
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
Université Salah Boubnider Constantine 3



Faculté de Médecine
Département de Médecine



THESE

Pour l'obtention du

DOCTORAT EN SCIENCES MEDICALES EN MEDECINE LEGALE,
DROIT MEDICAL ET ETHIQUE

Aspects médico-légaux de la prise en charge des violences de nature sexuelle à Constantine de 2010 à 2021

Soutenue le 18 juillet 2024

Par le Docteur **AMIAR MOUNIA**

Maitre Assistante en Médecine Légale, Droit médical et Ethique

Service de Médecine Légale

JURY

Président de jury :	Pr. BENABBAS EL MOUNSIF	Faculté Médecine Batna
Membres de jury :	Pr. BELLOUM ABDELHAMID	Faculté Médecine Constantine
	Pr. BOULAASSEL BRAHIM	Faculté Médecine Tizi Ouzou
	Pr. KAIIOUS FATEH	Faculté Médecine Annaba
	Pr. DOUBALI KHALED	Faculté Médecine Alger
Directrice de thèse :	Pr. BOUDRAA ZOHRA	Faculté Médecine Constantine

Année Universitaire 2023-2024

Remerciements

A Mon Maitre et Directrice de Thèse

Madame le **Professeur Zohra BOUDRAA**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse.

Votre écoute, vos connaissances, vos critiques et vos conseils constructifs m'ont guidé tout au long de ce projet que je suis heureuse d'avoir pu mener à terme avec vous.

J'ai un grand respect pour le travail que vous faites et pour votre dévouement depuis des années pour promouvoir notre discipline. Votre force de travail, votre rigueur, votre perspicacité sont un exemple.

Je vous remercie de continuer chaque jour à m'enseigner ce vaste domaine qu'est la médecine légale et pour tout ce que vous m'avez appris.

Merci de m'avoir conseillée, dirigée, soutenue tout au long de mon cursus et d'avoir su me remotiver dans les moments difficiles.

Au Président de Jury

Monsieur le **Professeur El Mounsi BENABBAS**

Vous me faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse et je vous en suis
reconnaissante.

Veillez trouver ici l'expression de mes remerciements les plus sincères, ainsi
que le témoignage de mon respect.

A Messieurs les membres de jury

Mon Maître **Professeur Abdelhamid BELLOUM**

Je vous remercie pour votre disponibilité et vos encouragements.

Vous m'avez toujours enseignée, conseillée et poussée à me surpasser, afin
d'apprendre et d'exercer au mieux notre belle discipline
qu'est la Médecine légale.

Soyez assuré de mon respect et de ma sincère gratitude.

Monsieur le **Professeur Brahim BOULAASSEL**

Veillez trouver ici toute ma gratitude et ma reconnaissance pour avoir accepté
d'être parmi ce jury afin d'évaluer ma thèse.

Vous m'honorer par votre présence.

Monsieur le **Professeur Fateh KAIOUS**

Je suis honorée et vous remercie vivement d'apporter vos connaissances
à la critique de ce travail.

Merci pour votre bienveillance. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon
respect.

Monsieur le **Professeur Khaled DOUBALI**

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Je vous remercie vivement pour votre contribution en tant que membre du jury.

Veillez trouver dans cette thèse, ma sincère reconnaissance.

A Mon Maitre Monsieur le **Professeur Mahdjoub BOUZITOUNA**, Doyen de la faculté de médecine de Constantine. Soyez assuré de ma gratitude et de mes sentiments les plus respectueux.

Remerciements particuliers

- A Monsieur **Boudjema** **ABDERRAZAK** qui n'a jamais cessé de m'encourager pour mener à terme ce travail. Merci pour votre bienveillance et soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

- Je voudrais exprimer ma reconnaissance et mes remerciements les plus sincères à mes Maîtres Monsieur le Docteur **Mohamed Bachir TIDJANI** et Monsieur le **Professeur Abderrezak FEROU** pour tout ce qu'ils m'ont appris, pour leur bienveillance, leur disponibilité, leur soutien et leurs encouragements.

- Mes chaleureux remerciements à toute l'équipe du service de Médecine légale du CHU de Constantine. Pour leur gentillesse, leur aide et leur soutien pour l'accomplissement de ce travail.

- A Mon Amie le **Professeur Soumaya AMAROUCHE**, Service d'épidémiologie du CHU de Constantine, pour sa contribution, son dévouement et son soutien indéfectible.

- Mes remerciements à Messieurs le Professeur **Nadir BOUSSOUF** et le Professeur **Mohamed Cherif LEMDAOUI** -Service d'Epidémiologie du CHUC- et à Mesdames le **Professeur Fatima Zohra MAHBOUB, Psychiatre** et le Professeur **Nadia BOULAKEHAL** -Service d'Infectiologie du CHUC-, pour leur aide et leur participation.

Dédicaces

A mes chers parents Mohamed El Kamel et Samira,
Votre amour inconditionnel, votre soutien indéfectible et votre confiance ont toujours été ma source de motivation, d'espoir et de force. Je vous aime.

A mon cher époux Toufik,
Qui m'a aidé et soutenu dans les moments difficiles

A mes chères filles Meriem, Ines et Lina
Vous êtes mon bonheur, ma fierté.

A mes sœurs, mes frères, mes belles sœurs, mes beaux-frères, mes neveux et nièces
Merci de faire partie de ma vie. Puisse Dieu vous donnez santé, bonheur et réussite.

A mon beau-père Ahmed
(31 mai 1943 – 25 janvier 2022)
J'aurai voulu que tu sois présent,

A ma belle-mère Sihem
Merci de m'avoir adoptée dans la famille et d'être toi tout simplement.

A toute ma famille, mes amis et à toutes les personnes qui m'ont encouragée et m'ont témoignée un soutien constant dans ce long travail de recherche

Sara, Malik, Yasser, Zahra,... et tous les autres

...

Toutes ces victimes qui un jour sont entrées dans la salle de consultation, suite à une agression physique, sexuelle,..., angoissées, désemparées, désespérées...,

Toutes ces victimes qui viennent pour essayer tout simplement de continuer à avancer, et toutes les autres, qu'on ne voit pas, qui ne viennent pas,... ont fait que ce choix de sujet de thèse est né.

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	1
INTRODUCTION	1
REVUE DE LA LITTERATURE.....	5
1 DEFINITIONS	5
1.1 Atteinte à l'intégrité sexuelle.....	5
1.2 Agression sexuelle	5
1.3 Violence sexuelle.....	5
1.4 Coercition sexuelle	6
1.5 Abus sexuel.....	7
1.6 Attentats aux mœurs.....	7
1.7 Outrage public à la pudeur	7
1.8 Attentat à la pudeur	7
1.9 Viol	7
1.10 Inceste	8
1.11 Harcèlement sexuel.....	8
1.12 Pédophilie.....	9
1.13 Sexting non consensuel	9
1.14 Victime	9
1.15 Survivant/e de la violence	10
1.16 Traite sexuelle.....	11
1.17 Exploitation sexuelle	11
1.18 Esclavage sexuel	12
1.19 Prostitution forcée.....	12
1.20 Test de virginité	12
1.21 Vulnérabilité.....	13
1.22 Circonstances aggravantes	13
1.23 Consentement à l'activité sexuelle	14
2 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	15
2.1 Violences de nature sexuelle dans le monde	15
2.2 Violences de nature sexuelle en Europe	15
2.3 Violences de nature sexuelle en Algérie.....	17
3 FACTEURS DE RISQUE DE VIOLENCES DE NATURE SEXUELLE	19
3.1 Chez les victimes	19
3.1.1 Facteurs en lien avec l'environnement (familial)	19
3.1.2 Facteurs propres à la victime	19
3.2 Chez les auteurs	19
3.2.1 Auteur d'homicides sexuels sériel (sadique).....	21
3.2.1.1 Auteurs sériels enfants	21
3.2.1.2 Auteurs sériels adultes	21
3.2.2 Auteur d'homicides sexuels non-sériel (colérique).....	21
3.2.2.1 Auteurs non-sériels enfants	21
3.2.2.2 Auteurs non-sériels adultes.....	22
4 CONSEQUENCES	23
4.1 Morbidité	23
4.1.1 Conséquences des agressions sexuelles sur la santé psychique	23
4.1.2 Conséquences somatiques des violences sexuelles.....	24
4.1.2.1 Troubles gastro-intestinaux	24

4.1.2.2	Troubles musculaires et articulaires	25
4.1.2.3	Troubles neurologiques	25
4.1.2.3.1	Céphalées	25
4.1.2.3.2	Migraines	26
4.1.2.3.3	Crises psychogènes non épileptiques	26
4.1.2.4	Troubles gynécologiques	26
4.1.2.4.1	Conséquences immédiates	26
4.1.2.4.2	Conséquences à long terme	26
4.1.2.5	Troubles métaboliques et cardiovasculaires induits par les violences sexuelles	27
4.1.2.5.1	Obésité	27
4.1.2.5.2	Diabète	27
4.1.2.5.3	Troubles cardiovasculaires	28
4.1.2.6	Cancers	30
4.1.2.7	Maladies infectieuses, allergiques	30
4.1.2.7.1	Infections sexuellement transmissibles (I.S.T.)	30
4.1.2.7.2	Asthme	30
4.2	Facteurs régissant la gravité des conséquences médicales des agressions sexuelles	32
4.2.1	Caractéristiques des violences subies	32
4.2.2	Coexistence d'autres formes de violence	32
4.2.3	Age au moment des premières violences	32
4.2.4	Sexe et âge des victimes	32
4.2.5	Environnement social et familial	33
4.3	Mortalité	33
5	EXPERTISE MEDICO-LEGALE ET PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES.....	34
5.1	Victime vivante	34
5.1.1	Cadre de l'examen	34
5.1.1.1	Examen réalisé sur réquisition judiciaire	34
5.1.1.2	Examen réalisé sans réquisition judiciaire	35
5.1.1.3	Faits récents (moins de 5 jours)	36
5.1.1.4	Faits anciens	37
5.1.1.5	Personne mineure	37
5.1.1.5.1	Faut-il réaliser l'examen clinique ?	38
5.1.1.5.1.1	Faits récents et pénétration suspectée	38
5.1.1.5.1.2	Faits récents et pas de pénétration (attouchements) ou faits anciens	38
5.1.1.5.2	Dans quelle structure doit être pris en charge un mineur ?	38
5.1.2	Rôle du médecin	39
5.1.3	Prise en charge de la victime de violence sexuelle	39
5.1.3.1	Circonstances de découverte	39
5.1.3.1.1	Victime adulte	39
5.1.3.1.2	Victime mineure	40
5.1.3.2	Accueil et entretien	42
5.1.3.2.1	Information médicale	43
5.1.3.2.2	Consentement	43
5.1.3.2.3	Particularités chez le mineur	44
5.1.3.3	Anamnèse des faits	46
5.1.3.4	Examen clinique	47
5.1.3.4.1	Recherche et description de lésions traumatiques	47
5.1.3.4.2	Examen anal	48
5.1.3.4.3	Examen génital	48
5.1.3.4.3.1	Particularités de l'examen chez la femme	48
5.1.3.4.3.2	Particularités de l'examen chez la petite fille	52
5.1.3.4.3.3	Particularités de l'examen lorsque la victime est un garçon / homme	53

5.1.3.5	Diagnostic différentiel	55
5.1.3.6	Prélèvements	55
5.1.3.6.1	Prélèvements judiciaires	55
5.1.3.6.1.1	Biologie moléculaire	56
5.1.3.6.1.2	Autres techniques.....	58
5.1.3.6.1.3	Toxicologie	58
5.1.3.6.2	Prélèvements de santé publique	58
5.1.3.6.2.1	Recherche d'agents infectieux	58
5.1.3.6.2.2	Dosage des Bêta-hCG	59
5.1.3.7	Traitement des blessures	59
5.1.3.8	Bilan préthérapeutique avant prophylaxie antirétrovirale	59
5.1.3.9	Evaluation psychologique.....	59
5.1.3.10	Prise en charge thérapeutique	60
5.1.3.10.1	Prévention des IST	60
5.1.3.10.1.1	Risque viral	61
5.1.3.10.1.1.1	VIH.....	61
5.1.3.10.1.1.2	Hépatites B et C.....	62
5.1.3.10.1.2	Risque infectieux non-viral	63
5.1.3.10.2	Traitement contraceptif.....	63
5.1.3.11	Remplissage des outils de gestion.....	65
5.1.3.12	Certificat médical / Rapport d'expertise médico-légale	65
5.1.3.12.1	Détermination de l'Incapacité Temporaire de Travail (ITT).....	67
5.1.3.12.2	Détermination de l'Incapacité Permanente Partielle (IPP)	68
5.1.3.13	Prise en charge psychothérapeutique.....	68
5.1.3.14	Démarche juridique.....	68
5.1.3.14.1	Signalement juridique.....	68
5.1.3.14.1.1	Signalement : Dénonciation	68
5.1.3.14.1.2	Dénonciation faite par les personnes physiques et morales	69
5.1.3.14.1.3	Dénonciation faite par les médecins	69
5.1.3.14.2	Secret professionnel et dérogation légale	70
5.1.3.14.3	Dépôt de plainte	71
5.1.3.15	Accompagnement socio-judiciaire des victimes	72
5.2	Victime décédée.....	72
5.2.1	Circonstances de découverte.....	72
5.2.2	Scène de crime et levée de corps	73
5.2.3	Examen externe	73
5.2.4	Autopsie	74
5.3	Auteur	74
5.3.1	Examen de l'agresseur	74
5.3.1.1	Intérêt médical	74
5.3.1.2	Intérêt médico-légal	74
5.3.2	Prise en charge thérapeutique.....	75
5.3.2.1	Traitement.....	75
5.3.2.2	Prévention des maladies vénériennes virales	75
5.3.2.2.1	Pour le VIH	75
5.3.2.2.2	Pour l'hépatite	75
5.3.2.3	Prise en charge spécifique.....	76
6	CADRE JURIDIQUE	77
6.1	Accords et conventions internationales : instruments pertinents	77
6.1.1	Instruments internationaux contraignants	77
6.1.2	Instruments régionaux.....	78
6.1.2.1	Europe.....	78

6.1.2.2	Amériques	79
6.1.2.3	Afrique.....	79
6.1.2.4	Asie-Pacifique	80
6.1.3	Résolutions, les déclarations et les recommandations	80
6.1.3.1	Déclarations de l'Assemblée générale des Nations unies (AGNU)	80
6.1.3.2	Résolutions du Conseil de sécurité des Nations unies (CSNU)	80
6.1.3.3	Recommandations du Comité CEDAW	81
6.1.4	Autres instruments et outils déclaratifs	81
6.2	Législation algérienne en matière de violences sexuelles	83
6.2.1	Outrage public à la pudeur	85
6.2.2	Attentat à la pudeur	85
6.2.3	Viol	87
6.2.4	Inceste.....	88
6.2.5	Incitation des mineurs à la débauche et à la prostitution de mineurs.....	89
6.2.6	Pornographie	89
6.2.7	Traite des femmes, prostitution forcée.....	90
6.2.8	Séquestration et enlèvement.....	91
6.2.9	Mariage forcé.....	92
6.2.10	Cyberharcèlement / Cybercriminalité	92
6.2.11	Harcèlement sexuel au travail	93
7	Aspect Éthique et Déontologique des Agressions Sexuelles.....	94
1	MATERIEL ET METHODES	95
1.1	Objectifs de l'étude	95
1.2	Type d'étude.....	95
1.3	Population d'étude	95
1.3.1	Critères d'inclusion	96
1.3.2	Critères de non inclusion	96
1.3.3	Critères d'exclusion	96
1.3.3.1	Victimes vivantes.....	96
1.3.3.2	Victimes décédées.....	96
1.3.3.3	Auteurs présumés	96
1.4	Support d'information (les formulaires).....	96
1.5	Sources de données	98
1.6	Moyens.....	98
1.6.1	Personnels :.....	98
1.6.2	Matériels.....	99
1.7	Déroulement de l'étude	99
1.8	Données incomplètes, incohérentes ou absentes.....	100
1.8.1	Dates.....	100
1.8.2	Registres.....	101
1.9	Analyse statistique	101
1.9.1	Saisie et analyse des données.....	101
1.9.2	Statistique descriptive.....	101
1.9.3	Statistique analytique	101
1.10	Considérations éthiques.....	101
2	RESULTATS.....	103
2.1	Victimes vivantes (survivant.e.s).....	103
2.1.1	Période rétrospective : De janvier 2010 au 31 décembre 2019.....	104
2.1.1.1	Fréquence des violences sexuelles par année de 2010 à 2019.....	104
2.1.1.2	Caractéristiques socio-démographiques et médicaux des victimes de 2010 à 2019	105

2.1.2	Période prospective : De janvier 2020 au 31 décembre 2021	106
2.1.2.1	Fréquence des violences sexuelles par année de 2020 à 2021	106
2.1.2.2	Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des victimes de 2020 à 2021	107
2.1.3	Période de 2010 à 2021 : Regroupement des données	109
2.1.3.1	Fréquence des violences sexuelles par année de 2010 à 2021	109
2.1.3.2	Caractéristiques socio-démographiques et médicaux des victimes de 2010 à 2021	110
2.1.4	Statistique descriptive des données regroupées	111
2.1.4.1	Contexte de l'examen	111
2.1.4.2	Délai de prise en charge en médecine légale	112
2.1.4.3	Profils socio-démographiques et antécédents médicaux des patient-e-s s'étant présenté-e-s au service de médecine légale du C.H.U.C. pour les constats de violences sexuelles (2010-2021)	112
2.1.4.3.1	Sexe	112
2.1.4.3.2	Age	113
2.1.4.3.3	Contexte familial	113
2.1.4.3.3.1	Statut civil	113
2.1.4.3.3.2	Nombre d'enfants	114
2.1.4.3.4	Localisation géographique	114
2.1.4.3.5	Wilayas et communes de résidence	115
2.1.4.3.6	Provenance de la victime	117
2.1.4.3.7	Niveau d'instruction	117
2.1.4.3.8	Profession	118
2.1.4.3.9	Antécédents	118
2.1.4.3.9.1	Antécédents médicaux	118
2.1.4.3.9.2	Antécédents chirurgicaux	119
2.1.4.3.9.3	Antécédents psychiatriques	119
2.1.4.3.9.4	Antécédents gynéco-obstétricaux et sexuels	120
2.1.4.3.9.5	Médication/usage de drogue(s)	121
2.1.4.3.9.6	Antécédents judiciaires	122
2.1.4.3.9.7	Retard/échec scolaire	122
2.1.4.4	Profils socio-démographiques et antécédents médicaux des auteurs présumés rapportés par les patient-e-s s'étant présenté-e-s au service de médecine légale du C.H.U.C. pour les constats de violences sexuelles (2010-2021)	123
2.1.4.4.1	Sexe	123
2.1.4.4.2	Age	123
2.1.4.4.3	Contexte familial	124
2.1.4.4.3.1	Statut civil	124
2.1.4.4.3.2	Nombre d'enfants	124
2.1.4.4.4	Localisation géographique	125
2.1.4.4.5	Wilayas et communes de résidence	125
2.1.4.4.6	Niveau d'instruction	127
2.1.4.4.7	Profession	128
2.1.4.4.8	Antécédents de l'auteur présumé	128
2.1.4.4.8.1	Antécédents médico-chirurgicaux	128
2.1.4.4.8.2	Antécédents psychiatriques	129
2.1.4.4.8.3	Médication/usage de drogue(s)	129
2.1.4.4.8.4	Antécédents judiciaires	130
2.1.4.4.8.5	Retard/échec scolaire	130
2.1.4.5	Données relatives à l'agression	131
2.1.4.5.1	Années	131
2.1.4.5.2	Mois de l'agression	132
2.1.4.5.3	Jour de la semaine	133
2.1.4.5.4	Week-end et jours fériés	134

2.1.4.5.5	Mois de Ramadan	134
2.1.4.5.6	Saison de l'agression	135
2.1.4.5.7	Lieu de l'agression	135
2.1.4.5.8	Nombre d'agresseurs	137
2.1.4.5.9	Agresseur connu	137
2.1.4.5.10	Aggression rapportée par la victime	138
2.1.4.5.11	Facteur(s) aggravant(s)/situation(s) de vulnérabilité	139
2.1.4.5.12	Consommation par la victime d'alcool et/ou de drogue(s) avant l'agression	139
2.1.4.5.13	Violence sexuelle, zone(s) de pénétration et type de pénétration (avec le pénis, le doigt, la langue, un objet ou autre. Il peut y avoir plus d'une zone de pénétration et plus d'un type de pénétration par personne	140
2.1.4.5.14	Utilisation de préservatif	141
2.1.4.6	Données de l'expertise médicale	142
2.1.4.6.1	Anamnèse	142
2.1.4.6.1.1	Contact sexuel buccal consentant récent	142
2.1.4.6.1.2	Contact sexuel vaginal consentant récent	142
2.1.4.6.1.3	Contact sexuel anal consentant récent.....	143
2.1.4.6.1.4	Menstruations	143
2.1.4.6.1.5	Toilette corporelle avant l'examen	144
2.1.4.6.1.6	Changement de vêtements avant l'examen	144
2.1.4.6.2	Examen clinique	145
2.1.4.6.2.1	Lésion(s) objectivée(s) à l'examen physique. Il peut y avoir plus d'un type de lésion par personne.....	145
2.1.4.6.2.2	Lésion(s) ano-génitale(s) selon la zone, chez les patients ayant fait l'objet d'un examen génital et anal.....	146
2.1.4.6.2.3	Lésion(s) objectivée(s) à l'examen de la sphère anale.....	147
2.1.4.6.2.4	Lésion(s) ano-génitale(s) selon la zone, chez les patientes ayant fait l'objet d'un examen gynécologique	148
2.1.4.6.3	Prélèvements	150
2.1.4.6.3.1	Prélèvements effectués	150
2.1.4.6.3.2	Prélèvements conservatoires	153
2.1.4.6.4	Prévention/prescriptions	154
2.1.4.7	Suites médico-légales.....	155
2.1.4.8	Données relatives au suivi.....	157
2.1.4.8.1	Résultats récupérés des examens complémentaires prescrits et/ou réalisés et avis demandés ramenés.....	157
2.1.4.8.2	Prise en charge au service d'épidémiologie. Patient(e)s orienté(e)	161
2.1.4.8.2	Prise en charge au service des maladies infectieuses. Patient(e)s orienté(e)s	162
2.1.4.8.3	Prise en charge à l'unité de psychologie. Patient(e)s orienté(e)s	163
2.1.4.9	Données relatives aux complications liées à l'agression	164
2.1.4.10	Données relatives au circuit de la victime (délai en jours)	164
2.1.4.10.1	Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de la réquisition ...	164
2.1.4.10.2	Délai entre la date de la réquisition et la date de l'examen initial au service de médecine légale	166
2.1.4.10.3	Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial au service de médecine légale	167
2.1.4.10.4	Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial au service d'épidémiologie.....	168
2.1.4.10.5	Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial au service des maladies infectieuses	169
2.1.4.10.6	Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial à l'unité de psychologie.....	170

2.1.4.10.7	Délai entre la date de l'examen initial et la date de remise du rapport médico-légal	171
2.1.4.10.8	Délai entre la date de l'examen initial et la date de remise du complément de rapport médico-légal	172
2.1.4.10.9	Circuit actuel de prise en charge des victimes de violences sexuelles à Constantine	173
2.1.5	Statistique analytique des données regroupées	177
2.1.5.1	En fonction du sexe	177
2.1.5.2	En fonction de l'âge	178
2.2	Auteurs présumés	179
2.2.1	Période rétrospective : De janvier 2010 à décembre 2019	179
2.2.1.1	Fréquence des violences sexuelles par année de 2010 à 2019	179
2.2.1.2	Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des auteurs présumés de 2010 à 2019	180
2.2.2	Période prospective : Période de 2020 à 2021	182
2.2.2.1	Fréquence des violences sexuelles par année de 2020 à 2021	182
2.2.2.2	Caractéristique socio-démographiques et cliniques des auteurs présumés de 2020 à 2021	183
2.2.3	Période de 2010 à 2021 : Regroupement des données	184
2.2.3.1	Fréquence des violences sexuelles par année de 2010 à 2021	184
2.2.3.2	Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des auteurs présumés de 2010 à 2021	185
2.2.4	Statistique descriptive des données regroupées	187
2.2.4.1	Contexte de l'examen	187
2.2.4.2	Délai de passage en médecine légale	187
2.2.4.3	Profils socio-démographiques et antécédents médicaux des auteurs présumés examinés au service de médecine légale du C.H.U.C. (2010-2021)	187
2.2.4.3.1	Sexe de l'auteur présumé	187
2.2.4.3.1.1	Age de l'auteur présumé	188
2.2.4.3.1.2	Contexte familial de l'auteur présumé	189
2.2.4.3.1.3	Statut civil de l'auteur présumé	189
2.2.4.3.1.4	Nombre d'enfants de l'auteur présumé	189
2.2.4.3.2	Localisation géographique de l'auteur présumé	190
2.2.4.3.3	Lieu de résidence de l'auteur présumé	190
2.2.4.3.4	Niveau d'instruction de l'auteur présumé	190
2.2.4.3.5	Profession de l'auteur présumé	191
2.2.4.3.6	Antécédents de l'auteur présumé	191
2.2.4.3.6.1	Antécédents médicaux	191
2.2.4.3.6.2	Médication/usage de drogue(s)	192
2.2.4.3.6.3	Antécédents judiciaires	193
2.2.4.3.6.4	Retard/échec scolaire	193
2.2.4.4	Prévention/prescriptions	194
2.2.4.5	Données relatives au suivi	195
2.2.4.5.1	Résultats récupérés des examens complémentaires prescrits et/ou réalisés et avis demandés ramenés	195
2.2.4.5.2	Prise en charge au service d'épidémiologie. Auteurs orientés	195
2.2.4.5.3	Prise en charge au service des maladies infectieuses. Auteurs orientés	196
2.2.4.5.4	Prise en charge au service de psychologie. Auteurs orientés	196
2.3	Victimes décédées	197
2.3.1	Période rétrospective : De janvier 2010 à décembre 2019	198
2.3.1.1	Fréquence des violences sexuelles chez les victimes décédées	198
2.3.1.2	Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des victimes décédées de 2010 à 2019	199
2.3.2	Période prospective : De 2020 à 2021	200

2.3.2.1	Fréquence des violences sexuelles chez les victimes décédées.....	200
2.3.2.2	Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des victimes décédées de 2020 à 2021	201
2.3.3	Période de 2010 à 2021 : Regroupement des données	202
2.3.3.1	Fréquence des violences sexuelles de 2010 à 2021	202
2.3.3.2	Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des victimes de 2010 à 2021.....	203
2.3.4	Statistique descriptive des données regroupées	205
2.3.4.1	Contexte de l'examen	205
2.3.4.2	Délai de prise en charge en médecine légale.....	205
2.3.4.3	Profils socio-démographiques et antécédents médicaux des patient(e)s autopsié(e)s au service de médecine légale du C.H.U.C. pouvant être des cas de violences sexuelles (2010-2021) .	206
2.3.4.3.1	Sexe	206
2.3.4.3.2	Age	206
2.3.4.3.3	Contexte familial	207
2.3.4.3.3.1	Statut marital.....	207
2.3.4.3.3.2	Nombre d'enfants.....	207
2.3.4.3.4	Origine géographique	208
2.3.4.3.5	Lieu de résidence	208
2.3.4.3.6	Niveau d'instruction.....	209
2.3.4.3.7	Profession	209
2.2.1.3.8	Antécédents.....	210
2.2.1.3.8.1	Antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques.....	210
2.2.1.3.8.2	Antécédents gynéco-obstétricaux et sexuels	210
2.3.4.3.7.1	Médication/usage de drogue(s)	212
2.3.4.3.7.2	Antécédents judiciaires	213
2.3.4.3.7.3	Retard/échec scolaire	213
2.3.4.4	Profils socio-démographiques et antécédents médicaux des auteurs présumés d'éventuelles violences sexuelles rapportés par les parents des sujets autopsiés au service de médecine légale du C.H.U.C. (2010-2021)	214
2.3.4.4.1	Sexe	214
2.3.4.4.2	Age	214
2.3.4.4.3	Contexte familial	215
2.3.4.4.3.1	Statut marital.....	215
2.3.4.4.3.2	Nombre d'enfants.....	215
2.3.4.4.4	Origine géographique	215
2.3.4.4.5	Lieu de résidence	215
2.3.4.4.6	Niveau d'instruction.....	216
2.3.4.4.7	Profession	216
2.3.4.4.8	Antécédents de l'auteur présumé.....	216
2.3.4.5	Données relatives à l'agression	217
2.3.4.5.1	Année de l'agression	217
2.3.4.5.2	Mois de l'agression	218
2.3.4.5.3	Jour de la semaine	219
2.3.4.5.4	Week-end et jours fériés.....	219
2.3.4.5.5	Mois de Ramadan	220
2.3.4.5.6	Saison.....	220
2.3.4.5.7	Lieu de l'agression.....	220
2.3.4.5.8	Nombre d'agresseurs	221
2.3.4.5.9	Agresseur(s) connu(s)	221
2.3.4.5.10	Violences rapportées par les parents de la victime	221
2.3.4.5.11	Facteur(s) aggravant(s)/situation(s) de vulnérabilité.....	222
2.3.4.5.12	Consommation par la victime d'alcool et/ou de drogue(s) avant l'agression	222

2.3.4.5.13	Violence sexuelle, zone(s) de pénétration et type de pénétration (avec le pénis, le doigt, la langue, un objet ou autre. Il peut y avoir plus d'une zone de pénétration et plus d'un type de pénétration par personne	223
2.3.4.5.14	Utilisation de préservatif	224
2.3.4.6	Données de l'expertise médicale	224
2.3.4.6.1	Anamnèse	224
2.3.4.6.1.1	Menstruations	224
2.3.4.6.1.2	Toilette corporelle avant l'autopsie	224
2.3.4.6.2	2.2.1.6.2 Examen clinique	225
2.3.4.6.2.1	Lésion(s) objectivée(s) à l'examen physique. Il peut y avoir plus d'un type de lésion par personne autopsiée	225
2.3.4.6.2.2	Lésions objectivées à l'examen de la sphère anale.....	226
2.3.4.6.2.3	Lésions ano-génitales selon la zone, chez les personnes autopsiées ayant fait l'objet d'un examen gynécologique	226
2.3.4.6.2.4	Lésions ano-génitales, chez les personnes autopsiées ayant fait l'objet d'un examen génital et anal.....	227
2.3.4.6.3	Prélèvements	227
2.3.4.6.3.1	Prélèvements effectués	227
2.3.4.6.3.2	Prélèvements conservatoires	229
2.3.4.7	Suites médico-légales.....	229
2.3.4.8	Données relatives au suivi. Résultats récupérés des examens complémentaires prescrits et/ou réalisés et avis demandés ramenés	230
2.3.4.9	Données relatives au circuit de la victime (délai en jours)	232
2.3.4.9.1	Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de la réquisition	232
2.3.4.9.2	Délai entre la date de la réquisition et la date de l'autopsie réalisée au service de médecine légale	233
2.3.4.9.3	Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'autopsie réalisée au service de médecine légale	233
2.3.4.9.4	Délai entre la date de l'autopsie et la date de remise du rapport médico-légal	234
2.3.4.9.5	Délai entre la date de la réalisation de l'autopsie et la date de remise du complément de rapport médico-légal	234
2.4	VIOLENCES SEXUELLES RECENCEES AU SERVICE DE MEDECINE LEGALE DU CHU DE CONSTANTINE DE 2010 A 2021	235
3	DISCUSSION	237
3.1	Limites de l'étude	238
3.2	Forces de l'étude	240
3.3	Principaux résultats	240
3.3.1.1	Profils socio-démographiques des victimes	241
3.3.2	Caractéristiques épidémiologiques des agresseurs présumés.....	246
3.3.3	Données relatives à l'agression	251
3.3.3.1	COVID-19.....	258
3.3.4	Données de l'expertise médicale	259
3.3.4.1	Délai Agression-Consultation	259
3.3.4.2	Examen clinique	260
3.3.4.3	Soins	270
3.3.4.4	Suivi et circuit de prise en charge.....	272
3.3.5	Complications liées à l'agression.....	274
	CONCLUSION ET PERSPECTIVES	278
	1 CONCLUSION.....	278
	2 PERSPECTIVES	280

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES285

Liste des acronymes, sigles et abréviations298

Liste des tableaux301

Liste des figures306

Annexes.....309

Résumés300

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La sexualité est un problème social qui a été plus ou moins réglementé selon les époques, les sociétés, les cultures... Les violences sexuelles sont réprimées depuis très longtemps mais avec une sévérité plus ou moins importante. Leurs définitions se sont également précisées au fil du temps. L'intérêt de considérer leur historique est d'abord de mettre en lumière une série d'évolutions culturelles, politiques, législatives, religieuses, morales, scientifiques, technologiques...qui nous permettent de faire des liens, mieux comprendre, nous interroger sur leur persistance panchronique. Ces nombreuses évolutions ont ainsi peu à peu modifié le statut de tous : celui des enfants, des femmes et des hommes mais elles restent toujours d'actualité dans l'histoire de l'humanité(1).

