

# LE PRATICIEN FACE AUX VIOLENCES SEXUELLES

Document réalisé en 2000 et validé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, la Chancellerie, le Ministère de l'Intérieur et le Ministère de la Défense.

## Avant-propos

*"Ce qui n'est pas exprimé  
reste dans le coeur  
et peut le faire éclater".  
W. Shakespeare*

Tout médecin, quel que soit son mode d'exercice, peut être appelé à accueillir une personne victime de violences sexuelles. Son rôle est essentiel pour prendre en charge physiquement et psychologiquement cette personne, l'informer et l'orienter le cas échéant.

Le médecin est bien souvent la première personne à qui la victime pourra se confier : après une telle négation de son identité, reconnaître sa parole, c'est reconnaître son existence, c'est déjà participer au soin.

Il convient en effet de rompre la loi du silence qui a trop souvent entouré les violences sexuelles, agressions longtemps subies comme une fatalité.

Que la personne victime soit une femme, un homme ou un enfant, un protocole de prise en charge adaptée doit être appliqué, chaque étape comportant des enjeux déterminants : l'accueil, l'examen clinique et les prélèvements, le traitement médical et son suivi, l'accompagnement psychologique immédiat et à plus long terme, l'information, les orientations.

Le fascicule "Le praticien face aux violences sexuelles", édité en 1987 par le Ministère chargé de la santé, a proposé ce type de protocole qui, sans multiplier les examens, présentait essentiellement les grandes étapes de la prise en charge médicale des victimes.

L'évolution des connaissances et de la pratique médicales ainsi que la reconnaissance du caractère fondamental de l'écoute et de l'accueil de la personne victime nous conduisent à vous proposer aujourd'hui ce nouveau guide.

Fruit de l'expérience d'un groupe de spécialistes que je tiens à remercier, ce guide constitue un outil technique de référence qui, dans sa démarche empathique, permettra la reconstruction de l'identité de la personne victime de ces violences.

Dominique GILLOT

## **PARTIE 1**

### **L'accueil**

#### **■ 1 DIVERSITÉ DES SITUATIONS D'ACCUEIL**

**■ LA VICTIME EST UN ENFANT**

**■ LA VICTIME EST UN ADULTE**

#### **■ 2 ENJEU DES PREMIÈRES MINUTES**

**■ ÉCOUTER LA VICTIME**

**■ INFORMER LA VICTIME**

**■ CAS DE L'ENFANT**

#### **■ 3 CONDITIONS DE L'ACCUEIL**

#### **■ 4 APPRÉCIER L'URGENCE MÉDICALE OU JUDICIAIRE**

#### **■ 5 QUALITÉ DE L'ENTRETIEN**

**■ LA VICTIME EST UN ENFANT**

**■ LA VICTIME EST UN ADULTE**

#### **■ 6 CAS PARTICULIERS**

**■ L'ENFANT QUI NE PARLE PAS**

**■ L'ADOLESCENTE DE 15 À 18 ANS**

**■ LE VIOL ENTRE ÉPOUX**

**■ LE VIOL D'ADULTES HANDICAPÉS**

**■ LES AGRESSIONS SEXUELLES CHEZ L'HOMME**

**■ LE VIOL EN RÉUNION**

**■ LES JEUX SEXUELS ENTRE ENFANTS**

## **PARTIE 2**

### **L'examen médical**

#### **LA VICTIME EST UN ENFANT**

##### **■ 1. ÉVALUATION DE LA SITUATION**

###### **■ L'ANAMNÈSE DES FAITS**

###### **■ LES ANTÉCÉDENTS DE LA VICTIME**

###### **■ L'ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE**

###### **■ LES PLAINTES DE LA VICTIME**

###### **■ LES SYMPTÔMES ÉVOCATEURS CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT**

##### **■ 2. EXAMEN CLINIQUE**

###### **■ LES EXAMENS COMMUNS À LA FEMME, L'HOMME ET L'ENFANT**

###### **■ L'EXAMEN DE LA FEMME**

###### **■ L'EXAMEN DE L'HOMME ET DU GARÇON**

###### **■ L'EXAMEN DE LA PETITE FILLE**

##### **■ 3. PRÉLÈVEMENTS À RÉALISER**

###### **■ PRÉLÈVEMENTS MÉDICO-LÉGAUX EN CAS D'AGRESSION RÉCENTE**

###### **■ RECHERCHE DE SPERMATOZOÏDES**

###### **■ PRÉLÈVEMENTS EN VUE D'ANALYSES GÉNÉTIQUES**

###### **■ RECHERCHE D'UNE ÉVENTUELLE GROSSESSE**

###### **■ RECHERCHE DE MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**

###### **■ BILAN PRÉ-THÉRAPEUTIQUE**

###### **■ RECHERCHE DE TOXIQUES**

##### **■ 4 DÉTERMINATION DES PRÉJUDICES**

###### **■ LES PRÉJUDICES TEMPORAIRES**

###### **■ LES PRÉJUDICES PERMANENTS**

###### **■ MODÈLES DE CERTIFICATS MÉDICAUX ET MODÈLE DE SIGNALEMENT**

## **PARTIE 3**

### **Le traitement et le suivi**

#### **■ 1. LE TRAITEMENT MÉDICAL**

##### **■ TRAITEMENT CURATIF**

##### **■ TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE**

#### **■ 2. L'ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE IMMÉDIATE**

##### **■ LE PREMIER CONTACT**

##### **■ LA CLINIQUE**

##### **■ LES SOINS EN URGENCE**

#### **■ 3 LE SUIVI MÉDICAL ULTÉRIEUR**

##### **■ OBJECTIFS DE LA CONSULTATION MÉDICALE DE CONTRÔLE**

##### **■ ÉVALUER L'ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL**

##### **■ VÉRIFIER L'OBSERVANCE DES TRAITEMENTS PRESCRITS EN URGENCE**

##### **■ CONTRÔLER LA GUÉRISON DES LÉSIONS INITIALES**

##### **■ DÉPISTER UNE GROSSESSE DÉBUTANTE**

##### **■ DÉPISTER DES MST CONSÉCUTIVES À L'AGRESSION**

##### **■ PRESCRIRE LE BILAN BIOLOGIQUE ET SÉROLOGIQUE DE SURVEILLANCE**

##### **■ RASSURER LA VICTIME**

#### **■ 4 LE SUIVI PSYCHOLOGIQUE ULTÉRIEUR**

##### **■ FAUT-IL D'EMBLÉE FAIRE APPEL À UN SPÉCIALISTE ?**

##### **■ RISQUES ÉVOLUTIFS DES AGRESSIONS SEXUELLES INSUFFISAMMENT PRISES EN CHARGE**

##### **■ LES ÉLÉMENTS DE PRISE EN CHARGE DES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE**

##### **■ CONCLUSIONS**

#### **■ 5 LE SUIVI SOCIAL**

##### **■ DISPOSITIF DE PROTECTION DE L'ENFANCE MALTRAITÉE**

##### **■ MESURES DE PROTECTION**

## **PARTIE 4**

### **Rôle d'information et de conseil**

#### **■ 1 LE MÉDECIN ET LA JUSTICE**

##### **■ LE SECRET PROFESSIONNEL, L'OBLIGATION DE DÉNONCER ET PORTER SECOURS**

##### **■ LE DÉPT DE PLAINTE**

#### **■ 2 LE MÉDECIN ET LA PRÉVENTION**

#### **■ 3 LE MÉDECIN ET L'ORIENTATION**

##### **■ LISTE DES PLES DE RÉFÉRENCE RÉGIONAUX CHARGÉS DE L'ACCUEIL ET DE LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES**

##### **■ LES CENTRES D'INFORMATION ET DE SOINS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE ET LEURS COORDONNATEURS MÉDICAUX**

##### **■ Ont participé à la rédaction de ce guide**

## **PARTIE 1**

### **L'accueil**

#### **1 DIVERSITÉ DES SITUATIONS D'ACCUEIL**

Vous êtes médecin de famille, médecin généraliste inconnu de la famille, médecin d'un service d'urgence, pédiatre, gynécologue, médecin d'un service départemental de PMI, médecin scolaire, urgentiste, interne de garde...

Vous avez en face de vous un tout-petit, un enfant, un adolescent, fille ou garçon, une femme, un homme.

Vous êtes dans votre cabinet seul, en consultation de PMI avec votre équipe, ou dans une autre structure à la demande d'un partenaire, à l'école avec les enseignants, à l'hôpital (dans un centre hospitalier dépourvu de service de pédiatrie, aux urgences avec des collègues pédiatres proches, dans un CHRU, dans un pôle de référence régional pour l'accueil de personnes victimes de violences sexuelles...).

#### **LA VICTIME EST UN ENFANT**

L'enfant, quel que soit son âge est :

- ° seul.
- ° accompagné de ses deux parents, de l'un des deux, vous les connaissez, vous ne les avez jamais rencontrés...
- ° accompagné par le SAMU, les pompiers, la brigade de protection des mineurs, la police, la gendarmerie - avec ou sans réquisition - (voir encadré).
- ° accompagné par une infirmière, une assistante sociale (avec ou sans l'accord des parents, avec ou sans mesure judiciaire)...
- ° domicilié chez ses deux parents, ou chez l'un des deux ou chez un proche, en fugue, en internat, chez une assistante maternelle, en foyer.

Des abus sexuels, qui peuvent être des caresses, attouchements, pénétration génitale, fellation, sodomie :

- ° sont clairement révélés :
  - par l'enfant,
  - par une autre personne (en présence ou non de l'enfant).
- ° suggérés, avec plus ou moins de gêne et de sous-entendus.
- ° non évoqués par l'enfant mais suspectés par un tiers.

L'auteur présumé est nommé ou non, l'enfant vit avec l'auteur ou non.

Les faits sont récents ou anciens, uniques ou répétés.

Ils sont révélés pour la première fois ou ont déjà été révélés. Dans ce dernier cas le praticien se fera préciser les conditions de la révélation et les suites déjà données. Le praticien évaluera si l'enfant est soutenu par quelqu'un de la famille, un proche ou un professionnel. Il appréciera également si on croit l'enfant ou s'il est complètement seul avec son problème.

## **LA VICTIME EST UN ADULTE**

La personne peut se présenter seule ou accompagnée d'un proche informé ou non de la situation, d'un policier, gendarme ou pompier, ou être adressée par un confrère. La victime peut être visiblement en état de choc, prostrée. Elle peut aussi ne manifester aucun signe d'appel.

L'examen va être réalisé :

- sur réquisition après qu'elle a déposé plainte [voir encadré] :

° Les faits sont le plus souvent récents (délai de moins de 3 jours = urgence de l'examen médical).

° Parfois ils sont plus anciens, avec un délai plus ou moins long entre les faits et le dépôt de plainte.

- Sans réquisition :

° Les faits sont récents datant de moins de 3 jours, la victime ne veut ou n'ose pas porter plainte. La demande se présente comme médicale. Cependant, il faut réaliser l'examen et les prélèvements comme en cas de réquisition. En effet, le dépôt de plainte va peut-être suivre l'examen médical, la victime ayant été encouragée à le faire par cette prise en charge initiale. Il appartient au médecin d'avoir conservé les preuves qui sont « fugaces ».

Le médecin avec l'accord de la victime peut procéder lui-même au signalement judiciaire.

° Les faits sont plus anciens, la demande est médicale : la personne présente des symptômes physiques ou psychiques, elle souhaite être rassurée sur son état de santé somatique ou demande un soutien psychologique. La révélation tardive peut faire suite à une réactivation à l'occasion de l'agression d'un de ses enfants ou membres de la fratrie, rencontre avec l'agresseur...

° La demande est parfois plus confuse, dans le cas d'une patiente demandant un certificat ou un prélèvement vaginal à la recherche de spermatozoïdes pour porter plainte ultérieurement.

° Parfois encore le médecin se trouve face à une victime « muette », présentant des séquelles d'agressions sexuelles anciennes non révélées. Il doit alors oser par des questions aider le ou la patient(e) à parler de l'agression.

## **LA RÉQUISITION**

Acte par lequel une autorité judiciaire (procureur de la République ou juge d'instruction) fait procéder à un acte médico-légal qui ne peut être différé.

Tout médecin, sauf s'il est le médecin traitant de la personne à examiner peut être requis quel que soit son mode d'exercice ou sa spécialité.

Le médecin est tenu d'exécuter la réquisition dans le respect du secret professionnel.

Il doit cependant être capable d'expliquer aux autorités la nécessité d'orienter la victime vers une structure spécialisée pour une prise en charge plus adaptée et optimale d'emblée.

La réquisition est un document écrit comprenant toujours :

- l'identité et la fonction du requérant et de la personne requise.
- l'article du code fondant la demande (Code de procédure pénale).
- l'énoncé précis de la mission (exemple : procéder à un examen somatique et délivrer un certificat médical descriptif).
- la signature et la date.

## **2 ENJEU DES PREMIÈRES MINUTES**

### **ECOUTER LA VICTIME**

L'accueil est une urgence. La victime doit être reçue rapidement et dans le calme pour qu'elle puisse parler et être écoutée. La personne doit se sentir rassurée, en confiance afin de ne pas vivre sa prise en charge comme une nouvelle agression. Elle doit être reçue, de préférence, en tête à tête avec le médecin ou, à sa demande ou avec son consentement, en présence d'une tierce personne.

Le but de cet accueil est d'évaluer le degré d'urgence de l'examen et la nécessité ou non de transférer la personne vers un centre spécialisé.

La qualité de cet accueil est capitale pour la victime dans le sens d'une restauration ultérieure et pour les suites judiciaires.

### **INFORMER LA VICTIME**

Si la victime est adressée sur réquisition, il faut lui expliquer le but de la réquisition, son importance et ses obligations légales, puis résumer la mission qui est confiée au médecin.

Si la victime se présente spontanément, on doit lui donner, dès le stade de l'accueil, les informations nécessaires pour un éventuel dépôt de plainte, voire l'orienter vers une



structure spécialisée. Elle peut être aidée dans ses démarches par un proche, l'assistante sociale du secteur ou une association d'aide aux victimes.

**Toute victime doit être informée de ses droits. Idéalement, tout centre d'accueil de victimes de violences sexuelles devrait disposer d'une documentation informant les victimes de leurs droits.**

## **CAS DE L'ENFANT**

**Ne pas considérer l'enfant seulement dans sa situation d'enfant abusé : c'est avant tout un enfant.**

Même si l'agression sexuelle fait encore peur, et que sa simple évocation risque de paralyser les professionnels, cet enfant souffre.

Il a besoin avant tout de quelque chose que chacun peut lui apporter : de l'empathie et de la chaleur humaine plutôt que de la technicité. Pour l'aider, il est aussi nécessaire de bien connaître les professionnels vers lesquels l'orienter.

## **3 CONDITIONS DE L'ACCUEIL**

L'attente doit être la plus courte possible, dans un cadre respectant son intimité.

On utilise au mieux, une salle d'examen gynécologique adaptée avec un bon éclairage. Dans ce même lieu tous les gestes pourront être réalisés : entretien, examen médical, photos éventuellement, prélèvements bactériologiques et médico-légaux, soins, conseils et recommandations sur le suivi ultérieur...

Les conditions optimales permettent à la personne de se laver à l'issue de l'examen et de s'habiller de linge propre.

L'agression sexuelle a été vécue dans l'effroi, avec un fort sentiment d'impuissance, sans capacité de réagir sous peine de mettre sa vie en danger. Elle est ressentie ensuite comme une expérience impensable, intransmissible et irréparable. La plupart des personnes agressées se taisent, incapables d'en parler.

Aussi, il faut beaucoup de courage à la victime pour surmonter ses sentiments de terreur, de culpabilité, d'incompréhension, de honte et d'isolement et oser faire ses démarches de plainte ou de demande de soins.

L'accueil des victimes de violences sexuelles est primordial, car il permet de reconforter, de rassurer des victimes choquées, traumatisées, de les informer et de les préparer à la prise en charge médicale en facilitant l'acceptation et le bon déroulement de l'examen clinique, mais il permet également de préparer la victime aux éventuelles suites tant sur un plan judiciaire et médical que psychologique et social.

## **4 APPRÉCIER L'URGENCE MÉDICALE OU JUDICIAIRE**

Le simple entretien sur les circonstances de l'agression permet d'apprécier avec la victime l'urgence de la réalisation d'un examen médical.

***Si les faits sont récents, datant de moins de 3 jours : c'est une urgence médico-légale.***

° pour la constatation des lésions cliniques récentes avant cicatrisation.

*Dernière mise à jour : jeudi 5 décembre 2002 19:04:21 [Dr Jean-Michel Thurin](http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confagrsex/EPE/prat_violsex1.html)*

[http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confagrsex/EPE/prat\\_violsex1.html](http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confagrsex/EPE/prat_violsex1.html)

° pour les prélèvements médicaux (biologie, toxiques...) et médico-légaux (empreintes génétiques, recherche de spermatozoïdes...).

° pour la mise en route d'une contraception d'urgence.

° pour la mise en route d'un traitement prophylactique (traitement antirétroviral, antibiothérapie).

L'état de la victime peut nécessiter des soins avec une éventuelle hospitalisation de courte durée. Les conditions du transfert vers la structure de soins sont organisées selon la situation. Un avis est sollicité auprès du médecin référent des accidents d'exposition (Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98/338 du 9/04/98, relative aux recommandations de la mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition aux risques de transmission du VIH).

Il faudra conseiller de conserver les vêtements portés par la victime au moment de l'agression, bien insister pour que ni la victime ni ses vêtements ne soient lavés avant l'examen ; les vêtements devront être conservés dans du papier kraft. Les prélèvements corporels doivent être faits dans un délai maximum de 72 h après l'agression. L'absence de médecin compétent ou la nécessité de soins vitaux peuvent amener à différer l'examen.

### ***Si les faits sont plus anciens, datant de plus de 3 jours :***

Il appartient au médecin d'apprécier le degré d'urgence de la prise en charge médicale et psychologique de la victime. Cependant pour des faits datant de trois à huit jours, il est judicieux d'organiser rapidement l'examen sans trop le différer. Ceci permet éventuellement de constater des lésions en cours de cicatrisation, le délai de celle-ci étant habituellement de cinq à huit jours.

En cas d'impossibilité de réaliser un examen médico-légal dans des conditions de compétence et notamment de matériel suffisant, il est préférable d'orienter la personne vers un centre hospitalier général de proximité.

## **5 QUALITÉ DE L'ENTRETIEN**

### **LA VICTIME EST UN ENFANT**

#### ***1 L'enfant révèle des faits récents.***

Il a besoin d'être ÉCOUTÉ, pas interrogé. Le médecin n'est pas un enquêteur : que l'enfant évoque ou non des faits réellement vécus, s'il en parle c'est qu'il a besoin d'aide.

Il a besoin d'être RÉCONFORTÉ.

° L'agresseur est extérieur à la famille ; les parents ont aussi besoin d'aide et sont souvent trop choqués pour aider eux-mêmes leur enfant. Il faut chercher avec eux des relais.

° L'agresseur vit avec l'enfant ; celui-ci doit alors être PROTÉGÉ, le jour même s'il existe un risque de récurrence au domicile.

#### ***2 L'enfant révèle des faits anciens.***

Il a besoin d'être écouté au moment où il est prêt à parler. On peut le féliciter d'avoir réussi à le faire et l'encourager à parler.

