence en médecine légale, les recommandations de groupe d'experts en infectiologie, les lignes directrices sur l'analyse criminalistique des drogues facilitant l'agression sexuelles et du code pénal.

RESULTATS : Un set de prise en charge en urgences des victimes femmes d'agressions sexuelles, proposé aux gynécologues non spécialisé en médecine légale, dans les zones dépourvues d'UMJ constitué d'un référentiel vidéo, un document ressource et des formulaires de synthèse.

CONCLUSION : La prise en charge précoce diminue le risque de complications, améliore l'efficacité des traitements post-exposition et augmente les chances d'apport de preuves issues de l'examen. La prise en charge doit être holistique et menée avec des équipes spécialisées, dans des structures dédiées. Cependant dans l'attente du développement de ces structures dans les territoires français dépourvus d'UMJ, le gynécologue hospitalier doit pouvoir être le premier intervenant en urgence de cette prise en charge pour les femmes victimes d'agression sexuelle.

Abstract

TITLE: CREATION OF A SET WITH VIDEO REPOSITORY OF EMERGENCY CARE FOR VICTIMS OF SEXUAL ASSAULT, INTENDED FOR HOSPITAL GYNECOLOGISTS, NOT SPECIALIZED IN FORENSIC MEDICINE, IN AREAS WITHOUT A LEGAL MEDICINE UNIT FOR FEMALE VICTIMS.

INTRODUCTION: In 2020, 24,600 complaints of rape and attempted rape were registered in France. They have more than doubled since 2012. Only 17% of victims file a complaint. Less than 10% of attackers are convicted for lack of evidence. Half of the French territory does not have a Legal Medicine Unit. Sexual assault is a forensic emergency within the first 72 hours. Only 30% of victims of rape or attempted rape have been medically monitored for this purpose. Beyond the risks of STIs and unwanted pregnancy, the short and long term psychological consequences are devastating. Traumatic dissociation, astonishment limits the filing of complaints. However, this should not limit the medical care that will have to collect and keep the evidence. Early psychological care helps limit the sequelae and complications.

The objective is to improve emergency care for victims of sexual assault, in areas without a Forensic Medicine Unit, by gynecologists not specialized in forensic medicine.

METHODS: Carrying out of a review of the literature, epidemiological records, the 2016 CNGOF repository, reference works in forensic medicine, recommendations from a group of experts in infectious diseases, guidelines on the forensic analysis of drugs facilitating sexual assault and the penal code.

RESULTS: A set of emergency care for female victims of sexual assault, intended for the gynecologist not specialized in forensic medicine, in areas without UMJ consisting of a video reference system explaining the examination and its specificities presenting the resource documents, a resource document to help the realization of the examination report guiding the interrogation as well as the physical and complementary examinations and summary forms of the examination, samples, therapies, equipment.

CONCLUSION: Improving emergency care for female victims of sexual assault is part of comprehensive care. Early management decreases the risk of complications and increases the chances of providing evidence from the test. It improves the effectiveness of post-exposure treatments. This set will be offered to gynecologists not specialized in forensic medicine, working in structures and carrying out guard activities in French territories without UMJ. The care must be holistic and carried out with specialized teams, in dedicated structures. However, while waiting for the development of these structures, particularly in French territories without UMJ, the hospital gynecologist must be able to be the first emergency responder to this care for women victims of sexual assault.

INTRODUCTION Sexual assault is a medico-legal emergency within the first 7 days. In France, 24,600 complaints of rape and attempted rape were registered in 2020. Only 30% of victims of rape or attempted rape have been medically monitored for this purpose. The early medical care will have to collect and preserve the evidence. The objective is to improve emergency care for victims of sexual assault, in areas lacking UMJ by gynecologists who do not specialize in forensic medicine.

METHODS: Carrying out a review of the literature, epidemiological records, the 2016 CNGOF repository, reference works in forensic medicine, recommendations from a group of experts in infectious diseases, guidelines on forensic analysis of drugs facilitating sexual assault and the penal code.

RESULTS: A set of emergency care for female victims of sexual assault, offered to gynecologists not specialized in forensic medicine, in areas lacking UMJ, consisting of a video repository, a resource document and summary forms.

CONCLUSION: Early management decreases the risk of complications, improves the effectiveness of post-exposure treatments and increases the chances of providing evidence from the examination. The care must be holistic and carried out with specialized teams, in dedicated structures. However, pending the development of these structures in French territories without UMJ, the hospital gynecologist must be able to be the first emergency responder to this care for women victims of sexual assault.