Dans l'Antiquité, les hommes ne se définissaient pas selon une orientation sexuelle. Les concepts d'hétérosexualité, d'homosexualité et de bisexualité sont des concepts modernes qui n'existaient pas à cette époque. Le mot « sexe » n'est d'ailleurs apparu qu'au 12^{ème} siècle, suivi au 18^{ème} du mot « sexuel » qui précéda au 19^{ème}, le mot « sexualité ». On utilisait auparavant souvent le mot « corps » pour désigner le sexe. Dès les premiers écrits, on constate que le viol et l'inceste sont soumis à des sentences de justice. D'après le Code d'Hammourabi, 6^{ème} roi de Babylone, aux environs de 1792-1750 avant Jésus Christ :

« Si un homme viole la fiancée d'un autre alors qu'elle est vierge et qu'elle vit toujours chez son père et s'il est surpris, il est mis à mort et la femme est non coupable »

« Si un homme « a connu » sa fille, il sera exilé, banni de la ville ; s'il a couché avec la fiancée de son fils, il sera ligoté et jeté à l'eau ; si une mère et son fils couchent ensemble, ils seront brûlés vifs »(2).

Au début du XX^{ème} siècle, l'agresseur sexuel devient pour la première fois, le sujet d'investigations spécifiques avec une approche psychiatrique. Les études du professeur *Paul Brouardel*, un médecin spécialisé dans le viol d'enfant seront publiées à titre posthume en 1909, dans un livre intitulé « les attentats aux mœurs ». Quant à l'homosexualité, elle fut d'abord condamnée parce que dans un monde fondé sur la procréation, elle mettait l'humanité en péril...

En 1968, la France adopte la classification de l'OMS, classant l'homosexualité dans les maladies mentales, avant que cette même organisation ne revienne sur ses positions en 1993(1).

INTRODUCTION-----

Dans cette évolution des conduites sexuelles, d'autres formes d'expressions sont apparues, utilisant des supports nouveaux, avec leur corollaire de déviances répréhensibles comme par exemple la cyber pornographie, la cyber pédo pornographie, la cyber prostitution, le sexting (l'utilisation du téléphone portable pour diffuser des images sexuelles) qui n'est pas encore légiféré en Europe et concerne essentiellement les adolescents. L'utilisation du téléphone portable par de jeunes enfants, leur accessibilité à internet, à des réseaux pornographiques n'est pas sans s'interroger sur les risques et les conséquences de la propagation de la sexualité auprès d'une population qui parfois la découvre. La législation, sous la pression sociale, est dans une logique de punir pour éviter la récidive et améliorer la reconnaissance du statut de victime. Mais malgré les mesures répressives très anciennes, les violences sexuelles traversent les siècles, les codes, les lois, les savoirs, résistent aux peines, et se perpétuent(1).

Les questions des violences du genre, sont aujourd'hui portées à l'avant-plan. Progressivement mises à l'agenda politique par les mouvements féministes, elles sont devenues en Europe objets de politiques publiques mettant généralement l'accent sur une meilleure capacité du système pénal à réagir à ces problèmes. L'adoption de la Convention d'Istanbul de 2011 sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique démontre cette attention politique au niveau international, traduite aujourd'hui progressivement, dans l'adoption de mesures concrètes.

Depuis la vague MeToo en 2017 et l'affaire des révélations de Weinstein dans le domaine du cinéma aux états unis, elles sont aujourd'hui plus ouvertement dénoncées(3). On peut dire que la parole se libère ou que les oreilles se débouchent. La honte change de camp, enfin(4).

Les mouvements #MeToo, #BalanceTonPorc, #BalanceTonSport, et d'autres qui les ont accompagnés ont donné une visibilité inédite aux victimes et contribué à amplifier leur prise en compte. Discours politiques, enquêtes journalistiques, études scientifiques viendront confirmer l'ampleur de ces violences et victimisations, ainsi que leur caractère répétitif, massif et systémique(4).

Cette forme de violence soulève de nombreux aspects médico-légaux qui méritent d'être décrits : violence d'un partenaire intime (domestique, familiale ou conjugale) couvrant les sévices physiques, sexuels ou psychologiques ; violence dans les fréquentations ou à l'occasion des sorties entre jeunes ; violence sexuelle exercée par des étrangers, des connaissances ou des partenaires ; viol systématique pendant les conflits armés ; prostitution forcée, traite des femmes

INTRODUCTION-----

et des filles; mutilations génitales féminines (FGM); violences liées à la dot ; mariage ou cohabitation forcés, notamment les coutumes de l'héritage de l'épouse et de « l'enlèvement des fiancées » ; féminicide et meurtre de filles ou de femmes au nom de « l'honneur » ; infanticide des petites filles et la négligence délibérée à leur égard(5).

Selon l'OMS (analyse de données sur 161 pays entre 2000 et 2018), 30% des femmes, soit près une sur trois, soit environ 736 millions, indiquent avoir été exposées à des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire intime ou de de quelqu'un d'autre ou des deux, au cours de leur vie. C'est un problème de santé publique mondial, mais compte tenu des niveaux élevés de stigmatisation et de la sous-déclaration des abus sexuels (longtemps considérés comme un sujet tabou, voire ignoré) le chiffre réel est probablement nettement plus élevé(6).

Les inégalités sont l'un des principaux facteurs de risque de violence à l'égard des femmes. En effet, la violence touche de manière disproportionnée les femmes vivant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Certains de ces pays ayant une prévalence pouvant atteindre 1 sur 2.

Sous toutes ses formes, la violence fait planer une grave menace sur la santé des populations et des personnes. Elle a des effets immédiats sur la santé, mortels dans certains cas. Ses conséquences sur la santé physique, mentale et comportementale peuvent par ailleurs perdurer longtemps après elle.

L'étude des agressions sexuelles est donc essentielle parce qu'elle aide à démystifier leurs réalités et à sensibiliser ainsi le public et les professionnels à leurs complexités et à leurs impacts.

En effet, une compréhension approfondie des conséquences psychotraumatiques aide à améliorer les services de soutien, adaptés aux besoins des victimes.

D'autre part, la recherche aide à déconstruire les stéréotypes nuisibles, en identifiant les facteurs de risque et les situations vulnérables. Elle favorise ainsi un environnement plus empathique et soutenant pour les victimes et permet de développer des stratégies de prévention efficaces et des interventions éducatives ciblées.

INTRODUCTION-----

Et enfin, les études éclairent aussi les décideurs sur les lacunes existantes dans les lois et les procédures judiciaires, favorisant ainsi des réformes pour une meilleure protection des victimes et des sanctions plus sévères pour les agresseurs. Elles mettent en lumière les coûts sociétaux et économiques des agressions sexuelles, aidant les gouvernements et les organisations à allouer les ressources de manière plus efficace et à développer des politiques de prévention et de soutien plus adaptées.

En somme, l'étude des agressions sexuelles est cruciale pour réduire leur incidence, améliorer le soutien aux victimes, informer les politiques publiques, et créer une société plus juste et plus sûre.

Pour cela, nous avons décidé d'apporter notre contribution par un travail sur le terrain, afin de décrire les aspects médico-légaux de la prise en charge des violences de nature sexuelle à Constantine, les caractéristiques sociodémographiques, cliniques des victimes et des auteurs présumés et les différents types de violences de nature sexuelle, durant la période 2010-2021.

Nos objectifs secondaires sont :

- De décrire et d'évaluer les circuits existants de prise en charge des victimes de ces violences, en tenant compte des contraintes et spécificités des systèmes de soins et judiciaire.
- De décrire les situations de risque de passage à l'acte ou d'être victime.
- Et d'énumérer les liens entre les différents types de violences sexuelles, le genre et les situations de vulnérabilité.

Il s'agira aussi, à la fin de l'étude, d'énoncer un certain nombre de propositions, que ce soit au niveau de la prise en charge, ou au niveau législatif.

PARTIE THEORIQUE

REVUE DE LA LITTERATURE

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1 DEFINITIONS

Objet d'études dans de nombreuses disciplines, la définition des violences sexuelles recouvre un large domaine et plusieurs niveaux interactifs d'ordre juridique, médical, psychologique, médiatique et social.

1.1 Atteinte à l'intégrité sexuelle

L'intégrité fait référence à l'état d'une chose qui n'a pas subi d'altération et qui reste entière. L'atteinte à l'intégrité sexuelle ou charnelle constitue des infractions, prend des formes multiples et comprend des actes sexuels sans contact corporel, avec contact, ou avec pénétration: cela recouvre notamment le viol, la contrainte sexuelle et le harcèlement. Elle peut être commise envers des enfants ou des adultes(7).

1.2 Agression sexuelle

L'agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique. Il est commis par une personne sur une autre personne mais sans le consentement de celle-ci ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par le chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir l'autre à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique, et à la sécurité de la personne(7).

1.3 Violence sexuelle

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence sexuelle comme : « Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaires, avances de nature sexuelle ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime dans tout contexte, y compris le foyer et le travail » (8-10).

La coercition peut inclure :

- Le recours à la force à divers degrés.
- L'intimidation psychologique.
- Le chantage.
- Les menaces (de blessures corporelles ou de ne pas obtenir un emploi/une bonne note à un examen, etc.).

REVUE DE LA LITTÉRATURE-----DEFINITIONS

La définition de l'OMS est assez large, mais il existe des définitions plus restrictives. Par exemple, aux fins de recherche, certaines définitions de la violence sexuelle sont limitées aux actes qui font intervenir la force ou la menace de violence physique.

L'Étude multipays de l'OMS a défini la violence sexuelle comme étant des actes par lesquels une femme :

- a été physiquement forcée à avoir des rapports sexuels contre sa volonté ;
- a eu des rapports sexuels contre sa volonté parce qu'elle avait peur de ce que pourrait faire son partenaire ;
- a été contrainte à une pratique sexuelle qu'elle trouvait dégradante ou humiliante(9).

Les violences sexuelles doivent être comprises comme une vaste catégorie d'actes de nature sexuelle. Ainsi, elle est souvent définie par référence à une liste non exhaustive d'exemples d'actes pouvant constituer des violences sexuelles, tels que le viol, l'esclavage sexuel, la prostitution forcée, le mariage forcé, la nudité forcée et tout autre acte de nature sexuelle, commis sans consentement véritable et/ou en utilisant la force ou dans des circonstances coercitives. Tout acte de violence sexuelle constitue une violation de l'intégrité physique et psychologique et de l'autonomie personnelle d'un individu et une forme de violence basée sur le genre.

1.4 Coercition sexuelle

La coercition sexuelle permet de décrire l'utilisation de toute tactique ou stratégie dans le but d'engager une autre personne dans un comportement sexuel malgré l'absence de consentement libre et éclairé, ou l'expression manifeste d'un refus (*Abbey et al., 2014 ; Farris et al., 2008*). Les stratégies dites coercitives peuvent correspondre à l'utilisation de la manipulation (entre autres par l'entremise de promesses ou l'induction de la culpabilité), à des attouchements persistants (qu'il s'agisse de caresses ou de baisers), à l'intoxication du partenaire (qu'il s'agisse de drogues ou d'alcool), ou à l'utilisation de pression verbale ou de la force physique. La coercition sexuelle inclut donc les comportements légalement définis comme une agression sexuelle et comme un viol, mais renvoie également à des faits de violence sexuelle ne rencontrant pas la définition légale d'une agression sexuelle ou d'un viol (*Tedeschi et Felson, 1994*)(11–13).

1.5 Abus sexuel

Toute atteinte sexuelle commise avec force, contrainte ou à la faveur d'un rapport inégal, la menace d'une telle atteinte constituant aussi un abus sexuel.

Les relations sexuelles avec un enfant, quel que soit le contexte, relèvent également de l'exploitation et des abus sexuels, l'enfant étant défini comme un « être humain âgé de moins de dix-huit ans ». (Convention relative aux droits de l'enfant. Résolution 44/25 de l'Assemblée générale du 20 novembre 1989)(14).

1.6 Attentats aux mœurs

Lorsque les violences sexuelles sont portées à la connaissance de la justice (révélation, signalement, plainte, etc.), les faits poursuivis sont qualifiés et deviennent des infractions à caractère sexuel.

1.7 Outrage public à la pudeur

Acte (fait, geste ou attitude) à caractère sexuel, accompli en public, de nature à offenser la pudeur. Le délit peut être la conséquence d'une négligence (uriner dans la rue), le fait d'une intention coupable ou non coupable (exhibitionnisme)(15).

1.8 Attentat à la pudeur

Offense matérielle, commise intentionnellement, sur une personne non consentante ou bien incapable de consentement. Ces attentats comprennent :

- Tout attouchement sur les parties génitales, avec les doigts, la bouche, la verge ou avec un corps étranger,
- Tout acte impudique autre que le viol, comme les pratiques homosexuelles ou sodomiques, même hétérosexuelles(15).

1.9 Viol

L'OMS définit le viol comme étant : « tout acte de pénétration même légère, de la vulve ou de l'anus imposé notamment par la force physique, en utilisant un pénis, d'autres parties du corps ou un objet. Il y a tentative de viol si on essaie de commettre un tel acte. Lorsqu'il y a viol d'une personne par deux ou plusieurs agresseurs, on parle de viol collectif. »

Dans la plupart des pays, le viol est considéré comme un crime et défini comme un acte de pénétration commis avec contrainte, ou dans un contexte coercitif tel que la détention, et/ou sans le consentement d'une ou plusieurs des personnes impliquées. Les éléments constitutifs de la pénétration, du genre de la ou des victimes et de l'agresseur ou des agresseurs et du contexte

REVUE DE LA LITTERATURE-----DEFINITIONS

dans lequel cette pénétration se produit varient souvent entre les cadres juridiques nationaux et internationaux.

Dans certains pays, la législation applicable définit de manière restrictive le viol comme la pénétration du vagin par le pénis. Cette définition est restrictive car elle exclut d'autres actes qui, en vertu des normes internationales, constituent un viol, notamment la pénétration anale et orale, la pénétration du vagin par des objets, tels que des bâtons ou des pistolets, ou par des parties du corps autres que le pénis, y compris par exemple les mains. De plus, de telles législations ne reconnaissent pas les hommes et les garçons comme des victimes potentielles de viol(16).

Le viol n'est pas défini par le code pénal algérien, mais il est qualifié de crime par les articles 336 et 337.

Consacrée par la pratique médico-légale et la jurisprudence, pour le médecin : « le viol est considéré comme l'introduction de la verge en érection dans le vagin d'une personne de sexe féminin vivante non consentante ou incapable de consentement valable »(15).

1.10 Inceste

Relation sexuelle entre personnes dont le degré de parenté interdit le mariage.

Sont considérées comme incestueuses, les relations sexuelles entre :

- Parents en ligne descendante ou ascendante,
- Frères et sœurs germains, consanguins ou utérins,
- Une personne et l'enfant de l'un de ses frères ou sœurs germains, consanguins ou utérins ou avec un descendant de celui-ci,
- La mère ou le père et l'époux ou l'épouse, le veuf ou la veuve de son enfant ou d'un autre de ses descendants,
- Parâtre ou marâtre et le descendant de l'autre conjoint,
- des personnes dont l'une est l'épouse ou l'époux d'un frère ou d'une sœur(15,17).

1.11 Harcèlement sexuel

Personne qui abuse de l'autorité que lui confère sa fonction ou sa profession, en donnant à autrui des ordres, en proférant des menaces, en imposant des contraintes ou en exerçant des pressions, dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle(17,18).

1.12 Pédophilie

Aujourd'hui, la pédophilie est classée par l'OMS dans les maladies mentales parmi les troubles de la préférence sexuelle, ce qui est à la base de sa définition psychiatrique. Elle n'a cependant pas de définition juridique. L'OMS la définit comme « une préférence sexuelle pour les enfants généralement d'âge pré-pubère ou au début de la puberté ». Elle peut être homosexuelle ou hétérosexuelle, masculine ou féminine bien que le trouble n'ait pas été mis en évidence chez les femmes. Aucune condition d'âge ou de différence d'âge n'est formulée ni du côté de l'enfant, ni du côté de l'adulte(19).

La Classification internationale des maladies (CIM publiée par l'OMS. Dernière révision CIM-11 mai 2019) distingue les troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (critères F60 à F65) et tout particulièrement les troubles de la préférence sexuelle F65, l'exhibitionnisme F65.2 et la pédophilie F65.4.

L'OMS ne définit pas à partir de quel âge un individu devient adulte. Par contre, elle décrit l'adolescence comme : « la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. » (OMS, 2015). Selon le document « Critères diagnostiques pour la recherche », (1994) de l'OMS : une personne de plus de 16 ans et d'au moins 5 ans plus âgée que les enfants qu'elle désire, peut être considérée comme pédophile(20).

1.13 Sexting non consensuel

Le sexting est la contraction des mots anglais « sex » et « texting » qui renvoie à l'échange de messages, photos ou vidéos à caractère sexuel par l'intermédiaire d'un support numérique.

Le sexting ne devient problématique que lorsque certaines limites sont franchies :

- Utilisation de la pression,
- Imposer des images dénudées à d'autres personnes sans leur consentement,
- Transférer des images d'autres personnes sans autorisation(21).

1.14 Victime

En matière de droit international, la résolution n°40-34 de l'Assemblée générale de l'ONU du 29 novembre 1985, définit les victimes comme : « des personnes qui, individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle, ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux, en raison d'actes ou d'omissions qui enfreignent les lois pénales

REVUE DE LA LITTÉRATURE-----DEFINITIONS

dans un État membre, y compris celles qui proscrivent les abus criminels de pouvoir, c'est-à-dire qui ne constituent pas encore une violation de la législation pénale nationale, mais qui représentent des violations des normes internationales reconnues en matière de droits de l'homme. [...] Une personne peut être considérée comme « victime », dans le cadre de la présente Déclaration, que l'auteur soit ou non identifié, arrêté, poursuivi ou déclaré coupable, et quels que soient ses liens de parenté avec la victime ».

Les victimes peuvent être directes ou indirectes. Les victimes directes ont directement subi le préjudice, alors que les victimes indirectes n'ont pas fait directement l'objet du préjudice, mais ont néanmoins souffert en raison de la violation commise à l'encontre de la victime directe. Par exemple, dans un cas de viol, la victime directe comprend l'individu qui a été violé, un individu qui a été forcé d'assister au viol, tandis que les victimes indirectes peuvent se référer à des membres de la famille proche et aux « personnes à la charge de la victime », en particulier aux enfants nés d'un viol. La communauté ou les personnes « qui ont subi un préjudice en venant en aide aux victimes en détresse ou pour empêcher qu'elles ne fassent l'objet d'agressions » peuvent également constituer des victimes (indirectes).

Les victimes de violences sexuelles elles-mêmes peuvent se désigner comme « survivantes » et préférer qu'on utilise ce terme(16).

1.15 Survivant/e de la violence

Les termes « victimes » et « survivant.es » de violences sexuelles sont tous deux appropriés mais peuvent être utilisés dans des contextes différents ou servir à des fins différentes. Le mot « victime » est couramment utilisé dans un contexte juridique, par exemple dans le cadre d'une procédure judiciaire, afin d'accorder un statut spécifique qui confère des droits en vertu de la loi. Le mot « survivant.e » fait souvent référence à une personne qui a vécu ou vit un processus de rétablissement, et est utilisé dans ce cadre comme un « terme d'autonomisation », ainsi que lorsqu'on considère les conséquences à court et à long termes des violences sexuelles.

Il n'existe aucune règle pour déterminer s'il est préférable d'utiliser le terme « survivant.e » ou « victime » pour désigner les personnes qui ont subi des violences sexuelles. Lorsqu'on s'adresse à des survivant.es ou à des victimes, il convient de les consulter sur leur préférence et de la respecter, sauf si une situation particulière impose l'utilisation de l'un ou l'autre terme, comme dans les institutions et procédures pénales où le terme « victime » est le plus couramment utilisé. Cependant, l'impact des violences sexuelles et la manière dont les

individus ressentent leur expérience vont au-delà de ces terminologies et certaines personnes peuvent ne s'identifier ni comme « survivant.e » ni comme « victime »(16).

1.16 Traite sexuelle

La traite sexuelle est une sous-catégorie de la traite des êtres humains. C'est la traite de personnes à des fins d'exploitation sexuelle, y compris la prostitution forcée ou l'esclavage sexuel. En vertu du droit pénal international, le Statut de Rome de la Cour pénale internationale n'interdit pas la traite en tant que crime autonome. Il fait toutefois référence à la « traite des personnes » dans le cadre de l'esclavage en tant que crime contre l'humanité(16).

Au sens de l'article 2 de la loi n° 23-04 du 7 mai 2023 relative à la prévention et à la lutte contre la traite des personnes, c'est le recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil d'une ou de plusieurs personnes, par la menace de recours ou le recours à la force ou à d'autres formes de contrainte, ou d'enlèvement, fraude, tromperie, abus d'autorité ou de fonction ou d'exploitation d'une situation de vulnérabilité, ou par l'offre ou l'acceptation de paiement de sommes d'argent ou d'avantages, afin d'obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre aux fins d'exploitation. L'exploitation comprend, notamment l'exploitation de la prostitution d'autrui ou toutes autres formes d'exploitation sexuelle, l'exploitation d'autrui dans le travail ou les services forcés, l'esclavage ou les pratiques similaires à l'esclavage, la servitude ou le prélèvement d'organes. Est, également, considérée comme traite des personnes l'offre ou l'acceptation des sommes d'argent ou des avantages en vue de vendre, de délivrer ou d'obtenir un enfant, à quelque fin et sous quelque forme que ce soit(22).

1.17 Exploitation sexuelle

Au sens de l'article 2 de la loi n° 23-04 du 7 mai 2023 relative à la prévention et à la lutte contre la traite des personnes l'exploitation sexuelle est l'obtention d'avantages de quelque nature que ce soit, et ce, en livrant une personne à la prostitution ou tout autre type de services sexuels, notamment son exploitation dans des scènes pornographiques, à travers la production ou la détention ou la distribution(22).

C'est une pratique répandue contre les enfants. Avec l'évolution de l'accès mondial à l'internet, ils ne sont pas seulement victimes d'exploitation physique, mais également d'exploitation en ligne, comme la prédation sexuelle (grooming), la pornographie infantile ou le « sextorsion »(14,16).

1.18 Esclavage sexuel

L'esclavage sexuel est une forme spécifique de l'esclavage impliquant des actes de violence sexuelle et la privation de l'autonomie sexuelle de la victime.

Selon les Éléments des crimes du Statut de Rome de la Cour pénale internationale (CPI), le crime d'esclavage sexuel est caractérisé par deux éléments principaux : « (1) L'auteur a exercé l'un quelconque ou l'ensemble des pouvoirs associés au droit de propriété sur une ou plusieurs personnes, par exemple en achetant, vendant, prêtant ou troquant la dite ou les dites personnes concernées, ou en leur imposant une privation similaire de liberté; et (2) L'auteur a contraint ladite ou les dites personnes à accomplir un acte ou plusieurs actes de nature sexuelle »(16).

Au sens de l'article 2 de la loi n° 23-04 du 7 mai 2023 relative à la prévention et à la lutte contre la traite des personnes l'esclavage est toute situation dans laquelle s'exercent sur une personne tout ou partie des attributs du droit de propriété. Elle englobe, notamment le mariage forcé : tout fait ou pratique qui permet de promettre de donner en mariage une femme ou une fille, ou de la marier effectivement, sans qu'elle ait le droit de refuser, en contrepartie d'une somme d'argent ou en nature ou tout autre avantage versés à ses parents, son tuteur, sa famille ou tout autre personne ou groupe de personnes, ou en accordant au mari ou aux siens ou à d'autres personnes, le droit de renoncer à son épouse en contrepartie d'une rémunération, ou de faire de l'épouse un héritage qui est transmis à une autre personne à la mort de son mari(22).

1.19 Prostitution forcée

La prostitution forcée est une forme de violence sexuelle et de traite des êtres humains qui peut être assimilée à de l'« esclavage moderne ». Elle consiste à forcer une personne à se livrer à un ou plusieurs actes de nature sexuelle avec une autre personne, dans l'intention d'obtenir des avantages pécuniaires ou autres(16).

1.20 Test de virginité

Le test de virginité vise à déterminer si une fille ou une femme est encore vierge. Il est pratiqué dans de nombreux pays, et souvent de manière forcée, dans un certain nombre de contextes, notamment dans les lieux de détention ; sur les femmes qui dénoncent un viol ou sont sur le point de se marier ; sur les femmes qui sont accusées de prostitution par les autorités ; et dans le cadre de politiques publiques ou sociales visant à contrôler la sexualité. Les tests de virginité sont des violences sexuelles basées sur le genre et constituent une violation des droits

REVUE DE LA LITTÉRATURE-----DEFINITIONS

des femmes et des filles. Il s'agit d'une pratique humiliante et traumatisante qui peut avoir de graves répercussions sur la santé physique et psychologique des femmes et des jeunes filles.

Le test de virginité le plus courant est le test dit « des deux doigts », notamment quand l'hymen est complaisant. Ce test est encore utilisé dans différents pays. En vertu du droit international des droits humains, un tel « examen vaginal au doigt » peut être assimilé à un viol(16).

1.21 Vulnérabilité

Toute situation dans laquelle une personne est contrainte de se soumettre à l'exploitation en raison de son âge, son sexe, d'un état d'handicap ou d'incapacité physique, mental ou psychique, ou d'un état de besoin résultant d'un état de santé, de conditions sociales ou économiques ou d'une situation illégale(16).

1.22 Circonstances aggravantes

Les circonstances aggravantes sont des facteurs pris en compte par les juges pour déterminer la peine d'une personne qui a été reconnue coupable d'un crime donné. Ces facteurs s'ajoutent à la gravité du crime ou au contexte dans lequel il a été commis et sont donc pris en compte pour déterminer une peine plus sévère(16).

A l'instar de la CPI et des tribunaux ad hoc, le législateur algérien a pris en compte plusieurs facteurs aggravants, notamment : le nombre de victimes; la « vulnérabilité » et l'âge des victimes; le traumatisme physique, psychologique et psychiatrique grave subi par les victimes des violences sexuelles et basées sur le genre en particulier ; les conséquences sociales à court, moyen et long termes; et l'abus de pouvoir, la capacité officielle ou les motifs discriminatoires. La Commission africaine des droits de l'homme et des peuples recommande également aux États que les peines applicables en cas de violences sexuelles et basées sur le genre prennent en considération toute circonstance aggravante, notamment l'existence d'un lien familial, le statut présent ou passé de conjoint, de partenaire ou de concubin, le nombre d'agresseurs, la présence de complices et/ou de témoins, le fait que l'agresseur sache qu'il est infecté par le VIH, le fait que l'infraction ait été commise de manière répétée, la récidive et le fait que l'infraction ait été commise en présence d'un enfant(16).

1.23 Consentement à l'activité sexuelle

Le consentement à l'activité sexuelle fait référence à la volonté des participants de s'engager dans une telle activité.

Le consentement doit être véritable, volontaire, spécifique et continu. Il doit être exprimé par une personne considérée comme capable de consentir, ce qui peut être évalué en fonction de différents facteurs comme l'âge, les handicaps potentiels, les rapports de forces inégaux et les contextes de vulnérabilité (par exemple, la migration, la détention, l'emprise de l'alcool ou de la drogue, l'existence d'un conflit). Le consentement doit être continu et couvrir l'ensemble des différents actes d'une activité sexuelle.

Cela implique que le consentement est à tout moment rétractable et que le fait de consentir à un acte n'équivaut pas à consentir à tout acte sexuel. Cela s'applique à tous les contextes, y compris la prostitution et les relations conjugales.

Le consentement ne peut être déduit par l'intermédiaire d'un tiers ou sur la base d'habitudes particulières, de comportements et/ou de la disponibilité sexuelle perçue d'une personne. Des orientations supplémentaires issues de cadres juridiques internationaux précisent que le consentement ne peut être déduit du silence ou de l'absence de résistance des victimes, ou des paroles qu'elles pourraient prononcer ou du comportement qu'elles pourraient adopter dans un contexte de contrainte, de menace de contrainte, de coercition, ou lorsque les victimes se trouvent dans un environnement coercitif ou dans un état spécifique affectant leur capacité à donner un consentement véritable et volontaire. Les attentes courantes quant à ce qu'une victime devrait dire ou faire ne sont pas pertinentes pour déterminer le consentement. Cette détermination doit être faite au cas par cas, en fonction des circonstances spécifiques dans lesquelles l'activité sexuelle a eu lieu(16).

2 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

2.1 Violences de nature sexuelle dans le monde

A travers le monde, les violences sexuelles, qu'elles soient infligées par un partenaire intime, une personne de l'entourage ou une personne inconnue, sont fréquentes et leurs victimes sont nombreuses(23).