### **3 L 'enfant est amené par un adulte de son entourage**

qui allègue des révélations que l'enfant, souvent petit, lui aurait faites, dans un contexte, le plus souvent de conflit familial. Cette situation est la plus difficile, une évaluation pluridisciplinaire ne permet pas toujours d'y voir plus clair. Là encore le médecin n'a pas pour mission de chercher la vérité.

Il doit veiller à apporter de l'aide à un enfant peut-être réellement agressé, toujours potentiellement en danger dans ce type de situation. Il peut aussi apporter son aide à un adulte toujours en difficulté. Le médecin doit pouvoir proposer à l'adulte de parler avec lui en dehors de la présence de l'enfant. Rapidement le médecin doit introduire d'autres intervenants pour ne pas se retrouver inefficace, voire utilisé, manipulé (ces situations prenant parfois l'aspect d'un syndrome de Münchhausen par procuration). Il doit proposer de parler à l'enfant seul.

Le médecin doit :

° SAVOIR que l'abus sexuel peut être un motif invoqué pour obtenir la garde de l'enfant en cas de séparation du couple parental. Le récit de l'enfant peut alors être « appris » ou « contaminé » par le parent revendicateur.

° SAVOIR AUSSI qu'un parent anxieux, inquiet, dans un contexte de séparation conflictuelle, sans possibilité de communication, peut en venir à interpréter des symptômes de l'enfant, témoins de sa propre souffrance (cauchemars, recherche de proximité corporelle, masturbation compulsive etc.) comme des indices d'un éventuel comportement incestueux.

Ces deux situations dans lesquelles l'enfant est toujours en danger, doivent impérativement faire l'objet d'une évaluation psychosociale approfondie.

### **Exemples de questions à poser non directives, ouvertes :**

« je voudrais comprendre pourquoi tu fais à nouveau pipi au lit. »

« J'ai l'impression que quelque chose ne va pas à la maison, que quelqu'un te fait souffrir. »

« Ce que je constate sur ton corps me fait penser que quelqu'un ne se conduit pas bien avec toi. »

« C'est peut-être difficile pour toi d'en parler parce qu'on t'a peut-être dit que c'était un secret. »

« Peut-être t'a-t-on dit que quelqu'un pourrait mourir si tu révélais ce secret. »

« C'est peut-être difficile aussi pour toi d'en parler parce que par moments tu aimes beaucoup cette personne et à d'autres moments tu la détestes. »

« C'est peut-être quelqu'un que tu aimes beaucoup et c'est pour cela que c'est difficile d'en parler. »

1. « L'enfant en danger » Editions Fleurus.

*Dernière mise à jour : jeudi 5 décembre 2002 19:04:21* [Dr Jean-Michel Thurin](#)

[http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confagrsex/EPE/prat\\_violsex1.html](http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confagrsex/EPE/prat_violsex1.html)

#### **4 Un professionnel**

évoque une agression sexuelle et requiert un avis médical : le médecin comme dans le cas précédent peut aider l'enfant. Rarement l'examen, mais on ne le sait pas d'avance, permettra de confirmer l'hypothèse. Le médecin doit inciter ce professionnel, s'il a été témoin ou confident direct de l'enfant, à adresser par écrit ce témoignage au procureur de la République.

#### **LA VICTIME EST UN ADULTE**

L'entretien permet de répertorier de la façon la plus précise possible les circonstances de l'agression de façon à guider l'examen clinique et les prélèvements. Il permet d'évaluer le retentissement somatique et psychique. Il doit donc être conduit avec méthode. Il faut se présenter, se nommer pour permettre à la victime de restaurer une relation humaine. Cet entretien doit être pratiqué avec patience et respect pour ne pas constituer une nouvelle agression.

#### **Ce qu'il ne faut pas faire**

- Parler d'interrogatoire, mais de consultation ou d'entretien.
- Dire « se faire violer » mais être violé ou agressé.
- Mettre en doute ou corriger la parole de la victime. L'écoute dubitative constitue une nouvelle agression morale. Croire ce que l'autre vous dit, c'est reconnaître son existence.
- Conseiller l'oubli.
- Chercher à dédramatiser et banaliser.

#### **Ce qu'il faut faire**

- Reconnaître que la victime a subi un traumatisme réel et ainsi lui laisser exprimer son effroi et son bouleversement.
- Aider la victime à reprendre confiance dans son propre jugement et lui rappeler qu'elle sait ce dont elle a besoin : sur quel ami ou proche peut-elle compter pour la soutenir ?
- Verbaliser la contrainte qu'elle a subie pour l'aider à comprendre ses réactions.
- Permettre à l'entourage de la victime d'exprimer pour son propre compte, sa souffrance, sa colère et son désarroi.  
La prise en charge de l'entourage permettra aussi de soulager la victime qui vit parfois douloureusement les effets de son agression sur ses proches.
- Rappeler la loi : possibilité pour la victime de porter plainte, de se faire aider dans ses démarches par une association d'aide aux victimes ou un avocat.

#### **6 CAS PARTICULIERS**

##### **L'ENFANT QUI NE PARLE PAS**

Si l'enfant ne parle pas, le médecin peut lui dire qu'il pourra parler plus tard, à lui même ou à une autre personne de confiance. Il lui exprime sans chercher à le faire parler qu'il

comprend que c'est très difficile de dire certaines choses, surtout si on a subi des pressions, des menaces. Sans donner de détails, il rappelle qu'il y a des choses que les adultes n'ont pas le droit de faire aux enfants. Il propose à l'enfant de le revoir.

Dans tous les cas, il convient de parler à l'enfant des autres personnes qui peuvent intervenir, de l'**ACCOMPAGNER** vers l'étape suivante soit physiquement, soit au moins par des explications suffisantes.

## **L'ADOLESCENTE DE 15 À 18 ANS**

Son accueil diffère peu par rapport à celui des femmes adultes. Il convient néanmoins d'individualiser cette catégorie de victimes qui ne peuvent plus être considérées comme des enfants au terme de la loi du 23 décembre 1980, puisque la révélation d'abus sexuels chez une mineure de plus de 15 ans ne permet pas de délier le médecin du secret. Comme pour les adultes, le médecin n'est délié de ce secret professionnel que lorsque l'adolescente donne son accord pour la dénonciation des faits dont elle a été victime.

Ces jeunes sont plus fragiles et plus vulnérables. Elles se trouvent dans une situation de détresse psychologique avec très souvent un sentiment de culpabilité. Elles ont souvent du mal à communiquer ce qui leur est arrivé, parce qu'elles n'osent utiliser ou qu'il leur manque les mots pour le dire. Un rôle important du médecin est alors d'accepter, sans les juger, l'imprécision et de traduire en termes cliniques simples des faits innommables pour elles. De plus, on relève fréquemment chez ces victimes la notion d'agression sous influence, qu'elle soit d'origine toxique (alcool, psychotropes, drogues) ou de domination (violences intra-familiales, personnes ayant autorité, enseignant).

## **LE VIOL ENTRE ÉPOUX**

La réalité des violences sexuelles intra-conjugales est restée longtemps occultée voire niée, alors que selon certaines enquêtes, près des deux tiers des victimes de violences conjugales subiraient aussi des violences sexuelles. La prise en charge est délicate, car très souvent le tableau clinique est difficile à individualiser avec des motifs de consultation et des plaintes sans rapport avec le viol. Parfois, le diagnostic peut être évoqué à partir d'un non-dit, une hésitation, un regard fuyant. Parfois, le mari accompagne sa femme à la consultation, il peut apparaître comme trop présent, trop prévenant, répondant à la place de son épouse.

L'accueil de ces victimes est fondamental. Le médecin traitant peut être amené à jouer un rôle clef. Il pourra soutenir la victime en lui disant qu'elle n'est pas seule, que personne n'a de droit sur elle ni sur son corps, qu'être mariée ne donne pas tous les droits à son mari. Il pourra lui indiquer et lui expliquer les voies de recours possibles.

## **LE VIOL D'ADULTES HANDICAPÉS**

Les abus sexuels peuvent être difficiles à évaluer et à diagnostiquer. La personne handicapée peut être la victime d'un individu qui, profitant de l'autorité qu'il exerce, abuse soit de sa crédulité soit de son incapacité à se défendre. L'agresseur est souvent un proche et alléguera volontiers que la victime était consentante. Dans ce genre de situations, il ne faut pas hésiter à adresser les victimes dans un centre d'accueil spécialisé où la prise en charge pourra se faire au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Rappelons cependant le rôle clef que peut jouer le médecin traitant dans ce type de situations. Il pourra, en effet, être conduit à poser le diagnostic d'agression sexuelle devant un faisceau d'arguments cliniques.

## LES AGRESSIONS SEXUELLES CHEZ L'HOMME

Moins fréquentes et surtout moins souvent révélées, les agressions sexuelles chez l'homme sont reconnues juridiquement. Le viol de l'homme est homosexuel ou hétérosexuel, une femme pouvant être auteur des faits.

L'accueil des victimes de sexe masculin répond aux mêmes objectifs que l'accueil des victimes de sexe féminin, c'est-à-dire : informer, préparer à l'examen clinique, programmer les examens complémentaires et proposer un accompagnement.

Quelques éléments sont particuliers aux agressions des victimes de sexe masculin :

***un diagnostic difficile à poser*** : très souvent la composante sexuelle n'est pas révélée d'emblée et le diagnostic est évoqué devant la constatation de blessures somatiques, parfois importantes, comme des hématomes, des fractures ou des luxations inexpliqués. Le dialogue et l'entretien préalable sont fondamentaux. Ils pourront conduire la victime à des révélations et l'aider à accepter l'examen clinique.

La prise en charge des victimes de sexe masculin nécessite, elle aussi, une structure spécialisée pluridisciplinaire : consultation médico-judiciaire, service de chirurgie générale, urologie ou gastro-entérologie, voire service des urgences chirurgicales, consultation à visée psychothérapique.

## LE VIOL EN RÉUNION

Ce type d'agression est très souvent le résultat d'un acte collectif (dit "en réunion") dans des milieux homosexuels et hétérosexuels où la victime, parfois désinhibée par l'alcool ou par la drogue, a pu être attirée par l'un des participants, ceci entraînant un intense sentiment de honte et de culpabilité rendant les révélations difficiles.

## LES JEUX SEXUELS ENTRE ENFANTS

Certains parents, certains enseignants dénoncent des activités à caractère sexuel qu'ils ont surprises ou dont ils ont eu connaissance entre jeunes enfants.

La curiosité sexuelle et les jeux sexuels existent entre enfants du même sexe, de sexe opposé et de la même classe d'âge. Ce qui les caractérise, c'est l'absence de violence physique, de menace, d'intimidation, de peur, de chantage, de coercition. Il s'agit vraiment d'un jeu, sans caractère envahissant, ni compulsif, susceptible de s'arrêter si un adulte y met un terme.

Quand ces conditions n'existent pas, quand des enfants, même d'un âge similaire, s'adonnent de façon répétitive à des activités de voyeurisme, d'exhibitionnisme, de masturbation, de tentative de pénétration des orifices sexuels ou anaux, à des contacts oro-génitaux, de façon envahissante et non contrôlable, il ne s'agit plus de jeux sexuels. **Dans ce cas il faut considérer l'agresseur comme probablement lui-même victime d'agressions antérieures ou vivant dans un climat de pornographie et demander une évaluation pluridisciplinaire.**

## **PARTIE 2**

### **L'examen médical**

**Aucun examen ne doit être pratiqué sans l'accord préalable de la victime**, d'où l'importance de l'accueil et des explications qui lui sont fournies.

Il faut préparer la victime à l'examen médical en lui expliquant son déroulement et son importance.

La qualité de l'accueil et de l'entretien permet de la préparer à l'examen médical.

### **LA VICTIME EST UN ENFANT**

L'enfant doit être considéré dans sa globalité, il ne doit pas être réduit à ses organes génitaux : trop souvent encore un examen des seuls organes génitaux est pratiqué. Outre le fait qu'en l'absence de lésion visible, cas le plus souvent rencontré, certains concluent hâtivement à l'absence d'abus sexuel, d'autres, de façon tout aussi erronée à l'absence de gravité. Polariser l'attention sur la zone génitale risque de fixer l'enfant dans son statut « d'abusé sexuel » alors qu'il faut l'aider à redevenir un enfant.

L'examen ne doit être pratiqué que lorsque l'enfant est en confiance et qu'il est prêt à l'accepter. De préférence, l'enfant sera examiné seul.

L'examen ne doit pas être traumatisant, ni aggraver la souffrance de l'enfant. Il peut au contraire être réparateur : le médecin, en parlant, peut montrer qu'il s'intéresse à l'enfant et l'amener de nouveau à investir, protéger et soigner son corps.

L'examen est indispensable, mais il n'est que très rarement urgent.

Il ne doit être pratiqué que par un médecin compétent et qui se sent capable de le faire.

### **Tout ceci doit être expliqué à l'enfant [2]**

L'examen clinique initial des victimes de violences sexuelles (de sexe féminin ou masculin) est fondamental et ce d'autant qu'il survient précocement après les faits. Le rôle du médecin n'est pas de prouver que les révélations sont fondées ou non, que le viol a eu lieu ou non.

Il doit :

- ° dépister et traiter les traumatismes physiques et psychiques.
- ° prévenir et traiter les maladies sexuellement transmissibles.
- ° prévenir une grossesse.
- ° colliger les données de l'anamnèse et de l'examen au sein d'un dossier et d'un certificat médical initial exhaustif.

### **1. Eacute;VALUATION DE LA SITUATION**

L'examen de la victime va se dérouler en plusieurs étapes, auxquelles la victime aura été préalablement préparée :

## **L'ANAMNÈSE DES FAITS**

Elle est fondamentale car c'est elle qui va permettre d'orienter l'examen clinique, ainsi que les prélèvements ultérieurs. Des questions primordiales doivent ainsi trouver des réponses :

- ° La date, l'heure et le lieu des faits, le nombre d'agresseurs (actifs ou non), leur sexe et l'éventuel lien de parenté avec la victime.
- ° Les circonstances de l'agression avec recherche de coups et blessures associés (strangulation, coups de poings/pieds, objet contondant, arme blanche, arme à feu), de violences verbales (insultes, chantage, pressions psychologiques), d'une possible séquestration, tentative de résistance...
- ° Les événements associés : une perte de connaissance, une chute au sol, une prise de toxiques (alcool, drogues, médicaments...).
- ° Le déroulement de l'agression : l'existence ou non d'attouchements sexuels réalisés ou subis (oraux, vaginaux, anaux, organes génitaux externes), la notion de pénétrations sexuelles (orales, vaginales, anales) avec ou sans l'utilisation de corps étrangers, l'existence ou non d'éjaculations, leur nombre, le site. Il convient de faire préciser également si l'auteur portait ou non un préservatif.
- ° Le comportement après l'agression : il faut savoir notamment si, après les faits, la victime a effectué ou non une toilette intime, si elle a changé de vêtements, ce qui va pouvoir influencer la recherche de spermatozoïdes. Il est important de savoir si depuis l'agression, la victime a pris des médicaments ou bu de l'alcool.

## **LES ANTÉCÉDENTS DE LA VICTIME**

Ils sont recherchés sur le plan médical, chirurgical et gynécologique. Il faut préciser s'il existait des rapports sexuels antérieurs aux faits, la date des derniers rapports librement consentis, avec le partenaire habituel ou non, la date des dernières règles, quelle est la contraception utilisée. Également, si la victime de sexe féminin utilise habituellement des tampons hygiéniques.

## **L'ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE**

Elle concerne les antécédents psychiatriques, la notion de traitements psychotropes, la présentation de la victime (faciès triste, ralentissement psychomoteur), l'existence de signes de stress post-traumatique récent (réactions de sursaut, anxiété, labilité thymique, obnubilation, anesthésie affective), ou secondaires (troubles du sommeil avec cauchemars, troubles des conduites alimentaires, anxiété, troubles de la thymie, troubles somatoformes, conduites phobiques, rituels obsessionnels), l'existence de conduites délirantes, de confusion ou perplexité, de conduites addictives. Le comportement de la victime sera également rapporté : agressivité verbale, repli sur soi, mutisme, inhibition, confusion, auto-accusation, calme anormal.

Il est important de décrire la présentation de la victime et son état psychologique au moment de l'examen.

## **LES PLAINTES DE LA VICTIME**

On recherche les plaintes au cours et au décours de l'agression (douleurs abdominales, vaginales, anales, saignements, brûlures mictionnelles...).



Une agression sexuelle peut être évoquée devant un faisceau d'arguments :

- Troubles somatiques chroniques : céphalées, insomnies, douleurs digestives, pulmonaires ou dorsales.
- Troubles psychologiques : sentiment de dévalorisation, dépression, anxiété, abus d'alcool ou de psychotropes, voire tentative de suicide.
- Troubles gynécologiques : métrorragies, douleurs pelviennes, leucorrhées, troubles sexuels avec perte de la libido, frigidité, dyspareunie.

## **LES SYMPTÔMES ÉVOCATEURS CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT**

Certains symptômes attirent l'attention sur la sphère génitale :

- ° les lésions traumatiques des organes génitaux : plaies, ecchymoses, rupture du frein de la verge, fissurations anales, anus béant.
- ° les maladies sexuellement transmissibles : condylomes vénériens, écoulement gonococcique et autres.
- ° la survenue d'une grossesse chez une adolescente (la question de l'abus sexuel doit être posée, plus encore quand elle ne veut pas révéler l'identité du père du bébé ou si une demande d'interruption volontaire de grossesse est faite en présence de son père. Il faut savoir y penser également en cas de déni de grossesse ou de déclaration tardive).

D'autres symptômes n'ont rien de spécifique mais devraient faire envisager l'éventualité d'abus sexuel en raison du contexte dans lequel ils surviennent :

- ° manifestations psychosomatiques, véritables symptômes écrans, parfois liées à la nature de l'acte sexuel infligé : énurésie secondaire, encoprésie, constipation, anorexie, gêne à la déglutition, vomissements, terreurs nocturnes d'apparition récente, douleurs abdominales, douleurs osseuses.
- ° manifestations psychiatriques : dépression avec parfois tentative de suicide notamment chez les adolescent(e)s, mutisme, repli, automutilations, excitation, labilité de l'humeur.
- ° conduites antisociales chez les préadolescent(e)s et les adolescent(e)s : fugue, toxicomanie, prostitution.
- ° troubles du comportement :
  - changement récent et massif du comportement (pleurs, tristesse, disparition des conduites ludiques).
  - désinvestissement scolaire brutal.
  - peur brutale et incontrôlable des hommes.
  - refus de rentrer à la maison.
  - refus d'aller se coucher, de se déshabiller la nuit.
  - tendance à se barricader la nuit dans sa chambre.
- ° préoccupations sexuelles excessives pour l'âge de l'enfant, masturbation excessive et en public, comportement séducteur et sexualisé avec l'adulte présent, qui entraîne chez celui-ci un sentiment de malaise.
- ° rituels de lavage obsessionnels ou au contraire peur de la toilette des organes génitaux.