Selon le dernier rapport des Nations Unies, de 2010, il se commet 903 viols par jour, soit plus de 250 000 viols chaque année dans le monde (viols déclarés), dont 84 767 aux Etats-Unis, 66 196 en Afrique du Sud et 22 172 en Inde. Ces chiffres correspondent au 65 pays dont les Nations Unies ont accès aux sources policières(24).

Dans l'Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes », 0,3 à 12 % des femmes déclarent avoir été forcées, après l'âge de 15 ans, à avoir des rapports sexuels ou à accomplir un acte sexuel par une personne autre qu'un partenaire intime.

La prévalence de la violence sexuelle infligée par un partenaire au cours de la vie, chez les femmes de 15 à 49 ans interrogées dans cette même étude, variait de 6 % au Japon à 59 % en Éthiopie, les chiffres dans la majorité des lieux étudiés oscillant entre 10% et 50 %(23,25).

2.2 Violences de nature sexuelle en Europe

En 2018, dans l'Union européenne à 28 pays (UE28), 348 000 violences sexuelles ont été enregistrées par les forces de sécurité. Un tiers sont des viols. Près de 9 victimes sur 10 sont des femmes et la quasi-totalité des personnes mises en cause sont des hommes (97,6 %). En moyenne 68 personnes pour 100 000 habitants ont déposé plainte après avoir subi de tels faits. Selon les pays, le taux de violences sexuelles varie considérablement, avec un rapport de 1 à 80 entre Chypre (3 plaintes enregistrées pour 100 000 habitants) et le Royaume-Uni (268 pour 100 000). Avec 74 violences sexuelles enregistrées pour 100 000 habitants, la France se situe au-dessus de la moyenne européenne.

Les données des États membres sont influencées par de nombreux facteurs, tels que le système pénal et les définitions juridiques des infractions propres à chaque État, les pratiques d'enregistrement et les règles de comptage, ou encore la volonté et la capacité des victimes à dénoncer les faits qui dépendent en partie de l'attitude de la société face à ces actes.

Dans l'UE, les violences sexuelles déclarées aux forces de sécurité ont augmenté de 57 % entre 2014 et 2018 (Figure 1).

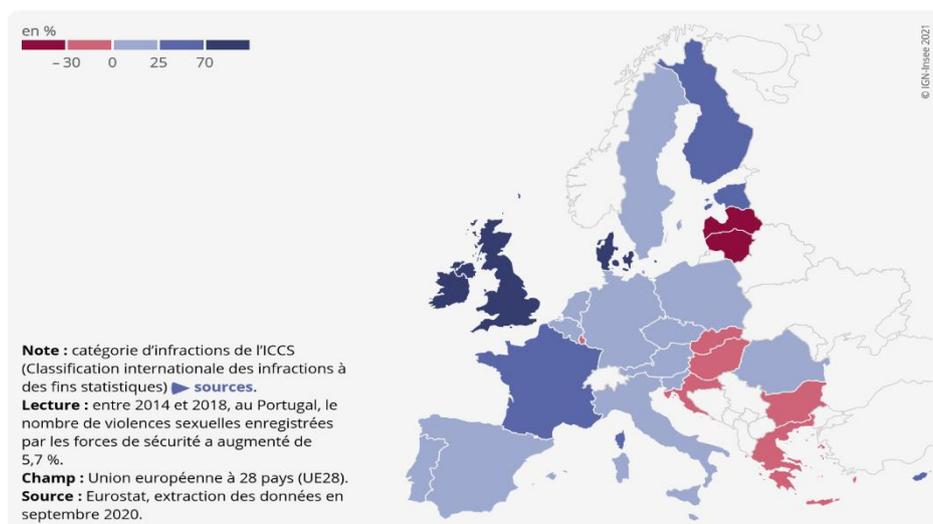


Figure 1 : Evolution du nombre de violences sexuelles enregistrées par les forces de sécurité (UE 28), entre 2014 et 2018

Cette hausse a concerné la majorité des 28 États membres (20 sur 28). Toutefois, le nombre de violences sexuelles enregistrées a notablement baissé en Lettonie (− 47 %), en Lituanie (− 31 %) ou en Hongrie (− 30 %). Le Royaume-Uni (+ 98 %) explique à lui seul 70 % de l'augmentation du nombre de violences sexuelles enregistrées en Europe. Cette situation, qui illustre bien la difficulté à interpréter, à ce stade, un indicateur global et des comparaisons internationales, même en évolution, s'explique en partie par une amélioration de l'enregistrement des plaintes. Celle-ci fait suite au rapport d'inspection du HMICFR (*Her Majesty's Inspectorate of Constabulary and Fire & Rescue Services*) de novembre 2014 qui pointait un défaut d'enregistrement des plaintes, notamment celles relatives aux violences sexuelles, dont le sous-enregistrement est estimé à 26 %.

Hors Royaume-Uni, la hausse des violences sexuelles déclarées s'établit à 28 % en Europe entre 2014 et 2018. En France et chez ses principaux voisins (Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Royaume-Uni), le nombre de ces atteintes a augmenté entre 2014 et 2018 (Figure 2).

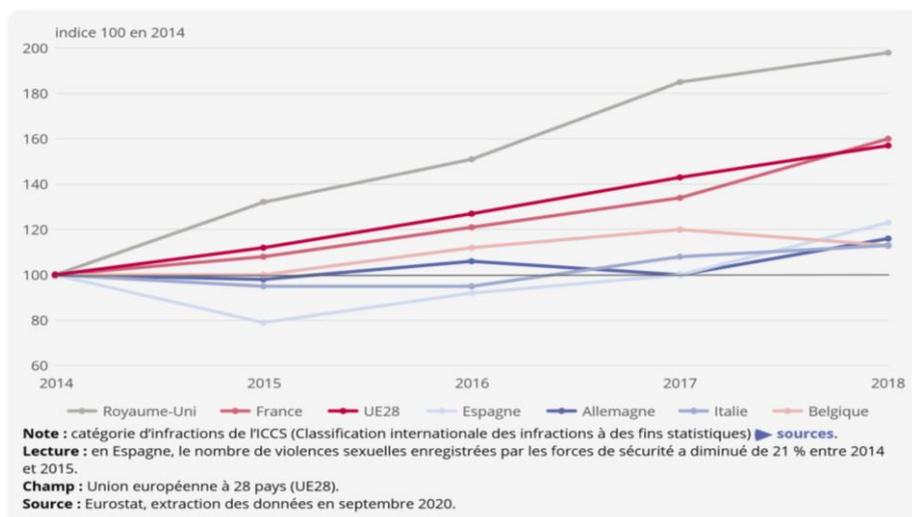


Figure 2 : Evolution du nombre de violences sexuelles enregistrées par les forces de sécurité (UE 28), entre 2014 et 2018

Cependant, cette hausse apparaît contrastée aussi bien en amplitude qu'en matière de calendrier. En cinq ans, le nombre de violences sexuelles enregistrées a augmenté de 98 % au Royaume-Uni, tandis que la hausse a été de 13 % en Italie et en Belgique et s'établit à 60 % en France. En matière de rythme, l'accroissement a été continu sur l'ensemble de la période en France et au Royaume-Uni, alors qu'il s'est amorcé à partir de 2016 en Espagne, à partir de 2017 en Italie. En Allemagne, la hausse globale s'est faite par à-coups, marquée par un bond important en 2018 (+ 23 % par rapport à 2017).

2.3 Violences de nature sexuelle en Algérie

Phénomène trop souvent nié, les données existantes sont rares et tout à fait parcellaires.

- En 1995, une étude sur le phénomène des enfants de la rue a été entreprise par le CENEAP pour le compte du ministère de la solidarité nationale. Cette étude devait être réalisée sur un échantillon de 1000 enfants de la rue des deux sexes mais, vu la « difficulté du sujet traité et sa sensibilité, l'enquête n'a touché que 527 enfants : 374 garçons et 153 filles ». A la question posée: "De quoi vivez vous"? la prostitution est faiblement mentionnée. 2,8% des enfants la pratique. Absente chez les garçons, 18,2% chez les filles de plus de 16 ans (18-19 ans)(15).

- En 2011, le service de médecine légale de l'Hôpital Ibn Badis (Constantine) a reçu :
 - 120 victimes de violences sexuelles. 45 % avaient moins de 19 ans (mineures, 16,4 ans), majoritairement de sexe féminin, de niveau d'enseignement primaire, voire moyen, avec notion d'agressions sexuelles antérieures dans 22 % des cas.
 - L'auteur était souvent un adulte jeune (26,2 ans), de sexe masculin, unique

REVUE DE LA LITTÉRATURE -----DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

(83%). Dans le cas où il était connu de la victime, c'était un ami le plus souvent (43 %), avec notion d'antécédents judiciaires (47 % des auteurs connus) et de toxicomanie (61 % des auteurs connus). L'agression se serait déroulée le plus souvent dans un endroit isolé (forêt, plage,...) ou bien au domicile de l'auteur

- Des lésions de violences corporelles avaient été constatées dans 22 % des cas. L'examen ano-génital était normal dans 47 % des cas. Les lésions hyménales étaient anciennes dans 90 % des cas.
- Du 2 janvier au 31 décembre 2013, selon l'étude de *S. Attrous (2017)*, 77 enfants victimes d'abus sexuels sur un nombre total de 3722 consultations (2,1%), ont été pris en charge au service de médecine légale du CHU de Rouiba(26).
- De 2012 à 2014, selon l'étude de *Y. Zerairia (2020)*, 265 enfants victimes d'abus sexuels sur un nombre total de 26876 consultations (1%), ont été pris en charge à l'unité d'explorations médico-judiciaires du service de médecine légale du CHU d'Annaba. L'AS représentait 21,74 % des motifs de consultations des enfants(27).
- En 2017, les services de l'unité médecine légale de l'Hôpital Mustapha Pacha (Alger) ont recensé :
 - 3182 victimes de violences dont 70% victimes de coups et blessures volontaires et 10% de violences sexuelles. La majorité des victimes ont un niveau d'enseignement secondaire,
 - 02 cas de suicide d'adolescents (14 et 16 ans) adeptes de jeux électroniques dangereux,
 - 02 cas de suicide suite à des violences sexuelles répétées commises au sein de la famille (inceste)(28).
- Selon l'étude de *Noun (Sidi Bel Abbes, 2023)* : 114 victimes de violences sexuelles en 2013 sur 3114 consultations (3,66%), 92 victimes de violences sexuelles en 2014 sur 2982 consultations (3,08%) et 109 victimes de violences sexuelles en 2019 sur 3542 consultations (3,07%)(29).
- En 2021, la nuit du 17 mai, 09 enseignantes ont été séquestrées, battues et violées à Bordj Badji Mokhtar, alors qu'elles dormaient dans le logement de fonction de l'école. L'une d'elles était mère d'un enfant de 02 ans(30).
- Du 1^{er} janvier au 1^{er} octobre 2023, les services de l'unité médico-légale de l'Hôpital Mustapha Pacha (Alger) ont recensé :
 - 189 cas de violences sexuelles. Les victimes avaient entre 4 et 22 ans(31).

3 FACTEURS DE RISQUE DE VIOLENCES DE NATURE SEXUELLE

3.1 Chez les victimes

Un antécédent d'abus sexuel, tant chez les hommes agresseurs que chez les mères d'enfants victimes de violence sexuelle, n'apparaît ni nécessaire ni suffisant pour comprendre la transmission de l'AS, quoiqu'il constitue un facteur de risque important. En fait, il semble qu'une constellation de mauvais traitements vécus durant l'enfance puisse être à l'origine de l'abus sexuel perpétré(32).

3.1.1 Facteurs en lien avec l'environnement (familial)

- Contexte de violences antérieures ou actuelles :
 - o Antécédents de violences physiques parfois sexuelles subies par les parents.
 - o Exposition de l'enfant aux violences conjugales au sein du couple parental.
 - o Violences physiques ou psychologiques envers les enfants.
- Violences chez les parents ou dans la fratrie.
- Contexte rituel (risque de mutilation...).
- Perturbation du système relationnel.
- Consommation de substances licites et illicites des parents.
- Origine ethnique, contexte migratoire, statut de réfugié, demandeur d'asile(33).

3.1.2 Facteurs propres à la victime

- Sexe féminin.
- Très jeune âge.
- Violences physiques ou sexuelles déjà subies dans le passé.
- Consommation de substances licites et illicites.
- Situation de handicap physique, psychique ou mental(33,34).

3.2 Chez les auteurs

Selon *Sylvie Vigourt-Oudarta (Psychologue clinicienne, Responsable du Criavs-CA, Pôle de psychiatrie médico-légale, Reims, 2021)*, dans 95 % des cas connus, l'auteur est un homme et dans 5 %, une femme. Il n'existe pas de profil type mais certains éléments biographiques sont communs, notamment une problématique avec l'intimité, une gestion émotionnelle défailante, des distorsions cognitives, une vie relationnelle pauvre, voire conflictuelle.

REVUE DE LA LITTÉRATURE ----- FACTEURS DE RISQUE

Les éléments de personnalité sont : une fragilité narcissique, un vécu abandonnique, des carences affectives, éducatives et des troubles de l'attachement(8).

Les femmes auteures de coercition sexuelle

Ce n'est que beaucoup plus récemment qu'un intérêt a été porté à la question des femmes auteures de coercition sexuelle. En effet, dans l'imaginaire collectif, les représentations sociales relatives aux caractéristiques et traits des femmes ne sont pas compatibles avec les violences sexuelles (*Hislop, 2001*). Elles sont perçues comme douces, protectrices et sont généralement le principal pourvoyeur de soin aux enfants (*Denov, 2004*). De plus, on ne leur attribue généralement pas d'agressivité ou de désirs sexuels ardents (*Saradjian, 2010*). D'une part, ces stéréotypes expliqueraient alors la minimisation de la prévalence des violences sexuelles commises par les femmes ainsi que de leurs conséquences pour les victimes (*Robitaille et Cortoni, sous presse*). D'autre part, la prégnance d'une croyance selon laquelle de telles violences ne peuvent pas exister, ou qu'elles seraient extrêmement marginales, expliquerait le manque de recherche sur le sujet (*Harris, 2010*).

Cela s'explique essentiellement par le fait que les victimes des femmes sont plus souvent des mineurs (*Harris, 2010*), mais également parce que peu d'hommes rapportent les violences qu'ils ont subies aux autorités (*Cortoni et Hanson, 2005*), ou même à leurs familles et amis, le plus souvent en raison d'une forme d'embarras ou d'un sentiment de honte (*Struckman-Johnson et Struckman-Johnson, 1991*)(12).

Il est inexact de considérer que tous les auteurs de violences sexuelles sont similaires, au contraire, il existe une hétérogénéité de profils d'individus. Au cours de la dernière décennie, une série d'études a été réalisée.

En conséquence, la recherche, mais aussi l'intervention, clinique ou policière, nécessite de prendre en considération cette hétérogénéité de profils, afin d'accroître l'efficacité des interventions(34,35).

Au cours des trois dernières décennies deux principaux types ont été identifiés :

- L'auteur d'homicides sexuels sadique.
- L'auteur d'homicides sexuels colérique.

Dernièrement, des profils similaires ont été proposé :

3.2.1 Auteur d’homicides sexuels sériel (sadique)

3.2.1.1 Auteurs sériels enfants

Selon plusieurs études, les sériels ont été exposés à une plus grande diversité de comportements problématiques que les non-sériels. Ils ont grandi dans un environnement familial chaotique caractérisé par la négligence parentale (carences alimentaires, surveillance déficiente), les violences psychologiques (menaces, insultes, humiliations) et l’exposition à des modèles inadéquats (problèmes psychiatriques, activités sexuelles). Cet ensemble de conditions peut en partie expliquer l’émergence de troubles internalisés (sentiment de solitude, rêveries diurnes, faible estime de soi, phobies) et externalisés (comportements agressifs, crises de colère, rébellions, vandalismes, vols, bagarres, incendies criminels, automutilations) ou de comportements problématiques non violents (mensonges chroniques, consommation de drogues, masturbation compulsive)(35).

Dans la communauté (école, voisinage), ces enfants sont généralement stigmatisés et rejetés en raison de la mauvaise réputation de leurs parents (consommation excessive d’alcool, criminalité), de leur propre apparence physique (tenue vestimentaire dégradée, hygiène corporelle déficitaire) et de leurs comportements antisociaux. Ainsi, la conviction de n’être accepté par personne a pu accroître leur sentiment d’isolement social et favoriser le recours à la sexualité déviante (fantaisies et comportements) afin de gérer leurs émotions négatives (anxiété, colère, solitude)(35).

3.2.1.2 Auteurs sériels adultes

Les sériels sont des individus extrêmement violents au quotidien(35).

3.2.2 Auteur d’homicides sexuels non-sériel (colérique)

3.2.2.1 Auteurs non-sériels enfants

De leur côté, l’adversité à laquelle les auteurs d’homicide sexuel non sériel ont été exposés a principalement eu lieu au cours de leur adolescence et a pris la forme de victimisations psychologiques (indifférence, dénigrement, rejet affectif) et d’exposition à de la violence conjugale. Plutôt que de développer des troubles internalisés et d’investir un monde de fantaisies sexuelles déviantes comme le font les sériels, l’adaptation aux conditions de vie adverses des non-sériels semble prendre principalement la forme de troubles externalisés ; ils deviennent des enfants turbulents (crises de colère, rebellions), violents (bagarres) et dont l’émergence des conduites délinquantes s’effectue à un âge précoce (vols durant l’enfance)(35).

3.2.2.2 Auteurs non-sériels adultes

En net contraste avec les sériels, le fonctionnement social des non-sériels est ouvertement chaotique ; ce sont des individus solitaires, marginalisés, susceptibles, hostiles, alcooliques, colériques et violents (dans une moindre mesure que les sériels) à la sexualité impersonnelle (consommation des services de prostituées, infidélité). Sur le plan du fonctionnement psychologique, les non-sériels sont des antisociaux non sadiques caractérisés par le détachement émotionnel. De plus, ils ont tendance à percevoir le monde comme étant dangereux et les femmes comme étant provocatrices ou indignes de confiance. En conséquence, ces individus ont tendance à agir de manière impulsive lorsqu'une opportunité criminelle se présente à eux(35).

4 CONSEQUENCES

La violence sexuelle a des conséquences délétères sur la santé physique et psychique. On connaît bien les affections psychiatriques engendrées par les sévices sexuels : anxiété, dépression, troubles obsessionnels compulsifs, troubles du sommeil, syndrome de stress post-traumatique, tentatives de suicide... Les conséquences somatiques des abus sexuels, particulièrement celles qui surviennent à long terme, sont moins connues et sous-estimées, bien qu'elles soient en partie liées aux atteintes psychiatriques, comme le suggèrent les biomarqueurs du syndrome de stress post-traumatique ou les conséquences des troubles compulsifs : troubles du comportement alimentaire, dépendance aux drogues ou à l'alcool... Elles sont multiples : troubles gastro-intestinaux, musculosquelettiques, neurologiques, métaboliques, cardiovasculaires, gynécologiques... Il y a peu d'études prospectives de cohorte, et la plupart des études publiées ont des biais qui empêchent de conclure à une relation de cause à effet. Néanmoins, il ne fait pas de doute que des antécédents de sévices sexuels sont liés à la survenue au cours de l'existence de nombreuses affections somatiques(36).

4.1 Morbidité

4.1.1 Conséquences des agressions sexuelles sur la santé psychique

Elles sont constantes, toujours présentes, laissant des séquelles durables, ayant des répercussions dans la vie de tous les jours (difficultés scolaires ou professionnelles) et gênant l'intégration sociale des victimes. Les manifestations sont protéiformes et souvent associées ; elles sont l'objet d'une littérature abondante(11,36–38), et sont listées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Rappel des troubles psychiques et comportementaux pouvant être induits par les violences sexuelles(36)

Troubles de l'humeur	Dépression, trouble bipolaire
Troubles anxieux	Anxiété, panique, agoraphobie, obsessions, phobies, syndrome de stress post-traumatique
Troubles de la personnalité	Irritabilité, faible estime de soi, conduites suicidaires, automutilations, fugues, instabilité, troubles du comportement
Troubles du sommeil	Insomnies, cauchemars, terreurs nocturnes
Troubles du comportement alimentaire	Anorexie, boulimie
Troubles addictifs	Alcoolisme, tabagisme, toxicomanie

Dans le cadre des conséquences psychiques des violences sexuelles, le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) mérite une mention spéciale. Il s'agit d'un trouble anxieux sévère et non spécifique qui survient en réaction à une situation traumatique qui menace ou altère l'intégrité physique ou psychologique de l'individu. Il traduit un débordement des

REVUE DE LA LITTÉRATURE ----- CONSEQUENCES

capacités d'adaptation du sujet agressé. Sa prévalence variant entre 30 et 80 % après un viol selon les séries(36,39,40).

Le SSPT se manifeste par des symptômes persistants qu'on classe en trois catégories (36):

– Les symptômes intrusifs : le sujet revit en permanence l'agression sans pouvoir s'y opposer, ce qui se traduit par des flash-backs et des cauchemars générateurs d'angoisse, de colère et d'un sentiment de culpabilité ;

– Les symptômes d'évitement : la victime tente d'éviter toute situation ou tout facteur déclenchant ou toute personne qui pourrait lui rappeler l'agression passée ; il évite d'en parler, ce qui retarde la prise en charge thérapeutique et les procédures judiciaires. Il en résulte une amnésie partielle ou totale, et un émoussement des émotions avec repli sur soi et isolement ;

– Les symptômes d'hypervigilance : la peur de revivre l'événement traumatisant maintient la victime en alerte constante, ce qui l'empêche de se concentrer et de mener à bien ses activités, et entraîne irritabilité, insomnie et épuisement nerveux. Le SSPT survient après un délai variable et peut persister des années après l'événement déclenchant et est fréquemment accompagné au cours de son évolution par des manifestations somatiques.

Toutes les victimes de violences sexuelles ne développent pas de SSPT. Sa survenue dépend de la gravité et de la fréquence des violences sexuelles, mais aussi de facteurs individuels, psychologiques (capacité de résilience) ou sociaux (environnement familial) et peut-être génétiques.

4.1.2 Conséquences somatiques des violences sexuelles

Les troubles somatiques engendrés par les violences sexuelles sont multiples. On peut les classer, selon leur gravité croissante et le délai, en 3 catégories :

– les douleurs, qui sont les manifestations les plus fréquentes et qui touchent tous les organes ;

– les troubles fonctionnels, qui accompagnent les douleurs et surviennent précocement;

– les troubles lésionnels, les plus graves et d'apparition plus tardive(41).

4.1.2.1 Troubles gastro-intestinaux

Toutes les enquêtes concordent pour affirmer que les troubles gastro-intestinaux sont plus fréquents chez les sujets ayant été victimes d'abus sexuels (42). Chez eux, une étude américaine randomisée a trouvé que la prévalence des désordres digestifs était deux fois plus importante que chez les sujets n'ayant pas subi de violence sexuelle. Dans une clinique

spécialisée en gastro-entérologie, où un questionnaire a été distribué à 206 patients consultant durant deux mois consécutifs, 44 % ont déclaré avoir été par le passé victimes d'une agression sexuelle, 17 % n'en avait pas parlé à leur médecin auparavant.

Les symptômes sont divers et souvent associés chez le même patient : douleurs gastriques, vomissements, nausées, indigestion, douleurs et ballonnements abdominaux, troubles du transit (diarrhée, constipation) ...

Une pathologie digestive mérite une mention particulière : le syndrome du côlon irritable ou colopathie fonctionnelle. Ce syndrome est signalé comme beaucoup plus fréquent chez les victimes de violence sexuelle par plusieurs auteurs(43) : un risque 1,7 fois supérieur(5,41).

4.1.2.2 Troubles musculaires et articulaires

Les douleurs chroniques à l'âge adulte sont beaucoup plus fréquentes chez les sujets qui ont subi des sévices sexuels durant l'enfance.

- Beaucoup de publications indiquent une prévalence significativement accrue des douleurs ostéo-articulaires et musculaires ; elles touchent tous les sites : la colonne rachidienne, les membres, la face..., et sont parfois diffuses (36,44-46).

- La fréquence de la fibromyalgie est elle aussi augmentée. C'est une maladie caractérisée par des douleurs diffuses exacerbées au moindre contact, associées à une fatigue chronique et à des troubles du sommeil. Dans une méta-analyse de 18 études cas-témoin regroupant plus de 13 000 sujets, dont 1 682 atteints de fibromyalgie, le risque de développer la maladie est doublé chez les sujets ayant subi des violences sexuelles durant l'enfance ou à l'âge adulte. Chez une cinquantaine de femmes victimes d'un viol, la fréquence de la fibromyalgie a été trouvée trois fois supérieure à celle observée chez des témoins n'ayant jamais été agressés(41).

4.1.2.3 Troubles neurologiques

Les victimes d'agressions sexuelles rapportent plus souvent que d'autres des manifestations neurosensorielles non spécifiques, telles que vertiges, bourdonnements d'oreilles, sensations vertigineuses, étourdissements, malaises...(5,41)

Dans le registre des manifestations douloureuses induites par les violences sexuelles :

4.1.2.3.1 Céphalées

Les céphalées tiennent une grande place. Elles sont rapportées chez 26 à 45 % des victimes selon les séries, leur prévalence étant environ deux fois plus grande que chez les sujets qui n'ont pas été abusés sexuellement(41).

4.1.2.3.2 Migraines

Des constatations similaires ont été faites pour les migraines, qui ont fait l'objet de plusieurs études spécifiques : prévalence comprise entre 25 et 30 % chez les victimes, environ deux fois plus que chez les sujets qui n'ont pas subi de sévices sexuels. Dans une étude multicentrique conduite dans 11 centres spécialisés dans le diagnostic et le traitement des céphalées aux États-Unis et au Canada, sur un total de 1 348 migraineux (dont 88 % de femmes), 25 % des patients ont déclaré avoir été victimes d'abus sexuels, et ces derniers souffraient deux fois plus de dépression et d'anxiété que les autres migraineux(41).

4.1.2.3.3 Crises psychogènes non épileptiques

Elles ressemblent à des crises comitiales mais n'en sont pas (pas d'anomalies électro-encéphalographiques, ni d'autres signes d'épilepsie). Elles sont plutôt de nature psychologique (41).

4.1.2.4 Troubles gynécologiques

4.1.2.4.1 Conséquences immédiates

La violence sexuelle provoque souvent des lésions gynécologiques, surtout dans les cas de viol avec objets, ou lorsqu'une fille est contrainte d'avoir des rapports sexuels et donne naissance à un enfant avant que son bassin ne soit complètement formé. Les lésions gynécologiques peuvent comprendre une perforation hyménale, des plaies du vestibule, des lésions traumatiques du vagin et des fistules (une déchirure entre le vagin et la vessie, entre le vagin et le rectum, ou les deux), les hémorragies, les infections, les ulcérations ou d'autres lésions génitales(5,41).

4.1.2.4.2 Conséquences à long terme

La pathologie douloureuse vient en tête des affections gynécologiques observées chez les femmes (dysménorrhée, dyspareunies).

Dans un échantillon d'une centaine de femmes américaines dépressives, la fréquence des douleurs pelviennes chroniques était respectivement de 22, 26 et 70 % chez celles sans antécédent de violences sexuelles, celles ayant subi des violences sans viol et celles ayant été violées(41).

Deux études prospectives américaines ont montré que les violences sexuelles subies durant l'enfance étaient significativement associées à une incidence accrue des fibromes utérins à l'âge adulte :

REVUE DE LA LITTÉRATURE ----- CONSEQUENCES

- La *Nurse Health' Study (1989 à 2005)*, qui a porté sur 60 615 infirmières non ménopausées, et ayant répondu à un questionnaire en 2001. La survenue d'un fibrome a été trouvée chez 33 % de celles ayant subi des violences sexuelles.

- La *Black Women's Health Study (1995 à 2005)*, a été réalisée sur 59 000 femmes afro-américaines, âgées de 21 à 69 ans, qui ont rempli un questionnaire, en 2005. Seule la survenue de violences durant l'enfance a augmenté de façon significative le risque de fibrome de l'utérus de 34 % en cas de violence sexuelle ; ce risque augmente avec la sévérité des violences sexuelles(41).

4.1.2.5 Troubles métaboliques et cardiovasculaires induits par les violences sexuelles

4.1.2.5.1 Obésité

En 2011, a été publiée une revue de la littérature colligeant 36 études ayant étudié la relation entre violences y compris sexuelles, subies durant l'enfance, et obésité. Dans 29 de ces études, une association positive a été trouvée entre violences durant l'enfance et obésité à l'âge adulte.

L'une de ces études a rapporté que 32 % de 137 sujets ayant recours à la chirurgie bariatrique pour obésité sévère, ont déclaré avoir été victimes d'abus sexuels au cours de l'enfance(41).

4.1.2.5.2 Diabète

L'incidence du diabète a été déterminée chez plus de 60 000 infirmières (Etude de la *Nurse Health' Study, 1989 à 2005*). Le risque relatif de développer un diabète a été calculé par comparaison à celui des infirmières n'ayant jamais été abusées. L'analyse a également déterminé si le risque était lié ou non à l'indice de masse corporelle.

REVUE DE LA LITTÉRATURE ----- CONSEQUENCES

Tableau 2 : Risque relatif (RR) de diabète et d'hypertension artérielle associé aux violences sexuelles dans la cohorte des infirmières américaines (Nurse Health Study)

	Nature des violences sexuelles	RR (IC 95 %) sans tenir compte de l'IMC	RR (IC 95 %) en tenant compte de l'IMC
Diabète	Pas de violence	1	1
	Attouchements dans l'enfance et/ou l'adolescence	1,10 (1,05-1,29)	1,03 (0,93-1,15)
	Un seul rapport forcé (ou tentative) dans l'enfance et/ou l'adolescence	1,34 (1,13-1,59)	1,1 (0,91-1,32)
	Plusieurs rapports forcés (ou tentatives) dans l'enfance et/ou l'adolescence	1,69 (1,48-1,97)	1,28 (1,09-1,49)
	Violences après 18 ans par le partenaire	1,08 (0,86-1,35)	1,02 (0,81-1,28)
Hypertension artérielle	Pas de violence	1	1
	Attouchements dans l'enfance et/ou l'adolescence	1,07 (1,03-1,11)	0,97 (0,93-1,01)
	Rapports forcés (ou tentatives) dans l'enfance OU l'adolescence	1,35 (1,24-1,48)	1,02 (0,98-1,09)
	Rapports forcés (ou tentatives) dans l'enfance ET l'adolescence	1,30 (1,19-1,41)	1,20 (1,08-1,32)

IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % (le risque relatif est significatif quand l'intervalle ne contient pas la valeur 1) ; IMC : indice de masse corporelle [poids en kg/(taille en m)²].

Les résultats donnés dans le tableau 2 indiquent que seules les violences sexuelles subies durant l'enfance et/ou l'adolescence sont associées à une augmentation du risque de diabète, et que ce risque est lié à celui de l'obésité, excepté chez les infirmières qui ont subi à plusieurs reprises des rapports sexuels durant l'enfance et l'adolescence ; chez ces dernières, l'augmentation du risque de diabète est augmenté significativement de 28 %, indépendamment du poids(41).

4.1.2.5.3 Troubles cardiovasculaires

Comme toutes les situations génératrices de stress, les violences sexuelles sont susceptibles d'avoir des conséquences délétères sur le système cardiovasculaire : hyperactivité du système nerveux sympathique, dépression, troubles du comportement alimentaire, obésité, inactivité physique, tabagisme... (Figure 3).

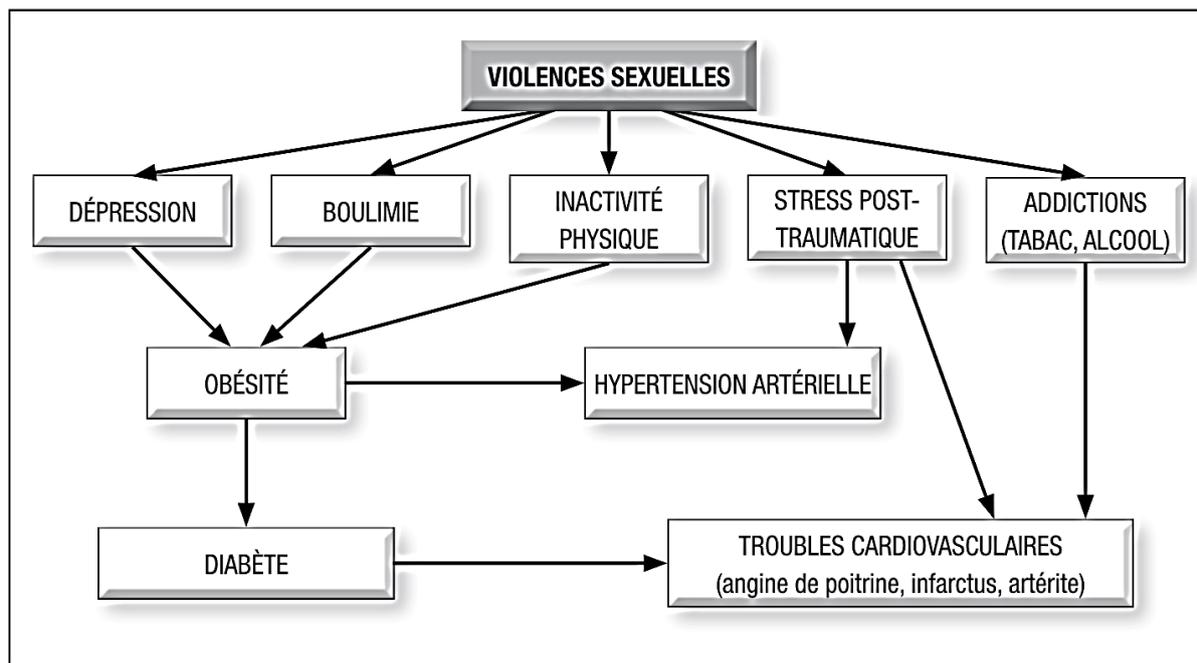


Figure 3 : Mécanismes physiopathologiques impliqués dans la genèse des troubles métaboliques et cardiovasculaires induits par les violences sexuelles (36,41)

Plusieurs publications ont en effet rapporté une augmentation des affections cardiovasculaires chez les victimes d’abus :

- Une enquête effectuée sur un échantillon de plus de 5 000 sujets des deux sexes, représentatif de la population américaine, a eu pour but d’étudier globalement les relations entre violences subies pendant l’enfance et survenue de maladies cardiovasculaires à l’âge adulte. Dans cette population, le risque de développer ces maladies n’a été significativement augmenté que chez les femmes (risque multiplié par 8,8)(41).

- Dans l’étude de la *Nurse Health’ Study*, (1989 à 2005), le risque d’hypertension artérielle lié aux violences subies dans l’enfance ou l’adolescence est augmenté de façon significative quelles que soient la nature et l’intensité des sévices sexuels, et est en grande partie associé à la surcharge pondérale comme indiqué dans le tableau 2. Seules les infirmières qui ont subi des rapports imposés durant l’enfance et l’adolescence ont un risque accru de 20 % de développer une hypertension, indépendamment des autres facteurs de risque (Indice de masse corporelle, Tabac, Alcool) (41).

- Une étude rétrospective sur une cohorte de 17 337 adultes américains, dont 54 % de femmes, suivis pendant 2 ans, a évalué les cardiopathies ischémiques (angine de poitrine, infarctus du myocarde) possiblement induites par les violences sexuelles. Dans cette cohorte,

20,7 % des sujets ayant signalés des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance ont vu le risque ultérieur de coronaropathie ischémique multiplié par 1,4 (41).

4.1.2.6 Cancers

Une enquête téléphonique réalisée auprès de 4 230 hommes et femmes de plus de 18 ans domiciliés dans la plupart des États des États-Unis a consisté à les interroger sur d'éventuelles violences subies dans l'enfance et de leur demander si on avait diagnostiqué chez eux un cancer et, dans l'affirmative, si le diagnostic avait été porté avant ou après 18 ans. Comparées aux sujets n'ayant pas subi de violence, les victimes de violences sexuelles durant l'enfance avaient un risque significativement augmenté de 21 % d'avoir un cancer à l'âge adulte.

Trois cancers ont fait l'objet d'études spécifiques comparant leur incidence en fonction de l'existence ou non d'antécédents d'abus sexuels : le cancer du col de l'utérus (prévalence multipliée par 2,6), le cancer du sein et le cancer du poumon(41).

4.1.2.7 Maladies infectieuses, allergiques

4.1.2.7.1 Infections sexuellement transmissibles (I.S.T.)

Les violences sexuelles favorisent les infections sexuellement transmissibles (IST), soit au moment des agressions, soit à distance en raison des comportements sexuels à risque qu'elles induisent. Dans une cohorte de plus de 9 000 adultes des deux sexes, par rapport aux sujets n'ayant jamais été agressés sexuellement, le risque d'IST a été multiplié par 1,9 aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Dans un échantillon de 665 femmes afro-américaines âgées de 19 à 29 ans, le dépistage d'une infection génitale à papillomavirus a été 4,4 fois plus fréquent dans la tranche d'âge 18-24 ans ayant subi des violences sexuelles dans l'année qui précède. Chez 3 551 femmes californiennes, dont 6 % atteintes d'IST, une infection à Chlamydia a été diagnostiquée 5,7 fois plus souvent chez celles ayant été victimes de violences par rapport à celles qui ne l'avaient pas été. La violence sexuelle, notamment celle infligée par le partenaire, est un facteur reconnu d'augmentation de la prévalence de l'infection par le VIH chez la femme comme chez l'homme(41).

4.1.2.7.2 Asthme

Une enquête faite auprès de plus de 4 000 Américains de plus de 18 ans répartis sur tout le territoire des États-Unis a montré que le risque de développer un asthme à l'âge adulte était multiplié par 2 chez les sujets ayant été victimes d'actes sexuels imposés, et ce quelle que soit leur nature : attouchements, tentative de rapport non désiré ou viol(41).

REVUE DE LA LITTÉRATURE ----- CONSEQUENCES

L'état de syndrome post-traumatique consiste en dysfonctionnements physiques, émotionnels, cognitifs, comportementaux et de la personnalité. Ce trouble définit un canevas commun de symptômes psychologiques et physiques communs à la plupart des victimes de violences sexuelles durant, immédiatement après et pendant des mois et des années.

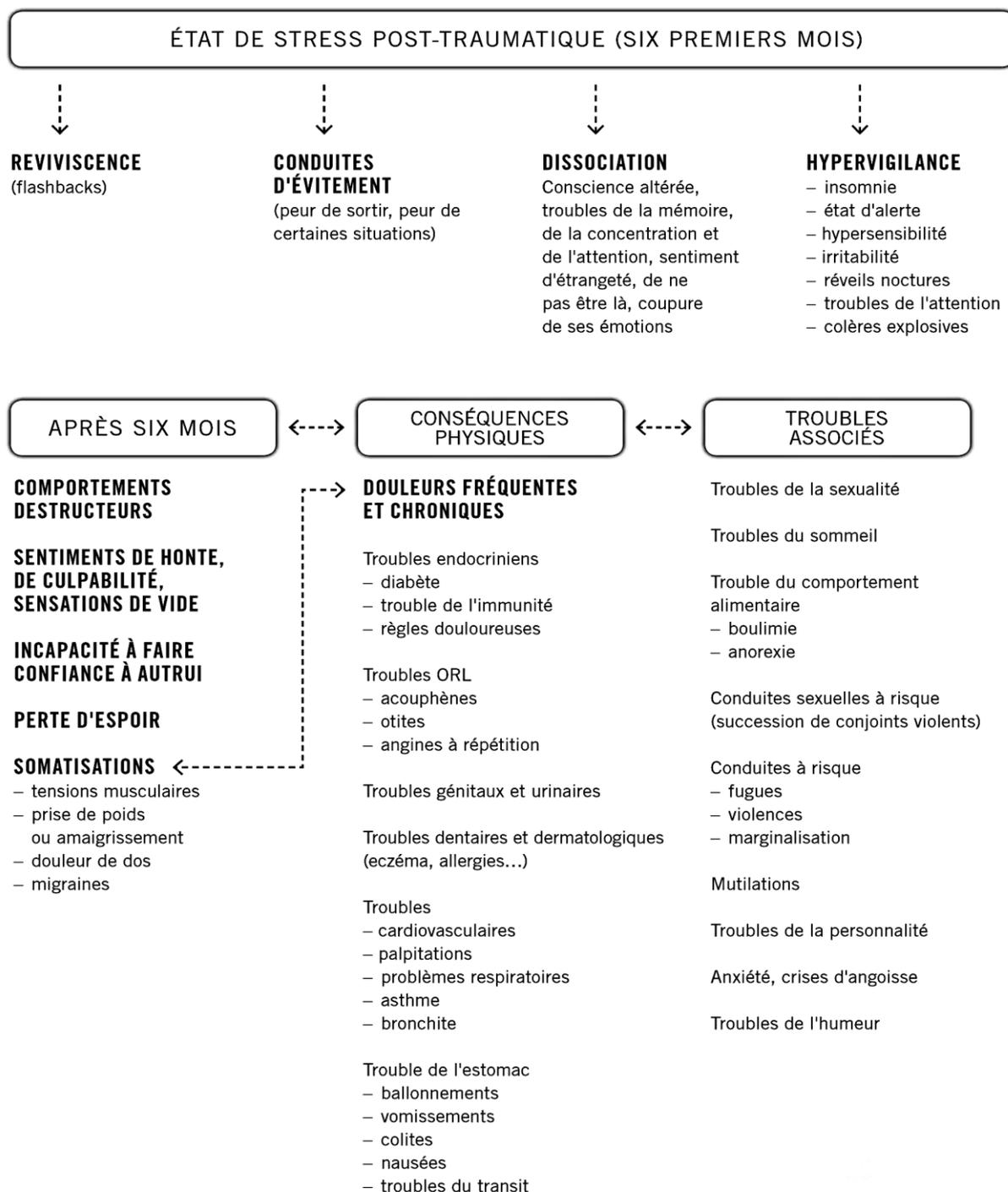


Figure 4 :Etat de stress post-traumatique (six premiers mois) (47)

4.2 Facteurs régissant la gravité des conséquences médicales des agressions sexuelles

La littérature médicale permet d'identifier un certain nombre de facteurs pouvant moduler les conséquences (physiques ou somatiques) des violences sur la santé(41).

4.2.1 Caractéristiques des violences subies

Plusieurs études indiquent que les conséquences des violences sexuelles sont d'autant plus sévères que les violences ont été importantes. Le viol avec pénétration est plus destructeur que les tentatives de viol et bien plus que les attouchements. Plus le nombre des agressions est grand et plus les agresseurs sont nombreux, plus les répercussions sont sévères(41,48).

4.2.2 Coexistence d'autres formes de violence

Toutes les enquêtes sont unanimes : les conséquences des agressions sexuelles sur la santé sont plus nombreuses et plus sévères lorsque que les victimes subissent plusieurs formes de violence : violences physique, psychologique notamment. C'est une éventualité très fréquente puisqu'on estime que plus de 50 % des victimes d'une forme de violence en ont également subi une autre(41).

4.2.3 Age au moment des premières violences

Seules quelques études mentionnent que les conséquences des violences sexuelles diffèrent selon le moment de survenue de la première agression (durant l'enfance ou à l'âge adulte). La plupart des publications qui ont étudié cette relation concluent que les violences subies dans l'enfance sont plus pathogènes que celles qui ont commencé à l'âge adulte. Comme on l'a dit ci-dessus, la survenue d'un diabète dans la cohorte des infirmières américaines et celle d'un fibrome utérin dans la cohorte des femmes noires américaines n'est significative que chez les femmes victimes d'abus durant l'enfance ou l'adolescence et pas chez celles qui l'ont été lorsqu'elles étaient adultes(41).

4.2.4 Sexe et âge des victimes

D'une manière générale, les publications s'accordent à reconnaître que plus les sujets interrogés sont jeunes, plus les pathologies engendrées sont sévères. La symptomatologie serait plus importante chez les sujets moins âgés parce que le traumatisme subi est plus récent. Quant à l'impact des violences sexuelles en fonction du sexe, les données de la littérature médicale divergent. Certains auteurs n'ont trouvé aucune différence entre hommes et femmes en ce qui concerne leurs conséquences sur la santé. Pour d'autres, les violences sexuelles qui sont plus fréquentes chez les femmes sont aussi plus délétères chez elles.

Certaines études font au contraire état de dégâts plus importants chez les hommes, peut-être parce que les abus sexuels sont moins dévoilés chez les hommes et qu'il existe moins de structures pour accueillir les victimes masculines(41).

4.2.5 Environnement social et familial

Son rôle sur l'intensité des pathologies a été peu étudié, mais on sait que des conditions socio-économiques défavorables (pauvreté, faible niveau d'éducation) favorisent les violences de tous types et sont par elles-mêmes associées à un mauvais état de santé. En revanche, un environnement aidant peut atténuer la pathogénicité des violences subies pendant l'enfance, sans toutefois l'éliminer(41).

4.3 Mortalité

Quant à la mortalité, immédiate ou différée, induite spécifiquement par les violences sexuelles, elle n'a pas été évaluée avec précision. On dispose seulement de quelques données indiquant que les violences (toutes causes confondues) sont un facteur de mort prématurée(41).

5 EXPERTISE MEDICO-LEGALE ET PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES

5.1 Victime vivante

Parcours de la victime pour sa prise en charge par les différents services et rôle des parties prenantes.

5.1.1 Cadre de l'examen

Aucune barrière administrative, quelle qu'elle soit, ne doit exister et être un obstacle à la prise en charge d'une victime.

Plusieurs situations peuvent se présenter.

5.1.1.1 Examen réalisé sur réquisition judiciaire

L'examen peut être demandé par les forces de police ou de gendarmerie, soit parce que la victime a porté plainte, soit parce qu'il s'agit d'un flagrant délit pour lequel les équipes de police ou de gendarmerie sont intervenues.

Il n'est pas facile pour un enfant de répéter devant la police et le juge d'instruction le scénario du viol. Pour cela, la loi n° 15-12 du 15 juillet 2015 relative à la protection de l'enfant a, dans son article 46, prévu l'enregistrement audiovisuel de son audition. La copie de l'enregistrement facilitera la consultation ultérieure au cours de la procédure par les parties, les avocats, les experts en présence du juge d'instruction ou d'un greffier dans des conditions qui garantissent la confidentialité de cette consultation. La loi précise que l'enregistrement peut-être exclusivement sonore sur décision du procureur de la république ou du juge d'instruction, si l'intérêt de l'enfant le justifie. L'enregistrement et sa copie sont détruits dans un délai d'un an, à compter de la date de l'extinction de l'action publique, un procès-verbal en est dressé(15).

Les policiers ou gendarmes chargés de l'enquête auront la délicate mission de demander à la victime de décrire précisément le déroulement des faits et les conditions dans lesquelles ils se sont produits. Les réponses à leurs questions permettront de donner aux faits leur qualification adaptée; de cette qualification dépendra la nature criminelle ou délictuelle de l'infraction ainsi que le choix de la juridiction compétente, tribunal criminel ou tribunal correctionnel(15).

L'examen est alors réalisé sur réquisition :

REVUE DE LA LITTÉRATURE -----EXPERTISE ET PRISE EN CHARGE

- C'est l'acte par lequel une autorité judiciaire (officier de police judiciaire, procureur de la République) demande à ce que soit réalisé un acte médico-légal. Il peut s'agir par exemple de l'examen d'une personne ou de la réalisation de prélèvements.

- Tout médecin peut être requis, quel que soit son mode d'exercice ou sa spécialité. Le refus de répondre à une réquisition sans motif valable constitue un délit. Si le médecin requis s'estime incompétent pour réaliser un examen gynécologique, il doit prévenir l'autorité de la nécessité d'orienter la personne vers une structure adaptée mais ne doit pas refuser sans explication.

- Le fait d'être le médecin traitant ne constitue pas un empêchement à réaliser un acte sur réquisition. Cependant, si le médecin estime que la relation qu'il a avec son patient constitue une difficulté à la réalisation de cet examen, il peut en référer par oral à l'autorité qui pourra ne pas le requérir.

- Une réquisition peut être orale mais doit être confirmée par un document écrit qui comprend:

- o L'identité et fonction du requérant.
- o L'identité de la personne requise.
- o L'article du code de procédure pénale fondant la demande.
- o L'énoncé précis de la mission.
- o La signature et la date.

- Le certificat réalisé ne peut être remis qu'à l'autorité requérante.

Il convient de bien lire la mission avant de débiter l'examen. Très souvent, celle-ci comporte la demande d'un examen clinique, de prélèvements divers qui peuvent varier selon le contexte. Le rapport qui sera rédigé sera remis à l'autorité requérante ainsi que les prélèvements réalisés(49,50).

5.1.1.2 Examen réalisé sans réquisition judiciaire

La personne peut se présenter seule ou accompagnée d'un proche informé ou non de la situation. Elle peut également avoir été adressée par un confrère.

Il s'agit en général de faits récents, la victime ne voulant pas ou n'osant 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 de conserver les éléments de preuve(49). Il peut, avec l'accord de la

REVUE DE LA LITTÉRATURE -----EXPERTISE ET PRISE EN CHARGE

victime, signaler les violences à l'autorité judiciaire et peut ainsi rapidement se retrouver dans les conditions d'un examen réalisé sur réquisition(50).

Nombre de cas de violences sexuelles ne seront pas connus des services de santé, ni des services de police, échappant ainsi à toute déclaration et privant la victime de prise en charge. Si bien que certaines violences sexuelles ne feront pas l'objet de poursuite judiciaire. D'autres cas seront présentés par les parents à un médecin gynécologue, un médecin généraliste dans le seul but d'obtenir un certificat de virginité. Ces cas, ne sollicitant pas les services de médecine légale et les services de police ne font pas toujours l'objet d'un signalement systématique. Par ailleurs ils échappent à toute captation statistique. Certaines victimes s'adresseront des années plus tard pour un suivi en consultation de psychologie. En fait, hormis le circuit engagé suite à une réquisition, il n'y a pas de circuit formellement dédié pour ces urgences. Ceci engendre une sous déclaration du nombre de victimes et ne permet pas d'apprécier l'évolution du phénomène ni d'apprécier l'état de santé des victimes consécutif à l'agression(15).

5.1.1.3 Faits récents (moins de 5 jours)

Les premières constatations médico-légales, la mise en route des différentes prophylaxies, ainsi que la prise en compte de la souffrance psychologique représentent une urgence.

Critères d'urgences :

- La présentation clinique de la victime diffère selon le délai écoulé entre l'agression et l'examen. Ce délai dicte les modalités de prise en charge.

- L'agression est récente, si elle a lieu dans les 72 heures précédentes, ce qui impose l'examen immédiat pour le recueil des signes d'agression, la réalisation des prélèvements en vue de la constitution du dossier médico-légal et la mise en route des traitements.

- Si l'agression date de plus de 72 heures mais moins de 15 jours, il faut examiner la victime dans un délai court pour noter d'éventuelles lésions en cours de cicatrisation (cicatrisation de l'hymen le plus souvent entre 5 et 7 jours), d'autant plus s'il s'agit d'une agression avec pénétration, a fortiori si la victime n'a jamais eu de relation sexuelle auparavant ou si elle présente des signes cliniques. L'examen doit également déceler les symptômes neuro-végétatifs d'une grossesse éventuelle ou l'apparition de signes cliniques d'IST.

REVUE DE LA LITTÉRATURE -----EXPERTISE ET PRISE EN CHARGE

- Au-delà de 15 jours, on parlera d'abus sexuel ancien. L'anamnèse et l'examen doivent être orientés vers la détection des restes (stigmates) des indices qui peuvent prouver l'effectivité de l'agression et les conséquences de la pénétration : cicatrice, complication fonctionnelle, IST, grossesse, ...(51).

Il est préférable que l'examen et les prélèvements soient réalisés dans un cadre médico-légal. Cela est particulièrement vrai pour les faits aigus (moins de 5 jours) pour lesquels les preuves biologiques pourront être capitales.

Il faut donc essayer de convaincre la personne adulte de la nécessité de ce cadre judiciaire. Si elle souhaite porter plainte, le médecin a la possibilité de signaler les faits au procureur, ce qui évite à la victime la difficulté des démarches.

Si la personne refuse, il faut réaliser les examens et les prélèvements comme dans un cadre médico-légal, puis rédiger un certificat complet (qui comprend les résultats des examens biologiques) qui sera remis à la personne(50).

5.1.1.4 Faits anciens

La personne peut se présenter pour une demande médicale (elle présente des troubles physiques, psychiques, souhaite un suivi sérologique). Il convient d'aider la patiente à parler de l'agression et à se positionner dans sa démarche (souhait réel ou non de porter plainte). Il convient toutefois d'informer la personne de la possibilité qu'a le professionnel de signaler (le caractère ancien des faits n'étant en aucune manière un obstacle à ce signalement).

Dans tous les cas, il est important d'orienter la personne vers une association d'aide aux victimes(50).

5.1.1.5 Personne mineure

La situation des mineurs est très particulière. Même si l'examen est normal sur le plan génital, il ne permet en aucune manière d'exclure la possibilité de survenue d'abus sexuels (agressions les plus fréquentes de l'enfant). Il est donc important de protéger l'enfant et de s'assurer qu'il ne subit pas ou qu'il n'a pas subi de violences. Seule une enquête menée par des professionnels permet de s'assurer de cette absence de risque.

Si l'agresseur potentiel est un des parents ou la personne ayant autorité, le professionnel doit réaliser un signalement. Si l'enfant est accompagné d'un parent et que l'agresseur potentiel est un tiers, il faut inciter les parents à porter plainte en les rassurant sur le déroulement de la procédure. Si le parent ne fait pas la démarche, il appartient au professionnel de santé de signaler

les faits aux autorités judiciaires. L'information préoccupante n'est pas la voie adaptée dans ce genre de situation qui nécessite une enquête judiciaire et une protection de l'enfant.

Une alternative est d'orienter l'enfant et sa famille dans une structure spécialisée au sein de laquelle la situation peut être analysée par plusieurs personnes(50).

5.1.1.5.1 Faut-il réaliser l'examen clinique ?

De manière générale mais plus particulièrement chez l'enfant, il est nécessaire d'éviter la répétition des examens génitaux. L'attitude peut donc différer selon la situation(50).

5.1.1.5.1.1 Faits récents et pénétration suspectée

Il est nécessaire de réaliser un examen clinique en urgence, d'une part pour vérifier que l'enfant ne nécessite pas de soins et, d'autre part, pour constater les preuves médico-légales. Il est préférable (pour les raisons évoquées précédemment) que cet examen soit réalisé dans le cadre d'une réquisition mais, si cela ne peut se faire, il faut bien sûr réaliser l'examen et rédiger un certificat qui sera remis à la personne ayant autorité(50).

5.1.1.5.1.2 Faits récents et pas de pénétration (attouchements) ou faits anciens

Il faut se poser la question de la réalisation de l'examen. Si le professionnel s'estime compétent, il peut réaliser l'examen. Cependant, il faut savoir que, si une procédure judiciaire est initiée ultérieurement, l'enfant sera certainement réexaminé dans ce cadre. Ainsi, si le professionnel s'estime peu compétent pour ce genre d'examen, il convient de ne pas faire l'examen qui sera réalisé ultérieurement dans le cadre de la procédure pénale. Il faudra bien sûr écouter et conseiller l'enfant et les personnes qui l'accompagnent, mettre en place le suivi nécessaire selon la situation(50).

5.1.1.5.2 Dans quelle structure doit être pris en charge un mineur ?

Lors des soins classiques, les mineurs de moins de 15 ans sont pris en charge en pédiatrie et les plus de 15 ans dans les services adultes. Sur le plan gynécologique, on pourrait estimer qu'une adolescente ayant déjà eu des rapports sexuels relève plus d'une prise en charge en gynécologie adulte. Toutefois, la prise en charge des abus sexuels des mineurs nécessite non seulement une connaissance clinique mais également juridique du contexte(50).

Dans les endroits où elles existent, les UMJ sont souvent l'endroit de référence pour prendre en charge de manière multidisciplinaire les victimes de violences sexuelles, quel que soit leur âge. Cependant, il n'y a pas encore suffisamment d'UMJ à travers le territoire(50).

5.1.2 Rôle du médecin

Le médecin légiste est bien souvent en première ligne dans la prise en charge des violences, grâce à son expérience sur les scènes de crime mais aussi dans la prise en charge des victimes de violence de tout type au quotidien. En tant qu'expert, il doit pouvoir proposer des modèles de prise en charge simplifiés mais aussi signaler les situations de violence avec risque de passage à l'acte (concept de la mort évitable), faciliter le parcours de prise en charge de la victime (d'un point de vue médico-légal et judiciaire) et l'orienter vers des structures lui permettant de se « reconstruire »(52).

Le rôle du médecin ne se limite pas aux soins des lésions physiques d'une victime d'agression.

Le praticien se doit d'assurer, en effet, une prise en charge beaucoup plus globale de la victime, et ceci de plusieurs manières :

- D'abord en parlant, et surtout en faisant parler la victime, afin de :

- Favoriser l'abréaction précoce.
- Rétablir une fiabilité dans la relation humaine.
- Prévenir, ou détecter à temps la survenue de troubles psychiques post traumatiques(53).

- Ensuite en rédigeant des certificats médicaux juridiquement valables, établis avec rigueur, qui permettront à la victime d'obtenir une juste réparation du dommage subi. Jamais trop complets, ils sont souvent trop succincts, et pourtant ils engagent la responsabilité pénale, civile et ordinale du médecin(53).

- Enfin en informant la victime sur ses droits et les divers organismes compétents pour l'aider aussi bien sur le plan psychologique que sur le plan matériel. Pour cela, le praticien trouvera une liste de numéros de téléphone utiles à connaître(53).

5.1.3 Prise en charge de la victime de violence sexuelle

5.1.3.1 Circonstances de découverte

5.1.3.1.1 Victime adulte

Tout médecin, quelle que soit sa spécialité ou son mode d'exercice, peut être amené à recevoir une victime de violence sexuelle :

- Lorsqu'une plainte a été déposée, le médecin peut être requis aux fins d'un examen de la victime ;

REVUE DE LA LITTÉRATURE -----EXPERTISE ET PRISE EN CHARGE

- La victime peut venir spontanément consulter un médecin et dénoncer des faits d'agression sexuelle dont elle vient d'être victime ou des faits plus anciens ;

- Certaines victimes particulièrement vulnérables (incapables majeurs, personnes âgées...) ont de grandes difficultés à relater les faits. Elles expriment souvent leur souffrance en lien avec l'agression à travers des plaintes somatiques ou des troubles des conduites qui motivent une consultation et qu'il faut savoir décoder.

- L'avis médical est plus souvent sollicité lorsqu'il y a eu pénétration ou « attouchement » ; les victimes d'une exhibition ou d'un harcèlement font moins régulièrement l'objet d'un examen (le préjudice est plus difficilement matérialisable dans ce cas et fait essentiellement appel aux psychiatres et aux témoignages). C'est donc essentiellement lors des agressions avec contact physique, qu'un examen peut être réalisé(54).

5.1.3.1.2 Victime mineure

Les circonstances dans lesquelles un médecin peut être amené à suspecter une agression sexuelle chez un enfant ou un adolescent sont variables :

- Le mineur peut dénoncer des faits d'agressions sexuelles dont il vient d'être victime ou consulter pour des faits anciens qu'il vient de révéler.

- Lorsque l'abus sexuel n'est pas directement verbalisé, l'enfant ou l'adolescent peut s'exprimer à travers des plaintes somatiques ou des troubles des conduites qui peuvent motiver la consultation. Ceux-ci peuvent être classés, de façon non exhaustive, selon l'âge de l'enfant.

- Les enfants d'âge préscolaire peuvent présenter un comportement agressif ou renfermé, une attitude sexuelle explicite soudaine en désaccord avec leur développement psycho-affectif, des troubles du sommeil, une énurésie et/ou une encoprésie secondaires(54).

- Les enfants en âge d'être scolarisés peuvent être sujets à l'absentéisme, à l'échec scolaire, à la transgression des limites, présenter des attitudes sexuelles discordantes avec leur âge ou une identité sexuelle confuse.

- Chez les adolescents, on peut retrouver une déscolarisation, une dépression, un trouble anxieux, des troubles du comportement affectif, des névroses post-traumatiques, des idéations suicidaires pouvant mener à des tentatives de suicide.

- Il est également rapporté l'augmentation des conduites addictives (alcool, tabac, substances illicites) et de troubles du comportement (vol, fugues, etc.)