Parfois, c'est le comportement d'un des parents, le plus habituellement le père ou le beau-père, qui fait soupçonner une relation incestueuse :

- ° parent ou adulte ayant une proximité corporelle inhabituelle avec son enfant.
- ° parent ou adulte intrusif s'imposant à la consultation médicale.<sup>3</sup>

## **2 EXAMEN CLINIQUE**

### **LES EXAMENS COMMUNS À LA FEMME, L'HOMME ET L'ENFANT**

***L'examen clinique est toujours réalisé avec des gants.***

- ° Date et heure de l'examen, délai écoulé depuis l'agression.
- ° Taille, poids de la victime.
- ° L'examen général de la victime permet d'établir une relation de confiance avec la victime et de la rassurer. Cet examen général comporte un examen cutanéomuqueux rigoureux, à la recherche des traces de violence sur l'ensemble du corps et surtout au niveau de la face interne des cuisses et de la poitrine, ainsi que des zones d'appui et de contention (cou, poignets, chevilles). Les lésions éventuelles devront être décrites de manière très précise en mentionnant leur taille, leur aspect, leur localisation et leur ancienneté estimée. Il ne faut pas omettre l'examen de la cavité buccale à la recherche de lésions dentaires et muqueuses, ainsi que celui du frein de la langue.
- ° Un examen sous anesthésie générale, avec prélèvements, pourra être envisagé dans certaines circonstances exceptionnelles en fonction des soins à réaliser.
- ° L'examen de l'anus est indispensable : il doit être systématique. Les signes recueillis sont décrits en les répertoriant par rapport à un cadran horaire (il faut préciser la position dans laquelle est réalisé l'examen : gynécologique ou genupectorale). L'examen débute par l'inspection simple et se poursuit par le déplissement de la marge anale (leur disposition sera notée) pour étudier l'état du revêtement cutanéomuqueux et rechercher des marques de violence, une pathologie de la muqueuse, une béance anale ou toute autre anomalie (hémorroïdes, condylome, eczéma, fissures...). Le toucher rectal peut compléter l'examen et apprécie la tonicité du sphincter anal. Il faut préciser s'il ramène du sang, s'il est douloureux. La béance et l'hypotonie anale peuvent évoquer un abus sexuel. Elles sont cependant insuffisantes pour affirmer une pénétration. Au moindre doute, une anoscopie avec rectoscopie pourra être réalisée en milieu spécialisé.

Des schémas récapitulatifs pourront être réalisés, permettant ainsi de repérer l'ensemble des lésions en un même temps.

**Un examen normal ne permet pas d'éliminer une agression à caractère sexuel, d'autant plus que l'impossibilité de résistance à l'agresseur est fréquente.**

**Il est également important de préciser que les différents prélèvements seront effectués dans le même temps que l'examen, afin de ne pas avoir à répéter les investigations.**

## **L'EXAMEN DE LA FEMME**

### **LE TOUCHER VAGINAL DOIT ÊTRE EFFECTUÉ APRÈS LES PRÉLÈVEMENTS**

L'examen gynécologique vient après l'examen général, une fois que la victime est en confiance. Il est réalisé par une personne compétente, qui explique au fur et à mesure à la victime tous ses gestes, afin de la rassurer en permanence. L'examen débute par l'inspection de la vulve, des grandes et des petites lèvres, du clitoris et de la fourchette vulvaire à la recherche de traces de violence.

L'examen de l'hymen, classique "frontière médico-légale du viol" est essentiel : il suffit d'une traction douce des lèvres vers l'extérieur et vers le bas pour le visualiser ou d'un bombement de la cloison recto-vaginale provoqué par un toucher rectal. La mise en place d'une sonde à ballonnet peut être envisagée, mais elle devra être réalisée par un médecin expérimenté.

L'hymen devra être décrit avec précision, les lésions devant être localisées suivant un cadran horaire et relevées sur un schéma récapitulatif. En cas de défloration récente, les déchirures incomplètes ou complètes siègent le plus souvent à 5 heures et à 7 heures en position de décubitus dorsal, leur cicatrisation s'effectuant entre 5 à 8 jours. La mesure du diamètre vaginal de l'orifice hyménéal doit être notée (voir schémas des hymens).

Un toucher vaginal à un ou deux doigts peut enfin compléter cet examen, en notant la douleur provoquée, orificielle ou profonde (cul-de-sac vaginal, mobilisation de l'utérus).

### **L'examen médical**

## **L'EXAMEN DE L'HOMME ET DU GARÇON**

L'examen génital comporte l'examen du pubis, de la verge et du scrotum, des faces antérieure et postérieure de la verge décalottée, de l'orifice urétral, du prépuce, du frein prépuce et des testicules : recherche d'un phimosis, d'un paraphimosis, de lésions de l'orifice urétral à type de déchirure, d'un corps étranger, d'une déchirure du frein prépuce, de la présence de sang, d'un œdème du prépuce ou de tout le pénis, d'hématomes ou de plaies du scrotum.

## **L'EXAMEN DE LA PETITE FILLE**

Le Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la vie et de la Santé du 20 février 1997 a été interrogé sur la possibilité d'effectuer sous anesthésie générale les examens gynécologiques d'enfants victimes d'abus sexuels. Sa réponse le 20 février 1997 rappelle les principes suivants :

- On ne peut se poser la question « de la possibilité d'effectuer des examens sous anesthésie générale, ceci pour répondre à la logique judiciaire qui a besoin d'un maximum d'éléments pour juger » sans prendre en compte l'intérêt de l'enfant. En effet l'intérêt qui doit primer n'est pas l'intérêt de la justice mais bien celui de l'enfant : si cet intérêt exige un examen clinique et le recueil de sperme pour soustraire l'enfant à un environnement dangereux, la question de l'anesthésie se pose ; si par contre, l'intérêt de l'enfant n'exige pas un examen approfondi, celui-ci ne doit pas être fait, car il serait une agression supplémentaire.

- Même si l'examen est utile à l'enfant, on ne peut aller contre son refus et l'anesthésie ne peut en aucun cas permettre ce que l'enfant refuse. Il faut donc lui expliquer la

nécessité de l'examen gynécologique en le simulant par exemple sur un mannequin et, en dernier recours lui proposer une sédation appropriée en lui expliquant en quoi elle consiste ; il pourra l'accepter dès lors qu'elle ne sera pas ressentie comme une violence supplémentaire.

- Bien que l'anesthésie puisse être réalisée en ambulatoire sans hospitalisation ni bilan sanguin systématique, elle doit évidemment respecter les règles de sécurité précisées dans le décret du 5 décembre 1994 sur la pratique anesthésique.

Il importe donc que soit défini **cas par cas et en concertation avec le service d'anesthésie** qui sera chargé de cette mission, un protocole éthiquement acceptable.

L'examen se fait pour la fillette pré-pubère en position de décubitus dorsal dite de grenouille : étendue sur le dos, les jambes pliées et les genoux écartés vers l'extérieur avec les talons collés près des fesses. Une enfant de moins de 3 ans peut parfois être examinée assise ou couchée sur les genoux de la personne qui l'accompagne, infirmière ou adulte en qui elle a confiance.

L'examen est un examen externe car la majorité des lésions peut être observée sans avoir recours à un examen gynécologique habituel, surtout chez l'enfant pré-pubère. Après un temps d'observation de la zone génitale, on sépare les grandes lèvres en y appliquant le pouce et l'index de chaque main et en faisant une pression latérale vers les cuisses et postérieure vers le bas. Puis à l'aide du pouce et de l'index de chaque main on pince légèrement les deux grandes lèvres et on les tire vers soi, en demandant à l'enfant de pousser comme si elle voulait uriner.

L'examen des cuisses, du pubis, des grandes et petites lèvres, du clitoris, de l'urètre et de la fourchette postérieure permet de rechercher des traces de traumatisme récent (abrasion, ecchymose, pétéchie, hématome, érythème, lacération) ou des lésions évoquant de possibles maladies sexuellement transmissibles. L'examen permet également de rechercher des séquelles d'anciens traumatismes ou de traumatismes chroniques (béance du méat urinaire, cicatrice, hypertrophie du clitoris ou du capuchon du clitoris, pigmentation ou hypopigmentation, synéchies, dépression de la fourchette postérieure...).

Les fusions labiales ou adhérences des petites lèvres ont été récemment associées à la présence d'un abus sexuel. Cependant ces adhérences ne sont pas un indice suffisant d'abus, sauf si les adhérences ne sont pas typiques ou si l'on a relevé d'autres indices lors de l'histoire clinique et/ou de l'examen. Un abus sexuel peut être la cause d'une fusion labiale par manipulation provoquant une inflammation entraînant l'adhérence des tissus.

Au niveau de l'hymen, les principales lésions constatées sont : des contusions, des déchirures traumatiques récentes, sanguinolentes ou anciennes cicatrisées. Le caractère traumatique des lésions est d'autant plus typique qu'elles sont complètes (allant jusqu'au vestibule).

Les lésions doivent être représentées sur un schéma cadran horaire.

On mesure le diamètre horizontal et vertical de l'orifice hyménéal. En général chez une fillette de 5 ans, le diamètre de l'orifice hyménéal est inférieur à 5 mm. Par la suite, on ajoute 1 mm par année : par exemple 7 mm à 7 ans, 8 mm à 8 ans, avec une marge d'erreur de 1 à 2 mm.

A la puberté le diamètre de l'orifice hyménéal est variable surtout après l'apparition des premières règles. L'utilisation de tampons internes peut élargir l'orifice hyménéal mais ne

provoque pas de déchirure de l'hymen. Il faut savoir qu'il peut y avoir eu une pénétration vaginale lors d'un abus sexuel sans déchirure.

**L'absence de lésion hyménéale ne correspond pas forcément à l'absence d'abus sexuels ou de pénétration.**

### ***Schémas de l'examen hyménéal***

#### **Schéma 1**

La traction divergente des grandes lèvres permet d'exposer l'hymen qui est ici de type falciforme : les mesures a, bord libre de l'hymen et b, diamètre de l'orifice vaginal de l'hymen doivent être précisées en mm.

#### **Schéma 2**

Hymen frangé, coralliforme : les mesures sont plus difficiles à préciser. Le médecin peut s'aider d'un coton-tige pour déplier l'hymen et vérifier son bord libre.

#### **Schéma 3**

L'hymen présente deux déchirures à 4 h et à 7 h dont il faudra préciser le siège, la taille, les contours, la couleur, les bords afin de distinguer les déchirures récentes des déchirures anciennes.

### **Bibliographie**

2. « L'hôpital face à l'enfance maltraitée » Editions karthala. 3. « L'enfant en danger » Editions Fleurus.

## **3. PRÉLÈVEMENTS À RÉALISER**

**En cas d'agression récente**, les prélèvements sont réalisés :

- dans un but médico-légal pour rechercher des spermatozoïdes et permettre une identification génétique de l'agresseur.
- dans un but médical pour évaluer l'état de santé initial de la victime, bilan de référence.

**En cas d'agression ancienne**, les prélèvements sont réalisés :

- dans un but médical pour dépister au plus tôt les complications (grossesse, MST).

### **PRÉLÈVEMENTS MÉDICO-LÉGAUX EN CAS D'AGRESSION RÉCENTE**

Les prélèvements réalisés pour les analyses à visée génétique sont guidés selon le contexte de l'agression (déclarations de la victime et constatations cliniques).

Tous les prélèvements doivent être :

- RÉALISÉS avec des GANTS.
- IDENTIFIÉS (site de prélèvement) et NUMÉROTÉS dans l'ordre de réalisation.
- ÉTIQUETÉS rigoureusement : nom de la victime, siège, date et heure du prélèvement.
- RÉPERTORIÉS dans le certificat médical initial et le dossier clinique de la victime (nombre et sites de prélèvements).
- SAISIS et SCELLÉS par les enquêteurs.

## RECHERCHE DE SPERMATOZOÏDES

Dans certains centres où un biologiste de proximité est disponible, cette recherche est effectuable rapidement. Le résultat de cette recherche peut alors être mentionné dans le certificat médical initial.

Prélèvement sur pipette et étalement sur lame puis fixation à la laque (ou écouvillon sec) selon les recommandations du biologiste référent qui effectue la coloration et la lecture.

## PRÉLÈVEMENTS EN VUE D'ANALYSES GÉNÉTIQUES

Ces prélèvements ont pour but de recueillir des cellules provenant du ou des agresseurs pour établir leurs empreintes génétiques et les comparer à celles de la victime. Ils sont acheminés par les enquêteurs au laboratoire spécialisé de biologie moléculaire qui est saisi par le magistrat.

### *a) Prélèvement de sperme pour identification sur spermatozoïdes*

CONDITIONS :

- le plus tôt possible après l'agression,
- sans toilette préalable,
- avec un spéculum ou un anoscope non lubrifié,
- écouvillons de coton sec (type écouvillon pour bactériologie),
- séchage indispensable 30 à 60 minutes à l'air libre après leur réalisation, avant de les replacer dans leur tube protecteur,
- au mieux congélation à - 18- C, à défaut conservation à 4- C possible pendant 48 h.

SITES des prélèvements : 4 prélèvements par site.

Le choix des sites de prélèvements est orienté selon les déclarations de la victime :

- vulve et périnée,
- vagin (cul-de-sac vaginal postérieur, parois vaginales), de l'exocol et de l'endocol,
- anus,
- bouche sous la langue, derrière les incisives et les amygdales,
- peau [compresse humidifiée (1 cm<sup>2</sup>) pour essuyer la zone tachée, sécher].

Selon le site, le délai écoulé depuis l'agression au-delà duquel il devient illusoire de retrouver des spermatozoïdes est variable.

## LIMITES DES DÉLAIS DE RÉALISATION DES PRÉLÈVEMENTS

### EN FONCTION DES SITES

Vagin : 72 à 96 heures

Anus : 72 heures

Bouche : 48 heures

Peau : 24 heures

**b) Prélèvements de poils ou de cheveux découverts sur la victime ou ses vêtements**

- Si possible avec le bulbe
- Conserver dans une enveloppe en papier kraft à température ambiante
- Pas de délai

**c) En cas de morsure de la victime par l'agresseur**

- Avant toute toilette et désinfection
- Écouvillonnage pour prélèvement de salive
- Délai de 24 heures
- 1 écouvillon humidifié (sérum physiologique) puis 1 écouvillon sec par zone de morsure
- Faire sécher avant de replacer dans le tube protecteur
- Conservation à température ambiante

**d) En cas de griffure par la victime sur l'agresseur**

- Prélèvements en raclant sous les ongles de la victime ou en coupant les ongles
- Prélèvement sous chaque doigt, en identifiant chaque main
- Compresse humidifiée (sérum physiologique) montée sur un bâtonnet ou sur une cytobrosse
- Faire sécher
- Conserver dans une enveloppe en papier kraft à température ambiante

**e) LES VÊTEMENTS TACHÉS (salive, sang, sperme), AINSI QUE TOUT SUPPORT INERTE (textile, mouchoir papier, préservatif...) PORTÉS LORS DES FAITS DOIVENT ÊTRE CONSERVÉS DANS DU PAPIER KRAFT ET REMIS AUX ENQUÊTEURS.**

- Faire sécher à l'air ambiant si besoin
  - Enveloppe de papier kraft
  - Conservation à température ambiante
  - Pas de limite de délai pour réaliser les analyses sur les supports inertes.
- Longtemps après l'agression, ces supports peuvent servir de preuve médico-légale en raison de la conservation indéfinie des spermatozoïdes à l'air libre.

**f) Identification de la victime**

- Sur sang de la victime
- Prélever 2 x 4,5 ml de sang sur tube EDTA
- Conservation à 4°C
  
- Sur grattage intra-buccal
- Si refus de la prise de sang, si enfant en bas âge ou si transfusé récent
- 4 prélèvements sur cytobrosse, à la face interne de chaque joue (2 de chaque côté) (une main à plat sur la joue, avec l'autre on frotte la cytobrosse en la tournant une dizaine de fois pour racler le revêtement muqueux)
- Faire sécher avant de replacer la brosse dans l'emballage d'origine
- Conservation à température ambiante

**RECHERCHE D'UNE ÉVENTUELLE GROSSESSE**

Au moindre doute, dosage plasmatique ou urinaire des bêta-HCG.

## RECHERCHE DE MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

### 1. Prélèvements locaux

Les prélèvements sont guidés par le contexte. Les échantillons sont acheminés vers le ou les laboratoires correspondants.

COMMENT PRÉLEVER :

Site de prélèvement	Germes recherchés	Matériel
COL/VAGIN	Standard Gonocoque Chlamydia Trachomatis	2 écouvillons secs 1 écouvillon + milieu stuart milieu Chlamydia
URÈTRE	Gonocoque Chlamydia Trachomatis	1 écouvillon + milieu stuart milieu Chlamydia
URINE	Standard Chlamydia T par PCR	ECBU 1er jet d'urines
ANUS	Gonocoque	1 écouvillon + milieu stuart
GORGE	Standard Gonocoque Chlamydia Trachomatis	2 écouvillons secs 1 écouvillon + milieu stuart Gargarisme au sérum phy + milieu chlamydia

CONSERVATION :

Germe recherché	Après prélèvement
Standard	Température ambiante
Gonocoque	Température ambiante
Chlamydia	Réfrigérateur à 4- C

En cas de signe d'appel, faire des prélèvements spécifiques (Herpès...).

En cas de pénétration vaginale, en raison des conséquences gynécologiques potentielles et de la possible latence de ces MST, il paraît indispensable de réaliser au minimum les prélèvements suivant :

- Examen standard et recherche de gonocoques au niveau du col utérin
- Recherche de chlamydia au niveau cervical et urétral (par PCR sur les urines).

### 2 Bilan sérologique et biologique

#### a) Bilan sérologique initial recommandé :

- VIH 1 et 2
- VDRL, TPHA
- HTLV



- Hépatite B : Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti HBs
- Hépatite C
- Chlamydia, Herpès.

Commentaires :

- Hépatite B : nous recommandons de réaliser la recherche des 3 marqueurs sauf en cas de certitude de vaccination complète, en raison de la méconnaissance fréquente des victimes à ce sujet.
- Chlamydia, Herpès : ces sérologies n'auront de valeur qu'en cas de séroconversion à un mois.

### **b) Suivi biologique et sérologique ultérieur : calendrier recommandé**

;

en cas d'agression sexuelle récente :

Bilan à 1 mois après l'agression :

- Sérologies VIH 1 et 2, avec éventuellement charge virale VIH 1 en cas de doute clinique sur une primo-infection à VIH (cf chapitre suivi médical ultérieur)
- En cas de traitement antirétroviral : contrôle de la sérologie VIH un mois après l'arrêt du traitement, soit deux mois après l'agression si la victime a pris son traitement pendant un mois.
- Ag HBs, Ac anti-HBc : inutile si Ac anti-HBs positif sur le bilan initial
- Hépatite C
- Transaminases
- Chlamydia, Herpès, si les sérologies initiales sont positives.

Bilan à 3 mois après l'agression :

- Sérologies VIH 1 et 2
- En cas de traitement antirétroviral : contrôle de la sérologie VIH trois mois après l'arrêt du traitement, soit quatre mois après l'agression si la victime a pris son traitement pendant un mois
- HTLV
- VDRL-TPHA
- Ag HBs, Ac anti-HBc : inutile si Ac anti-HBs positif sur le bilan initial
- Hépatite C
- Transaminases.

Bilan à 6 mois après l'agression :

- Sérologies VIH 1 et 2
- Hépatite C
- Transaminases.

### **c) Adaptation du bilan en fonction du délai écoulé depuis l'agression :**

En cas d'agression récente :

- Bilan sérologique initial
- Contrôle du bilan sérologique et des transaminases à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 12 mois.

En cas d'agression ancienne de moins de 1 an :

- Bilan sérologique initial
- Contrôle sérologique adapté en fonction du délai écoulé depuis l'agression.

En cas d'agression ancienne de plus de 1 an :

- Bilan sérologique initial unique.