Tableau 3 :Signes d’alerte clinique de violences sexuelles chez l’enfant (33)

Signes physiques	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes atteintes de la sphère génito-anales (plaies ; ecchymoses ; saignements ; douleurs génitales ou fissurations anales ; corps étrangers dans le vagin, le rectum...) - Pertes urinaires, incontinence, impériosités - Grossesse - IST - Mutilations sexuelles, infibulation et excision etc
Troubles psychosomatiques	<ul style="list-style-type: none"> - Encoprésie et énurésie (à garder en fonction de l’âge de la victime) - Douleurs abdominales et/ou pelviennes, troubles digestifs - Trouble du comportement alimentaire - Prise de poids brutale - Fatigue - Manifestations régressives psychomotrices - Malaises mal définis, surtout à l’adolescence
Signes psychologiques et comportementaux	<ul style="list-style-type: none"> - Fugue, tentative de suicide, toxicomanie, alcoolisation - Troubles du sommeil (cauchemars, refus d’aller se coucher...) ou refuge dans le sommeil - Isolement ; repli sur soi, inhibition, changement d’humeur - Tristesse, dépression, angoisse - Perte de confiance, dévalorisation de la perception de soi, aspect négligé, ‘je n’aime pas mon corps’ - Perte des activités créatrices et du jeu, désintérêt pour les activités de loisirs - Tendance à l’auto-agressivité, auto-mutilation, agressivité, hyperréactivité - Attitude séductrice - Troubles de l’hygiène (refus de se laver) - Phobie du contact physique - Soumission excessive à l’adulte, conduite masochiste - Prostitution - Délinquance
Troubles scolaires	<ul style="list-style-type: none"> - Baisse récente des résultats scolaires, absentéisme scolaire - Troubles de concentration - Désinvestissement scolaire ou hyperinvestissement
Troubles sexuels	<ul style="list-style-type: none"> - Masturbation compulsive et/ou publique - Crainte inexplicquée de grossesse - Inhibition ou pudeur excessive, refus de se déshabiller, de montrer son corps (sport, piscine), crainte des examens médicaux - Agression sexuelle sur d’autres enfants - Conduites sexuelles ou connaissances sexuelles inappropriées à l’âge de l’enfant - Hyper-maturité sexuelle - Dessins à connotation érotique - Rejet globale de toute référence à la sexualité

Il existe donc une multitude de signes et de symptômes (Tableau 3) pouvant faire évoquer la possibilité d’une agression sexuelle sur mineur (ASM), et aucun, pris isolément, ne permet d’affirmer le diagnostic(55).

5.1.3.2 Accueil et entretien

L'accueil est un temps essentiel et doit se faire dans une salle adaptée.

L'entretien permet d'apprécier le degré d'urgence. Si les faits datent de moins de 48 heures, il s'agit alors d'une urgence médicale et médico-légale et rien ne doit différer les constatations, les prélèvements médico-légaux, le dépistage et la prophylaxie des IST ainsi que la délivrance d'une contraception d'urgence(56).

Lors de l'entretien, le médecin doit d'abord mettre la personne en confiance, prendre le temps de l'écouter, de la rassurer et de lui expliquer le déroulement de l'examen, son importance et son contexte (sur réquisition ou non ; s'il y a réquisition, il faut expliquer que les résultats de l'examen seront transmis à l'autorité pour les besoins de l'enquête).

Certaines victimes n'ont jamais eu d'examen gynécologique, ni vu de spéculum ou de sonde à ballonnet ; des explications leur seront particulièrement nécessaires.

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. C'est souvent cette culpabilité paradoxale 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 sollicitude.

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 des mesures de protection ? Les réactions psychiques à la suite de violences sexuelles et lors de l'accueil et l'examen d'une personne victime de violences sexuelles concernent tout intervenant, soignant ou non, et non pas les seuls psychiatres ou psychologues(49).

Un document informatif sur le déroulement de l'examen clinique devrait être remis à tous les patients en salle d'attente avant la consultation. Au début de la consultation, le consentement du patient ou de son représentant légal, doit être obtenu(57).

5.1.3.2.1 Information médicale

Toute personne doit être informée sur son état de santé, sur les soins qu'elle nécessite et les risques qu'elle encourt. Les droits des personnes mineures ou incapables sont exercés par les parents ou le représentant légal (article 23 de la loi n° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé)(58).

Cette information porte sur les différentes investigations, les traitements ou actions de prévention qui lui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. L'information est assurée par tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui lui sont applicables (article 343 de la loi n° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé)(58).

Le médecin doit s'efforcer d'éclairer son malade par une information intelligible et loyale sur les raisons de tout acte médical. (article 43 du décret exécutif n°92-276 du 06 juillet 1992 portant Code de Déontologie médicale)(59).

5.1.3.2.2 Consentement

Tous les types d'intervention en faveur des victimes et des survivant.e.s de violences sexuelles, à quelque fin que ce soit, nécessitent un consentement éclairé concernant tous les aspects et à toutes les étapes.

REVUE DE LA LITTÉRATURE -----EXPERTISE ET PRISE EN CHARGE

Son obtention avant toute intervention, notamment psychologique, médicale, médico-légale ou juridique est nécessaire pour garantir le respect de l'autonomie de la victime et son droit à l'intégrité et à l'autodétermination. Ce consentement doit être donné avant l'intervention et peut être retiré par la personne qui l'a donné « à tout moment et pour toute raison ». Il s'agit d'une exigence découlant de la norme universelle et internationale « ne pas nuire ».

Le consentement éclairé doit être obtenu dans le cadre d'un processus minutieux qui peut être divisé en plusieurs étapes : (1) créer un environnement sûr qui garantit un consentement véritable ; (2) fournir toutes les informations pertinentes ; (3) s'assurer que les conséquences de toutes les saisines ou de tous les processus qu'implique l'intervention sont comprises ; (4) expliquer quelles sont les limites de la confidentialité et les avantages et les risques d'une participation à l'intervention concernée ; (5) demander explicitement un consentement pour toutes les activités et opérations et, ce faisant, (6) vérifier s'il existe des limites au consentement(16).

Tout acte médical, lorsqu'il présente un risque sérieux pour le malade est subordonné à son consentement libre et éclairé ou à celui des personnes habilitées par lui ou par la loi. Si le malade est en péril ou incapable d'exprimer son consentement, le médecin doit donner les soins nécessaires (article 44 du décret exécutif n°92-276 du 06 juillet 1992 portant Code de Déontologie médicale)(59).

En cas de refus des soins médicaux, il peut être exigé, une déclaration écrite, du patient ou de son représentant légal. Toutefois, en cas d'urgence, de maladie grave ou contagieuse ou si la vie du patient est gravement menacée, le professionnel de santé doit prodiguer les soins et, le cas échéant, passer outre le consentement. (article 344 de la loi n° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé)(58).

Le médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un incapable majeur doit s'efforcer de prévenir les parents ou le représentant légal, et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence ou s'ils ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l'incapable majeur peut émettre un avis, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible (article 52 du décret exécutif n°92-276 du 06 juillet 1992 portant Code de Déontologie médicale)(59).

5.1.3.2.3 Particularités chez le mineur

La présence des parents doit être, si possible, évitée pendant la durée de l'entretien, afin de limiter l'influence que ceux-ci peuvent exercer sur le discours de l'enfant.

REVUE DE LA LITTÉRATURE -----EXPERTISE ET PRISE EN CHARGE

L'entretien avec l'enfant doit être adapté aux circonstances : si l'enfant a déjà été entendu par les enquêteurs, il est préférable de ne pas reprendre tous les faits. Si ce n'est pas le cas, il peut être intéressant de savoir ce qui s'est éventuellement passé pour orienter l'examen clinique.

- La première partie de l'entretien peut débuter par des questions qui ne portent pas sur les faits mais sur la vie de l'enfant pour le mettre en confiance (son âge, ses loisirs, l'école, le prénom de ses copains, etc.). Elle permet également d'évaluer son niveau de développement et son état psychologique. Chez le tout petit enfant, il faut éviter les questions directes qui amèneront une réponse par oui ou non de façon souvent aléatoire.

- Il faut en effet garder à l'esprit sa grande suggestibilité(50).

- La seconde partie aborde l'agression sexuelle proprement dite en commençant par un récit totalement libre de l'enfant si cela est possible. Il est recommandé de retranscrire entre guillemets le terme utilisé par l'enfant pour désigner la région génitale. L'utilisation de poupées, de dessins ou de jeux peut également aider l'enfant à s'exprimer. Il est alors recommandé de noter ce que le mineur a dit à propos de son dessin ou de ses jeux dans le dossier. S'il est nécessaire de faire préciser certains points, il faut privilégier le recours à des questions ouvertes (« peux-tu me raconter ce qu'il s'est passé ») et spécifiques (« as-tu vu son sexe ») en utilisant le vocabulaire de l'enfant.

L'entretien avec l'accompagnant permettra de préciser les informations non fournies par l'enfant :

- Agression unique ou répétée.
- Date et heure.
- Lieu et circonstances de l'agression.
- Nature de l'agression (attouchements, pénétration sexuelle, éjaculation, port de préservatif).
- Menaces, violences associées.
- Liens entre la victime et l'auteur.
- Conditions de vie et environnement familial de l'enfant.

L'entretien doit également permettre de dépister la présence de symptômes cliniques tels que des douleurs ano-génitales, des saignements, des signes fonctionnels urinaires et préciser leur chronologie par rapport à l'agression(55).

5.1.3.3 Anamnèse des faits

Elle est importante car elle permet, d'une part, d'orienter l'examen clinique, d'autre part, de compléter l'éventuelle déposition dans le cadre d'une plainte. Après avoir privilégié le récit spontané, il est souvent nécessaire de poser des questions précises.

Il convient donc d'essayer de recueillir les éléments suivants :

- La date et l'heure des faits.
- Le nombre d'agresseurs, leur lien avec la personne (si la personne est connue, y a-t-il une notion de ses antécédents notamment sérologiques).
- Les circonstances de l'agression et les autres violences associées (menaces verbales, injures, coups et blessures, usage d'une arme, séquestration).
- La notion de lutte ou de résistance, de préhension forcée ou d'immobilisation.
- La prise de drogue, d'alcool ou de médicaments.
- Une éventuelle amnésie ou un « trou noir ».
- Les attouchements réalisés ou subis : oraux, vaginaux, anaux, organes génitaux externes.
- La notion de pénétration sexuelle : orale, vaginale, anale.
- L'utilisation ou non de préservatif.
- L'utilisation de corps étrangers ou d'« instruments ».
- La notion d'éjaculation (vaginale, anale, orale, sur le corps, etc.).
- Le comportement et les signes après l'agression : miction, exonération, toilette intime, toilette buccale, changement de vêtement, prise d'alcool, drogues ou médicaments après les faits.
- La survenue de saignement vaginal ou anal.
- Tout saignement ou écorchures de la victime ou de l'agresseur (pour évaluer le risque de transmission du VIH et de l'hépatite).
- L'existence et le type de douleurs ressenties (en particulier dans la bouche, les seins, le vagin et le rectum).
- L'existence de brûlures mictionnelles.
- Dans le cas où la victime est pubère, la date des premières et des dernières règles, ainsi que des derniers rapports sexuels doivent être recherchés.
- Antécédent d'accouchement par voie basse.
- Contraception.
- Date des derniers rapports consentis.
- Eventuelle grossesse en cours.

REVUE DE LA LITTÉRATURE -----EXPERTISE ET PRISE EN CHARGE

- Les antécédents personnels, notamment de traumatisme ou d'opérations chirurgicales au niveau de la sphère génito-anales, doivent être recueillis(54,60).

Le médecin n'est pas un enquêteur. Le but de cet entretien est d'orienter l'examen médical et éventuellement de recueillir des propos qui seront plus difficiles à confier aux enquêteurs. Cependant, le médecin n'a pas pour rôle de découvrir la vérité(50).

5.1.3.4 Examen clinique

Parfois, il est plus facile d'obtenir des renseignements durant ou au décours de l'examen (par exemple, le détail des pénétrations est plus facile à aborder lors de l'examen génital). Il faut savoir que les personnes sont souvent très angoissées par l'examen et que, plus l'examen se fait tôt dans la consultation, plus la personne sera encline à répondre aux questions(50).

La présence d'un témoin, membre de l'équipe sanitaire, de même sexe que la victime n'est pas systématique et ne résulte pas d'une obligation légale, réglementaire ou déontologique. Une telle obligation conforterait les représentations négatives vis-à-vis des victimes, imaginées promptes à porter plainte contre le médecin devenant victime de dénonciation calomnieuse. Pour autant, une telle présence est souhaitable et souvent rassurante pour elle et pour l'examineur(49,57).

L'examen doit être expliqué avant chaque étape, le patient peut en refuser toute partie et les résultats doivent être inventoriés avec lui.

L'examen commence par un examen général, orienté par les caractéristiques des violences décrites par la victime et par ses doléances. Il recherche des traces de violences physiques, incluant éventuellement, dans le cas de violences répétées, des lésions d'âge différent, des plaies ou cicatrices qui pourraient orienter vers des actes de barbarie (brûlures de cigarettes, par exemple), des traces de sperme. Les lésions traumatiques doivent être décrites, portées sur un schéma et parfois même, lorsque cela est possible, photographiées(49).

L'examen clinique comporte :

5.1.3.4.1 Recherche et description de lésions traumatiques

En dehors de la région génitale (bouche, cou, seins, cuisses, ...) :

- Type (plaies, écorchures, égratignures, hématomes, morsure, griffure, contusions et ecchymoses).
- Taille (préciser avec une mensuration en mm ou cm).
- Forme, couleur.

- Ancienneté.
 - Contenu : corps étrangers (grains de sable, bout de végétal, cheveu humain, etc...).
- Autres traces de violence (vêtements déchirés, brins de cheveux, débris de verre).
- Faire un schéma ou un pictogramme voire prendre des photos(51).

5.1.3.4.2 Examen anal

- Avant l'examen génital chez les patientes de sexe féminin.
- Position pour l'examen : genu-pectorale ou gynécologique.
- Inspection de l'anus et des plis radiés après déplissement de la marge anale : noter si lésions récentes ou anciennes, fissures, délabrement.
- Toucher rectal (facultatif, réalisé en cas de notion de pénétration dans l'anus) : apprécier la tonicité du sphincter anal, recherche une béance de l'anus. Le médecin doit tout inscrire dans son compte-rendu. Si le centre est équipé et après consentement de la victime, la prise de photographies peut être utile sur le plan médico-légal, les lésions pouvant régresser intégralement par la suite. A l'issue de l'examen, le médecin essaie de rassurer la victime sur l'intégrité de son anatomie (globale) et sur ses possibilités génitales futures, sauf complication(51).

Important : un examen clinique normal n'exclut pas l'agression.

5.1.3.4.3 Examen génital

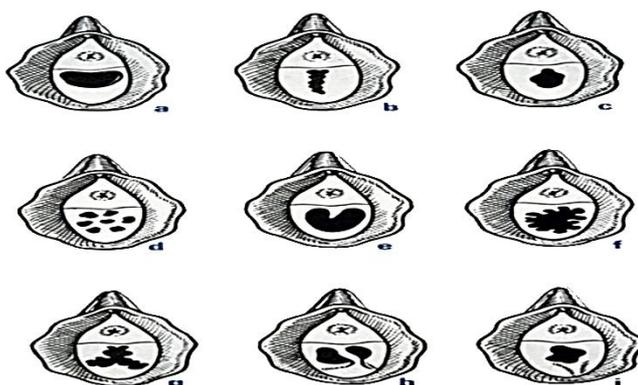
5.1.3.4.3.1 Particularités de l'examen chez la femme

- L'inspection :
 - o Face interne des cuisses.
 - o Vulve : grandes lèvres, petites lèvres, vestibule.
 - o Périnée, orifice anal.
 - o Seins.
 - o Pilosités.
- La description soigneuse de l'hymen : temps important +++
- Différentes techniques d'examen peuvent être utilisées : Ecartement en bas et en arrière des grandes lèvres, un doigt intra rectal et recourbé vers l'avant (Figure 5)(51).



Figure 5 :L'étalement de la cloison rectovaginale par l'examen bimanuel(51)

- Préciser sa forme (selon la classification de Simonin et Billard) (Figure 6), l'intégrité des bords libres (en dépliant les bords à l'aide d'un coton-tige).



Classification de Simonin et Billard :

- a : semi-lunaire ou falciforme
- b : labié
- c : annulaire
- d : cribriforme
- e : à languette ou pendentif
- f : frangé à bords sinueux
- g : lobé (échancrures congénitales)
- h : à pont ou à bride
- i : en carène, un peu scléreux



Figure 6 : Classification de Simonin et Billard

- Mesurer le diamètre de l'orifice hyménal.
 - S'il y a incisure (hymen, vagin, orifice anal) (Figure 7), faire un schéma horaire, l'hymen étant décrit en se référant à un cadran d'horloge projeté en position de décubitus dorsal (12

heures vers le pubis, 6 heures vers le coccyx) (Figure 8). L’hymen est la frontière médico-légale du viol chez les filles. La défloration au sens médical du terme se définit par la déchirure de l’hymen par pénétration d’un élément de taille suffisante pour entraîner sa rupture.



1. Capuchon du clitoris
2. Clitoris
3. Petites lèvres.
4. Méat urinaire
5. Orifice vaginal
6. Raphé du périnée
7. Anus

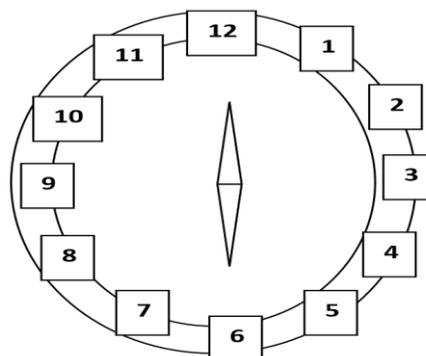


Figure 7 : Anatomie de la vulve

Figure 8 : Schéma horaire, l’hymen étant décrit en se référant à un cadran d’horloge projeté

- L’utilisation d’une sonde de Foley à ballonnet (Figure 9) peut être envisagée pour examiner un hymen œstrogénisé (pubère) mais c’est un geste intrusif comportant des risques (physiques et psychologiques) ne devant être réalisé que par un médecin expérimenté.

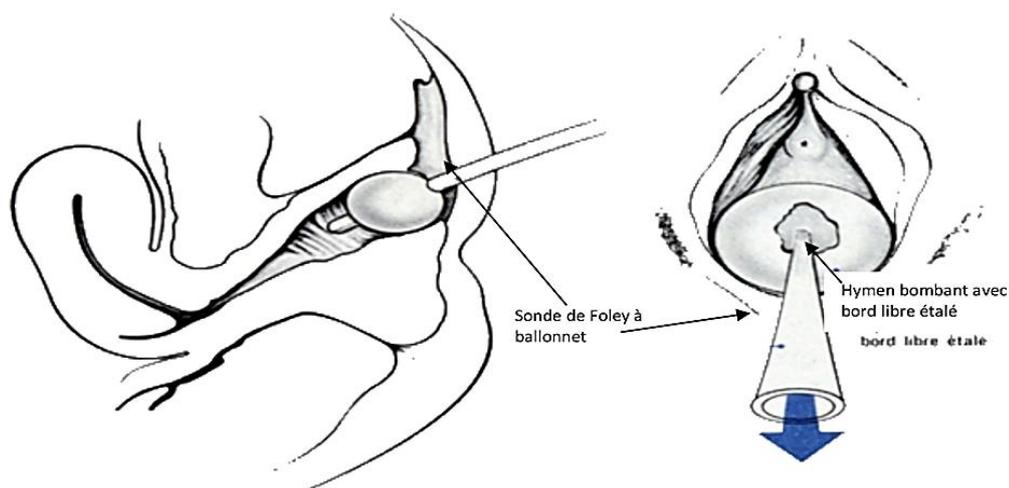


Figure 9 : Examen de l’hymen à l’aide d’un ballonnet introduit dans la cavité vaginale

- L’examen au spéculum (victime ayant déjà eu des relations sexuelles auparavant) :
 - Aspect des bords latéraux de l’hymen et du vagin.
 - Aspect des culs-de-sac vaginaux.
 - Aspect du col utérin.

REVUE DE LA LITTÉRATURE -----EXPERTISE ET PRISE EN CHARGE

- Présence ou non de pertes anormales.
- Remarque : Pas d'examen au spéculum si la victime est vierge sauf si le spéculum pour vierge est disponible et le médecin en est expérimenté.
- Les prélèvements seront effectués (sperme et pertes vaginales) pendant cette phase d'inspection si possible.

- Le Toucher vaginal : débuté avec un doigt, il permet d'apprécier la perméabilité de l'hymen à 1 ou 2 doigts (index ou auriculaire si un doigt, index et majeur si deux doigts, préciser si 1^{ère} et 2^{ème} phalanges introduites à intérêt médico-légal) et de noter une douleur provoquée, orificielle ou profonde pelvienne.

- L'utilisation d'un colposcope peut permettre d'améliorer les conditions d'examen.

Constatations :

- A partir de la puberté, sauf exception, l'hymen devient perméable à un doigt. L'hymen devient classiquement perméable à 2 doigts en cas d'activité sexuelle.

- Au décours d'une agression, les lésions occasionnées sont souvent fugaces, comme un érythème, des pétéchies ou des abrasions du vestibule, une éraillure ou déchirure de la fourchette postérieure, ou des petites ecchymoses de l'hymen qui peuvent régresser intégralement. Des échancrures, le plus souvent définitives, peuvent être provoquées. Le caractère traumatique des échancrures est d'autant plus typique qu'elles sont complètes (profondes) atteignant le sillon nympho-hyménal d'insertion de l'hymen sur le vestibule, postérieures entre les rayons de 4 et 8 heures, à contours aigus (Figure 10).

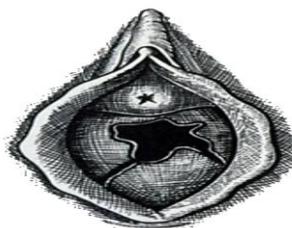


Figure 10 : Les lésions de la défloration : Zone de prédilection des déchirures hyménales : à gauche, déchirure complète à 7h ; à droite, déchirure incomplète à 5h.

- Une lésion importante comme la fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale se reconnaît par l'incontinence ; les touchers pelviens et l'examen au spéculum peuvent situer son niveau.

5.1.3.4.3.2 Particularités de l'examen chez la petite fille

- Avant l'examen :
 - o Si l'enfant est très agité, administrer des calmants : Diazépam par voie orale : 0,15mg / kg ; maximum 10mg.
 - o Si l'enfant souffre, donner un antalgique : Paracétamol 120-250mg (1 à 5 ans) ou 250-500mg (6 à 12 ans).
 - o Attendre que les médicaments agissent avant de procéder à l'examen clinique.
- Rechercher particulièrement des complications telles que vomissements, convulsions, perte de connaissance, incapacité à boire.
- Noter : poids, taille, stade pubertaire (Tableau 4), date des premières règles (évaluation du risque de grossesse).

Tableau 4 :Stades du développement pubertaire chez la fille(55)

Stade	Développement des seins	Age moyen (ans)	Développement de la pilosité pubienne	Age moyen (ans)
1	Pas de glande palpable		Absence	
2	Bouton mammaire et élargissement de l'aréole	11	Quelques poils sur les grandes lèvres	11,5
3	Tissu mammaire plus large que l'aréole	12	Extension des poils vers le pubis	12,5
4	Aréole surélevée par rapport au tissu mammaire	13	Pilosité non encore complètement développée	13
5	Développement mammaire complet	15	Pilosité adulte	14,5

- L'examen génital d'une petite fille peut se faire sur les genoux de sa mère en position grenouille (Figure 11) (cuisses fléchies en large abduction, genoux fléchis sur les cuisses, talons joints).

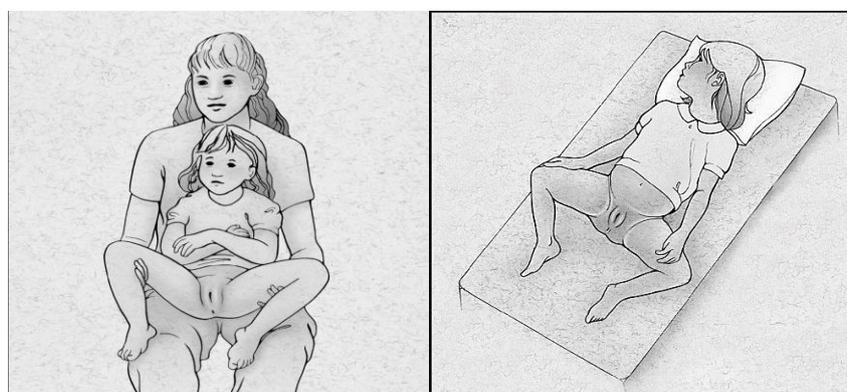


Figure 11 : Examen génital de la petite fille en position grenouille

REVUE DE LA LITTÉRATURE -----EXPERTISE ET PRISE EN CHARGE

- L'inspection devrait être combinée avec une palpation qui sert à poursuivre du doigt le bord libre de l'hymen. Rechercher la présence de saignement génital ou de pertes vaginales.

- Pour une petite fille, on peut utiliser un écouvillon ou coton-tige pour déplisser l'hymen. C'est préférable par rapport à l'usage de sonde à ballonnet qui pourrait provoquer une défloration accidentelle si l'enfant est trop agitée.

- Mesurer le diamètre de l'orifice hyménéal. A 5 ans, ce diamètre = 5mm, puis augmente d'1 mm/an.

- La cicatrisation de la muqueuse hyménéale se fait en 5 à 7 jours mais la déchirure signant la défloration persiste à vie. Il y a suspicion de pénétration génitale lorsqu'il existe une transection : déchirure nympho-hyménéale ou présence d'incisures sur le bord libre de l'hymen, avec ou sans signe inflammatoire et/ou douleur au toucher. L'ouverture hyménéale (diamètre transverse hyménéal) doit être mesurée si l'hymen n'est pas déchiré et surtout si on dispose de l'appareil de mesure spéciale. Une défloration récente est donc une déchirure hyménéale de moins de 7 jours.

5.1.3.4.3 Particularités de l'examen lorsque la victime est un garçon / 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 :

- o 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 inexplicables. Le dialogue et l'entretien préalable sont fondamentaux. Ils pourront conduire la victime à des révélations et l'aider à accepter l'examen clinique.

- o La prise en charge des victimes de sexe masculin nécessite, elle aussi, une structure spécialisée pluridisciplinaire : consultation médico-légale, service de chirurgie générale, urologie ou gastro-entérologie, voire service des urgences chirurgicales, consultation à visée psychothérapeutique. Ces victimes doivent être adressées dans un service de chirurgie et non dans un service de maternité.

REVUE DE LA LITTÉRATURE -----EXPERTISE ET PRISE EN CHARGE

- Spécificités de l'examen génital :
 - Examiner le scrotum, les testicules, le pénis, le tissu péri-urétral, l'orifice urétral et l'anus (Tableau 5-Figure 12).

Tableau 5 : Stades du développement pubertaire chez le garçon

Stade	Développement des organes génitaux	Age moyen (ans)	Développement de la pilosité pubienne	Age moyen (ans)
1	Testicules et verge prépubères		Absence	
2	Début d'augmentation des dimensions des testicules, 25x15mm Pigmentation du scrotum	12	Quelques poils sur le scrotum	13
3	Début d'augmentation des dimensions de la verge 3,5--6cm	13	Extension des poils sur le pubis	14
4	Poursuite de l'augmentation des dimensions de la verge et des testicules	14	Pilosité presque adulte	14.5
5	Développement adulte (longueur testicules : 4,5 cm)	15	Pilosité adulte	15

Stade	Organes génitaux externe de l'homme	Pilosité faciale de l'homme	Pilosité pubienne de l'homme	Pilosité axillaire	Pilosité pubienne de la femme	Développement mammaire	
1		0					Enfance
2		+					
3		++					Puberté
4		+++					
		++++					Age adulte

Figure 12 : Appréciation de la maturation pubertaire selon les stades de Tanner.

- Noter si la victime est circoncise ou non.
- Vérifier la présence d'hyperhémie, de boursoufflure, de contusion, de torsion des testicules, de lacérations anales.
 - La torsion des testicules constitue une urgence et nécessite l'orientation immédiate de la victime à l'hôpital.
 - Si l'urine contient d'importantes quantités de sang, vérifier la présence de traumatismes péniens et urétraux. Référer en cas de doute.

5.1.3.5 Diagnostic différentiel

- Les traumatismes et anomalies des organes génitaux d'autres origines.
- Les variations anatomiques (particulièrement en ce qui concerne l'hymen).
- Les pratiques sadomasochistes, consentantes le plus souvent (mais pas toujours).
- Les fausses allégations liées : aux vengeances simples, aux comportements puérils (élève/professeur), aux recherches de bénéfices extérieurs (attention de l'entourage), aux personnes en dérive, aux troubles psychiatriques, aux divorces...(54)

5.1.3.6 Prélèvements

La réalisation des prélèvements se fait parallèlement à l'examen clinique afin de fournir des éléments de preuves de l'agression sexuelle et prévenir les complications(51).

Actes essentiels dans la prise en charge, ils visent deux objectifs : judiciaire et de santé publique(56).

5.1.3.6.1 Prélèvements judiciaires

Les prélèvements seront guidés par les déclarations de la victime et les éléments de l'examen médical. Ils sont à effectuer en cas d'agression récente et doivent être réalisés :

- Le plus tôt possible après l'agression.
- Sans toilette préalable.
- Avec un spéculum non lubrifié (femme déjà en activité sexuelle).
- Sur écouvillons de coton sec, type écouvillon pour bactériologie.
- Le séchage est indispensable 30 à 60 minutes à l'air libre après leur réalisation puis conservation à 4°C.

- Le nombre de prélèvements sera pair pour permettre les contre-expertises : 4 par site. Ce nombre sera précisé sur le dossier et sur le certificat médical. Tous les prélèvements seront étiquetés, numérotés dans l'ordre.

D'autres échantillons peuvent être prélevés :

- Preuve des blessures : le traumatisme physique et/ou génital témoigne de l'usage de la force et doit être documenté et illustré sur les pictogrammes.

- Vêtements : les vêtements déchirés ou tachés peuvent s'avérer utiles pour prouver l'usage de la force. Si les vêtements ne sont pas gardés comme preuve (par exemple, en l'absence de vêtements de rechange), décrire l'état de ces derniers.

- La présence de corps étrangers (terre, feuille, herbe) sur les vêtements, le corps ou dans les cheveux peut confirmer le récit de la victime. Conserver à sec dans un sac en plastique.

- La prise de photos, obtenues après accord de la victime (et/ou d'un parent si victime mineure) peut constituer des preuves en faveur de l'agression(51,61,62).

5.1.3.6.1.1 Biologie moléculaire

Les prélèvements visent à rechercher l'ADN d'un ou plusieurs agresseurs à partir des différents liquides biologiques (sang, sperme, salive). Ils sont réalisés en conditions stériles et immédiatement congelés pour être mis à disposition des autorités judiciaires. Plusieurs écouvillons par site sont nécessaires afin de multiplier les chances de positivité et compte tenu de la possibilité de contre-expertise. L'écouvillonnage peut être fait sur textiles ainsi que sur la surface tégumentaire du sujet en fonction des allégations du sujet mais également des premières constatations macroscopiques plus ou moins facilitées par l'utilisation de lumière de Wood (UV).

Si la prise en charge intervient dans les sept jours, maximum, suivant l'agression sexuelle :

- Des frottis vaginaux (FV) pourront être effectués à la recherche de sperme.
- Des spermatozoïdes peuvent être retrouvés jusqu'à 72 heures après un acte sexuel, avec un maximum de 7 à 10 jours selon certaines études.
- Au niveau anal, un délai de 24heures est admis en l'absence de défécation, avec un maximum de 65heures. Il est important de souligner chez la femme la possible contamination anale secondaire par écoulement passif au travers de la cloison recto-vaginale.
- Au niveau buccal, le plus long délai de conservation décrit est de 21 heures.