## **BILAN PRÉ-THÉRAPEUTIQUE**

En cas de mise en route en urgence d'un traitement antirétroviral, un bilan sanguin préthérapeutique est effectué selon la prescription du médecin référent des accidents d'exposition au risque de transmission du VIH.

Bilan sanguin habituellement recommandé :

- NFS, plaquettes
- Ionogramme, créatinine
- Bilan hépatique : transaminases, gamma-GT, bilirubine totale, phosphatases alcalines
- Amylase, lipase.

## **RECHERCHE DE TOXIQUES**

But : Identifier une soumission médicamenteuse ou toxique en cas d'agression récente.

### **1. Indications**

- **Signes d'appels** : Confusion, **amnésie**, ivresse, hallucinations, hébétude, malaise...

Signes neurovégétatifs : hypotonie, hypotension, bradycardie...

- **Déclarations de la victime** alléguant une intoxication volontaire ou non (alcool, toxiques, médicaments...).

### **2. Moyens**

#### **Sang :**

- 1 tube sec pour recherche standard de psychotropes : Antidépresseurs tricycliques, Barbituriques, Benzodiazépines
- 1 tube sec supplémentaire pour autres recherches sur indication particulière.
- 1 tube pour alcoolémie.

#### **Urines :**

- 1 flacon à ECBU de 30 ml pour recherche de psychotropes : Antidépresseurs tricycliques, Barbituriques, Benzodiazépines, Carbamates, Phénothiazines
- 1 flacon supplémentaire de 30 ml pour autres recherches sur indication particulière : Cannabis, Amphétamine, Cocaine, Méthadone, Ethanol, Opiacés, Ecstasy, autres...

#### **Produits de vomissements ou liquide gastrique :**

Si possible, recueillir le maximum de produit dans un pot en plastique.

- 1 flacon pour recherche standard : Antidépresseurs tricycliques, Benzodiazépines, Barbituriques, Carbamates, Phénothiazines.
- 1 flacon supplémentaire pour autres recherches sur indication particulière.

### **3 Acheminement au laboratoire de toxicologie**

Toujours accompagner les échantillons d'une fiche de renseignements cliniques adressée en même temps au laboratoire de toxicologie.

Prendre éventuellement contact avec le laboratoire pour expliquer le contexte (clinique et/ou médico-légal) afin de cibler au mieux les investigations.

Dans le cadre d'une réquisition :

- le préciser sur la fiche de renseignements cliniques pour que les prélèvements non utilisés soient réservés.
- faire les prélèvements en double pour une éventuelle contre-expertise.
- faire mettre les scellés par les autorités requérantes.

Délai d'acheminement :

- En cas d'urgence médicale : acheminer sans délai au laboratoire.
- Sinon, en l'absence d'urgence médicale : conservation possible au réfrigérateur à 4- C pendant 48 h, sinon congélation (Sang, Urines, Liquide gastrique).

### **4. DÉTERMINATION DES PRÉJUDICES**

Les victimes d'agressions sexuelles subissent un dommage physique et psychique qui ouvre à une possible indemnisation intégrale des préjudices qui en résultent.

Ces préjudices se divisent en préjudices temporaires et préjudices permanents.

#### **LES PRÉJUDICES TEMPORAIRES**

Ils comprennent l'incapacité temporaire et les souffrances endurées.

##### **1 L'incapacité temporaire**

L'incapacité temporaire est évaluée en fonction de l'atteinte physique et/ou psychique subie. Si la victime est en nécessité d'être au repos complet, si elle ne peut plus faire face à ses activités personnelles habituelles (manger, s'habiller, se laver, se déplacer), elle est alors en incapacité totale de travail (ITT). Sa durée est variable selon la gravité des lésions et la nature des soins (hospitalisation). **Toute victime peut bénéficier d'une ITT, quels que soient son sexe, son âge, son type d'activité puisque cette incapacité** de travail n'est pas superposable en droit pénal à une incapacité d'exercer une profession, un travail rémunéré, comme c'est le cas en droit civil où il n'est question que d'indemnisation et non de sanction. Cette période d'ITT peut être suivie d'une période d'incapacité temporaire partielle lorsqu'une reprise progressive des activités personnelles est possible.

L'incapacité de travail consécutive à une infraction pénale (violences volontaires ou involontaires par exemple) doit être déterminée avec rigueur car de sa durée peut dépendre l'orientation juridictionnelle de l'affaire (tribunal de police ou tribunal de grande instance) et donc la gravité de la sanction.

Mais rappelons que dans le cas des agressions sexuelles, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui oriente vers telle ou telle juridiction (tribunal correctionnel ou cour d'assises), mais d'autres paramètres (pénétration sexuelle, âge de la victime, sa vulnérabilité, la qualité de l'auteur : ascendant, personne ayant autorité...). La détermination de l'ITT, en ce cas, est un élément médical qui témoignera de la nature et de la gravité des blessures et du retentissement psychique de l'agression mais qui n'aura aucune incidence sur la qualification des faits.

Cette durée d'ITT sera prescrite initialement par le médecin traitant et sera ultérieurement déterminée par un expert si une expertise médicale est demandée. L'expert se basera sur les déclarations de la victime mais aussi sur les documents médicaux, en particulier le certificat initial. Celui-ci est donc primordial. Il comprend une description clinique tenant compte des lésions somatiques, du trauma psychique, et des MST.

La conclusion du certificat fixera l'éventuelle durée d'ITT en fonction des lésions physiques et des répercussions psychiques. Mais cette durée est indépendante des circonstances de l'agression relatée par la victime. Elle repose sur les seules conséquences médicales de l'épisode de violence.

## ***2 Les souffrances endurées***

Elles correspondent aux douleurs physiques et psychiques éprouvées par la victime en fonction des lésions physiques, du trauma psychique, de la nature et la durée des soins pendant la période d'incapacité temporaire. Elles sont évaluées par un médecin expert.

## **LES PRÉJUDICES PERMANENTS**

Ils sont représentés par les séquelles définitives consécutives à l'agression et par leurs conséquences qui donnent lieu à différents postes de préjudice :

### ***1 L'incapacité permanente***

Elle se définit comme une diminution des capacités fonctionnelles de la victime, qu'elles soient physiques, psychiques et/ou intellectuelles en fonction des séquelles. Elle s'évalue en pourcentage de 1 à 100 %, ce qui correspond à un taux d'incapacité permanente partielle (IPP).

### ***2 Le préjudice esthétique***

Il correspond aux séquelles inesthétiques (cicatrices, mutilation)

### ***3 Le préjudice professionnel***

Il s'apprécie en fonction du retentissement des séquelles sur l'activité professionnelle de la victime.

### ***4 Le préjudice d'agrément***

Il est indemnisé lorsqu'il persiste des troubles importants dans les conditions d'existence, la qualité de la vie, les activités de loisirs.

### ***5 Le préjudice sexuel***

Il tient compte du retentissement de l'agression sur la vie relationnelle sexuelle et sur l'impossibilité ou la difficulté à fonder une famille.

### ***6 Le préjudice juvénile***

Il s'analyse en une perte de chance pour l'enfant qui ne pourrait suivre normalement sa scolarité ou choisir certains métiers en raison du dommage subi.

L'indemnisation des préjudices repose sur une **expertise médicale** pour les mineurs victimes d'infractions de nature sexuelle, qui, comme le rappelle la loi du 17 juin 1998 (Art. 706-48 du Code de Procédure Pénale) "est destinée à apprécier la nature et l'importance du préjudice subi et à établir si celui-ci rend nécessaires des traitements ou des soins appropriés". Cette expertise peut être demandée par le Juge d'instruction ou encore par le Président du Tribunal ou de la Cour d'Assises au moment du procès. Si cet examen est demandé par le Procureur de la République dès le début de l'enquête, il ne s'agit pas à proprement parler d'une expertise que seul peut demander un magistrat du siège.

Elle peut aussi être ordonnée par le Président de la Commission d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI) à tout moment du processus judiciaire. La CIVI est une juridiction civile qui siège dans tout tribunal de Grande Instance.

Accordée par le tribunal, l'indemnisation peut être versée par l'auteur des faits, ou par le Fonds de Garantie des Victimes d'Actes de terrorisme et autres infractions pénales lorsque la victime s'adresse à la CIVI. Ceci permet de rompre le lien financier direct entre victime et agresseur en introduisant un tiers payeur.

## MODÈLES DE CERTIFICATS MÉDICAUX ET MODÈLE DE SIGNALEMENT

### CERTIFICAT MÉDICAL sans réquisition, pour un enfant

Je soussigné (e) : .....(NOM, prénom).....,

docteur en médecine,

certifie avoir examiné ce jour (heure, jour, mois, année).....,

à la demande de : .....(père, mère, représentant légal.)

de l'enfant : .....(NOM, prénom),

né (e) le : ..... (jour, mois, année)

domicilié à :

.....

.....(adresse précise des parents ou lieu de résidence  
de l'enfant).

A l'entretien, l'enfant m'a dit ".....

....." (citer le plus  
fidèlement possible les paroles de l'enfant sans chercher à les interpréter).

Cet enfant présente les signes suivants :

- à l'examen général : .....  
(préciser le comportement de l'enfant, prostration, excitation, calme, frayeur, mutisme,  
pleurs...)

- à l'examen somatique : .....  
(donner la description précise de toute lésion observée, traces d'ecchymoses, érosions  
cutanées, traces de griffures, morsures, strangulation, tuméfactions,  
brûlures....., indiquer le siège, l'étendue, le nombre, le caractère ancien ou  
récent, les éléments de gravité.....).

- à l'examen génital : .....  
(signes de défloration récente ou ancienne, lésions traumatiques...)

- à l'examen anal : .....  
(lésions traumatiques décelables...).

- examens pratiqués : notamment prélèvements.....

- évaluer le risque de grossesse

A l'entretien, .....(nom de la personne accompagnant l'enfant) a  
déclaré :

".....

.....".

En conclusion, cet enfant présente (ou non) des traces de violences récentes et une réaction psychique compatible (ou non) avec l'agression qu'il (elle) dit avoir subie. (L'absence de lésions ne permet pas de conclure à l'absence de l'agression sexuelle).

L'Incapacité Totale de Travail (ITT) pourrait être de ..... jours sous réserve de complications. Des séquelles pourraient persister donnant lieu à une Incapacité Permanente Partielle (IPP) à expertiser ultérieurement.

Certificat fait ce jour et remis à ..... (père, mère ou représentant légal) pour valoir ce que de droit.

signature du médecin

**CERTIFICAT MÉDICAL  
sans réquisition, pour un adulte**

**Je soussigné (e) :** ..... **(NOM, prénom)**.....,

**docteur en médecine,**

**certifie avoir examiné ce jour** ..... **(heure, jour, mois, année)**

....., **à sa demande Monsieur, Madame, Mademoiselle :**

..... **(NOM, prénom),**

**né (e) le :** ..... **(jour, mois, année)**

**domicilié à :**

.....  
..... **(adresse précise)**

Il (elle) déclare avoir été victime d'une agression sexuelle le ..... (heure, jour, mois, année) à ..... (lieu)

par ..... (inconnu ou personne inconnue).

Monsieur, Madame, Mademoiselle ..... présente les signes suivants :

- à l'examen général : .....  
..... (préciser le comportement,

prostration, excitation, calme, frayeur, mutisme, pleurs...)

- à l'examen somatique : .....  
(donner la description précise de toute lésion observée, traces d'ecchymoses, érosions cutanées, traces de griffures, morsures, strangulation, tuméfactions, brûlures ..... , indiquer le siège, l'étendue, le nombre, le caractère ancien ou récent, les éléments de gravité .....).

- à l'examen génital : ..... (signes de défloration récente ou ancienne, lésions traumatiques...)

- à l'examen anal : .....(lésions traumatiques décelables.....).

- examens pratiqués : notamment prélèvements.....

- évaluer le risque de grossesse

En conclusion, Monsieur, Madame, Mademoiselle .....présente (ou non) des traces de violences récentes et une réaction psychique compatible (ou non) avec l'agression qu'il (elle) dit avoir subie. (L'absence de lésions ne permet pas de conclure à l'absence de l'agression sexuelle).

L'Incapacité Totale de Travail (ITT) pourrait être de ..... jours sous réserve de complications. Des séquelles pourraient persister donnant lieu à une Incapacité Permanente Partielle (IPP) à expertiser ultérieurement.

Certificat fait ce jour et remis en mains propres à l'intéressé (e) pour valoir ce que de droit.

signature du médecin

**CERTIFICAT MÉDICAL  
sur réquisition, pour un enfant**

**Je soussigné (e) : .....(NOM, prénom).....,**

**docteur en médecine,**

**certifie avoir été requis (e) en date du ..... par**

.....

..... **(OPJ, Brigade de Protection des Mineurs,**

**Gendarmerie, Procureur...) afin de procéder à .....(mission figurant sur la réquisition).**

**Je certifie avoir examiné ce jour .....(heure, jour, mois, année) .....**

**l'enfant : .....(NOM, prénom), né (e) le : .....(jour, mois, année)**

**domicilié à : .....**

.....**(adresse précise des parents et/ou de l'enfant).**

A l'entretien, l'enfant m'a dit ".....  
....." (citer le plus fidèlement possible les paroles de l'enfant sans chercher à les interpréter).

**A l'entretien, .....(nom de la personne accompagnant l'enfant) a déclaré :**



"....."  
"....."

Cet enfant présente les signes suivants :

- à l'examen général : .....  
.....(préciser le comportement de l'enfant, prostration, excitation, calme, frayeur, mutisme, pleurs...)

- à l'examen somatique : .....(donner la description précise de toute lésion observée, traces d'ecchymoses, érosions cutanées, traces de griffures, morsures, strangulation, tuméfactions, brûlures....., indiquer le siège, l'étendue, le nombre, le caractère ancien ou récent, les éléments de gravité.....).

- à l'examen génital : .....(signes de défloration récente ou ancienne, lésions traumatiques...)

- à l'examen anal : .....(lésions traumatiques décelables.....).

- examens pratiqués : notamment prélèvements à remettre à l'autorité requérante (préciser le site, le nombre d'écouvillons).....

- évaluer le risque de grossesse

En conclusion, cet enfant présente (ou non) des traces de violences récentes et une réaction psychique compatible (ou non) avec l'agression qu'il (elle) dit avoir subie. (L'absence de lésions ne permet pas de conclure à l'absence de l'agression sexuelle).

L'Incapacité Totale de Travail (ITT) pourrait être de ..... jours sous réserve de complications.

Des séquelles pourraient persister donnant lieu à une Incapacité Permanente Partielle (IPP) à expertiser ultérieurement.

Certificat fait ce jour et remis en mains propres aux autorités requérantes.

signature du médecin

**CERTIFICAT MÉDICAL  
sur réquisition, pour un adulte**

**Je soussigné (e) : .....(NOM, prénom).....,**

**docteur en médecine,**

**certifie avoir été requis (e) en date du ..... par  
.....(OPJ, Police, Gendarmerie,  
Procureur...)**

afin de procéder à .....(mission figurant sur la réquisition).

Je certifie avoir examiné ce jour .....(heure, jour, mois, année),

Monsieur, Madame, Mademoiselle : .....(NOM, prénom),

né (e) le : .....(jour, mois, année)

domicilié à : .....  
.....(adresse  
précise)

Il (elle) déclare avoir été victime d'une agression sexuelle le .....  
(heure, jour, mois, année) à .....(lieu)

par .....(inconnu ou personne connue).

Monsieur, Madame, Mademoiselle .....présente les signes  
suivants :

- à l'examen général : .....  
.....(préciser le  
comportement, prostration, excitation, calme, frayeur, mutisme, pleurs...)

- à l'examen somatique : .....(donner  
la description précise de toute lésion observée, traces d'ecchymoses, érosions cutanées,  
traces de griffures, morsures, strangulation, tuméfactions, brulûres....., indiquer  
le siège, l'étendue, le nombre, le caractère ancien ou récent, les éléments de  
gravité.....).

- à l'examen génital : .....(signes  
de défloration récente ou ancienne, lésions traumatiques....)

- à l'examen anal : .....(lésions  
traumatiques décelables.....).

- examens pratiqués : notamment prélèvements à remettre à l'autorité requérante  
(préciser le site, le nombre d'écouvillons) .....

- évaluer le risque de grossesse

En conclusion, Monsieur, Madame, Mademoiselle .....présente (ou  
non) des traces de violences récentes et une réaction psychique compatible (ou non)  
avec l'agression qu'il (elle) dit avoir subie. (L'absence de lésions ne permet pas de  
conclure à l'absence de l'agression sexuelle).

L'Incapacité Totale de Travail (ITT) pourrait être de ..... jours sous réserve de  
complications.

Des séquelles pourraient persister donnant lieu à une Incapacité Permanente Partielle  
(IPP) à expertiser ultérieurement.

Certificat fait ce jour et remis en mains propres aux autorités requérantes.

signature du médecin

**SIGNALEMENT À ADRESSER  
AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE**

**OBJET : SIGNALEMENT D'UN ENFANT EN DANGER  
(nom, prénom, âge, adresse)**

**Monsieur le Procureur,**

**Je tiens à porter à votre connaissance les faits suivants :**

**J'ai examiné ce jour .....(heure, jour, mois, année)**

**l'enfant : .....(NOM, prénom), né (e) le : .....**

**(jour, mois, année) domicilié à : .....**  
.....

Les signes suivants .....m'amènent à penser  
que cet enfant est en situation de danger.

Je vous prie de croire, Monsieur le Procureur, à l'expression de mes sentiments  
respectueux.

signature du médecin

(Si un certificat médical a été établi, le joindre)

**CONSEILS PRATIQUES POUR RÉDIGER LES CERTIFICATS MÉDICAUX**

Tout certificat médical doit comporter :

- ° l'identité du médecin signataire
- ° l'identité de la victime
- ° la date et l'heure de l'examen
- ° les déclarations de la victime en reprenant ses mots
- ° les constatations de l'examen clinique
- ° la nature des prélèvements effectués
- ° une conclusion comportant éventuellement la durée d'une ITT et la prévision d'une IPP
- ° la signature du médecin sur chaque page du certificat
- ° le nom du médecin, de la victime et la date de l'examen sur chaque page.

Le signalement concerne les enfants de moins de 15 ans et les personnes vulnérables ; il concerne également les personnes de plus de 15 ans qui ont donné leur consentement à ce signalement.

Ce que le praticien ne doit pas faire :

- ° reprendre les dires de la victime à son propre compte
- ° conclure en qualifiant l'infraction et en désignant l'auteur, ceci relève de l'autorité judiciaire
- ° conclure à l'absence d'agression sexuelle lorsque l'examen clinique ne montre aucune lésion.

Toujours conserver un double du certificat médical et/ou du signalement dans le dossier.

## **Le traitement et le suivi**

### **1. LE TRAITEMENT MÉDICAL**

Dans les suites d'une agression sexuelle, le médecin peut prescrire un traitement.

Le traitement a un but curatif mais aussi et surtout préventif.

#### **TRAITEMENT CURATIF**

Ce traitement peut être curatif en cas de lésions anatomiques (désinfections de plaies, sutures).

Il ne faut pas hésiter à recourir aux antalgiques, ceux de 1er niveau sont habituellement suffisants.

Les savons locaux spécifiques à visée antiseptique, aux propriétés adoucissantes et calmantes peuvent être prescrits.

Un traitement anxiolytique d'action brève, en cure courte pourra être utile les premiers jours.

En cas d'intoxication, le traitement médical symptomatique sera adapté à l'état de la victime.