Moins de 1% des hommes seraient azoospermiques. Les méthodes sus-citées s'avèrent donc négatives.

Ces prélèvements sont régis par la loi n° 16-03 du 19 juin 2016 relative à l'utilisation de l'empreinte génétique dans les procédures judiciaires et l'identification des personnes (63) qui a pour objet de fixer les règles : à savoir le respect de la dignité, de la vie privée de la personne et de la protection de ses données personnelles, durant les différentes étapes de prélèvement biologique, d'analyse et d'utilisation de l'empreinte génétique (article 3), ordonnées par les procureurs de la République, les juges d'instruction et les juges de siège conformément aux dispositions du code de procédure pénale et de la présente loi (article 4). Dans les mêmes dispositions, les officiers de police judiciaire, agissant dans le cadre de leurs investigations peuvent, après autorisation préalable de l'autorité judiciaire compétente, demander des prélèvements biologiques et leur analyse génétique (article 4)(63).

REVUE DE LA LITTÉRATURE -----EXPERTISE ET PRISE EN CHARGE

Ces prélèvements peuvent être réalisés sur :

- Des personnes suspectées d'avoir commis des crimes ou des délits contre les personnes, les bonnes mœurs ou des atteintes à l'encontre des enfants.
- Des personnes condamnées définitivement pour ces faits.
- Des victimes d'infractions.
- Des personnes se trouvant sur les lieux de l'infraction, pour distinguer leurs traces de celles des suspects.
- Des personnes condamnées définitivement à une peine privative de liberté de plus de trois (3) ans pour avoir commis des crimes ou délits contre les personnes et les bonnes mœurs,

Le prélèvement biologique sur un enfant ne peut être effectué qu'en présence de l'un de ses parents, de son tuteur, de la personne à laquelle la garde a été confiée ou de la personne les représentant légalement. A défaut, en la présence du représentant du parquet général compétent. Lorsqu'il s'agit de détenus condamnés définitivement, le prélèvement s'effectue sur autorisation du parquet général dans le ressort duquel se trouve l'établissement pénitentiaire. Les échantillons biologiques peuvent être également prélevés sur le lieu de l'infraction (article 5)(63).

Les prélèvements biologiques sont effectués, conformément aux critères scientifiques conventionnels, par les officiers et agents de la police judiciaire compétents, les personnes habilitées à cet effet, sous l'autorité des officiers de la police judiciaire et les personnes requises par l'autorité judiciaire (article 6)(63).

Les analyses génétiques sur les prélèvements biologiques, sont effectuées par des laboratoires et des experts agréés.

L'analyse génétique ne peut être effectuée que sur les parties génétiques non codantes de l'ADN, à l'exclusion du segment correspondant au marqueur de sexe (article 7)(63).

Il est interdit d'utiliser, à des fins autres que celles prévues par la présente loi, les prélèvements biologiques ou les empreintes génétiques obtenues conformément aux dispositions de la présente loi (article 8)(63).

Est punie d'un emprisonnement d'un an à deux (2) ans et d'une amende de 30.000 DA à 100.000 DA, toute personne mentionnée à l'article 5 de la présente loi, qui refuse de se soumettre à des analyses biologiques destinées à permettre l'identification de son empreinte génétique (article 16) et d'un emprisonnement d'un an à trois (3) ans et d'une amende de

REVUE DE LA LITTÉRATURE -----EXPERTISE ET PRISE EN CHARGE

100.000 DA à 300.000 DA, quiconque utilise les échantillons biologiques ou les empreintes génétiques obtenues, conformément à la loi (article 17)(63).

Est puni d'un emprisonnement de six (6) mois à trois (3) ans et d'une amende de 60.000 DA à 300.000 DA, quiconque divulgue les données enregistrées dans la base nationale des empreintes génétiques (article 18)(63).

5.1.3.6.1.2 Autres techniques

A côté des prélèvements de biologie moléculaire, il existe différentes techniques permettant la mise en évidence de sperme :

- L'examen cytologique avec et sans coloration est la technique de référence, un étalement sur lame pour examen direct au microscope dans les 24 heures.

- La détection peut être sensibilisée par l'utilisation de techniques d'hybridation in situ ou biochimiques. Parmi ces dernières, le centre d'accueil en urgences de victimes d'agression (CAUVA) utilise une technique immunoenzymatique de recherche de la glycoprotéine prostatique P30. Elle doit être mise en œuvre, en particulier en cas de recherche cytologique négative : elle est toujours positive dans les 24 heures en cas d'éjaculation et peut rester positive jusqu'à 48 heures.

5.1.3.6.1.3 Toxicologie

Selon les déclarations, au moindre doute et si le clinicien constate une confusion, amnésie, ivresse, hallucination, hébétude, malaise au moment de l'examen (51), les prélèvements suivants seront réalisés : urine, sang et cheveux(56).

5.1.3.6.2 Prélèvements de santé publique

Pour prévenir les principales complications représentées par les infections et la survenue de grossesse.

5.1.3.6.2.1 Recherche d'agents infectieux

Au cours de la visite initiale, tout site de pénétration ou de tentative de pénétration doit être prélevé. La mise en culture des prélèvements locaux réalisés à l'aide d'écouvillon sec, sur un milieu standard, pourra objectiver une vaginose bactérienne ou une infection à Candida.

Les prélèvements locaux sont complétés par la réalisation systématique de sérologies pour la détection du VIH 1 et 2 (Ag P24 et ac anti-VIH1 et 2), de l'HTLV I/II (ac anti-HTLV I et II), du VHB (Ac anti HBs, Ag HBs, Ac anti HBc), du VHC (ac anti-VHC), de l'HSV (IgM et IgG anti-HSV 1 et 2) et de la syphilis (TPHA-VDRL).

Si l'agression date de plus de six mois aucune nouvelle sérologie ne sera nécessaire après la réalisation du bilan initial(56).

5.1.3.6.2 Dosage des Bêta-hCG

Le dosage des bêta-hCG doit être réalisé au moindre doute de grossesse chez la femme en âge de procréer et devra être contrôlé dans les semaines suivantes(56).

Les professionnels de santé sont tenus de déclarer la femme enceinte. (article 73 de la loi n° 18-11 du 02 juillet 2018 relative à la santé)(58).

5.1.3.7 Traitement des blessures

- Nettoyer les lacérations, plaies et écorchures.
- Eliminer les salissures, matières fécales, tissus nécrosés ou abimés.
- Vérifier si les plaies doivent être suturées. Suturez les plaies propres dans les 24 heures. Après ce délai, elles devront guérir par cicatrisation secondaire ou par une suture primaire retardée. Ne pas suturer les plaies très sales.
- En présence de plaies fortement contaminées, administrer des antibiotiques et des analgésiques(51).

5.1.3.8 Bilan préthérapeutique avant prophylaxie antirétrovirale

Le bilan pré-thérapeutique vise deux objectifs : la recherche de contre-indications et l'obtention d'un bilan biologique de référence afin d'apprécier la tolérance au traitement.

Il comporte :

- Un hémogramme, devant la survenue d'une possible anémie précoce sous zidovudine,
- Une évaluation de la fonction rénale (urée, créatinine et ionogramme sanguin) du fait de la néphrotoxicité du ténofovir,
- Un bilan hépatique comportant les transaminases, la bilirubine totale, et les GammaGlutamylTransférases (GGT), devant la toxicité hépatique avec la survenue possible d'une cytolysé hépatique sous névirapine ou efavirenz et d'ictère sous atazanavir (inhibiteur de protéase)(51,56).

5.1.3.9 Evaluation psychologique

Pour *Galaber et L. Daligand*, recevoir une victime de violence sexuelle en urgence consiste à renouer le lien de parole et à concourir à l'aider à sortir de son sentiment d'exclusion en renouant avec le langage.

Il ne s'agit pas pour autant de proposer aux victimes de raconter ce qu'elles ont vécu sous le mode d'un récit, dont le seul effet serait de les replonger immanquablement dans les affres du traumatisme. Les attitudes inquisitoriales (questionnements intrusifs sur les faits, demande de détails, invitation à raconter...) sont également à proscrire parce qu'elles présentent le risque d'amener la victime « à répéter plutôt qu'à se souvenir ».

Crocq nous dit que la victime a envie de parler mais pas de raconter puisque, tout simplement, elle ne sait pas ce qu'elle a à raconter. Ce qu'elle a à raconter est encore à ce stade du domaine de l'indicible, de l'impensable.

Il nous semble ainsi que l'offre psychologique peut précéder la demande d'aide, que la victime dans ces situations, est incapable de formuler.

Au plus près de l'événement traumatique, notre rôle consiste ainsi à offrir à la victime une présence, une écoute chaleureuse et réhumanisante, que nous posons comme le préalable à sa réinscription dans l'ordre du langage.

L. Daligand parle de réaccompagnement par le soignant vers le mouvement de réouverture au monde.

Force est de constater que très peu de victimes refusent l'aide et le soutien proposés par le psychologue, malgré la fatigue confinante parfois à l'épuisement et leur état de détresse morale.

Ces premières rencontres constituent toujours des moments émotionnellement éprouvants pour la victime et le clinicien, des moments humainement très forts qui vont la plupart du temps permettre, en égard à leur puissance transférentielle, la continuité de l'accompagnement thérapeutique. D'autres entretiens sont ainsi proposés selon un rythme et des durées très variables, n'excédant toutefois jamais quelques semaines, avant une orientation éventuelle vers un travail psychothérapeutique(64).

5.1.3.10 Prise en charge thérapeutique

5.1.3.10.1 Prévention des IST

La prise en charge et le traitement post-exposition au risque de VIH sont exclusivement hospitaliers. Les accidents d'expositions sexuelles exposent à un risque de transmission du VIH mais aussi des hépatites B et C, et à d'autres IST en particulier la syphilis, les infections à *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis*.

REVUE DE LA LITTÉRATURE -----EXPERTISE ET PRISE EN CHARGE

Le risque de transmission sexuel du VIH varie selon les pratiques sexuelles. Par ordre décroissant de risque, on décrit l'acte anal réceptif avec éjaculation, vaginal réceptif avec éjaculation, anal insertif, vaginal insertif, fellation réceptive et enfin la pratique de fellation. Entre une fellation réceptive en présence de sperme et un rapport anal réceptif, le risque est multiplié par 40. La circoncision diminue le risque de transmission alors que la présence de sang du sujet ou l'existence de lésions génitales ulcérées l'augmente.

Concernant l'hépatite C, le risque de transmission est faible chez l'hétérosexuel. Parmi la population HSH, il semble exister un sur-risque possiblement en lien avec une poly consommation de produits psychoactifs, des partenaires multiples et des rapports non protégés.

Le risque de transmission de l'hépatite B est très important, estimé entre 30 et 40%(51,56).

5.1.3.10.1.1 Risque viral

5.1.3.10.1.1.1 VIH

La conduite à tenir en cas d'exposition sexuelle à risque est bien codifiée.

Si la victime est vue dans les 48 heures ou idéalement, dans les 4 heures après l'exposition sexuelle à risque, le médecin doit discuter et proposer, le cas échéant, une prophylaxie post-exposition (PPE) avec avis du médecin référent VIH dans les 24 heures (Tableau 6).

Tableau 6 :Recommandations concernant la prévention V.I.H.

	Viol, A.T.P. (sauf si agression > 72 heures ou si auteur V.I.H. négatif)
Anal réceptif	Recommander
Anal insertif	Non Applicable
Vaginal réceptif	A considérer (CV V.I.H. élevée, traumatisme)
Vaginal insertif	Non Applicable
Oral réceptif avec éjaculation	Non recommandé sauf si (CV V.I.H. élevée, traumatisme)
Oral réceptif sans éjaculation	Non recommandé sauf si (CV V.I.H. élevée, traumatisme)
Oral insertif	Décourager
Oral – Vaginal	Non Applicable

L'indication de la mise en place d'une PPE repose sur :

- La connaissance ou non du statut sérologique et des facteurs de risques de la personne source.

- La nature de l'exposition.

REVUE DE LA LITTÉRATURE -----EXPERTISE ET PRISE EN CHARGE

La prophylaxie est recommandée quelque soit la nature du rapport (anal, vaginal, buccal) si le patient source est infecté par le VIH.

Si ce dernier est de statut sérologique inconnu, la prophylaxie est recommandée en cas de situation ou de personne source reconnue à risque telle qu'une agression sexuelle.

Il s'agit également des usagers de drogue par voie intraveineuse, des victimes présentant des antécédents d'IST ulcérate, ayant eu des relations homosexuelles, des personnes d'origine africaine ou subsaharienne, des hétérosexuels ayant des rapports protégés avec des partenaires occasionnels de statut sérologique inconnu.

Les modalités de suivi sont présentées dans le tableau suivant (51,56) :

Tableau 7 : Bilan en cas d'exposition sexuelle à risque. D'après le rapport Morlat (2013) (56)

	Exposition sexuelle traitée	Exposition sexuelle non traitée
J0	-FNS, ALAT, créatinine, test de grossesse -Sérologie VIH -Sérologie syphilis -Sérologie VHC -Anticorps anti-HBs, anti-HBc et Ag HBs si non vacciné ou non répondeur	-Sérologie VIH -Sérologie syphilis -Sérologie VHC -Anticorps anti-HBs, anti-HBc et Ag HBs si non vacciné ou non répondeur -ALAT
J15	ALAT, créatinine, NFS si zidovudine	
J30	-FNS, créatinine-ALAT et PCR VHC** si PCR+ chez le patient source	
S6		-Sérologie VIH -Sérologie syphilis -ALAT et PCR VHC** si PCR+ chez le patient source
M2	-Sérologie VIH -Sérologie syphilis	
M3		-ALAT + sérologie VHC** si PCR VHC + chez le patient source -Anticorps anti-HBs*, anti-HBc et Ag HBs si non vacciné ou non répondeur
M4	-Sérologie VIH -ALAT + sérologie VHC** si PCR VHC + chez le patient source -Anticorps anti-HBs*, anti-HBc et Ag HBs si non vacciné ou non répondeur	

5.1.3.10.1.1.2 Hépatites B et C

Le risque de transmission de l'hépatite B étant plus élevé que pour le VIH, les moyens prophylactiques peuvent être proposés plus largement. Une vaccination contre l'hépatite B et/ou une injection d'immunoglobulines spécifiques sont recommandées en l'absence de vaccination ou de réponse vaccinale insuffisante.

La vaccination anti-VHB doit être débutée dans les 72 heures voire dans les sept jours suivant l'exposition à risque. Elle comporte une première injection intramusculaire de vaccin complétée par une injection à un mois et une à six mois.

Les immunoglobulines spécifiques doivent également être administrées dans les 72 heures en une injection intramusculaire. La possibilité d'une réaction d'hypersensibilité nécessite une surveillance clinique après l'injection.

L'association de ces deux traitements a une efficacité préventive supérieure à celle du vaccin seul.

Aucune étude n'ayant évalué le bénéfice d'un traitement prophylactique sur le risque de transmission du VHC, aucun traitement n'est recommandé en cas d'exposition potentielle.

5.1.3.10.1.2 Risque infectieux non-viral

Selon le rapport *Morlat (2013)*, l'efficacité et l'innocuité d'une antibiothérapie prophylactique, n'ont pas été suffisamment établies et l'antibioprophylaxie n'est pas recommandée.

Pour certains auteurs, médecins légistes, non-infectiologues, une antibiothérapie présomptive par doxycycline 100mg (2 comprimés par jour pendant 7 jours) ou azythromycine 250 mg, 4 comprimés en 1 prise devrait être proposée. La doxycycline a l'avantage d'une efficacité constante sur *Chlamydia trachomatis* et d'un faible coût. En revanche, la durée de traitement peut être un frein à l'observance. L'azithromycine a l'avantage d'un faible coût et d'une bonne observance. Par contre, ces deux antibiotiques ont une faible efficacité sur le gonocoque.

5.1.3.10.2 Traitement contraceptif

Chez toute femme en âge de procréer, un traitement contraceptif (« pilule du lendemain ») sera prescrit au moindre doute sur un risque de grossesse (Tableau 8). Il existe plusieurs options selon le délai de consultation post-agression :

- Le lévonorgestrel (Norlévo) : il s'agit d'un progestatif agissant en inhibant ou en retardant l'ovulation. Il peut être pris dans les 72 heures après le rapport à risque et préférentiellement dans les 12heures. Une dose unique de 1.5 mg est suffisante.

- L'ulipristal acétate (Ellaone) : le mode d'action est identique. En revanche, il peut s'utiliser dans les 120 heures (soit 5 jours) suivant le rapport à risque.

Tableau 8 : Protocole pour la contraception d'urgence

Régime	Composition de la pilule ^a (par dose)	Dénominations commerciales communes	Première dose (nombre de comprimés)	Deuxième dose 12 heures après (nombre de comprimés)
Lévonorgestrel Seul	750µg	Levonelle, NorLevo, Plan B, Postinor-2, Vikela	2	0
	30µg	Microlul, Microval, Norgeston	50	0
	37,5µg	Ovrette	40	0
Combiné	EE 50 µg + LNG 250µg ou EE 50 µg + NG 500µg	Eugynon 50, Fertilan, Neogynon, Noral, Nordiol, Ovidon, Ovral, Ovran, Tetragynon /PC-4, Preven, E-Gen-C, Neo-Primovlar 4	2	2
	EE 30 µg + LNG 150µg ou EE 30 µg + NG 300µg	Lo/Femenal, Microgynon , Nordete, Ovral L, Rigevidon	4	4

*aEE= éthinyloestradiol ; LNG=lévonorgestrel ; NG=norgestrel.
 (Adapté de : Consortium for Emergency Contraception, Emergency contraceptive pills, medical and service delivery guidelines, deuxième édition. Washington, DC, 2004).*

- L'éthinylestradiol / lévonorgestrel (Tétragynon) est un oestro-progestatif utilisable dans les 72 heures suivant le rapport. Deux comprimés sont à prendre le plus précocement possible, puis deux comprimés à douze heures d'intervalle. Il est contre-indiqué en cas d'antécédent thromboembolique.

La seule contre-indication absolue à ces deux premiers contraceptifs est l'existence d'une hypersensibilité au constituant.

Le dispositif intra-utérin peut être une alternative efficace dans les 5 jours suivant le rapport. Cependant, dans la population qui nous intéresse, on envisage mal son utilisation du fait de la pose souvent douloureuse.

Un traitement contraceptif paraît indispensable en cas de contexte de risque d'infection par le VIH afin de prévenir toute transmission materno-fœtale. De plus, en cas de prescription d'une prophylaxie anti-VIH, il existe une toxicité potentielle des molécules utilisées sur la fécondation. Les anti-rétroviraux présentent également, nous l'avons vu des interactions avec les contraceptifs. La contraception mécanique reste la plus sûre.

5.1.3.11 Remplissage des outils de gestion

- Remplir la fiche individuelle de prise en charge.
- Noter dans le registre de consultation.
- Rédiger le cas échéant une lettre de référence vers un centre plus équipé.

5.1.3.12 Certificat médical / Rapport d'expertise médico-légale

L'examen doit toujours s'achever par la rédaction d'un certificat de constatations médicales initiales. La rédaction de ce certificat réclame une grande rigueur car il est susceptible d'être produit en justice. Le certificat doit être purement descriptif(65).

Le professionnel de santé est tenu, outre ses obligations statutaires et réglementaires de veiller au respect des bonnes pratiques de prescriptions (article 177 de loi n° 18-11 du 02 juillet 2018 relative à la santé)(58).

Ce certificat doit comporter :

- Les identités de la victime, du médecin examinateur,
 - La date et l'heure de l'examen et des violences subies,
 - Les allégations de la victime,
 - Le caractère unique ou répété des violences subies,
 - Les prélèvements effectués et la nature des prélèvements conservatoires (sang, urines, écouvillons).
- Préciser chez la victime de sexe féminin, si l'hymen est intact ou porteur de déchirures anciennes ou récentes, si l'hymen est « complaisant » (diamètre compatible avec un rapport sexuel sans déchirures) et si l'examen est (in)compatible avec les allégations.
- Fixer une durée d'ITT (incapacité totale de travail au sens pénal) indépendante de l'agression sexuelle en cas de lésions somatiques associées.
- Décrire le retentissement psychologique et préciser si une réévaluation à distance est nécessaire (16).

Le médecin n'écrit jamais si une relation sexuelle était ou non librement consentie et ne constate pas des violences, mais des lésions pouvant être traumatiques. Ceci ne veut pas dire que le certificat ne doit pas comporter le mot viol. Si une personne se présente comme ayant subi un viol, le médecin n'a aucune légitimité à édulcorer les paroles prononcées en faisant état d'une « agression sexuelle » lorsqu'il reprend les dires de la victime, dans la première partie du certificat.

REVUE DE LA LITTÉRATURE -----EXPERTISE ET PRISE EN CHARGE

Le certificat doit permettre de distinguer ce que rapporte la victime, ce dont elle se plaint, les constatations médicales, leur interprétation et la conclusion/synthèse. La rédaction du certificat doit être soigneuse, précise et circonstanciée.

Dans un contexte d'affaire criminelle comme un viol, le rédacteur du certificat peut être conduit à commenter son certificat et à déposer, parfois deux ou trois ans plus tard, devant une cour d'assises. Cet aspect est particulièrement important pour le médecin urgentiste, parfois moins familier avec la rédaction que le médecin légiste : le principal élément qui restera de son examen est son compte-rendu, lu par de nombreux intervenants (policiers, magistrats, avocats, la victime et ses proches, médecins experts), pour la plupart non médecins (52).

Dans le cadre d'un examen sur réquisition, le certificat médical est directement remis à l'autorité requérante. Hors réquisition, le certificat est remis à la victime majeure et aux parents ou au tuteur légal de la victime mineure. Cette mention doit être clairement indiquée selon la formule : « Certificat établi à la demande de la mère (du père) de l'intéressé et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit »(65).

Il est du rôle du médecin de fournir à la victime toutes les informations lui permettant de déposer plainte. La décision de porter plainte est difficile. Il est utile que le médecin ait à l'esprit que pour la victime, le dépôt de plainte peut permettre d'aboutir à l'identification de l'agresseur, ce qui n'a souvent aucun intérêt tant sont fréquentes les situations où l'agresseur est connu, mais aussi d'utiliser toutes les ressources légales pour signifier un refus de la violence subie.

Dans une situation de soumission chimique (administration de substances psychoactives, à l'insu de la victime, à des fins criminelles ou délictuelles) ou de possibles agressions en série, le dépôt de plainte présente l'intérêt collectif de limiter les risques de récurrence avec d'autres victimes. Dans tous les cas (examen sur réquisition ou non), le médecin doit conserver un double du certificat rédigé(49).

Le certificat médical est un document officiel qui est régi par des lois. Rédiger un document médical, quel qu'il soit, engage la responsabilité du signataire tant sur le plan juridique que déontologique. Il s'agit d'un acte qui pourrait de ce fait avoir une portée grave.

La loi n° 24-02 du 26 février 2024 relative à la lutte contre le faux et l'usage de faux prévoit des dispositions légales répressives particulièrement sévères à l'encontre des médecins et certains professionnels de la santé dans les cas où de faux certificats dits de complaisance ont

pu être établis par ces professionnels ; soit un emprisonnement de trois (3) à cinq (5) ans et une amende de 300 000 à 500 000 DA (article 26)(66).

Auparavant, la peine était de 1 à 3 ans de prison (article 226 du code pénal).

5.1.3.12.1 Détermination de l'Incapacité Temporaire de Travail (ITT)

La victime d'agression sexuelle subit un dommage physique et psychique qui ouvre à une possible indemnisation des préjudices qui en résultent. Le médecin doit déterminer l'incapacité totale de travail uniquement à partir des lésions constatées et de la nature des soins. L'ITT recouvre le retentissement physique de l'acte sur la victime, mais également le retentissement psychique ou intellectuel que cette dernière peut subir. Il s'agit de l'impossibilité pour la victime d'effectuer les actes de sa vie personnelle habituelle ou un travail corporel quelconque, par opposition à l'arrêt de travail qui concerne son incapacité d'exercer sa profession et dont la durée ne doit pas être confondue. Toute victime peut donc bénéficier d'une ITT, quels que soient son sexe, son âge, son type d'activité.

L'ITT, notion pénale, n'est pas synonyme d'arrêt de travail.

Les taux d'incapacité et les autres préjudices sont déterminés par un médecin spécialiste en médecine légale, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur (article 199 de la loi n° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé)(58).

Dans le cas des agressions sexuelles, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui oriente vers telle ou telle juridiction, mais d'autres paramètres (pénétration sexuelle, âge et vulnérabilité de la victime, qualité de l'auteur...). La détermination de l'ITT est alors 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(51).

L'opportunité de déterminer une durée d'incapacité totale de travail (ITT) au sens du code pénal dans une situation a priori criminelle ne fait pas actuellement l'objet d'un consensus : il est extrêmement réducteur et peu satisfaisant de limiter l'évaluation de l'ITT à la durée du retentissement fonctionnel des lésions traumatiques physiques constatées (14). Contrairement à une fracture de la jambe, il est également difficile de prédire précocement une ITT de plusieurs semaines, en lien avec la gêne fonctionnelle liée aux troubles psychiques. L'ancienneté des faits rapportés et l'absence de constatation lésionnelle clinique sont des facteurs conduisant le médecin à ne pas être en mesure de déterminer une durée d'ITT. Une deuxième consultation, un mois après la première, peut être l'occasion de réévaluer la durée d'ITT(49).

5.1.3.12.2 Détermination de l'Incapacité Permanente Partielle (IPP)

L'IPP est aussi appelée Déficit Fonctionnel Séquellaire. Il s'agit d'un pourcentage qui permet d'évaluer les séquelles qui subsisteront définitivement et qui amputent d'autant la capacité physique de la personne par rapport à son état avant l'accident. Dans tous les cas, le taux d'invalidité ne pourra être évalué qu'à partir de la date de consolidation, c'est-à-dire la période à partir de laquelle la personne ne reçoit plus de soins.

Il s'agit de réparer l'atteinte à l'intégrité physiologique de la personne, en dehors de tout retentissement sur l'activité professionnelle qui sera indemnisé lors de l'évaluation du préjudice professionnel. Les tribunaux attribuent une valeur au point. Le calcul de la valeur de ce point d'IPP ou point de déficit séquellaire est fixé selon une courbe qui met en relation :

- Le taux de l'IPP.
- L'âge de la personne. La « fonction sexuelle » ne peut faire l'objet de l'évaluation d'un préjudice particulier. Ses critères d'appréciation sont l'imprégnation endocrinienne, la réalisation de l'acte sexuel et la fécondité.
- Impossibilité mécanique des rapports sexuels, maximum : 30 %,
- La stérilité (en période d'activité génitale) : 30 % (51).

5.1.3.13 Prise en charge psychothérapeutique

Un suivi psychologique doit toujours être prévu pour évaluer la manière dont la victime parvient à surmonter la situation abusive qu'elle a vécue. Différentes techniques psychothérapeutiques peuvent être proposées en fonction du sujet, de ses capacités d'élaboration et de son histoire(65).

5.1.3.14 Démarche juridique

5.1.3.14.1 Signalement juridique

5.1.3.14.1.1 Signalement : Dénonciation

Le signalement des violences n'est pas encore légalisé mais le code pénal poursuit toute personne pour non-assistance à personne en danger (article 183 du code pénal algérien). La victime elle-même peut se rendre chez le juge des mineurs mais encore faut-il qu'elle le sache. Etant sous pression, elle se considérera plutôt comme celle qui aurait suscité un tel acte.

L'enquête de prévalence révèle que les victimes se confient aux voisins, aux cousines et qu'une seule sur dix en a parlé à sa mère. Une mère, à défaut de déposer plainte peut aider à cacher les conséquences d'une violence sexuelle, une grossesse... La mère est tétanisée. Comment va-t-elle gérer une telle situation ? Comment va-t-elle préserver la cellule familiale ?

Souvent elle privilégie le silence. Lorsqu'elle est défaillante, quand elle n'écoute pas, qu'elle ferme les yeux, ils restent les voisins, le corps médical et les enseignants. Les voisins ou toute personne ayant connaissance des faits peuvent dénoncer ces situations.

Selon l'étude de *Nadia Aït-Zai (2015), enseignante à la faculté de droit d'Alger*, les statistiques des services de sécurité (Dépôts de plaintes auprès de la DGSN cumulés de 2010 à 2014) montrent que les cas d'inceste sont souvent découverts fortuitement, soit après une grossesse, soit après un infanticide.

Fortuitement, c'est vrai lorsque l'adolescente abandonne l'enfant dans la rue, elle tue l'enfant. Cela démontre que c'est encore tabou et que la mère, qui est au courant de cet acte, se voile la face pour différentes raisons. Parler, c'est jeter l'opprobre sur toute la famille. C'est la honte. Elle ne dit rien, car le père est celui qui subvient aux besoins de la famille, il est violent et menace s'il est dénoncé. Parfois, les enfants ne sont pas crus par la mère qui les accuse d'être des menteurs. C'est dans ces cas que le signalement a toute son importance pour toute personne qui soupçonne de tels actes(15).

5.1.3.14.1.2 Dénonciation faite par les personnes physiques et morales

La loi, sur la protection de l'enfant, adoptée au cours du mois de juin 2015 (67) a prévu en son article 32 que la dénonciation relative aux atteintes des droits de l'enfant pouvait être effectuée par l'enfant lui-même, dénonciation verbale auprès du juge des mineurs ou auprès du délégué national à la protection de l'enfance ou par le représentant légal de l'enfant, ou toute personne physique ou morale (article 15). Le délégué national transmettra les dénonciations au service du milieu ouvert compétent pour enquête et prise de mesures adéquates ou au ministre de la justice si la dénonciation revêt une qualification pénale. Le ministre saisira alors le procureur général compétent pour la mise en mouvement de l'action publique.

Les personnes physiques et morales qui ont fourni des renseignements dénonçant des atteintes aux droits de l'enfant au délégué national et qui ont agi de bonne foi sont dégagées de toute responsabilité administrative, civile ou pénale même si les enquêtes n'ont abouti à aucun résultat (article 18 al. 2)(15,67).

5.1.3.14.1.3 Dénonciation faite par les médecins

L'article 198 de loi relative à la santé 2018, instaure le « signalement » aux forces de l'ordre des « Sévices constatés par les professionnels de la santé des cas de « maltraitance » envers les femmes et les personnes vulnérables en général(58).

REVUE DE LA LITTÉRATURE -----EXPERTISE ET PRISE EN CHARGE

Grâce à cette disposition, le parquet peut engager des poursuites contre les auteurs de ces violences même si les victimes n'osent pas porter plainte.

Le signalement par le médecin, n'est ni une dénonciation, ni une délation, ni une trahison. C'est une obligation morale, juridique et déontologique qui peut concerner trois cas de figure :

- Le doute : en l'absence de preuve formelle, le médecin doit alerter les autorités administratives médicales des affaires sanitaires et sociales du département ;

- La suspicion : l'existence de présomptions « graves, précises et concordantes », suffisamment significatives de maltraitance justifiant d'alerter les autorités judiciaires (le Procureur de la République) :

- La certitude de maltraitance évidente en présence de signes avérés : le médecin doit alerter le Procureur de la République de jour comme de nuit et, dans ce cas, l'hospitalisation d'urgence s'impose.