Et de même, en cas de maladies sexuellement transmissibles, un traitement adapté sera prescrit.

#### **TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE**

Le traitement reste essentiellement prophylactique et adapté aux circonstances de l'agression.

##### ***1 Prévention du Tétanos***

En cas de plaies souillées de terre ou de débris végétaux et si la victime n'est pas correctement vaccinée, on réalise une **sérovaccination antitétanique**.

## **2 Prévention d'une grossesse**

En cas de rapport vaginal, mais aussi anal ou vulvaire (migration possible des spermatozoïdes) chez une adolescente ou une femme en période d'activité génitale, sans contraception efficace, il convient de prévenir la survenue d'une éventuelle grossesse.

On fait préciser la date des dernières règles, le délai écoulé depuis l'agression.

En cas de **délai de moins de 72 heures**, il faut prescrire une **contraception d'urgence** (pilule du lendemain) :

° soit oestroprogestative : **Tétragynon®** (2 comprimés à renouveler 12 heures après).  
Contre indiqué en cas d'antécédents thromboemboliques.

Prévenir la patiente de possibles nausées ou vomissements fréquents.

° soit progestative pure : **Norlevo®** (1 comprimé à renouveler 12 à 24 heures après).

Ces deux méthodes sont rendues inefficaces en cas de traitement par anticonvulsivants, inducteurs enzymatiques, Ritonavir® (Norvir®).

Enfin, en cas de délai supérieur à 3 jours mais inférieur à 5 jours, la mise en place d'un stérilet est possible chez la femme adulte, multipare. En raison du contexte infectieux potentiel, une antibioprofylaxie est recommandée. La femme est orientée vers une consultation spécialisée de gynécologie pour la mise en place du dispositif intra-utérin.

## **3 Prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) bactériennes**

En prévention des MST bactériennes, le traitement antibiotique vise principalement le Chlamydia Trachomatis mais aussi le gonocoque et la syphilis. Ce traitement est indiqué en cas de pénétration vaginale ou anale, mais aussi buccale.

Différents schémas thérapeutiques sont proposés :

**Doxycycline** cp à 100 mg : **2 comprimés par jour pendant 7 jours**  
**Azithromycine** cp à 250 mg : **4 comprimés en prise unique**

Le traitement et le suivi

Le traitement par la doxycycline a pour avantage d'être constamment actif sur le Chlamydia Trachomatis, avec un coût limité. Par contre, sa durée de 7 jours peut en limiter l'efficacité en cas de mauvaise observance. Son efficacité sur le gonocoque est limitée par l'apparition récente de souches résistantes (actuellement 20 % en France).

Le traitement par l'azithromycine a un coût plus important ; cet aspect négatif est contrebalancé par l'observance parfaite d'une prise unique qui peut être contrôlée au cours de la consultation. Il est toujours efficace sur le Chlamydia. Le taux de résistance du gonocoque aux macrolides est actuellement estimé à 20-30 % en France.

Un échec du traitement sur le gonocoque par ces 2 molécules est possible.

Cependant, compte tenu de l'épidémiologie actuelle du gonocoque en France et de sa recherche systématique sur les prélèvements microbiologiques, il ne semble pas licite à ce jour de proposer un traitement prophylactique spécifique contre le gonocoque. Néanmoins, la recrudescence très récente du gonocoque dans certaines régions (Ile-de-France en particulier) peut le faire discuter de façon systématique dans ces régions en fonction de l'épidémiologie locale.

Bien entendu, la constatation de signes cliniques évocateurs (pharyngite, anite, écoulement muco-purulent) nécessite d'entreprendre un traitement spécifique en privilégiant les « traitement-minute » (ceftriaxone 250 mg en 1 injection IM, ofloxacine 400 mg per os en prise unique, par exemple...).

#### **4 Prévention des MST virales**

**Pour les MST virales**, la prophylaxie après exposition sexuelle est basée sur la **Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98-228 du 9/04/98**, relative aux recommandations de la **mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition aux risques de transmission du VIH**.

La situation du viol est considérée comme à haut risque de contamination virale en raison des lésions muqueuses fréquentes.

#### **Pour le VIH :**

En cas d'agression sexuelle avec pénétration, quel que soit l'âge et le sexe de la victime, un avis est sollicité en urgence auprès du **médecin référent des accidents d'exposition** du Service des Urgences, du CDAG ou du Service référent pour le VIH, selon les modalités du dispositif d'accueil local, service accessible 24 h/24 (n° de téléphone CISIH en annexe).

**L'évaluation du risque de contamination prend en compte les éléments suivants :**

#### **Circonstances de l'agression sexuelle :**

Rapport sexuel anal réceptif avec agresseur VIH + : 0,5 - 3 % (risque majeur) Rapport sexuel vaginal réceptif avec agresseur VIH + : 0,05 - 0,15 %  
Rapport sexuel oral réceptif avec agresseur VIH + : non déterminé, risque faible.

#### **Facteurs aggravants :**

L'agression : le viol est un facteur aggravant en soi, a fortiori en cas de saignements associés ou de défloration.  
La connaissance éventuelle par la victime d'une MST ou d'une lésion génitale chez l'agresseur.

#### **Délai écoulé entre la dernière agression et la consultation :**

La circulaire recommande la mise en route du traitement dans les 48 heures. Le plus tôt possible est sans doute le plus efficace. Cependant, en pratique, dans ces circonstances d'agression sexuelle, le délai peut-être élargi à 72 heures ; la décision de traitement repose alors essentiellement sur la demande et l'inquiétude de la victime.

#### **Connaissance du statut sérologique de l'agresseur :**

à défaut, connaissance de ses conduites à risque ou de son appartenance à un groupe à risque.

Si un traitement antirétroviral est décidé, celui-ci doit être débuté en urgence dans l'établissement identifié pour la prise en charge des accidents d'exposition.

Un bilan sanguin pré-thérapeutique est réalisé (NFS, plaquettes, créatinine, bilan hépatique).

Le médecin référent pour la prise en charge du VIH réévalue la situation dans les 24-48 heures, puis assure le suivi du traitement prévu pour une durée de 1 mois (observance et tolérance).

Habituellement, une trithérapie est prescrite ; parfois seulement une bithérapie (risque faible, difficultés prévisibles d'observance, traitements associés...)

Pouvoir récupérer a posteriori le résultat des sérologies de l'agresseur - réalisées et transmises **avec son accord** - permet parfois de pouvoir alléger le traitement mis en place.

Si l'agresseur est connu comme séropositif pour le VIH, la connaissance du stade de l'infection, le degré de la charge virale et l'historique de son traitement permettent d'ajuster le traitement de la victime.

Il s'agit d'un traitement lourd car au traumatisme de l'agression subie s'ajoutent des effets indésirables fréquents et des contraintes importantes (horaires et règles de prise, fourniture en pharmacie hospitalière). Il requiert rigueur et régularité de la part de la victime à une période de sa vie où elle est déstabilisée.

Visant à prévenir une infection grave, ce qui devrait être un élément rassurant, ce traitement peut néanmoins être vécu comme inquiétant, ravivant à chaque prise le risque de contamination et le souvenir de l'agression. Les abandons sont fréquents surtout les premiers jours du traitement.

Ce traitement antirétroviral est délivré gratuitement par la pharmacie hospitalière car il s'intègre dans le cadre d'un accident d'exposition aux risques de transmission du VIH.

### **Pour l'Hépatite B :**

En cas d'agression de moins de 8 jours, en l'absence de vaccination ou en cas de vaccination douteuse ou incomplète : faire une injection de vaccin contre l'hépatite B.

La poursuite ou non de la vaccination sera discutée selon le résultat de la sérologie initiale (antigène HbS, anticorps anti HbC, anticorps anti HbS).

En cas de vaccination antérieure, on recommande tout de même une injection de rappel du vaccin, sauf s'il est possible de vérifier le carnet de santé ou de vaccination de la victime.

En effet, il est fréquent de constater une méconnaissance de l'état vaccinal de la victime surtout quand on l'interroge à ce sujet alors qu'elle est en état de choc suite à l'agression.

De fréquentes discordances entre le résultat de la sérologie et les dires de la victime sont constatées. C'est pour cette raison que nous recommandons une injection de vaccin systématique.

En cas de circonstances particulières chez une victime non vaccinée, le médecin référent sollicite pourra discuter une éventuelle injection de **gammaglobulines spécifiques VHB**.

### **Pour l'Hépatite C :**

Absence de traitement prophylactique.

## 2 L'ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE IMMÉDIATE

### LE PREMIER CONTACT

Le premier entretien est essentiel. Il sera souvent déterminant pour le suivi ultérieur. La diversité des situations rencontrées est grande :

- ° âge de la victime : enfant, adolescent, homme ou femme adulte.
- ° type d'agression : viol unique ou abus sexuels longtemps perpétrés.
- ° temps écoulé depuis l'agression qui peut être récente et donner lieu à des signes de souffrance psychologique aiguë ; mais qui le plus souvent est ancienne, longtemps passée sous silence, et qui, dès sa révélation, est accompagnée d'une symptomatologie traumatique constituée.
- ° personnalité de l'agresseur, qui peut être totalement inconnu de la victime, mais qui souvent se trouve être un proche, voire un membre de la famille.

La conduite à tenir ne peut donc être codifiée de façon stéréotypée. Elle devra chaque fois s'adapter au contexte. Certaines lignes directrices communes à toutes les situations doivent cependant être respectées :

- ° il importe de bannir toute attitude et tout propos qui risquent de majorer, voire de renouveler le traumatisme. La victime se sent coupable de ce qui lui est arrivé, elle craint de ne pas être crue. Plus que la peur, c'est souvent cette culpabilité paradoxale qui vient cadenasser les secrets et qui entraîne le silence ou la rétractation. Ces aspects sont encore majorés lorsque la révélation risque de bouleverser l'équilibre familial.
- ° au-delà de son sens clinique, le médecin doit donc faire appel à toutes ses capacités d'empathie, de délicatesse et d'humanisme pour permettre à la victime d'aller au bout de son récit, sans jamais lui renvoyer une impression de méfiance, d'incrédulité ou de jugement de valeur.

**° le médecin n'a pas à jouer un rôle d'enquêteur. Il ne lui appartient pas d'établir l'exactitude des faits. On ne lui demande pas de confondre les agresseurs.**

Son rôle est de prodiguer les premiers soins et de faire un premier constat clinique qui pourra se matérialiser par un certificat médical.

° il faudra accepter que le récit reste flou, elliptique, brouillé par l'émotion. Il est important que la victime puisse décrire avec ses propres mots ce qu'elle a subi, ce qu'elle a ressenti : sa peur, sa détresse, son humiliation... Il convient de l'écouter avec attention et avec patience. Il sera nécessaire de la soutenir dans les évocations pénibles. C'est à chacun, dans sa pratique, de trouver les mots qui marquent la solli citude, de formuler les questions qui permettent un appui, sans jamais se réapproprier la souffrance de la victime.

° En pratique, on peut alterner des questions fermées et des questions ouvertes. Les premières ne donnent lieu qu'à des réponses courtes, mais elles sont souvent plus rassurantes en début d'entretien. Il faut veiller cependant à ne pas induire la réponse dans ce type de questions. Les questions plus ouvertes qui permettent un discours plus



spontané, plus personnalisé, ne peuvent intervenir que lorsqu'un bon contact est établi. Leur utilisation abusive peut induire de l'inhibition et du silence.

° En aucune façon, l'entretien ne peut se réduire à un feu roulant de questions destinées à renseigner une grille d'examen.

Le traitement et le suivi

### **CE QU'IL NE FAUT PAS DIRE...**

- Vous n'aviez jamais pensé que vous pouviez vous faire violer ?
- Ça vous est arrivé quand, ce problème ?
- Ce qu'il faut, avant tout, c'est vous déculpabiliser.
- Ce n'est pas aussi grave que vous le dites.
- Maintenant, il va falloir essayer d'oublier.
- Vous êtes sûr que vous ne pouviez pas vous défendre ?
- Sachez bien que je vous comprends.

Dès ce premier entretien, les perspectives de soins doivent être constamment présentes à l'esprit du praticien : verbaliser un vécu douloureux, nommer des affects, mettre des mots sur la souffrance, c'est permettre parfois l'abréaction positive d'un secret trop longtemps gardé ou l'expulsion nécessaire d'un trop plein d'affects.

Au-delà, il faudra toujours resituer la victime comme sujet et ne pas l'enfermer dans un statut de victime, objet d'une agression. L'évocation de son mode de vie habituel peut y contribuer, de même que la rencontre avec les proches ou les parents qui l'accompagnent. De quel entourage social, familial, affectif dispose-t-elle ? Sur qui peut-elle s'appuyer dans les jours qui viennent ? Est-il nécessaire de prévoir une hospitalisation ou un séjour en foyer ?

### **LA CLINIQUE**

La présentation clinique de la victime sera très variable, selon le contexte, mais aussi selon son propre mode de réaction à l'agression. Schématiquement, nous décrirons deux types de situations cliniques : celle d'une victime d'agression sexuelle unique et récente puis celle d'abus répétés qui évoluent ou qui ont évolué sur une plus longue durée.

#### ***1 Une agression récente peut déterminer un tableau aigu de détresse psychique.***

Différentes composantes peuvent se rencontrer, parfois l'une prédomine, parfois elles se succèdent rapidement dans le temps :

° la stupeur : la victime est prostrée, quasi mutique, comme sidérée par ce qui vient de lui arriver. Le contact est difficile à établir ; elle intègre difficilement ce qui lui est dit.

° l'angoisse, faite d'une peur persistante, d'un désarroi intense. La tension anxieuse est extrême. Le visage est blême, défait. L'élocution est hachée, précipitée. Les gestes sont maladroits, parfois gênés par des tremblements incoercibles.

° l'agitation désordonnée. Elle peut s'accompagner de bouffées d'agressivité que la victime ne parvient pas à réfréner. Elle crie sa douleur et sa honte, son dégoût d'elle-même et de l'autre.

° la composante dépressive est constante. Même lorsque la victime donne l'image d'une apparente maîtrise de soi, ou bien qu'elle semble absente de ce qui lui est arrivé, le sentiment de désespoir est profond. Des sanglots ponctuent son discours et parfois le submergent totalement.

On retiendra qu'il n'existe pas de parallélisme entre la gravité de l'agression et l'expressivité du tableau clinique. De même, la sévérité ou au contraire la discrétion du tableau initial n'a pas de valeur prédictive pour l'évolution ultérieure.

Rencontrer les proches qui accompagnent la victime est un temps indispensable.

Cette rencontre se déroule en présence de la victime, mais ne peut tenir lieu à elle seule d'entretien.

Le cadre confidentiel d'un entretien duel doit toujours être recherché. Il sera proposé à la victime quel que soit son âge

Ce cadre est indispensable, dès lors qu'une situation d'abus sexuel intra-familial est suspectée.

Le traitement et le suivi

## ***2 La révélation différée d'une longue période d'abus sexuels donne lieu à un tableau clinique différent.***

a) Certains signes expriment la forte **composante dépressive**. Ils sont assez constants mais peu spécifiques. Ils traduisent de forts sentiments de dévalorisation de soi. La victime se sent coupable de ce qui lui est arrivé, coupable de ne pas s'être suffisamment défendue, coupable de s'être laissé faire, coupable de ne pas avoir parlé... Cette symptomatologie dépressive revêt différents aspects selon l'âge de la victime :

° les troubles du sommeil sont constants. Ils sont souvent accompagnés de cauchemars.

° chez l'enfant, les signes non spécifiques ont déjà été exposés dans le chapitre précédent.

Parmi eux, l'apparition d'une énurésie secondaire est un signe fréquent.

° les capacités de concentration intellectuelle sont parasitées par des ruminations incessantes. La fatigabilité est extrême. Chez l'enfant et l'adolescent, la chute du rendement scolaire est significative. Chez l'adulte, c'est sa capacité à entreprendre qui est atteinte.

° les troubles affectifs peuvent être très contrastés : désordre émotionnel, colère, crises de larmes, irritabilité ou, au contraire, repli sur soi, perte des investissements habituels, passivité extrême.

° un cortège de turbulences comportementales est aussi fréquent chez l'adolescent : fugue, école buissonnière, troubles alimentaires ou conduites addictives (alcool, drogue),

désinvestissement de son propre corps qui peut aller de la simple négligence jusqu'aux automutilations.

° les tentatives de suicide sont souvent des signes d'appel. Parfois, l'enfant peut mimer ce type de passage à l'acte.

b) **Les symptômes de répétition** sont spécifiques de l'agression :

° cauchemars, rêveries éveillées au cours desquelles la victime revit avec une fascination horrifiée les scènes de viols.

° défilés d'images ou de séquences qui reproduisent à l'infini certaines scènes traumatiques, toujours les mêmes. La victime évoque des flashes ou des images qui tournent en boucle dans sa tête et qui induisent les mêmes bouleversements émotionnels que lors du traumatisme initial.

° phobie des situations où la victime se trouve en situation duelle avec toute personne qui lui rappelle l'agresseur.

° phobie des lieux ou des circonstances dans lesquels survenaient les abus sexuels.

° ces troubles phobiques peuvent parfois s'exacerber en de véritables états de panique.

c) Beaucoup plus spécifique encore, apparaît le **retentissement sur la vie sexuelle** de la victime, dont l'élaboration est gravement perturbée :

° chez l'enfant très jeune, des attitudes sexuelles très crues, vis-à-vis de ses camarades ou sur son propre corps, doivent alerter.

° l'adolescente décrit des blocages. Tout rapprochement sexuel lui est impossible. Même au sein d'une relation sentimentale très investie, les gestes amoureux réactivent le traumatisme. Le visage de son agresseur se superpose à celui de son partenaire.

° le dégoût de la sexualité peut également amener des comportements en apparence paradoxaux : multiplications des relations sexuelles éphémères, conduites à risque, attitudes provocantes.

## **LES SOINS EN URGENCE**

Leurs indications doivent être pesées.

### ***1 Les médicaments psychotropes***

Ils n'ont qu'un rôle adjuvant, mais l'aide qu'ils peuvent apporter ne doit pas être négligée. Il importe de ne pas laisser se développer de graves troubles du sommeil, théâtre de symptômes de reviviscence. La prescription d'un hypnotique peut être nécessaire.

De même, les paroxysmes anxieux, les tensions insupportables, les bouffées d'agressivité bénéficieront d'un traitement sédatif (le plus souvent, des benzodiazépines). Ces prescriptions devront être limitées dans le temps et leurs effets expliqués aux patients.

L'absence de prescription par le médecin ouvre souvent la porte à l'automédication.

## **Deux écueils devront être évités :**

- Celui de suivi psychothérapeutique systématique pour toutes les victimes : décision hâtive souvent mal préparée qui ne laisse pas à la victime le temps d'élaborer sa demande et qui maintient le thérapeute dans le groupe indifférencié des enquêteurs / juges / experts / assistantes sociales.

- L'autre écueil est inverse : refuser toute approche psychothérapeutique au motif qu'il faut que la victime puisse oublier le traumatisme. C'est souvent l'opinion des familles.

Cette illusion de l'oubli, comme à l'inverse, un trop plein de discours, conduit la victime à se refermer sur elle-même, verrouillant ses blessures secrètes un instant dévoilées par la révélation des faits.

Le traitement et le suivi

## **2 L'hospitalisation**

Lorsque la victime est un enfant, l'hospitalisation dans un service de pédiatrie est souvent la meilleure réponse. Elle permet à la fois de compléter les bilans somatiques et d'initier les soins psychologiques. Elle peut aider l'enfant et ses parents lorsque ceux-ci sont trop bouleversés par l'agression. Lorsqu'il s'agit d'un enfant victime d'abus sexuels intra-familiaux, l'hospitalisation sera quasi systématique.

Lorsque la victime est un adulte ou un grand adolescent, l'hospitalisation sera proposée chaque fois que l'agression s'est accompagnée de blessures physiques ou qu'elle est à l'origine d'un état de détresse psychologique aiguë. Il en sera de même lorsque la victime est isolée sur le plan relationnel ou du fait du dévoilement.

## **3 Le soutien psychologique**

L'essentiel, lors du premier contact, est d'éviter le repli de la victime sur elle-même avec l'instauration ou l'aggravation d'une symptomatologie traumatique enkystée. Quelques rencontres courtes mais répétées sont nécessaires pour suivre l'évolution immédiate.

Dans la majorité des cas, le médecin qui a rencontré en premier la victime, peut continuer l'accompagnement les premiers temps quelle que soit sa spécialité. Son action est bien engagée puisqu'il a été l'interlocuteur privilégié après l'expérience mortifère et que ses constatations ont permis un possible recours à la loi.

## **3 LE SUIVI MÉDICAL ULTÉRIEUR**

### **OBJECTIFS DE LA CONSULTATION MÉDICALE DE CONTRÔLE**

Dans les suites d'une agression sexuelle récente avec pénétration, il est indispensable de proposer une consultation médicale de contrôle, un mois environ après les faits.

En cas de lésions physiques importantes, la victime peut être revue plus rapidement.

La victime peut être suivie par le médecin consulté lors de l'agression ou tout autre médecin de son choix. Elle est prévenue de la possibilité d'être contactée en cas d'anomalie constatée sur le bilan initial.

Dans les situations d'agression plus ancienne ou sans pénétration, le bien fondé d'une consultation à distance est évalué et discuté au cas par cas avec la victime.

*Dernière mise à jour : jeudi 5 décembre 2002 19:04:21 [Dr Jean-Michel Thurin](#)*

[http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confagrsex/EPE/prat\\_violsex1.html](http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confagrsex/EPE/prat_violsex1.html)

## **Il convient d'identifier un médecin référent pour organiser le suivi médical ultérieur.**

Dans la période qui suit l'agression, la victime est souvent désemparée avec perte de ses repères habituels. Il peut lui être difficile de faire la démarche d'une prise de rendez-vous.

Il est dès lors important que la victime sache par avance à quel médecin référent elle pourra faire appel en cas de problème.

Il semble également souhaitable d'organiser le rendez-vous de la consultation de contrôle dès la consultation initiale, voire dans certains cas de le lui rappeler quelques jours avant la date du rendez-vous.

Ces précautions donnent à la victime la possibilité de pouvoir se projeter à nouveau dans le temps.

Malgré cela, il est fréquent que la victime ne se présente pas à la consultation de contrôle. Il est là aussi souhaitable de lui proposer un nouveau rendez-vous.

Cette consultation médicale comprend plusieurs objectifs.

### **ÉVALUER L'ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL**

Lors de l'entretien de début de consultation, le praticien s'enquiert de l'état psychique :

- ° humeur, troubles du sommeil ou de l'appétit....
- ° recours à des médicaments ou toxiques
- ° recours à un psychiatre ou psychologue depuis l'agression.  
(cf chapitre suivi psychologique ultérieur)

Si aucune prise en charge psychologique n'a été mise en place depuis l'agression, cet entretien peut être l'occasion d'orienter le patient vers une consultation spécialisée ou vers une association de soutien aux victimes.

### **VÉRIFIER L'OBSERVANCE DES TRAITEMENTS PRESCRITS EN URGENCE**

Traitement antirétroviral : durée et quantité réellement prise, effets secondaires

Antibiothérapie

Vaccination contre l'hépatite B : à poursuivre en cas de vaccination débutée lors de la consultation initiale.

### **CONTROLLER LA GUÉRISON DES LÉSIONS INITIALES**

Les lésions génito-anales initiales sont habituellement cicatrisées.

En cas de fellation, on vérifie la normalité de l'examen du rachis cervical et de la bouche (gorge et ouverture de la mâchoire).

En cas de lésions corporelles associées lors de l'agression, on vérifie au cours de l'examen la guérison de toutes les lésions. Si besoin, on oriente vers le spécialiste correspondant.

## DÉPISTER UNE GROSSESSE DÉBUTANTE

Chez la femme en période d'activité génitale, on vérifie la survenue des règles depuis l'agression (allure et date de survenue normales) ainsi que la poursuite de la contraception habituelle éventuelle.

Au moindre doute, voire de façon quasi systématique, on fait pratiquer un dosage des bêta-HCG.

## DÉPISTER DES MST CONSÉCUTIVES À L'AGRESSION

L'interrogatoire porte sur l'apparition de symptômes anormaux au niveau de la gorge, de l'anus ou de la sphère uro-génitale (brûlures, douleurs, écoulements, ulcérations...).

On recherche également les symptômes évocateurs de primo-infection par le VIH (fièvre, asthénie, adénopathies, rash cutané...).

L'examen clinique est ciblé sur le site de l'agression. Il recherche des signes d'infection.

Des prélèvements sont réalisés en fonction du site de l'agression et de la symptomatologie :

gorge : standard, gonocoque, chlamydia trachomatis (gargarisme), +/- herpès

° col utérin : standard, gonocoque, chlamydia, +/- herpès

° vagin : +/- trichomonas

° vulve : +/- herpès

° urètre : standard, gonocoque, chlamydia

° urines : ECBU, chlamydia (par PCR)

° anus : gonocoque +/- herpès.

En cas de pénétration vaginale, en raison des conséquences gynécologiques potentielles et de la possible latence de ces MST, il paraît indispensable de réaliser au minimum les prélèvements suivants :

° examen standard et recherche de gonocoques au niveau du col utérin

° recherche de chlamydia au niveau cervical et urétral (par PCR sur les urines).

## PRESCRIRE LE BILAN BIOLOGIQUE ET SÉROLOGIQUE DE SURVEILLANCE

**Le bilan est adapté en fonction du délai écoulé entre l'agression et le bilan, des résultats du bilan initial et des traitements antiviraux suivis après l'agression.**

Bilan à 1 mois après l'agression :

Sérologies VIH 1 et 2, avec éventuellement charge virale VIH 1 en cas de doute clinique.

En cas de traitement antirétroviral : contrôle de la sérologie VIH 1 et 2 un mois après l'arrêt du traitement, soit deux mois après l'agression si la victime a pris son traitement pendant un mois.

Ag HBs, Ac anti-HBc : inutile si Ac anti-HBs positif sur le bilan initial

Hépatite C

Transaminases

Chlamydia, Herpès : si les sérologies initiales sont négatives

Bilan à 3 mois après l'agression :

Sérologies VIH 1 et 2

En cas de traitement antirétroviral : contrôle de la sérologie VIH trois mois après l'arrêt du traitement, soit quatre mois après l'agression si la victime a pris le traitement pendant un mois.

HTLV

VDRL-TPHA

Ag HBs, Ac anti-HBc : inutile si Ac anti-HBs positif sur le bilan initial

Hépatite C

Transaminases

Bilan à 6 mois après l'agression :

Sérologies VIH 1 et 2

Hépatite C

Transaminases

## **RASSURER LA VICTIME**

Lorsqu'elle fait suite à une agression récente, la consultation de contrôle est une étape privilégiée car elle réaborde les différents points cités ci-dessus.

Le traitement et le suivi

Conduite avec le même tact, elle se déroule dans un contexte moins dramatique que la consultation initiale.

Elle permet le plus souvent de rassurer la victime sur :

° la restauration de son intégrité anatomique : les lésions cicatricielles habituellement minimales, de l'ordre de quelques mm, doivent être explicitées, même à l'enfant.

° la normalité du bilan initial.

° l'absence de complication visible lors de la consultation.

*Dernière mise à jour : jeudi 5 décembre 2002 19:04:21 [Dr Jean-Michel Thurin](#)*

[http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confagrsex/EPE/prat\\_violsex1.html](http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confagrsex/EPE/prat_violsex1.html)

De plus, on lui explique :

- ° les prélèvements de contrôle et la possibilité d'un traitement adapté en cas d'anomalie dépistée.
- ° la poursuite d'une surveillance sérologique prolongée qui reste généralement négative en raison de la rareté de ces affections.
- ° l'assurance d'être informée des résultats des examens à venir.

Enfin, on rassure la victime, surtout s'il s'agit d'un enfant, sur la poursuite de sa croissance, la survenue de sa puberté, une possible vie amoureuse ultérieure féconde...

S'il s'agit d'un enfant, on prendra également le soin de rencontrer ses parents pour les informer de l'absence de séquelles physiques et répondre à leurs questions.

Il est fréquent qu'à l'issue de la consultation, la victime se sente et se dise soulagée.

Le regard médical de protection, d'humanité, la mise en mots des sensations et des lésions corporelles, la délicatesse du geste, la préoccupation du devenir sont autant d'éléments que le médecin offre à la victime pour lui permettre la restauration de son corps altéré, éprouvé.

#### **4 LE SUIVI PSYCHOLOGIQUE ULTÉRIEUR**

##### **FAUT-IL D'EMBLÉE FAIRE APPEL À UN SPÉCIALISTE ?**

Le recours au spécialiste, psychiatre ou psychologue, ne sera jamais systématique. Dans bon nombre de cas, le médecin qui a assuré le premier accueil peut poursuivre l'accompagnement quelle que soit sa spécialité. L'orientation rapide vers un psychiatre sera néanmoins nécessaire dans les cas les plus sévères :

- ° état de détresse manifeste avec prostration intense, agitation, agressivité anormale, épisodes de panique apparus peu de temps après l'agression,
- ° symptômes de déréalisation ou de dépersonnalisation ; la victime a le sentiment d'avoir été spectateur de sa propre agression. Amnésie de l'agression.
- ° notion d'antécédents psychiatriques : dépression majeure, troubles de la personnalité, pathologie psychotique...

Chez l'enfant, la prise en charge psychologique est plus fréquemment indiquée en raison de nombreux facteurs de vulnérabilité qui se surajoutent au choc psychique de l'agression.

##### **RISQUES ÉVOLUTIFS DES AGRESSIONS SEXUELLES INSUFFISAMMENT PRISES EN CHARGE**

Toute maltraitance sexuelle laisse des séquelles dans l'histoire du sujet. Celles-ci sont plus ou moins importantes en fonction d'innombrables facteurs individuels. Elles peuvent être majeures lorsque aucune prise en charge n'a pu être mise en place.



En l'absence de soins, l'aggravation, parfois après un temps de latence, se poursuit et se constitue un tableau clinique de névrose traumatique encore appelée état de stress post traumatique dans les classifications internationales récentes.

Ce tableau clinique est exactement celui que nous avons décrit lors d'une révélation différée d'agression sexuelle ancienne. Nous ne reprendrons pas sa description.

L'évolution défavorable, si elle se poursuit encore, est marquée par des aménagements voire une réorganisation complète de la personnalité de la victime dont les troubles retentissent sur son environnement social, familial et professionnel.

Parmi ces modifications de la personnalité, signalons :

- ° une diminution, voire une perte de l'élan vital,
- ° une quête permanente d'amour sans investissement affectif réel,
- ° le sentiment d'être incompris ou méconnu dans sa situation de victime,
- ° une perte d'espoir dans l'avenir,
- ° une irritabilité, une méfiance, voire des tendances quérulentes dans les relations avec autrui,
- ° plus rare, l'installation du sujet dans son statut de victime avec une recherche consciente ou inconsciente de bénéfices secondaires.

Ces troubles qui font suite au syndrome de répétition évoluent en l'absence de tout traitement précoce vers un enkystement, aboutissant à des personnalités fragiles, caractérielles, voire des états limites.

Certains auteurs ont souligné la fréquence, chez les agresseurs sexuels, d'allégations d'abus sexuels subis dans leur enfance. Cette fréquence, même si elle est réelle, ne doit pas donner lieu à des interprétations hâtives.

Chez l'enfant, la sévérité du tableau clinique est fréquente lorsque la révélation a été faite tardivement. Certains facteurs majorent la destructivité liée à l'abus sexuel :

- ° relation particulièrement forte entre l'auteur de l'agression et l'enfant. Il peut s'agir d'une relation de dominance ou de contrainte physique mais ce sont souvent les relations de séduction perverse qui sont les plus destructrices en raison de la culpabilité qu'elle entraîne chez la victime,
- ° fréquence et durée de la période de temps durant laquelle se sont perpétrés les abus sexuels,
- ° importance de la différence d'âge entre l'agresseur et l'enfant,
- ° indifférence ou incrédulité de l'environnement lorsque l'enfant a demandé de l'aide,
- ° absence de soutien affectif de la part de la famille ou des institutions.

Il est fréquent que les tentatives pour orienter la victime ne soient pas suivies d'effet. Dans ce cas, il est indispensable que le médecin de famille continue à se préoccuper de l'évolution ultérieure.

## **LES ÉLÉMENTS DE PRISE EN CHARGE DES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE**

Au cours de sa carrière, tout médecin est amené à accueillir des patients présentant l'un ou l'autre des tableaux cliniques que nous avons décrits, selon le délai passé entre le temps de l'agression et celui de l'examen.

Bien sûr, la prise en charge des pathologies traumatiques évoluant de longue date sera affaire de spécialistes surtout lorsque la symptomatologie apparaît fixée. Par contre, lors d'une agression récente, lorsque la symptomatologie immédiate s'est estompée après les premiers soins, l'évolution devra être longtemps surveillée par des entretiens réguliers espacés de loin en loin. Le médecin de famille est l'acteur privilégié pour ce suivi de l'évolution. Il sera souvent utile de proposer un calendrier de visites régulières. Le médecin traitant est souvent le seul à proposer une relation constructive à la victime, coincée entre une famille qui peut être désemparée, peu étayante, et un appareil judiciaire complexe.

Là encore, plusieurs modalités évolutives peuvent se rencontrer. Parfois, ce suivi sera suffisant et le tableau initial évoluera vers une certaine cicatrisation. L'agression n'est certes pas oubliée mais son souvenir cesse d'être invalidant, la symptomatologie traumatique s'estompe. Le praticien devra néanmoins être particulièrement attentif aux grandes étapes de la vie psychoaffective de la victime : adolescence, premières rencontres amoureuses, début de la vie d'adulte, naissance d'un enfant, mariage, séparation... Chacune de ces étapes peuvent se trouver perturbées par le traumatisme initial dont la symptomatologie spécifique se trouve réactivée.

Chez l'enfant, il convient d'avertir les parents de ces risques évolutifs.

Pour toutes les victimes, quel que soit leur âge, la résurgence d'une symptomatologie traumatique nécessitera des mesures de soins énergiques et l'orientation vers un suivi spécialisé : consultations d'un psychiatre ou d'un psychologue, suivi psychothérapeutique, etc.

Nous ne détaillerons pas les différentes techniques de soins qui peuvent être proposées. Le plus souvent, elles nécessitent le recours à un spécialiste. Les études récentes indiquent que l'efficacité optimale est obtenue par une approche multidisciplinaire, en associant des prises en charge psychothérapeutiques et une prescription de médicaments psychotropes.

## **CONCLUSIONS**

Dans l'aide aux victimes d'agression sexuelle, le praticien de terrain (médecin de famille, généraliste...) occupe une place prépondérante :

° il est souvent celui qui assure l'assistance psychologique immédiate. Ses qualités d'écoute et d'empathie seront déterminantes pour le suivi ultérieur.

° lorsque l'accalmie symptomatique n'impose pas le recours immédiat à un spécialiste, il est celui qui doit surveiller l'évolution de la victime, en particulier au moment des grandes étapes de sa vie psychoaffective afin de déceler une éventuelle résurgence des symptômes traumatiques.

° il est enfin celui qui doit fermement orienter la victime vers un suivi spécialisé lorsque l'intensité de la symptomatologie traumatique est sévère et risque d'évoluer vers un tableau d'enkystement comportant de lourdes séquelles psychologiques.

## **5. LE SUIVI SOCIAL**

Il s'agit des mesures de protection mises en oeuvre lorsque le mineur est victime de violences sexuelles intra-familiales ou lorsque la famille est dans l'incapacité ou dans la difficulté pour assurer l'accompagnement et la protection du mineur.

### **DISPOSITIF DE PROTECTION DE L'ENFANCE MALTRAITÉE**

La protection de l'enfance est assurée par les autorités administratives et judiciaires.

#### ***1 La protection administrative***

Elle est placée sous l'autorité du Président du Conseil Général. C'est le service de l'Aide Sociale à l'Enfance, ASE, qui est spécifiquement chargé de la prévention des mauvais traitements et de la protection des mineurs maltraités.

Trois services placés sous l'autorité du Président du Conseil Général participent à cette mission :

- ° l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).
- ° la Protection Maternelle et Infantile (PMI).
- ° le Service Social Départemental.

Le signalement administratif est recommandé lorsqu'une situation de maltraitance est suspectée et qu'une évaluation complémentaire apparaît nécessaire pour mieux estimer la situation.

#### ***2 La protection judiciaire***

La protection judiciaire de l'enfance en danger est assurée par les magistrats (procureur de la République, juge des enfants). Cette protection revêt essentiellement la forme de l'assistance éducative.

Le signalement judiciaire, au procureur de la République, s'impose dans les situations de danger immédiat et réel, notamment en cas d'abus sexuels avérés (voir modèle supra). Il a pour objectif de demander des mesures de protection à l'égard du mineur.

### **MESURES DE PROTECTION**

Le placement est prévu à l'art. 375.3 du Code Civil : "s'il est nécessaire de retirer l'enfant de son milieu actuel, le juge peut décider de le confier :

- 1° A celui des père et mère qui n'avait pas l'exercice de l'autorité parentale ou chez lequel l'enfant n'avait pas sa résidence habituelle ;
- 2° A un autre membre de la famille ou à un tiers digne de confiance ;
- 3° A un service ou un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé ;

4° A un service départemental de l'aide sociale à l'enfance."

Si le praticien, qui a recueilli la parole de l'enfant et procédé aux examens médicaux évalue la pertinence d'une de ces solutions, il convient de l'indiquer au procureur de la République. En effet, l'intervention en urgence du magistrat ne lui permet pas de diligenter les enquêtes nécessaires, qui orienteraient son choix.

Si le placement de l'enfant n'est pas immédiatement nécessaire, le praticien peut cependant estimer qu'un suivi de l'enfant sur le plan social et éducatif est souhaitable.

Il convient donc de saisir le service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), du Conseil Général, en exposant la situation et en précisant les raisons pour lesquelles un suivi particulier de l'enfant et de sa famille est nécessaire. Les raisons peuvent être aussi bien des difficultés financières, des difficultés éducatives, des mauvaises conditions de vie, une fragilité particulière des parents etc...

Le service de l'aide sociale à l'enfance pourra proposer à la famille des aides à domicile qui comprennent :

- ° des aides financières,
- ° l'intervention d'un travailleur familial,
- ° une assistance éducative en milieu ouvert,
- ° un hébergement mère - enfant pour les mères isolées avec un enfant de moins de trois ans.

Outre ces mesures spécifiques de l'Aide Sociale à l'Enfance, les services du Conseil général pourront assurer un suivi de la famille ainsi qu'un suivi particulier de la PMI.