5.1.3.14.2 Secret professionnel et dérogation légale

Le signalement des violences faites aux personnes vulnérables est une des dérogations au secret professionnel, il doit en principe être fait avec l'accord de la victime ; le nom de l'auteur de la maltraitance, présumé, suspecté ou donné par la victime ne doit jamais être mentionné.

Les dires de la victime ne peuvent être mentionnés que sous réserve et entre guillemets, de sorte qu'ils ne puissent être attribués au médecin rédacteur du certificat. La connaissance de conflits familiaux doit rendre le médecin encore plus prudent et circonspect.

La participation des associations qui luttent contre les violences doit être requise le plus souvent possible.

Aucune sanction disciplinaire ne peut être prononcée du fait du signalement par le médecin aux autorités compétentes dans les conditions prévues par la loi.

Si le sujet majeur en pleine possession de ses facultés physiques et psychiques ne souhaite pas judiciariser les faits rapportés, le professionnel ne pourra pas aller à l'encontre de cette volonté et devra respecter ce choix. Après l'avoir informé sur l'importance du dépôt de plainte, le professionnel pourra éventuellement porter à la connaissance de la Justice les faits dénoncés uniquement avec l'accord du sujet sous peine de poursuites pénales, disciplinaires et civiles pour violation du secret professionnel.

En cas de constatations de signes de violence sur des mineurs ou des personnes vulnérables, le médecin se doit d'agir dans l'intérêt de la victime en adressant un signalement

REVUE DE LA LITTÉRATURE -----EXPERTISE ET PRISE EN CHARGE

au procureur de la République. Il s'agit d'une obligation déontologique et d'une dérogation légale au secret professionnel. Depuis la Loi du 05 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé, le médecin est protégé d'éventuelles poursuites civiles, pénales et disciplinaires suite à un signalement sauf s'il est prouvé que ce signalement a été établi de mauvaise foi (55).

Toute personne a droit au respect de sa vie privée ainsi qu'au secret des informations médicales la concernant, exception faite des cas prévus expressément par la loi. Le secret médical couvre l'ensemble des informations parvenues à la connaissance des professionnels de santé et peut être levé par la juridiction compétente.

Il peut être également levé pour les mineurs et les incapables à la demande du conjoint, du père, de la mère ou du représentant légal (article 24 de la loi n° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé)(58).

Le médecin a l'obligation d'informer des violences subies par les femmes, les enfants, les adolescents mineurs et les personnes âgées, les incapables et les personnes privées de liberté (article 198 de la loi relative à la santé)(58).

En cas de violence sur une personne, tout médecin est tenu de constater les lésions et blessures et d'établir un certificat descriptif. Les taux d'incapacité et les autres préjudices sont déterminés par un médecin spécialiste en médecine légale, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Toute blessure suspecte, doit faire l'objet d'une déclaration obligatoire selon les modalités fixées par la législation et la réglementation en vigueur (article 199 de la loi relative à la santé)(58).

Tout professionnel de santé qui contrevient aux dispositions des articles 198 et 199 de la présente loi, relatives respectivement à l'information des services concernés et à l'établissement du certificat descriptif des cas de violence, est puni d'une amende de 20.000 DA à 40.000 DA (article 420 de la loi relative à la santé)(58).

5.1.3.14.3 Dépôt de plainte

Après avoir vécu une agression, on peut faire le choix de porter plainte. C'est un droit, pas une obligation. C'est à chacun(e) de décider si il (elle) veut faire intervenir la justice ou non.

Le dépôt de plainte permet à une personne d'informer la justice qu'une infraction a été commise et dont elle se dit victime. La poursuite de la plainte peut entraîner la sanction pénale

REVUE DE LA LITTÉRATURE -----EXPERTISE ET PRISE EN CHARGE

de l'auteur. La victime peut se constituer partie civile si elle souhaite obtenir réparation de son préjudice (dommages et intérêts).

Si la victime ne connaît pas l'auteur, elle peut porter plainte contre X.

Une fois l'enquête clôturée et après communication des pièces au procureur de la république, le juge convoque la victime (et son représentant légal si nécessaire) et l'avocat le cas échéant, par lettre recommandée avec accusé de réception huit jours au moins avant l'examen de l'affaire(15).

Toutefois, en cas d'urgence, le wali peut procéder au placement d'enfants en danger dans les centres spécialisés et les centres polyvalents de sauvegarde de la jeunesse pour une durée n'excédant pas les huit jours. Le directeur de l'établissement devra alors saisir le juge des mineurs car il est seule habilité à ordonner le placement des enfants dans ces centres.

Lorsque le service de postcure trouve une solution à la réinsertion sociale, l'affectation est décidée par le juge des mineurs sur proposition du directeur de l'établissement concerné. (15).

5.1.3.15 Accompagnement socio-judiciaire des victimes

La prise en charge des victimes d'agressions sexuelles ne se limite pas aux soins médicaux ou psychothérapies et à la mise en place de mesures de protection. Une prise en charge socio-judiciaire est le plus souvent indispensable pour permettre le plein exercice des droits de la victime. Les services sociaux, les associations et les services d'aide aux victimes jouent un rôle fondamental dans l'accompagnement des victimes(65).

5.2 Victime décédée

5.2.1 Circonstances de découverte

Afin d'améliorer la détection des homicides sexuels, les agents du Fédéral Bureau of Investigation ont proposé une définition opérationnelle de ce type de crime. Celle-ci est composée de six critères et l'identification de l'un de ces critères est suffisante afin d'établir la composante sexuelle de l'homicide :

- La victime est retrouvée nue ou partiellement nue.
- Les parties génitales de la victime sont exposées.
- Le corps de la victime est positionné d'une manière sexuellement explicite.
- Un objet est inséré dans l'une des cavités corporelles de la victime.
- Il existe une preuve indiquant qu'une relation sexuelle a eu lieu (orale, anale, vaginale).

REVUE DE LA LITTÉRATURE -----EXPERTISE ET PRISE EN CHARGE

- Il existe une preuve d'activité sexuelle de substitution (ex. : masturbation et éjaculation sur la scène de crime, fétichisme) ou de fantasmes sexuelles sadiques (ex. : mutilation des parties génitales).

Cette définition de l'homicide sexuel est celle qui obtient le meilleur consensus au sein de la communauté scientifique ainsi qu'auprès des intervenants de l'enquête criminelle en raison de son principal avantage : la détection de la composante sexuelle de l'homicide repose exclusivement sur des constatations judiciaires et, par conséquent, ne dépend pas de l'identification d'un suspect ou du degré de fiabilité de ses déclarations en contexte d'entrevue d'enquête. Toutefois, celle-ci peut mener à l'identification de faux positifs, donc à identifier comme étant sexuels des homicides qui ne le sont pas. En effet, par exemple, le premier critère de la définition proposée par le FBI « la victime est retrouvée nue ou partiellement nue » peut être constaté par les enquêteurs sans pour autant que l'auteur du crime ait posé de comportements sexuels. Imaginons, par exemple, le cas d'un cambrioleur qui lors de son entrée par effraction est surpris par la victime qui, elle, sort de la salle de bain. La situation dégénère, le cambrioleur frappe la victime et s'enfuit, la laissant dans un état critique. La victime décède et le cambrioleur devient meurtrier. Dans ce cas de figure, il est possible que les enquêteurs attestent de la présence du premier critère de la définition du FBI sur la scène de crime. Afin de diminuer le nombre de faux positifs, plusieurs chercheurs ont alors souligné la nécessité de procéder à une analyse complémentaire du contexte du crime(35).

5.2.2 Scène de crime et levée de corps

L'inspection des lieux du crime est particulièrement importante, notamment pour comprendre l'origine des blessures constatées(68).

5.2.3 Examen externe

Toutes les blessures doivent être photographiées avec une échelle de référence. Si nécessaire, le revêtement cutané du cadavre doit être étudié sous lumière ultraviolette puis faire l'objet de tamponnements.

Il faut s'attacher tout particulièrement à rechercher du matériel biologique étranger, tel que poils pubiens, cheveux et sécrétions présentes sur la surface du corps, provenant par exemple de morsures.

Ces matériaux doivent être préservés soigneusement aux fins de recherche d'ADN et protégés de toute contamination.

REVUE DE LA LITTÉRATURE -----EXPERTISE ET PRISE EN CHARGE

Il est également nécessaire de procéder à un curage soigneux des ongles, l'ensemble de ces prélèvements étant conservé(68).

5.2.4 Autopsie

Il est fortement recommandé de procéder au prélèvement « en bloc » des organes génitaux avant la dissection(68).

5.3 Auteur

5.3.1 Examen de l'agresseur

5.3.1.1 Intérêt médical

Il doit être abordé ici, car il a un intérêt médical pour la victime pour qui il est important de savoir si son violeur est porteur d'une IST, le traitement préventif qui lui sera proposé en cas de doute ayant de nombreux effets adverses.

Lorsqu'une plainte est déposée, le suspect sera immédiatement entendu par les forces de l'ordre et examiné par un médecin à l'occasion de la garde à vue ; souvent il s'agira du même praticien qui a examiné la victime, il pourra donc aisément faire en sorte qu'elle soit informée.

Dans les autres cas, il appartiendra au médecin qui a pris en charge la victime de tenter de savoir auprès des forces de l'ordre si un suspect existe et s'il est accessible(69).

5.3.1.2 Intérêt médico-légal

Cet examen a aussi un intérêt médico-légal :

- Recherche de traces de violences infligées par la victime en tentant de se défendre (griffures) ou en rapport avec les coups donnés par l'agresseur (hématomes des phalanges liés à des coups de poing)(69).

- Examen de la région génitale, à la recherche de signes de rapports sexuels récents (traumatiques, traces biologiques de sang, sperme, fécès), mais aussi pour dépister des particularités anatomiques ou vérifier certaines anomalies alléguées par le suspect pour justifier qu'il est incapable d'un coït avec éjaculation(69).

- Si le suspect l'accepte, des écouvillonnages pour recherche de l'ADN de la victime et d'autres traces lui appartenant (lubrifiants, fibres...) seront effectués. Soulignons l'intérêt du sillon balano-préputial où des résultats positifs ont été rapportés jusqu'à 15 à 20 h des faits (même après toilette)(69).

- Aux mêmes conditions seront prélevés, sur deux tubes EDTA, du sang de l'agresseur pour réaliser ses empreintes génétiques; à défaut cheveux ou écouvillons buccaux suffiront.

REVUE DE LA LITTÉRATURE -----EXPERTISE ET PRISE EN CHARGE

- Pour éviter les contaminations réciproques entre l'ADN de la victime et celle de l'agresseur, le médecin qui serait appelé à les examiner tous les deux devra évidemment prendre les précautions nécessaires (port de gants, masque, charlotte...)(69).
- Prélever également le slip (recherche de cellules vaginales possible)(68).
- Les prélèvements des ongles sont également recommandés(68).
- Prélèvements habituels en matière de toxicologie (sang, urine, cheveux)(68).

5.3.2 Prise en charge thérapeutique

5.3.2.1 Traitement

En dehors des soins qui relèvent des urgences, des aspects particuliers doivent être signalés.

5.3.2.2 Prévention des maladies vénériennes virales

5.3.2.2.1 Pour le VIH

Quand l'agression sexuelle date de moins de 15 jours, les indications dépendent du risque,

apprécié en fonction du type d'agression et d'agresseur :

- Si l'agresseur est VIH négatif, sans facteur de risque connu : quel que soit le type de rapport,

le risque global est estimé à 0 et il n'y a pas de traitement prévu ;

- Si l'agresseur est VIH positif ou inconnu, et qu'il s'agit d'un rapport oro-génital exclusif, sans lésion muqueuse, le risque global est estimé à très faible (catégorie 2) et, en général, l'abstention est de règle... à condition qu'il n'y ait pas eu d'éjaculation, sinon l'on passe en catégorie 3...

- Si l'agresseur est VIH positif ou inconnu, qu'il y a eu pénétration vaginale (catégorie 3), le traitement est recommandé, une bithérapie (Combivir) est proposée. S'il existe des facteurs d'aggravation du risque (facteurs de risque de l'agresseur, période de règles, rapport anal, rapport avec violences, saignements, agresseurs multiples), une trithérapie est proposée (Combivir+ Viraceps), de 28 jours, avec surveillance clinique et biologique et proposition d'une contraception alternative, la contraception orale diminuant l'efficacité des antiviraux.

5.3.2.2.2 Pour l'hépatite

Si l'agression date de moins de 8 jours et en l'absence de vaccination ou sans preuve de celle-ci, on débute une vaccination contre l'hépatite B poursuivie ou non en fonction des résultats sérologiques de la victime.

Une injection de gammaglobulines spécifiques VHB pourra être discutée parfois.

En pratique, elle n'est peu voire pas appliquée dans le cadre d'une exposition sexuelle. Rien n'est prévu pour l'hépatite C.

5.3.2.3 Prise en charge spécifique

En France, le nombre de condamnations pour agressions sexuelles est estimé à environ 10 000 par an(70). Le système judiciaire peut ordonner une injonction de soins uniquement des personnes pénalement responsables. La nature des soins est définie par le médecin en charge de l'auteur d'agression sexuelle.

La prise en charge thérapeutique peut débuter lors d'une incarcération uniquement avec le consentement du détenu. Elle a pour objectif d'éviter la récidive. Pour y parvenir, elle doit améliorer le fonctionnement psycho-social du patient et diminuer voire supprimer les pulsions sexuelles(71).

La prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles nécessite un réseau de soins compétent et pluridisciplinaire s'inscrivant dans un contexte juridico-judiciaire strict. Le juge d'application des peines peut prendre en compte le suivi de la thérapie pour l'octroi d'une réduction de peine. Cette démarche constitue l'incitation aux soins(72).

En Algérie, l'injonction thérapeutique des auteurs de violences sexuelles n'est pas envisagée à ce jour par les pouvoirs publics.

6 CADRE JURIDIQUE

6.1 Accords et conventions internationales : instruments pertinents

À ce jour, il n'existe aucun traité universel et contraignant qui se concentre explicitement sur l'interdiction, la prévention et l'établissement de la responsabilité en matière de violences sexuelles et basées sur le genre. Il existe cependant des dispositions dans de nombreux instruments internationaux, régionaux et nationaux qui couvrent divers aspects de la prévention et de la recherche de responsabilité en matière de violence sexuelle et qui traitent de toute une série de questions, allant des processus judiciaires aux droits des victimes(16).

L'Algérie a ratifié plusieurs conventions internationales relatives aux droits humains, notamment celles relatives aux droits des femmes (CEDAW) et aux droits des enfants (CdE), mais également régionales comme la Charte Africaine des droits et du bien-être de l'enfant (CADBE)(73).

6.1.1 Instruments internationaux contraignants

– Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989, [Les articles 19 et 34 protègent explicitement les enfants contre les violences sexuelles et basées sur le genre], entrée en vigueur le 02 septembre 1990 et **ratifiée par l'Algérie avec déclarations interprétatives, par décret présidentiel n° 92-461 du 19 décembre 1992 (J.O. n° 91 du 23 décembre 1992 : Réserves sur les articles 13, 14, 16 et 17) (74);**

– Statut de Rome de la Cour pénale internationale (1998) [poursuite des crimes sexuels et basés sur le genre en tant que génocide (article 6), crimes contre l'humanité (article 7) et crimes de guerre (article 8), y compris le viol, l'esclavage sexuel, la prostitution forcée, la grossesse forcée, la stérilisation forcée, les autres formes de violences sexuelles et la traite des femmes et des enfants]

Le Statut de Rome est le traité fondateur de la Cour pénale internationale (CPI). Il a été adopté le 17 juillet 1998 par les États parties qui souhaitaient « mettre un terme à l'impunité des auteurs [des crimes les plus graves] et à concourir ainsi à la prévention de nouveaux crimes ». Il est entré en vigueur en 2002. Le Statut de Rome, ainsi que le document qui l'accompagne, les Éléments des crimes (détaillant les éléments constitutifs de chaque crime), est considéré comme l'un des outils les plus avancés en matière de définition et d'interdiction des violences sexuelles et basées sur le genre en tant que crimes internationaux. Il énumère explicitement le viol, l'esclavage sexuel, la prostitution forcée, la grossesse forcée, la

REVUE DE LA LITTÉRATURE ----- CADRE JURIDIQUE

stérilisation forcée et d'autres formes de violence sexuelle comme des crimes contre l'humanité et des crimes de guerre(16).

– Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979) et son Protocole facultatif (1999), **approuvée avec réserve par l'Algérie, par ordonnance n° 96-03 du 10 janvier 1996 (75);**

– Protocole additionnel à la Convention des Nations unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants, adopté par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies, le 15 novembre 2000 [poursuite des crimes sexuels et basés sur le genre, y compris l'exploitation sexuelle, en vertu de l'article 3(a)](16), **ratifié par l'Algérie, avec réserve, par le décret présidentiel n° 03-417 du 9 novembre 2003 (76);**

– Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants, adopté à New York, le 25 mai 2000, **ratifié par l'Algérie, avec réserve par le décret présidentiel n° 06-299 du 2 septembre 2006 (J.O. n°55 du 6 septembre 2006)(77) ;**

6.1.2 Instruments régionaux

6.1.2.1 Europe

– Convention européenne des droits de l'homme (1950) [La Cour européenne des droits de l'homme a reconnu que le viol est une forme de torture interdite en vertu de l'article 3]

– Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains (2005)

– Convention du Conseil de l'Europe (CdE) sur la protection des enfants contre l'exploitation et les abus sexuels (2007), aussi connue sous le nom de « Convention de Lanzarote ». C'est l'instrument juridiquement international contraignant le plus avancé et le plus complet sur la protection des enfants contre l'exploitation et les abus sexuels. Cependant, la convention ne définit pas spécifiquement ni ne criminalise toutes les formes d'exploitation sexuelle d'enfants en ligne, y compris : la Sextorsion et la Pornographie Infantile Virtuelle(78).

– Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul) (2011), est le premier instrument en Europe à établir des normes contraignantes visant spécifiquement à prévenir les violences fondées sur le genre, à protéger les victimes de violences et à sanctionner les auteurs.

REVUE DE LA LITTÉRATURE ----- CADRE JURIDIQUE

À la suite de la signature de la convention par l'Union européenne en juin 2017, l'approbation du Parlement européen est requise pour l'adhésion de l'Union à la convention(16).

6.1.2.2 Amériques

– Convention américaine relative aux droits de l'homme (1969) [La Cour interaméricaine des droits de l'homme a interprété l'article 5 comme une disposition offrant une protection contre les abus sexuels]

– Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme (Convention de Belém do Pará) (1994)(16)

6.1.2.3 Afrique

– Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1981), adoptée par l'Organisation de l'Unité africaine (Nairobi), entrée en vigueur le 21 octobre 1986 [Plusieurs articles de la Charte africaine font référence à la lutte contre l'impunité en matière de violences sexuelles et basées sur le genre, ou ont été interprétés par la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples comme pertinents sur cette question, y compris les articles 5 (torture et autres mauvais traitements), article 18 (3) (élimination de la discrimination contre les femmes)] **et ratifiée par l'Algérie par décret n° 87-37 du 3 février 1987 (J.O. n° 6 du 04 février 1987) (79);**

– Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (Protocole de Maputo), adopté par la 2ème session ordinaire de la conférence de l'Union africaine, à Maputo (Mozambique) le 11 juillet 2003 afin de promouvoir l'égalité des droits pour les filles et les femmes. Outre ses dispositions relatives à l'émancipation économique et politique des femmes ainsi qu'à leur santé et leur bien-être, le Protocole de Maputo est le premier traité panafricain à reconnaître expressément l'avortement comme un droit humain dans des circonstances spécifiques : agression sexuelle, viol, inceste, anomalies fœtales mettant en danger la vie de fœtus, poursuite de la grossesse mettant en danger la santé mentale et physique de la femme ou sa vie(80,81). **Ratifié par l'Algérie avec déclarations interprétatives, par décret présidentiel n° 16-254 du 27 septembre 2016 (82);**

– Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, Lignes directrices pour lutter contre les violences sexuelles et leurs conséquences en Afrique (2017)(16).

6.1.2.4 Asie-Pacifique

– Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes dans la région de l'ASEAN (2013)

– Plate-forme d'action révisée pour le Pacifique en faveur de l'avancement des femmes et de l'égalité des sexes (2005-2015) [Charte régionale pour traiter les nouveaux défis, y compris les violences sexuelles, par la collecte de données, l'adoption de politiques et de programmes](16)

6.1.3 Résolutions, les déclarations et les recommandations

6.1.3.1 Déclarations de l'Assemblée générale des Nations unies (AGNU)

– Déclaration sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (1967) [l'article 8 inclut explicitement la lutte contre toutes les formes de trafic et d'exploitation de la prostitution]

– Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (1993) [interdit toutes les formes de violence, y compris les violences sexuelles](16)

6.1.3.2 Résolutions du Conseil de sécurité des Nations unies (CSNU)

– Résolution 1325 (2000) du CSNU [aborde l'impact des conflits armés sur les femmes et les filles et déclare la nécessité d'une protection spécifique contre les violences sexuelles et basées sur le genre]

– Résolution 1820 (2008) du CSNU [demande des mesures spéciales pour protéger les femmes et les filles contre les violences sexuelles et basées sur le genre commises dans les conflits armés et déclare que le viol et les autres formes de violence sexuelle peuvent constituer des crimes de guerre, des crimes contre l'humanité ou un génocide]

– Résolution 1888 (2009) du CSNU [appelle toutes les parties à un conflit armé à prendre des mesures pour protéger les civils contre les violences sexuelles et basées sur le genre et à déployer des conseillers pour la protection des femmes afin de faciliter la mise en œuvre des résolutions du Conseil de sécurité des Nations unies sur les femmes, la paix et la sécurité]

– Résolution 1889 (2009) du CSNU [sur les femmes, la paix et la sécurité : déclare qu'il est de la responsabilité des États de mettre fin à l'impunité et de poursuivre les responsables de toutes les formes de violences sexuelles et basées sur le genre dans les conflits armés]

– Résolution 1960 (2010) du CSNU [encourage les parties à un conflit armé à prendre et à mettre en œuvre des engagements spécifiques pour lutter contre la violence sexuelle et les

REVUE DE LA LITTÉRATURE ----- CADRE JURIDIQUE

états membres à fournir au personnel policier et militaire une formation adéquate sur les violences sexuelles et basées sur le genre]

– Résolution 2106 (2013) du CSNU [demande la poursuite du déploiement des conseillers pour la protection des femmes et invite instamment les comités de sanction à appliquer des sanctions ciblées à l'encontre de ceux qui commettent et dirigent des violences sexuelles et basées sur le genre dans les conflits]

– Résolution 2467(2019) du CSNU [demande un renforcement de la justice et de la responsabilisation en matière de violences sexuelles et basées sur le genre et aborde la nécessité d'adopter une approche centrée sur les survivant.e.s lorsqu'il s'agit de prévenir ces crimes et d'y répondre] (16)

6.1.3.3 Recommandations du Comité CEDAW

– Comité des Nations unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale n° 19 : Violence à l'égard des femmes (1992)

– Comité des Nations unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale n° 35 : Violence à l'égard des femmes fondée sur le sexe, portant actualisation de la Recommandation générale n° 19 (2017)(16).

6.1.4 Autres instruments et outils déclaratifs

– Programme d'action de Beijing (1995) [Les États s'engagent à fournir un enseignement et une formation en matière de droits humains en tenant compte de la dimension de genre aux organes chargés de l'application des lois et à créer et/ou renforcer les mécanismes institutionnels permettant de signaler les actes de violence sexuelle et basés sur le genre]

– Principes du Caire et d'Arusha sur la compétence universelle en matière d'infractions graves aux droits de l'homme (2002) [reconnaissent que les crimes basés sur le genre commis en temps de guerre, tels que le viol, constituent des infractions aux droits humains, et demandent que les auteurs de violences basées sur le genre, également commises en temps de paix, rendent compte de leurs actes]

– Étude sur le droit international humanitaire coutumier du CICR (2006) [les règles 93, 94, 134 et 156 interdisent explicitement les violences sexuelles et basées sur le genre]

– AGNU, Principes fondamentaux et directives concernant le droit à un recours et à réparation des victimes de violations flagrantes du droit international des droits de l'homme et de violations graves du droit international humanitaire (2005) [fournissent des informations

REVUE DE LA LITTÉRATURE ----- CADRE JURIDIQUE

détaillées sur les recours et les réparations, applicables aux violences sexuelles et basées sur le genre]

– Commission des droits de l’homme des Nations unies, Ensemble de principes actualisé pour la protection et la promotion des droits de l’homme par la lutte contre l’impunité (Rapport de l’experte indépendante chargée de mettre à jour l’Ensemble de principes pour la lutte contre l’impunité, Diane Orentlicher) (2005)

– ONUDC, Handbook on Effective Prosecution Responses to Violence Against Women and Girls (2010) [aide les procureurs à mettre en œuvre leur obligation de veiller au respect de la primauté du droit dans les affaires concernant les violences à l’égard des femmes et des filles, y compris les violences sexuelles et basées sur le genre]

– G7, Déclaration sur la prévention des violences sexuelles dans les conflits (2013)

– Document de politique générale relatif aux crimes sexuels et à caractère sexiste du Bureau du Procureur de la CPI (2014)

– IICI, Guidelines for Investigating Conflict-Related Sexual and Gender-Based Violence against Men and Boys (2016)

– Case Matrix Network, « Legal requirements, Sexual and GenderBased Violence Crimes » (2017)

– Preventing Sexual Violence in Conflict Initiative, International Protocol on the Documentation and Investigation of Sexual Violence in Conflict (deuxième édition 2017(16).

– Les principes de La Haye sur la violence sexuelle (2019) :

Au cours de l’année 2019, plus de 60 organisations de la société civile se sont rassemblées pour accorder aux survivant.e.s une place centrale dans les discussions traitant de la responsabilité en matière de violence sexuelle. Plus de 500 survivant.e.s de violences sexuelles ont été consultés sur ce qui selon eux caractérise la violence «sexuelle». Les informations issues de ces consultations ont été complétées par des données provenant de la société civile, de praticiens, d’universitaires et de responsables politiques, pour créer « Les Principes de la Haye sur la violence sexuelle », qui comprennent : la Déclaration de la société civile sur la violence sexuelle – qui fournit des indications sur ce qui rend un acte de violence « sexuel », particulièrement du point de vue des survivant.e.s. Les Lignes directrices en droit pénal international sur la violence sexuelle – un outil pour les praticiens du droit pénal

REVUE DE LA LITTERATURE ----- CADRE JURIDIQUE

international qui expose les actes de violence sexuelle inscrits dans la Déclaration de la société civile, susceptibles de constituer des crimes internationaux. Les Principes-clés pour les décideurs politiques en matière de violence sexuelle – dix directives pour la mise en application de la Déclaration de la société civile par le biais de l’adoption de lois, stratégies législatives et de procédures légales et judiciaires(10).

La politique étrangère de l’Algérie qui est caractérisée par la diversification des échanges dans le cadre du partenariat, et permet de faire face aux nouveaux défis résultant des mutations en cours sur la scène nationale et internationale. C’est ainsi et au fil du temps, que la coopération a été renforcée, d’une part, au niveau bilatéral en concluant des conventions avec plusieurs pays et, d’autre part, au niveau multilatéral en ratifiant et/ou en adhérant aux traités régionaux et internationaux(83). En ratifiant ces conventions, l’Algérie s’est engagée à mettre en place une politique publique ainsi qu’un arsenal juridique pour protéger les droits des femmes et des enfants.

Au plan régional, l’Algérie a ratifié six (06) accords judiciaires, dont la convention arabe pour la lutte contre la cybercriminalité. **Ratification en vertu du décret présidentiel n° 14-252 du 08 septembre 2014 (J.O. n° 57, 2014)(84).**

Par ailleurs, l’Algérie a signé quatre (04) accords judiciaires, dont le protocole arabe de lutte contre la traite d’humains. Ces textes ont été signés le 04 mars 2019 en marge des travaux du Conseil des ministres arabes de l’Intérieur et de la Justice.

En matière d’Affaires Internationales, il a été procédé à l’examen des Résolutions émanant d’organes des Nations Unies, principalement de l’Assemblée générale et du Conseil économique et social, comme il a été suggéré des suites pertinentes qu’il conviendrait de leur réserver, soit en faisant part au ministère des Affaires étrangères de la position de notre département ministériel, soit en saisissant les structures compétentes, notamment, aux fins de prise en charge des recommandations qui y sont contenues. Ces Résolutions concernent notamment la législation des mineurs et le mariage forcé.

6.2 Législation algérienne en matière de violences sexuelles

La constitution de la République algérienne démocratique et populaire, garantit l’inviolabilité de la personne humaine et toute forme de violence physique et morale et d’atteinte

REVUE DE LA LITTÉRATURE ----- CADRE JURIDIQUE

à la dignité est proscrite. La torture, les traitements cruels, inhumains ou dégradants ainsi que la traite des personnes sont réprimés par la loi (article 39).

Elle prévoit aussi la protection de la femme contre toutes formes de violence en tous lieux et en toute circonstance dans l'espace public, dans la sphère professionnelle et dans la sphère privée. Ainsi, la loi garantit l'accès des victimes à des structures d'accueil, à des dispositifs de prise en charge, et à une assistance judiciaire (article 40) (Décret présidentiel n° 20-442 du 30 décembre 2020 relatif à la promulgation au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire de la révision constitutionnelle, adoptée par référendum du 1^{er} novembre 2020. Journal Officiel n° 82 du 30 décembre 2020)(85).

Les infractions contre l'intégrité sexuelle ont de tout temps existé, mais à cause des préjugés qui les entouraient, peu d'entre elles étaient dénoncées. Depuis quelques années, l'action des associations féministes et les engagements internationaux pris par l'Algérie ont favorisé une prise de conscience de la gravité de ces infractions et des traumatismes qu'elles engendrent. Différentes mesures ont été mises en place. La plus importante d'entre elles est la mobilisation du législateur qui, depuis quelques années œuvre à renforcer la protection des plus faibles dans la société, à savoir les femmes et les mineurs. La loi n° 15-12 du 15 juillet 2015 relative à la protection de l'enfant et la loi n° 15-19 du 30 décembre 2015 modifiant et complétant l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966 portant code pénal, en sont les exemples fars(7,18,67).

Dans ces amendements du code pénal justement, le législateur à insister sur la protection des mineurs contre les atteintes sexuelles par l'élévation de l'âge de la minorité pénale à 18 ans en cas de viol(18), par l'incrimination du fait d'importuner des mineurs dans les lieux publics, ou encore par l'élargissement et le durcissement de certaines infractions comme les attentats à la pudeur(7).