La mise en oeuvre des mesures de l'Aide Sociale à l'Enfance n'est possible qu'avec la collaboration et l'accord de la famille, qui seront formalisées dans le cadre d'un contrat administratif entre les titulaires de l'autorité parentale et le service de l'ASE.

Il appartiendra au service de l'ASE, de saisir le procureur de la République, si cette négociation avec la famille n'aboutissait pas, pour que des mesures d'accompagnement éducatif soient mises en oeuvre.

Le juge des enfants pourra alors prononcer, après avoir éventuellement ordonné des investigations complémentaires, une mesure d'assistance éducative en milieu ouvert (AEMO) ou un placement.

Lorsque la mesure d'accompagnement ou de placement est exécutée, il est nécessaire de prévoir une collaboration entre les services chargés du suivi médical du mineur (en particulier la prise en charge psychologique) et les services chargés de l'accueil et du suivi du mineur (ASE, services habilités).

En effet, la prise en charge d'un mineur victime d'abus sexuels, doit conjuguer la prise en charge thérapeutique et un accompagnement de qualité. La coordination entre les services de soins et les services sociaux gérant l'accueil et le suivi de l'enfant et de sa famille est donc indispensable.

#### **PARTIE 4**

##### **Rôle d'information et de conseil**

*Dernière mise à jour : jeudi 5 décembre 2002 19:04:21 [Dr Jean-Michel Thurin](#)*

[http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confagrsex/EPE/prat\\_violsex1.html](http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confagrsex/EPE/prat_violsex1.html)

## 1. LE MÉDECIN ET LA JUSTICE

### LE SECRET PROFESSIONNEL, L'OBLIGATION DE DÉNONCER ET DE PORTER SECOURS

#### *1. De l'atteinte au secret professionnel*

##### **Article 226-13 du Code pénal :**

"La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état, soit par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 100 000 francs d'amende."

Commentaire (circulaire du 14 mai 1993) :

L'article 226-13 réprime la violation du secret professionnel qui était antérieurement incriminée par l'article 378 du Code pénal.

La définition retenue par le Nouveau Code pénal ne modifie pas les éléments constitutifs de cette infraction.

Plutôt que de donner une liste non exhaustive des professions tenues au secret professionnel, comme l'avait fait l'article 378 de l'ancien Code pénal, l'article 226-13 donne une définition générale des personnes tenues au secret professionnel.

Sont tenues au secret professionnel "les personnes dépositaires d'information à caractère secret, soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire".

##### **Article 226-14 du Code pénal :**

L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de « privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles » dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, de son état physique ou psychique ;

2° Au médecin, qui avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences de toute nature ont été commises.

Commentaire (circulaire du 14 mai 1993) :

L'article 226-14 du Code pénal maintient la possibilité, pour les professionnels, d'être déliés du secret professionnel dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. Deux types de situations justifient la révélation du secret professionnel :

° les sévices à mineurs de 15 ans, et plus généralement à une personne qui n'est pas en état de se protéger, en raison de son âge ou de son état physique ou psychique. En outre la possibilité de révélation n'est plus limitée aux seuls faits connus à l'occasion de l'exercice de la profession.

° les sévices constatés par un médecin dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises : l'accord de la victime est alors requis préalablement au signalement.

La révélation des sévices infligés à un mineur de 15 ans peut désormais être faite non seulement aux autorités médicales ou administratives, mais également directement aux autorités judiciaires.

Les autorités judiciaires peuvent donc être informées au cours d'un procès par la personne soumise au secret professionnel entendue comme témoin.

## ***2 De l'entrave à la saisine de la justice ou l'obligation de dénoncer et de porter secours***

Article 434-1 et 434-3 du Code pénal, entrave à la saisine de la justice.

### **Article 434-1 :**

"Le fait pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives, est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 300 000 francs d'amende.

Sont exceptés des dispositions qui précèdent, sauf en ce qui concerne les crimes commis sur les mineurs de 15 ans :

1° les parents en ligne directe et leurs conjoints, ainsi que les frères et soeurs et leurs conjoints, de l'auteur ou du complice du crime ;

2° le conjoint de l'auteur ou du complice du crime, ou la personne qui vit notoirement en situation maritale avec lui.

Sont également exceptées des dispositions du premier alinéa, les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13."

### **Article 434-3 :**

"Le fait pour quiconque ayant eu connaissance de mauvais traitements ou privations infligés à un mineur de 15 ans 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 informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 300 000 francs d'amende.

Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptés des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13."

Article 223-6 du Code pénal, non assistance à personne en péril.

### **Article 223-6 :**

"Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 500 000 francs d'amende.

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours."

### **3 La dénonciation de sévices à mineurs de moins de 15 ans**

Cette incrimination est élargie par rapport à l'ancien Code pénal.

1° Sont désormais assimilés aux mineurs de 15 ans les personnes incapables de se protéger en raison de leur âge ou de leur état physique ou psychique.

2° L'obligation de dénonciation ne porte plus sur les sévices infligés à un mineur ou à une personne vulnérable, mais sur les mauvais traitements dont ces personnes peuvent faire l'objet.

La notion de mauvais traitements, plus large que la notion de sévices infligés est issue de la loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance.

3° Alors que l'ancien article 62 du code pénal n'imposait un signalement que lorsqu'il y avait lieu de craindre le renouvellement ou la continuation des sévices ou des privations, aujourd'hui, même s'il semble que les mauvais traitements ont cessé, la personne qui en a eu connaissance doit en aviser les autorités judiciaires ou administratives.

Le législateur a considéré que l'appréciation du risque de continuation de la maltraitance ne devait pas venir limiter l'obligation de signalement.

4° Les personnes tenues au secret sont exclues de l'article 434.3 qui prévoit une obligation de dénonciation. Cela signifie que la décision de signalement est laissée à la seule conscience de ces personnes.

Le législateur n'a pas voulu obliger les médecins à signaler les mauvais traitements sous peine de sanctions pénales, pour éviter que les auteurs de sévices n'hésitent à faire prodiguer à l'enfant les soins nécessaires par crainte d'être dénoncés.

Cependant l'article 223-6 qui réprime la non-assistance à personne en péril, est applicable aux personnes soumises au secret professionnel.

En cas de mauvais traitement mettant en danger la vie ou l'intégrité physique d'un mineur ou d'une personne vulnérable, un médecin ne saurait rester passif sans encourir des sanctions prévues en cas de non-assistance à personnes en péril.

Donc la non-dénonciation de privations ou de mauvais traitements infligés à un mineur de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger ne justifie pas l'absence de toute intervention de la part du médecin.

Cette intervention peut revêtir diverses formes comme l'hospitalisation de la victime ou un signalement aux autorités administratives ou judiciaires puisque l'article 226-14 lève le secret dans cette hypothèse.

Cette articulation d'ordre général entre les règles relatives au secret professionnel et celles relatives à la non dénonciation de mauvais traitements, n'interdit pas au législateur de prévoir que certaines catégories de professionnels bien que soumises au secret médical soient néanmoins tenues de signaler ces sévices aux autorités administratives.

C'est la raison pour laquelle l'article 434-3 alinéa 2 précise que les personnes astreintes au secret sont exceptées des dispositions de cet article sauf lorsque la loi en dispose autrement.

C'est le cas des travailleurs sociaux dont la situation est désormais réglée par l'article 80 du code de la famille et de l'aide sociale qui dispose que les personnes participant aux missions du service de l'aide sociale à l'enfance sont tenues au secret professionnel, mais qu'elles sont également tenues de transmettre sans délai au Président du Conseil Général ou au responsable désigné par lui, toute information nécessaire pour déterminer les mesures dont les mineurs ou leur famille peuvent bénéficier, et notamment toute information sur les situations de mineurs victimes de mauvais traitements.

Les travailleurs sociaux ayant le statut de fonctionnaires ou assimilés fonctionnaires sont donc soumis à une obligation de signalement des mauvais traitements à mineur auprès de leur supérieur hiérarchique. Par ailleurs, les dispositions de l'article 40 alinéa 2 du code de procédure pénale qui oblige tout fonctionnaire qui acquiert, dans l'exercice de ses fonctions, la connaissance d'un crime ou d'un délit flagrant, leur ordonne d'en donner avis sans délai au procureur de la République.

## **LE DÉPT DE PLAINTÉ**

Le médecin pourra conseiller à la victime de porter plainte pour ces différentes raisons :

- ° le recours à la justice permet à la personne de se reconstruire. La reconnaissance par la société du statut de victime et la désignation du coupable sont fondamentales.
- ° le dépôt de plainte permet à la victime d'obtenir une provision auprès des commissions d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI).
- ° seuls les prélèvements effectués sur réquisition sont mis sous scellés et acquièrent alors une force probante certaine.

Le médecin pourra également conseiller à la victime de s'adresser à un avocat ou à une association spécialisée.

Pour porter plainte, la victime peut se rendre au commissariat de police ou à la brigade de gendarmerie en fonction de son lieu de résidence. L'officier de police judiciaire enregistre la plainte et rédige un procès-verbal des déclarations de la victime ; si elle est dans l'impossibilité de se déplacer, à sa demande, le policier ou le gendarme se rendra à son domicile. Il est également possible de porter plainte en écrivant directement une lettre au procureur de la République.

## **2 LE MÉDECIN ET LA PRÉVENTION**

Si le médecin a incontestablement un rôle important à jouer dans la reconnaissance des agressions sexuelles dont sont victimes les enfants, il a aussi une place tout aussi importante mais méconnue dans la prévention de cette pathologie du lien à connotation sexuelle : le rappel de certaines évidences ignorées ou oubliées par les parents et par la reconnaissance de ce que les psychiatres et psychologues appellent les climats incestueux.

On peut mettre sous ce terme les intrusions au niveau physique : inspection des orifices génitaux et anaux sous des prétextes hygiéniques à un âge où l'enfant devrait être autonome, les intrusions au niveau de l'intimité par le regard, le toucher, le contrôle systématique du courrier et de la vie affective chez les adolescents, l'exhibitionnisme des



parents imposant la vue de leurs organes génitaux et de leurs rapports sexuels. Dans ce cadre entrent aussi les confidences sur leur vie amoureuse dans tous ses détails que certains parents font partager à leurs enfants et adolescents, le fait de regarder en famille ou de laisser accessible des cassettes et des journaux pornographiques.

Ces climats incestueux peuvent être une étape préliminaire à un passage à l'acte incestueux mais de toute façon « ils perturbent gravement l'évolution affective et sexuelle de l'enfant, induisant la culpabilité, une confusion au niveau des repères moraux. Ils provoquent des conduites inadaptées de séduction exposant au danger d'agressions sexuelles ou à l'inhibition de la vie sexuelle ».4

C'est la raison pour laquelle le médecin de famille et le pédiatre ont un rôle préventif important par la place privilégiée qui est la leur, à partir soit de ce qu'ils observent à domicile ou en consultation, soit des confidences ou des demandes de conseils qu'ils reçoivent de la part des parents. Sans vouloir être donneur de leçon ou moraliste, le médecin peut très bien, lors des consultations de routine, rappeler ce dont un enfant a besoin pour se construire au niveau psychique et affectif et guider les parents dans l'apprentissage de ce métier « impossible ». Il devra être d'autant plus vigilant avec certaines familles recomposées ou fragilisées par une situation de monoparentalité ou de séparation du couple parental, familles où le risque est plus grand que l'enfant prenne la place du parent absent.

Il peut ainsi rappeler :

° que l'éducation d'un enfant doit lui apprendre progressivement à devenir autonome et responsable aussi bien dans la gestion de ses soins corporels que de sa vie affective. Elle doit respecter son intimité et lui reconnaître le droit d'avoir un jardin secret.

qu'il est nécessaire de respecter la pudeur de l'enfant qui peut à un moment donné de son évolution et à un âge éminemment variable, ne plus vouloir exposer sa nudité et être gêné par celle des adultes.

° que la curiosité sexuelle normale des enfants ne justifie pas une promiscuité ambiguë. Ainsi si la tendresse et les câlins sont nécessaires à l'enfant pour grandir affectivement, il n'a pas à prendre régulièrement la place de l'un ou l'autre de ses parents dans le lit conjugal, ni à prendre le bain ou la douche avec eux au-delà de l'âge du nourrisson.

Cet abord préventif sera sans effet sur des comportements parentaux pervers et le médecin sera parfois amené à faire appel à d'autres professionnels pour évaluer la situation et permettre une prise en charge protectrice de l'enfant. Mais beaucoup de climats incestueux se retrouvent chez des parents carencés, en grande souffrance psychique, qui méconnaissent les besoins, la fragilité de leurs enfants ou adolescents et qui sont souvent demandeurs d'aide et de conseils. Il est important que le médecin relève ces dysfonctionnements, sans jugement de valeur et sans culpabiliser les parents mais en expliquant en quoi ces comportements peuvent être pathogènes et qu'il sache leur proposer une prise en charge adaptée s'il se sent lui-même dépassé ou mal à l'aise.

4. M. Rouyer in Enfants en danger - Ed. Fleurus.

### **3 LE MÉDECIN ET L'ORIENTATION**

Où trouver accueil, information, écoute après une agression sexuelle ?

**Téléphones :**

° **Enfants :**

Allô Enfance Maltraitée\* : 119

° **Jeunes :**

Fil Santé Jeunes\* : 0800 235 236

° **Femmes :**

- SOS viols\* : 0800 05 95 95

- Violences au travail : 01 45 84 24 24

\* : Numéros de téléphones verts anonymes et gratuits.

° **Adultes :**

- SOS violences conjugales : 01 40 33 80 60

- Sida info service\* : 0800 840 800

- SOS homophobie : 01 48 06 42 41

- Inter Service Parents : 01 44 93 44 93

**Services administratifs :**

° **Enfants :**

Conseils généraux : Services de Protection Maternelle et Infantile (PMI)  
Services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

° **Femmes :**

- Préfectures de région et de département : Déléguées régionales et départementales aux droits des Femmes

- Centres d'Information des droits des femmes

**Services judiciaires :**

- Procureur de la République du Tribunal de Grande Instance

- Juge pour enfants

**Associations :**

° **Toutes victimes :**

Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation (INAVEM)  
4-14, rue Ferrus 75014 PARIS  
tél : 01 45 88 19 00

° **Enfants :**

- Fondation pour l'Enfance  
17, rue Castagnary 75015 PARIS  
tél : 01 53 68 16 50

- Enfance Majuscule - Fédération Alexis Danan  
164 ter, rue d'Aguesseau 92100 BOULOGNE  
tél : 01 46 04 03 77

- Enfance et Partage  
10, rue des Bluets 75011 PARIS  
n° vert : 0800 05 1 2 3 4

- La Voix de l'Enfant  
39, rue de Lourmel 75015 PARIS  
tél : 01 45 77 60 75

- Fédération Nationale de l'Ecole des Parents et des Educateurs  
5, impasse Bon-Secours 75543 PARIS cedex 11  
tél : 01 44 93 44 70

- Aide aux Parents d'enfants victimes  
22, rue Baudin 92130 ISSY-les-MOULINEAUX  
tél : 01 46 48 35 94

° **Femmes :**

- Viols femmes Information Collectif Féministe contre le viol  
9, villa d'Este 75013 PARIS  
tél : 0800 05 95 95

- Centre National d'Information et de Documentation des Femmes et des Familles  
(CNIDFF)  
7, rue du Jura 75013 PARIS  
tél : 01 42 17 12 34

- Mouvement jeunes femmes  
24, rue Parc de la Bérengère 92210 SAINT-CLOUD  
tél : 01 47 71 69 39

- Association européenne contre les violences faites aux femmes au travail (AVFT)  
BP 108 - 75561 PARIS cedex 12  
tél : 01 45 84 24 24

° **Association d'information pour les professionnels confrontés à des situations de maltraitance :**

- Association Française d'Information et de Recherche sur l'Enfance Maltraitée (AFIREM)  
149, rue de Sèvres 75015 PARIS  
tél : 01 44 49 47 25

\* : Numéros de téléphones verts anonymes et gratuits.

**LISTE DES PLES DE RÉFÉRENCE RÉGIONAUX  
CHARGÉS DE L'ACCUEIL ET DE LA PRISE EN CHARGE  
DES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES**

## **ALSACE**

### **Consultation de médecine légale et d'urgences médico-judiciaires**

Pr Bertrand LUDES  
Hôpitaux universitaires de Strasbourg  
Pavillon chirurgical A  
1, place de l'Hôpital  
67091 STRASBOURG cedex  
tél : 03 88 11 63 81

## **AQUITAINE**

### **Centre d'accueil en urgence des victimes d'agressions**

Dr Sophie GROMB  
Groupe hospitalier Pellegrin  
Place Amélie Raba-Léon  
33076 BORDEAUX cedex  
tél : 05 56 79 87 77

## **AUVERGNE**

### **CHU de Clermont Ferrand**

Pr COUDERT  
Centre Rochefeuille  
30, place Henri Dunant - BP 69  
63003 CLERMONT FERRAND  
cedex 1  
tél : 04 73 750 750  
urgences pédiatriques : 04 73 75 00 50

## **BASSE-NORMANDIE**

### **CHRU de Caen**

Hôpital Clémenceau  
avenue Georges Clémenceau  
14033 CAEN cedex

- Pr Michel HERLICOVIEZ  
service de gynécologie-obstétrique  
tél : 02 31 27 25 33

- Pr Jean-François DUHAMEL  
service de pédiatrie  
tél : 02 31 27 25 97

## **BOURGOGNE**

### **Centre d'accueil des victimes d'abus sexuels**

CHU de Dijon - Hôpital du Bocage  
Pr Paul SAGOT  
10, Bd du Maréchal de Lattre  
de Tassigny  
21034 DIJON cedex  
tél : 03 80 29 50 40

## **BRETAGNE**

### **CHRU de Rennes**

° SOS Enfance maltraitée  
Pr ROUSSEY  
Hôpital Sud  
16, Bd de Bulgarie  
35056 RENNES cedex 9  
tél : 02 99 26 67 54

° Adultes  
Pr POULAIN  
Hôtel-Dieu  
2, rue de l'Hôtel-Dieu  
35 033 RENNES cedex 9  
tél : 02 99 87 30 20

### **CHU de Brest**

° Enfants

- Pr de PARSCAU  
Hôpital de la Cavale Blanche  
Département de Pédiatrie  
Bd Tanguy Prigent  
29609 BREST cedex  
tél : 02 98 22 34 88

- Pr LAZARTIGUES  
Secteur de pédopsychiatrie  
Hôpital de Bohars  
Route de Ploudalmézeau  
29243 GUILERS  
tél : 02 98 22 33 33  
poste 15046

° Adultes

Dr MARICHY  
SAMU  
tél : 02 98 22 33 33  
poste 47450

## **CENTRE**

CHU de Tours  
Clinique du Beffroi  
Dr Annie JACQUET  
23, avenue de Roubaix  
37000 TOURS  
tél : 02 47 47 47 69

## **CHAMPAGNE-ARDENNES**

Centre hospitalier de REIMS  
Hôpital Américain  
Service de Pédiatrie  
Dr DIGEON  
47, rue Cognacq Jay  
51092 REIMS  
tél : 03 26 78 35 25

## **CORSE**

Centre hospitalier de Bastia  
Dr Jannick DELAUDE  
Centre psychothérapeutique de l'enfant et de la famille  
Hôpital Toga  
20200 BASTIA  
tél : 04 95 55 68 88

Centre d'intersecteur  
pour l'adolescent  
Dr Claude CARON  
CH - rue Jacques Galini  
20090 AJACCIO  
tél : 04 95 10 61 12

## **FRANCHE-COMTÉ**

CHU de Besançon  
2, place Saint Jacques  
25030 BESANCON cedex

° Enfants  
Pr André NOIR  
Service de Pédiatrie  
tél : 03 81 21 81 43

° Adultes  
Pr Robert MAILLET  
Service de gynécologie-obstétrique  
tél : 03 81 21 81 13

## **HAUTE-NORMANDIE**

CHU de Rouen  
1, rue de Germont  
76031 ROUEN cedex

- Pr MARPEAU  
service de gynécologie-obstétrique  
tél : 02 32 88 82 44

- Dr LEREBOURG  
service de pédiatrie  
tél : 02 32 88 86 15

- Pr PROUST  
service de médecine légale  
tél : 02 32 88 86 94

## **ILE-DE-FRANCE**

### **Centre hospitalier Jean Verdier**

Pr GAUDELUS,  
Dr NATHANSON  
avenue du 14 juillet  
93140 BONDY  
tél : adultes : 01 48 02 60 33  
enfants : 01 48 02 60 36  
médico-judiciaire : 01 48 02 65 12

### **Centre hospitalier Louise Michel**

Unité de consultations médico-judiciaires  
Dr P. WERSON  
Quartier du canal - Courcouronnes  
91014 ÉVRY cedex  
tél : 01 60 87 54 48

### **Centre hospitalier de Poissy-St-Germain**

Pr Y. VILLE  
Service de gynécologie-obstétrique  
10, rue du champ Gaillard  
78003 POISSY  
tél : 01 39 27 52 51

## **LANGUEDOC-ROUSSILLON**

CHU de Montpellier  
Pr Jean-Pierre VISIER  
Dr Martine CARAUX  
Hôpital Arnaud de Villeneuve  
371, avenue du doyen Gaston Giraud  
34295 MONTPELLIER cedex 5  
tél : 04 67 33 66 73

CHU de Nîmes  
Pr Daniel LESBROS  
service de pédiatrie  
Hôpital Gaston Doumergue  
5, rue Hoche  
30029 NÎMES cedex  
tél : 04 66 68 32 86

## **LIMOUSIN**

CHU de Limoges  
Service des urgences  
Pr Claude PIVA  
Dr Sophie MARTIN-DUPONT  
avenue Martin Luther King  
87032 LIMOGES

*Dernière mise à jour : jeudi 5 décembre 2002 19:04:21 [Dr Jean-Michel Thurin](#)*

[http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confagrsex/EPE/prat\\_violsex1.html](http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confagrsex/EPE/prat_violsex1.html)

tél : urgences adultes : 05 55 05 64 45  
pédiatrie : 05 55 05 68 42

## **LORRAINE**

Maternité régionale de Nancy  
Dr GUILLET-MAY  
rue du Dr Heydenreich  
54000 NANCY  
tél : 03 83 34 36 36

## **MIDI-PYRÉNÉES**

### **CHU de Toulouse**

- Pr Jean-Paul CARRIERE  
service de neuro-pédiatrie  
Hôpital d'enfants  
330 avenue de Grande-Bretagne  
BP 3119  
31026 TOULOUSE cedex 3  
tél : 05 34 55 86 32

- Pr Daniel ROUGE  
service de médecine légale  
Hôpital deRangueil  
1, avenue Jean Poulhes  
31043 TOULOUSE cedex  
tél : 05 61 32 28 59

## **NORD-PAS DE CALAIS**

### **CHRU de Lille**

Dr Françoise HOCHART  
Hôpital Jeanne de Flandre  
ESPED - avenue Oscar Lambret  
59037 LILLE cedex  
tél : 03 20 44 44 40

## **PROVENCE-ALPES-CTE D'AZUR**

### **Assistance publique de Marseille**

Hôpital de la Timone  
Pr CIANFARANI  
service de médecine légale  
264, rue St Pierre  
13385 MARSEILLE cedex 05  
tél : 04 91 38 63 85 ou 89

### **CHU de Nice**

Pr GILLET et Pr OLLIER  
service de gynécologie-obstétrique  
Hôpital l'Archet II  
151, route de St Antoine de Ginestière



06000 NICE  
tél : adultes : 04 92 03 63 95  
pédiatrie : 04 92 03 60 96

## **PAYS DE LA LOIRE**

CHU de Nantes  
Pr Patrice LOPES  
service de gynécologie-obstétrique A  
Quai Moncoussu  
44093 NANTES cedex  
tél : 02 40 08 31 75

## **PICARDIE**

**CHU d'Amiens**  
service de médecine légale  
Pr Olivier CARDE  
1, place Victor Pauchet  
80054 AMIENS cedex 1  
tél : 03 22 66 83 84  
et 03 22 66 80 00

## **POITOU-CHARENTES**

**CHU de Poitiers**  
Hôpital Jean Bernard  
Centre d'accueil des victimes d'agressions sexuelles  
Pr Guillaume MAGNIN  
350, rue de la Milétrie  
86021 POITIERS cedex  
tél : 05 49 44 45 20

## **RHONE-ALPES**

**Hospices civils de LYON**  
Centre hospitalier Lyon Sud  
service d'accueil des urgences  
Pr Liliane DALIGAND  
Pierre Bénite  
69310 LYON  
tél : 04 78 86 59 00

## **CHU de St Etienne**

Service de médecine légale  
Pr Michel DEBOUT  
Hôpital Bellevue  
boulevard Pasteur  
42055 SAINT ÉTIENNE  
tél : 04 77 12 05 23

Service de gynécologie-obstétrique  
Pr SEFFERT  
Hôpital Nord

avenue Albert Raimond  
Saint Priest en Jarez  
42055 SAINT ÉTIENNE cedex 2  
tél : 04 77 82 83 83

#### **CHU de Grenoble**

Pr Luc BARRET  
service de médecine légale  
BP 217  
38043 GRENOBLE cedex 9  
tél : 04 76 76 55 14

#### **GUADELOUPE**

#### **CHU de pointe à Pitre**

97159 POINTE À PITRE cedex  
tél : 05 90 89 10 10

#### **CHGI de Basse-Terre/St Claude**

97109 BASSE TERRE  
tél : 05 90 80 54 54

#### **GUYANE**

#### **Centre hospitalier de Cayenne**

97306 CAYENNE cedex  
Dr DELATRE, service de pédiatrie  
adultes : service des urgences  
tél : 05 94 30 52 50

#### **MARTINIQUE**

#### **CHU de Fort de France**

Hôpital de Redonte  
97200 FORT DE FRANCE  
tél : 05 96 59 25 28

#### **LA RÉUNION**

#### **Centre hospitalier départemental**

#### **Félix Guyon**

Dr COMBES  
97405 SAINT DENIS  
tél : 02 62 90 50 50

#### **LES CENTRES D'INFORMATION ET DE SOINS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE ET LEURS COORDONNATEURS MÉDICAUX**

Janvier 2000

#### **ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS**

*Dernière mise à jour : jeudi 5 décembre 2002 19:04:21* [Dr Jean-Michel Thurin](mailto:Dr Jean-Michel Thurin)  
[http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confagrsex/EPE/prat\\_violsex1.html](http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confagrsex/EPE/prat_violsex1.html)

## **CISIH DE CLAUDE BERNARD - BICHAT**

Hôpital Bichat Claude Bernard  
46, rue Henri Huchard  
75018 PARIS  
Pr. COULAUD  
Tél. : 01 40 25 78 07  
Fax : 01 42 29 53 00

## **CISIH DE PARIS-CENTRE**

(Cochin - Broussais - St Joseph)

Groupe hospitalier Tarnier - Cochin - Saint Vincent de Paul  
27, rue du Faubourg Saint Jacques  
75014 PARIS  
Pr. WEISS  
Tél. : 01 43 95 94 19  
Fax : 01 43 95 95 24

## **CISIH PARIS-OUEST**

(Necker - Laënnec - Pasteur)

Groupe hospitalier Necker Enfants Malades  
149-161, rue de Sèvres  
75015 PARIS  
Pr. Christine ROUZIOUX  
Tél. : 01 44 49 41 01  
Fax : 01 44 49 41 15

## **CISIH DE PARIS SUD**

(Henri Mondor - Kremlin Bicêtre - Paul Brousse et Antoine Bécère)

Hôpital Henri Mondor  
51 avenue de Lattre de Tassigny  
94000 CRÉTEIL  
Pr. SOBEL  
Tél. : 01 45 37 44 11  
Fax : 01 46 31 22 77

## **CISIH DE PITIÉ SALPÉTRIÈRE**

Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière  
47, boulevard de l'Hôpital  
75013 PARIS  
Pr. Christine KATLAMA  
Tél. : 01 42 16 01 42  
Fax : 01 42 16 01 26

## **CISIH DE PARIS EST**

(Rothschild - Saint Antoine - Tenon)

Hôpital Saint Antoine  
184 rue du Faubourg Saint Antoine  
75571 PARIS Cedex 12  
Pr. FROTTIER  
Tél. : 01 49 28 24 37  
Fax : 01 49 28 21 49

### **CISIH SAINT-LOUIS-LARIBOISIÈRE-FERNAND WIDAL**

Hôpital Saint Louis  
1, rue Claude Vellefaux  
75010 PARIS  
Pr. MOLINA  
Tél. : 01 42 49 90 66  
Fax : 01 42 49 90 67

### **CISIH DU SUD EST FRANCILIEN**

Hôpital Gilles de Corbeil  
59 avenue Henri Dunant  
91108 CORBEIL ESSONNE Cedex  
Dr. DEVIDAS  
Tél. : 01 60 90 31 78  
Fax : 01 60 90 37 18

### **CISIH 92**

(Louis Mourier - Ambroise Paré - Raymond Poincaré)

Hôpital Louis Mourier  
178, rue de Renouillers  
92700 COLOMBES  
Dr. ROUVEIX  
Tél. : 01 47 60 61 84  
Fax : 01 47 60 64 91

### **CISIH 93**

(Jean Verdier - Avicennes - Delafontaine)

**Hôpital Jean Verdier**  
Avenue du 14 Juillet  
93143 BONDY  
Dr. JEANTILS  
Tél. : 01 48 02 63 80  
Fax : 01 48 02 63 61

### **PROVINCE ET DÉPARTEMENTS D'OUTRE MER**

### **CISIH AUVERGNE-LOIRE**

° **CHU de Clermont Ferrand**

Service de Maladies Infectieuses et Tropicales  
Hôtel Dieu  
Bd Léon Malfreyt  
63000 CLERMONT FERRAND  
Pr BEYTOUT  
Tél. : 04 73 31 60 62  
Fax : 04 73 34 08 90

**CHU de St Etienne**

Hôpital de Bellevue  
25, bd Pasteur  
45055 SAINT ÉTIENNE Cedex 2  
Dr FRESSARD  
Tél. : 04 77 42 77 22  
Fax : 04 77 42 78 24

**CISIH DE BORDEAUX**

(Saint André - Pellegrin)

**Hôpital Pellegrin**

Place Amélie Rabat Léon  
33076 BORDEAUX  
Dr. LACOSTE  
Tél. : 05 56 79 56 06  
Fax : 05 56 79 60 87

**CISIH DE BOURGOGNE - FRANCHE COMTÉ**

**CHRU de Besançon**

Hôpital Saint Jacques  
Service Dermatologie 2  
2, place Saint Jacques  
25030 BESANÇON Cedex  
Pr. LAURENT  
Tél. : 03 81 21 81 07  
Fax : 03 81 21 86 29

**CHRU de Dijon**

Hôpital d'Enfants  
Service des Maladies Infectieuses  
10, bd du Maréchal de Lattre  
de Tassigny  
21034 DIJON Cedex  
Pr. PORTIER  
Tél. : 03 80 29 33 05  
Fax : 03 80 29 34 82

**CISIH DE CAEN**

**Centre Hospitalier Régional de Caen**

Avenue de la Côte Nacre  
14033 CAEN Cedex  
Pr. BAZIN

*Dernière mise à jour : jeudi 5 décembre 2002 19:04:21 [Dr Jean-Michel Thurin](#)*

[http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confagrsex/EPE/prat\\_violsex1.html](http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confagrsex/EPE/prat_violsex1.html)

Tél. : 02 31 06 47 14  
Fax : 02 31 06 49 96

## **CISIH DE GRENOBLE**

### **CHU de Grenoble**

Hôpital Albert Michallon  
BP 217  
38043 GRENOBLE Cedex 09  
Dr LECLERCQ  
Tél. : 04.76-76-52-92  
Fax : 04.76-76-55-69

## **CISIH DE LYON**

(Edouard Herriot - Hôtel Dieu - Lyon Sud et Croix Rousse)

### **Hospices Civils de Lyon**

3, quai des Célestins  
BP 2251  
69229 LYON Cedex 02

### **Hôpital de la Croix Rousse**

Maladie infectieuses  
103 Grande rue de la Croix Rousse  
69317 LYON Cedex 04  
Pr CHIDIAC  
Tél. : 04 72 07 17 48  
Fax : 04 72 07 17 50

## **CISIH DE MARSEILLE**

### **Assistance Publique de Marseille**

80, rue Brochier  
13354 MARSEILLE Cedex 05

### **Hôpital Houphouët Boigny**

416 Chemin de la Madrague Ville  
13326 MARSEILLE Cedex  
Dr MOREAU  
Tél. : 04 91 96 89 17  
Fax : 04 91 74 49 62

## **CISIH DE MONTPELLIER**

### **Hôpital Gui de Chauliac**

Avenue Bertin Sans  
34059 MONTPELLIER Cedex  
Pr. REYNES  
Tél. : 04 67 33 72 20  
Fax : 04 67 33 77 60

## **CISIH DE NANCY**

**Hôpital de Brabois**

Tour Drouet  
Allée du Morvan  
54511 VANDOEUVRE Cedex  
Pr. Canton  
Tél. : 03 83 15 41 24  
Fax : 03 83 15 35 34

**CISIH DE NANTES****CHR de Nantes**

Hôtel Dieu  
Place Alexis Ricourdeau  
BP 1005  
44035 NANTES Cedex 01  
Pr. RAFFI  
Tél. : 02 40 08 33 51  
Fax : 02 40 08 31 17

**CISIH DE NICE****Hôpital de l'Archet  
Route de Saint Antoine**

de Ginestière  
BP 79  
06202 NICE Cedex 03  
Pr. DELLAMONICA  
Tél. : 04 92 03 55 15  
Fax : 04 93 96 54 54

**CISIH DE RENNES****CHU de Rennes**

Hôpital Pontchaillou  
2, rue Henri Le Guilloux  
35033 RENNES Cedex  
Pr. MICHELET  
Tél. : 02 99 28 42 87  
Fax : 02 99 28 41 88

**CISIH DE ROUEN****CHRU de Rouen**

Hôpital Charles Nicolle  
1, rue de Germont  
76031 ROUEN Cedex  
Pr. CARON  
Tél. : 02 32 88 81 15  
Fax : 02 32 88 82 75

**CISIH DE STRASBOURG****Hôpitaux Universitaires de Strasbourg**

Antenne d'immuno-onco-hématologie  
Clinique médicale A

BP 426  
67091 STRASBOURG Cedex  
Pr. LANG  
Tél. : 03 88 11 63 34  
Fax : 03 88 11 63 31

## **CISIH DE TOULOUSE**

**Hôpital Purpan**  
Place Baylac  
31059 TOULOUSE Cedex  
Pr Patrice MASSIP  
Tél. : 05 61 77 75 34  
Fax : 05 61 77 21 38

## **CISIH DE TOURCOING**

**Centre Hospitalier Dron**  
155, rue du Président Coty  
59208 TOURCOING Cedex  
Pr. MOUTON  
Tél. : 03 20 69 41 19  
Fax : 03 20 69 46 15

## **CISIH DE TOURS**

**Hôpital Bretonneau**  
2, boulevard Tonnelé  
37044 TOURS Cedex

- Pr. GOUDEAU  
Tél. : 02 47 47 69 97  
Fax : 02 47 47 38 12

- Pr. CHOUTET  
Tél. : 02 47 47 37 14  
Fax : 02 47 47 37 31

## **CISIH DE GUADELOUPE**

**CHRU de Pointe-à-Pitre**  
Hôpital les Abymes  
BP 465  
97159 POINTE-À-PITRE Cedex  
Dr. STROBEL  
Tél. : 00 590 89 15 45  
Fax : 00 590 89 15 93

## **CISIH DE GUYANE**

**CHG**  
rue des Flamboyants  
BP 6006  
97306 CAYENNE Cedex  
Dr Milko SOBESKY



Tél. : 00 594 39 51 94  
Fax : 00 594 39 51 77

## **CISIH DE LA MARTINIQUE**

**CHRU de Fort-de-France**  
Hôpital La Meynard  
97261 FORT DE FRANCE Cedex  
Dr. Guy SOBESKY  
Tél. : 00 596 55 23 41  
Fax : 00 596 75 21 16

## **CIISIH DE LA RÉUNION**

**CHD de Félix Guyon**  
BP 207  
97405 SAINT DENIS Cedex -  
Ile de La Réunion  
Dr GAUD  
Tél. : 00 262 90 55 66  
Fax : 00 262 90 55 61

**Ont participé  
à la rédaction de ce guide**

## **COORDINATION DES TRAVAUX**

Sophie LEVEL  
Ecole des Parents et des Educateurs d'Ile-de-France

## **EXPERTS**

Professeur Liliane DALIGAND  
Psychiatre, Médecin légiste  
Service d'accueil des urgences  
Centre hospitalier Lyon Sud

Docteur Stéphane DORAY  
Médecin légiste  
Consultation de médecine légale et urgences médico-judiciaires  
Strasbourg

Docteur Gérard DUBRET  
Psychiatre  
Centre hospitalier René Dubos  
Pontoise

Docteur Dominique GIRODET  
Pédiatre  
Consultation de Pédiatrie  
Hôpital de Montmorency

Docteur Françoise HOCHART  
Pédiatre  
ESPED - Hôpital Jeanne de Flandres  
CHRU de Lille

Professeur Bertrand LUDES  
Médecin légiste  
Consultation de médecine Légale et urgences médico-judiciaires  
Strasbourg

Docteur Isabelle REYNAUD  
Gynécologue - Obstétricien  
Service de Gynécologie - obstétrique  
CHU du Bocage  
Dijon

Docteur Patrick ZILLHARDL  
Psychiatre, Médecin légiste  
CHU de Bichat  
Service Psychiatrie  
Paris

## **REPRÉSENTANTS DU MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ**

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

Nicole MATET

Docteur Noëlle PENCIOLELLI

Laurence PRÉVOT

DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE

Michèle CREOFF

SERVICE DES DROITS DES FEMMES

Béatrice FLORENTIN

DIRECTION DES HPITAUX

Michel CHANELIÈRE  
Anne SCANDELLA

## **ONT ÉTÉ CONSULTÉS**

Jean-Claude KROSS  
Magistrat

Professeur Patrice LOPES  
Gynécologue - Obstétricien  
Service de Gynécologie-obstétrique  
CHRU de Nantes

Docteur Emmanuelle PIET  
Collectif Femmes Viol Informations

Serge PORTELLI  
Doyen des Juges d'Instruction  
Tribunal de Grande Instance de Créteil

Professeur Paul SAGOT  
Gynécologue - Obstétricien  
Service de Gynécologie-obstétrique  
CHU du Bocage  
Dijon