Aujourd'hui, certaines infractions comme le viol, ont mis en lumière un changement au niveau de la valeur protégée, elle est désormais considérée comme une atteinte à l'intégrité sexuelle de la personne humaine. Les actes déclarés punissables lèsent la pudeur, soit que la victime n'ait pas consenti à ces actes ou soit elle est incapable d'en saisir la portée. Ici la loi protège la liberté de l'individu s'il est capable de décider (s'il est majeur), ou son intégrité sexuelle s'il est incapable de décider (s'il est mineur). Nous ne pouvons inclure dans cette catégorie les divers faits qui, au lieu de porter atteinte physiquement à la victime, lèsent la pudeur de tous et constituent des atteintes à la moralité publique comme l'outrage public à la

REVUE DE LA LITTÉRATURE ----- CADRE JURIDIQUE

pudeur. Dans ce second cas, le coupable n'est pas toujours animé par un mobile purement sexuel, mais il peut être poussé par l'esprit de lucre(7).

Avec le développement des médias et des technologies de communication, ainsi que l'augmentation de la dépravation morale dans la société, de nouvelles images de ces délits moraux jusqu'alors inconnus sont apparus. Le législateur algérien est intervenu en les incluant dans le code pénal, comme le délit d'exploitation sexuelle d'un mineur et le harcèlement d'une femme dans la rue, en plus de criminaliser le harcèlement sexuel en dehors du cadre d'une relation de subordination(15).

6.2.1 Outrage public à la pudeur

Tableau 9 : Législation algérienne en matière d'outrage public à la pudeur

Infraction		OUTRAGE PUBLIC A LA PUDEUR
<i>Cadre législatif</i>	Délit	Articles 333 modifié et 333 bis du CPA
<i>Éléments constitutifs de l'infraction (doit réunir les 2 éléments)</i>	Élément matériel	Fait contraire à la pudeur, qui a été publiquement commis, sans nécessité et volontairement
	Élément moral	Élément intentionnel : Nécessaire Conscience d'offenser la pudeur publique, abstraction faite de toute intention de rendre public cet outrage(15).
<i>Sanctions encourues</i>	Emprisonnement	2 mois à 2 ans
	Amende	20.000 DA à 100.000 DA
<i>Circonstances aggravantes</i>	Age : Mineur de 16 ans	Loi n°15-19 du 30 décembre 2015 (JO n°71) complétant le CPA : Parle de nouveau de mineur de seize ans(18).
	Si l'outrage a consisté en un acte contre nature avec un individu du même sexe	Emprisonnement de six mois à trois ans + amende de 20.000 DA à 100.000 DA. (Article 333 du code pénal). (Il convient de noter que l'homosexualité est prohibée par le code pénal algérien (article 338))
	Tout acte, geste ou parole portant atteinte à la pudeur d'une femme, dans un lieu public (l'importuner)	Emprisonnement de deux à six mois et d'une amende de 20.000 DA à 100.000 DA, ou d'une de ces deux peines. La peine est portée au double si la victime est une personne mineure de seize ans (article 333 bis 2 du code pénal complété par la loi n°15-19 du 30 décembre 2015 (JO n° 71)(18).

6.2.2 Attentat à la pudeur

Même si le législateur a réprimé l'attentat à la pudeur, il n'a toutefois pas défini ses contours, et a laissé aux tribunaux l'appréciation des faits selon les cas présentés. Les juges devront se prononcer (article 333 bis 3 du CPA) au regard de ce que la collectivité considère comme attentatoire à l'intégrité sexuelle car la pudeur fait partie de ces notions floues qui changent selon le temps et l'espace. C'est pour cette raison que le juge doit être objectif, il doit apprécier l'atteinte selon les principes régnant dans la société et non selon la fragilité ou le degré d'atteinte psychologique de la victime(7).

REVUE DE LA LITTÉRATURE ----- CADRE JURIDIQUE

L'attentat peut consister en un attouchement au-dessus, sous ou sans les vêtements, ou sur les parties génitales avec les doigts ou la bouche. Obliger la victime à se déshabiller, la dévêtir par surprise même superficiellement, imposer une caresse, obligation de se livrer à des attouchements sur l'autre, de poser nu, le coït anal ou buccal... l'atteinte peut donc porter sur ou à l'aide d'une personne vivante. L'auteur peut contraindre la victime à accomplir des actes.

Le législateur algérien pénalise la tentative d'attentat à la pudeur de la même peine du délit d'attentat à la pudeur(86), toutefois, il a négligé de relever l'âge des mineurs à dix-huit ans, comme pour le viol, ce qui est une position qui n'a aucune explication tant que les deux infractions sont presque similaires.

Tableau 10 : Législation algérienne en matière d'outrage public à la pudeur

Infraction		ATTENTAT A LA PUDEUR
Cadre législatif	Délit ou Crime	Articles 334 modifié et 335 du CPA
	Définition	Absence d'une définition légale
Eléments constitutifs de l'infraction (doit réunir les 2 éléments)	Elément matériel	Fait de commettre un acte impudique sur une personne contre sa volonté physique ou morale : <u>-Acte (et non de paroles) qui doit atteindre la victime dans sa pudeur</u> sans qu'il n'y ait forcément contact physique avec l'agresseur. <u>-Absence d'un consentement libre et éclairé</u> (En dessous de seize ans, il y a attentat à la pudeur sur la victime peu importe son consentement ou pas = présomption irréfragable d'absence de consentement)(7).
	Elément moral (Infraction intentionnelle)	Puni qu'il ait été consommé ou tenté (dès qu'il y a commencement d'exécution, l'auteur ne bénéficiera pas d'une réduction de peine même s'il se rétracte)(7).
Sanctions encourues	ATP consommé ou tenté sans violence sur un mineur de moins de 16 ans	Emprisonnement de 05 à 10 ans (Délict : article 334 alinéa 1 du CPA)(15)
Circonstances aggravantes	ATP commis <u>sans violence par tout ascendant sur la personne d'un mineur</u> , même âgé de plus de seize ans, mais non émancipé par le mariage	Réclusion à temps de 5 à 10 ans (Crime : article 334 alinéa 2 du CPA)(15)
	ATP consommé ou tenté <u>avec violence</u>	Réclusion à temps de 5 à 10 ans(15).
	ATP consommé ou tenté <u>avec violence sur un mineur de 16 ans</u>	Réclusion à temps de 10 à 20 ans (Crime : article 335 alinéa 2 du CPA)(15)
	Coupable : Ascendant de la victime, De la classe de ceux qui ont autorité sur elle, Instituteur ou serviteur à gages de la victime, ou serviteurs à gages des personnes ci-dessus désignées, Fonctionnaire ou ministre d'un culte, Aidé dans son crime	Réclusion à temps, de 10 à 20 ans (Crime)(15,87).

6.2.3 Viol

Tableau 11 : Législation algérienne en matière de viol

Infraction		VIOL
Cadre législatif	Crime	CPA : Articles 336 et 337 Loi relative à la santé ne fait pas référence au viol
	Définition	Absence d'une définition légale
Éléments constitutifs de l'infraction (doit réunir les 2 éléments)	Éléments matériels	- <u>Acte de pénétration sexuelle</u> (86) = élément est indispensable pour caractériser le viol Pénétration du vagin d'une femme vivante, par le pénis d'un homme. Doit être réelle et effective, même si elle est de faible amplitude. La victime doit être vivante (la relation sexuelle avec un cadavre (nécrophilie) constitue un outrage public à la pudeur, il est donc intéressant de savoir si le viol a précédé ou suivi le décès(7). Absence de consentement(86) = Violence, Contrainte, Menace ou Surprise Violence : physique ou psychologique. Contrainte : pression morale ou physique. Menace : explicite ou implicite. Surprise : obtenue par ruse ou tromperie (utilisation d'hypnose, de sédatifs ou de drogues)
	Élément moral (Infraction intentionnelle)(86)	L'auteur doit avoir la conscience et la volonté de commettre cet acte sans le consentement de la victime(86).
Sanctions encourues	Réclusion à temps	Réclusion à temps de 05 à 10 ans.
Circonstances aggravantes	<u>Commis sur mineur de moins de 18 ans</u> (16 ans dans l'ancienne version du CPA)	Réclusion à temps de 10 à 20 ans (article 336 du CPA)
	Coupables : Ascendants de la victime, de la classe de ceux qui ont autorité sur elle, Ses instituteurs ou ses serviteurs à gages, ou serviteurs à gages des personnes ci-dessus désignées, Fonctionnaires ou ministres d'un culte, - Aidé dans son crime par une ou plusieurs personnes	Réclusion criminelle à perpétuité (article 337).
	Les relations sexuelles entre le titulaire du droit de recueil légal (kâfil) et l'enfant recueilli (makfoul) (Article 336 du CPA : modifications de 2014)	Déchéance de la tutelle et/ou du recueil légal (Répondent davantage à une infraction bien spécifique qu'est l'inceste→Peine prévue pour l'inceste commis entre parents en ligne descendante ou ascendante)
	Victime enceinte, Infraction commise en présence de mineurs ou sous la menace d'une arme, Dépossession des biens de la victime ou de ses ressources financières par contrainte ou intimidation.	L'auteur ne pourra pas bénéficier des circonstances atténuantes

Le viol peut être reconnu quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et la victime, cependant, le code pénal algérien ne reconnaît pas le viol conjugal.

REVUE DE LA LITTÉRATURE ----- CADRE JURIDIQUE

Néanmoins, si le mari a des relations sexuelles contre nature avec sa femme sans son consentement, il sera considéré comme ayant commis un attentat à la pudeur.

La complicité de viol est punie de la même manière que le crime lui-même (article 337 CPA).

Si la victime est mineure, la différence d'âge entre elle et l'auteur peut constituer une contrainte ou une surprise, et si elle est dépourvue de discernement à cause de son jeune âge (l'âge de discernement est fixé à 13 ans selon l'article 42 du code civil algérien), ou par suite de sa faiblesse d'esprit ou de sa démence, tout acte de pénétration vaginale est qualifié de viol.

L'article 336 précise les peines, marque la différence entre la personne mineure et majeure, mais reste muet sur l'hymen et ne prend en charge aucune complication du viol qui pourrait constituer des circonstances aggravantes ou qui appellerait une réparation.

La tentative de viol est punie de la même peine du délit d'attentat à la pudeur(86).

6.2.4 Inceste

Tableau 12: Législation algérienne en matière d'inceste

	INCESTE
Cadre législatif	Articles 336 et 337 bis du CPA
Eléments constitutifs de l'infraction et Sanctions encourues	Relations sexuelles entre (Article 337 bis CPA) : 1. Parents en ligne descendante ou ascendante → Réclusion de 10 à 20 ans de réclusion 2. Frères et sœurs germains, consanguins ou utérins → Réclusion de 10 à 20 ans de réclusion 3. Une personne et l'enfant de l'un de ses frères ou sœurs germains, consanguins ou utérins ou avec un descendant de celui-ci → Emprisonnement de 5 à 10 ans 4. La mère ou le père et l'époux ou l'épouse, le veuf ou la veuve de son enfant ou d'un autre de ses descendants → Emprisonnement de 5 à 10 ans 5. Parâtre ou marâtre et le descendant de l'autre conjoint → Emprisonnement de 5 à 10 ans 6. Des personnes dont l'une est l'épouse ou l'époux d'un frère ou d'une sœur → Emprisonnement de 2 à 15 ans
Circonstances aggravantes	- <u>Commis par une personne majeure sur une personne mineure de dix-huit ans :</u> La peine infligée à la personne majeure sera supérieure à celle infligée à la personne mineure. - <u>Commis par Père, Mère, Kafil :</u> Déchéance de la tutelle et/ou du recueil légal(15).

La personne mineure sur qui est exercée l'inceste sera également punie si elle est consentante à avoir des rapports sexuels avec un des membres de sa famille précédemment cités, néanmoins, la question se pose de savoir si réellement la personne mineure est consentante ou non ? N'oublions pas la recommandation du comité des droits de l'enfant qui suggère de retenir comme agression sexuelle tout acte qui ne comporte ni contrainte ni violence car ce dernier porte atteinte à la dignité de l'enfant(15).

6.2.5 Incitation des mineurs à la débauche et à la prostitution de mineurs

La loi n°15-12 du 15 juillet 2015 relative à la protection de l'enfant, a défini l'enfant en danger comme étant celui : « ... dont la santé, la moralité, l'éducation ou la sécurité sont en danger ou susceptibles de l'être ou dont les conditions de vie, ou le comportement sont susceptibles de l'exposer à un danger éventuel ou compromettant son avenir, ou dont l'environnement expose son bien-être physique, psychologique ou éducatif au danger ».

Une série de situations d'exposition au danger de l'enfant est citée, dont, l'exploitation sexuelle de l'enfant sous toutes ses formes. Cette loi précise en outre l'exploitation de l'enfant dans les actes horribles de pédopornographie comme situation de mise en danger de l'enfant (article 2 de la présente loi).

L'Etat garantit la protection de l'enfant au sens de l'article 6 « contre toutes formes de préjudice, de négligence, de violence, de mauvais traitement, d'exploitation ou de toute atteinte physique, morale ou sexuelle... ».

Un organe national de la protection et la promotion de l'enfance a été créé à la suite de la publication de la présente loi et organisé par le décret exécutif n° 16-334 du 19 décembre 2016, dont l'article 19 prévoit que tout enfant ou représentant légal ainsi que toute personne physique ou morale (en gardant son anonymat) peut saisir le délégué national de la protection de l'enfance (autorité chargée de la gestion de l'organe) afin que l'organe puisse intervenir d'office.

L'incitation à la débauche et à la prostitution de mineurs de moins de dix-neuf ans ou même occasionnellement des mineurs de moins de seize ans est punie de 05 à 10 ans d'emprisonnement (article 342 code pénal) particulièrement si l'auteur du délit est l'époux, le père, la mère ou tuteur de la victime ou alors les personnes énumérées à l'article 336 du code pénal, à savoir si les coupables sont les ascendants ou tout autre personne ayant autorité sur la victime. Une modification a été apportée par le code pénal modifié en 2014, l'âge du mineur à retenir n'est plus dix-neuf ans mais dix-huit ans, «si le délit de l'incitation à la débauche et à la prostitution a été commis à l'égard d'un mineur de moins de dix-huit ans » (article 344), la peine est de 05 à 10 ans.

6.2.6 Pornographie

Dans l'article 333 bis du code pénal amendé en 2014, il est fait référence explicitement à la pornographie en sanctionnant toute personne qui représente, par quelques moyens que ce soit, un mineur de moins de dix-huit ans s'adonnant à des activités sexuelles explicites, réelles

ou simulées, ou représente des organes sexuels d'un mineur à des fins principalement sexuelles, ou fait la production, la distribution, la diffusion, la propagation, l'importation, l'exportation, l'offre, la vente ou la détention de matériel pornographique mettant en scène des mineurs(15).

Toute personne qui incite, favorise ou facilite la débauche ou la corruption d'un mineur de moins de dix-huit ans, même occasionnellement, est punie d'un emprisonnement de cinq à dix ans. La tentative du délit est punie des peines prévues pour l'infraction consommée. Cette incrimination intervient après la ratification du protocole facultatif à la convention relative aux droits de l'enfant concernant la vente d'enfants, la prostitution d'enfants et la pornographie mettant en scène des enfants, adopté à New York le 25 mai 2000(15,88).

La prostitution est la pratique d'activités sexuelles en échange d'argent, de biens, ou de services, prioritairement pour des motifs autre que ses propres besoins sexuels et affectifs. On parle de prostitution juvénile lorsque les jeunes prostitués sont d'âge mineur, c'est à dire moins de dix-neuf ans en Algérie(15).

6.2.7 Traite des femmes, prostitution forcée

Toute exploitation des femmes par la prostitution ou le travail forcé (n'importe lequel) est puni par la loi qui protège contre la prostitution forcée, la traite et l'exploitation (fournir un travail sans rémunération). « En contrepartie du travail fourni, le travailleur a droit à une rémunération au titre de laquelle il perçoit un salaire ou un revenu proportionnel aux résultats du travail (article 80 code du travail) ».

À retenir également, que lorsque l'auteur de l'infraction (traite) est le conjoint ou son ascendant ou descendant ou son tuteur ou s'il a autorité, ceci constitue une circonstance aggravante, la peine est, dans ce cas, plus lourde.

La traite des personnes est punie :

- D'un emprisonnement de trois ans à dix ans et d'une amende de 300.000 DA à 1.000.000 DA. Lorsque la traite est exercée sur une personne dont la situation de vulnérabilité résulte, de son âge, sa maladie ou son incapacité physique ou mentale, apparente ou connue de l'auteur, la peine encourue est l'emprisonnement de cinq ans à quinze ans et l'amende de 500.000 DA à 1.500.000 DA. (Article 303 bis 4)

- De la réclusion à temps de dix ans à vingt ans et d'une amende de 1.000.000 DA à 2.000.000 DA, si l'infraction est commise avec au moins l'une des circonstances suivantes:

REVUE DE LA LITTÉRATURE ----- CADRE JURIDIQUE

- Lorsque l'auteur est le conjoint de la victime ou son ascendant ou descendant ou son tuteur ou s'il a autorité sur la victime ou s'il s'agit d'un fonctionnaire dont la fonction a facilité la commission de l'infraction.
- Lorsque l'infraction est commise par plus d'une personne.
- Lorsque l'infraction est commise avec port d'armes ou menace de les utiliser.
- Lorsque l'infraction est commise par un groupe criminel organisé ou lorsqu'elle a un caractère transnational (article 303 bis 5).

Le législateur algérien a promulgué la loi n° 23-04 du 7 mai 2023 relative à la prévention et à la lutte contre la traite des personnes(22).

6.2.8 Séquestration et enlèvement

La séquestration est le fait de retenir, contre son gré, une personne, dans une maison par exemple. Peuvent être victimes de séquestration les jeunes filles ou jeunes femmes qu'on désire marier sans leur volonté, ainsi que les épouses qui voudraient fuir le domicile conjugal. La séquestration peut être portée à la connaissance des autorités (police, gendarmerie ou procureur) par toute personne témoin (mère d'une fille séquestrée, sœur, voisin.e, ami.e ...).

Sont punis de la réclusion à temps de dix à vingt ans, ceux qui, sans ordre des autorités constituées et hors les cas où la loi permet ou ordonne de saisir des individus, enlèvent, arrêtent, détiennent ou séquestrent une personne quelconque. La même peine est applicable à quiconque prête un lieu pour détenir ou séquestrer cette personne. Si la détention ou la séquestration a duré plus d'un mois, la peine est celle de la réclusion criminelle à perpétuité (article 291).

Si la personne enlevée, arrêtée, détenue ou séquestrée a été soumise à des tortures corporelles, les coupables sont punis de la réclusion criminelle à perpétuité (article 293).

Quiconque, sans violences, menaces ou fraude, enlève ou détourne, ou tente d'enlever ou de détourner un mineur de dix-huit ans, est puni d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende.

Lorsqu'une mineure ainsi enlevée ou détournée a épousé son ravisseur, celui-ci ne peut être poursuivi que sur la plainte des personnes ayant qualité pour demander l'annulation du mariage et ne peut être condamné qu'après que cette annulation a été prononcée (article 326)

L'article 326 permet au ravisseur d'épouser la victime mineure enlevée, dans la pratique ceci a été étendu au viol. Cet article de loi est dénoncé par nombre d'associations et de militantes

des droits des femmes. Maître *Nadia Ait Zai* explique que cette loi fait référence au « rapt de séduction » qui était en vigueur en France dans le 14^{ème} siècle.

Le législateur algérien a promulgué la loi n° 20-15 du 30 décembre 2020 relative à la prévention et à la lutte contre les infractions d'enlèvement des personnes(89).

6.2.9 Mariage forcé

Le code de la famille prévoit l'échange de consentement des deux époux qui conclut le contrat de mariage (article 9)

Il est interdit au wali, qu'il soit le père ou autre, de contraindre au mariage la personne mineure placée sous sa tutelle de même qu'il ne peut la marier sans son consentement (article 13).

Depuis les réformes du Code de la famille en 2005, le procureur de la république peut intervenir lors d'un mariage forcé, en effet, il est « la partie principale tendant à l'application de la loi », il est donc possible de faire appel au procureur de sa région d'habitation pour qu'il intervienne(15).

Il existe une disposition du code pénal qui permet à l'auteur d'une violence sur mineur d'échapper à toute poursuite s'il épouse la victime. Il s'agit de l'article 326 qui dispose que « quiconque, sans violence, menace ou fraude, enlève ou détourne ou tente d'enlever ou de détourner un mineur de dix-huit ans, est puni d'un emprisonnement de un à cinq ans, lorsqu'une mineure ainsi enlevée ou détournée a épousé son ravisseur, celui-ci ne peut être poursuivi que sur la plainte des personnes ayant qualité pour demander l'annulation du mariage et ne peut être condamné qu'après que cette annulation a été prononcée ». Le comité des droits de l'enfant a recommandé à l'Algérie de supprimer cette disposition car elle constitue une violence.

La loi est claire, il ne peut y avoir de mariage sans le consentement de la femme même mineure. Ni le tuteur, ni le wali n'est en droit de forcer une femme ou jeune femme au mariage. Mariage forcé.

6.2.10 Cyberharcèlement / Cybercriminalité

Ce sont l'ensemble des infractions liées à la technologie et à l'information de télécommunication en particulier internet, cela peut être du harcèlement, des menaces, des escroqueries.

La loi n°09-04 du 5 août 2009 encadre la cybercriminalité et crée un centre de prévention et de lutte contre la criminalité informatique et la cybercriminalité (CPLCIC) relevant de la gendarmerie nationale. Il existe une gendarmerie spécialisée en cybercriminalité

dans chaque wilaya mais il est bien sûr possible de déposer plainte auprès de n'importe quel commissariat qui transférera le dossier aux spécialistes de la cybercriminalité. Il est également possible de déposer plainte directement chez le procureur du tribunal compétent. Enfin, il est aussi possible d'effectuer un signalement téléphonique au 1055 numéro vert de la gendarmerie.

6.2.11 Harcèlement sexuel au travail

La criminalisation du harcèlement sexuel a été introduite en 2015 (article 341 bis de l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966 portant code pénal, modifiée et complétée par la loi n°15-19 du 30 décembre 2015).

La nouveauté réside dans le fait que les actes et propos à caractère ou insinuation sexuelle sont considérés comme un délit. Par ailleurs, avant l'amendement la victime devait d'abord en référer à sa direction avant toute démarche judiciaire, ce qui n'est plus le cas, la victime peut saisir directement la justice sans passer par la hiérarchie.

Toute personne qui abuse de l'autorité que lui confère sa fonction ou sa profession, en donnant à autrui des ordres, en proférant des menaces, en imposant des contraintes ou en exerçant des pressions dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle est réputée avoir commis l'infraction de harcèlement sexuel et sera punie d'un emprisonnement d'un an à trois ans et d'une amende de 100.000 DA à 300.000 DA.

Est également coupable de l'infraction et est puni de la même peine, quiconque harcèle autrui par tout acte, propos à caractère ou insinuation sexuelle.

La peine est l'emprisonnement de deux à cinq ans et une amende de 200.000 DA à 500.000DA, si l'auteur est un proche parent (*Mahrim*) ou si la victime est une mineure de seize ans ou si le fait commis a été facilité par la vulnérabilité, la maladie, l'infirmité, la déficience physique ou psychique de la victime ou par un état de grossesse ; que ces circonstances soient apparentes ou connues de l'auteur.

En cas de récidive, la peine est portée au double.

7 Aspect Éthique et Déontologique des Agressions Sexuelles

L'aspect éthique des agressions sexuelles exige un respect total des droits des victimes. Cela inclut le droit à la dignité, à la sécurité, à la confidentialité et à une prise en charge appropriée. Les victimes doivent être traitées avec compassion et respect, sans jugement ni blâme, afin de minimiser le traumatisme supplémentaire. La confidentialité et l'anonymat des victimes sont cruciaux. Les professionnels de la santé, les forces de l'ordre et les travailleurs sociaux doivent garantir que les informations personnelles des victimes soient protégées et utilisées uniquement pour fournir l'aide nécessaire. La divulgation de l'identité des victimes sans leur consentement est une violation éthique grave. Il est essentiel d'obtenir le consentement éclairé des victimes avant toute intervention médicale, psychologique ou judiciaire. Les victimes doivent être pleinement informées de leurs options, des procédures, et des implications de leurs choix pour prendre des décisions autonomes et éclairées.

Les professionnels travaillant avec des victimes d'agressions sexuelles doivent recevoir une formation adéquate pour comprendre les impacts psychologiques et physiques des violences sexuelles. Ils doivent être sensibilisés aux bonnes pratiques éthiques pour offrir un soutien approprié et respectueux.

Le traitement des victimes d'agressions sexuelles doit être exempt de toute forme de discrimination. Cela inclut l'absence de préjugés basés sur le sexe, l'âge, l'ethnicité, l'orientation sexuelle, ou le statut socio-économique des victimes. Chaque victime doit recevoir un soutien équitable et sans jugement.

Les processus judiciaires liés aux agressions sexuelles doivent être transparents et équitables. Les victimes ont le droit à une justice rapide et impartiale. Les autorités doivent veiller à ce que les agresseurs soient tenus responsables de leurs actes sans compromettre les droits des victimes

L'éthique de l'intervention auprès des victimes d'agressions sexuelles inclut le soutien continu. Les services de santé, les conseillers et les organisations de soutien doivent offrir un suivi à long terme pour aider les victimes à se reconstruire et à retrouver une vie normale(90,91).

MATERIEL ET METHODES



1 MATERIEL ET METHODES

1.1 Objectifs de l'étude

Les objectifs principaux de notre étude étaient d'étudier les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, des victimes, les caractéristiques sociodémographiques des auteurs présumés, d'étudier les caractéristiques des agressions sexuelles à Constantine et les étapes de la prise en charge médico-légale, durant la période de 2010 à 2021.

Nos objectifs secondaires étaient :

- De décrire les situations de risque de passage à l'acte ou d'être victime.
- D'énumérer les liens entre les différents types de violences sexuelles, le genre et les situations de vulnérabilité.

1.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle à visée descriptive dont le recueil a été fait rétrospectivement, à partir des dossiers, de janvier 2010 à décembre 2019 et de façon prospective, sur des formulaires, de janvier 2020 à décembre 2021 avec un regroupement des données des deux périodes de 2010 à 2021.

Vu que les chiffres des deux périodes rétrospective et prospective étaient bas et ne permettaient pas une analyse statistique significative nous avons regrouper les données des études rétrospectives et prospectives pour renforcer la validité statistique (en augmentant la taille de l'échantillon, les résultats deviennent statistiquement plus significatifs), l'identification de Tendances (Regrouper les données permet de détecter des tendances qui ne seraient pas visibles avec de petits échantillons), la validation Croisée (les données combinées des deux types d'études peuvent valider et renforcer les conclusions obtenues) et offrir des résultats plus robustes de l'année 2010 à 2021.

Parmi la population retenue de 2010 à 2021: 2276 victimes vivantes et 15 auteurs sur un total de 99154 consultations (2,3 %), 16 victimes décédées sur un total de 3176 autopsies (0,5 %).

1.3 Population d'étude

Notre population d'étude était constituée, de façon exhaustive, de toutes les personnes victimes et des auteurs présumés de violences sexuelles, pris en charge au niveau du service de médecine légale du CHU de Constantine entre le mois de janvier 2010 et celui de décembre 2021.

1.3.1 Critères d'inclusion

L'étude réalisée dans ce cadre de travail a pris en considération :

- Les victimes et les auteurs présumés de violences sexuelles examinés.
- Les défunts présumés victimes de violences sexuelles autopsiés.

Au service de médecine légale du C.H.U.C, durant une période de 144 mois, allant du mois de janvier 2010 au mois de décembre 2021.

1.3.2 Critères de non inclusion

- Les victimes et les auteurs présumés de harcèlement sexuel.
- Les victimes et les auteurs présumés d'exhibitionnisme isolé.
- Les victimes ne consentant pas à participer à l'étude.

1.3.3 Critères d'exclusion

1.3.3.1 Victimes vivantes

- Les victimes se présentant au service de médecine légale plus de 3 fois sur la période d'étude. Uniquement trois passages sont retenus.

- Les victimes ayant des doubles de dossier (plus d'un passage pour la même agression).

Un seul dossier est retenu.

- Les victimes pour lesquelles les réquisitions exigées n'ont pas été ramenées.
- Les victimes dont les agressions n'étaient pas sexuelles.
- Les victimes qui ont indiqué ultérieurement que l'agression n'avait jamais eu lieu et chez lesquelles l'expertise médicale n'a mis en évidence aucun élément en faveur d'une violence de nature sexuelle.

1.3.3.2 Victimes décédées

- Les cas d'infanticides.
- Les cas de fœticides.

1.3.3.3 Auteurs présumés

- Les auteurs suspectés dans des affaires d'infanticides.
- Les auteurs suspectés d'actes à caractère homosexuel consentants.

1.4 Support d'information (les formulaires)

Les différentes données de notre étude ont été collectées par le biais de deux formulaires :

- Un formulaire de recueil de données sur les victimes de violences de nature sexuelle (Annexe1).

PARTIE PRATIQUE-----MATERIEL ET METHODES

- Un formulaire de recueil de données sur les auteurs présumés de violences de nature sexuelle (Annexe 2).

De 2010 à 2019, les données étaient collectées sur les dossiers, à partir desquelles nous avons élaboré les formulaires pour étudier les mêmes paramètres que nous retrouvons, selon les recommandations internationales de bonne prise en charge (WHO 2003, WHO 2015, CDC 2017, NICE CG26 2005, ObsGyn nr27 2013, le COL SAS 2017 et directive VIH 2017).

Les intervalles d'âge des victimes et des auteurs ont été choisis en prenant en compte la législation et la jurisprudence algériennes avant 19 ans (âge du consentement sexuel : 13 ans, mineur de 18 ans pour le viol et de 16 ans pour les autres violences sexuelles, ...). Après 19 ans, nous avons choisi les intervalles après revue de la littérature internationale sur les victimes et les auteurs de violences de nature sexuelle afin de pouvoir comparer nos résultats.

Outils classiques pour les données quantitatives et qualitatives, ils ont été organisés en 5 axes:

- Renseignements administratifs et caractéristiques générales des victimes ou des auteurs présumés d'agressions sexuelles.
- Circonstances de l'agression.
- Lien avec la victime.
- Prise en charge médico-légale initiale de la victime et/ou de l'auteur présumé.
- Résultats des examens complémentaires.

Et permettent ainsi :

- D'identifier les profils socio-démographiques de la population étudiée (sexe, âge, contexte familial, niveau d'instruction, profession, lieu de résidence, antécédents, etc...).
- D'identifier les différentes violences sexuelles.
- D'apprécier les circonstances de l'agression et le contexte de l'examen en médecine légale.
- D'apprécier les mesures et le circuit de prise en charge existants.
- D'apprécier les délais de prise en charge au niveau du service de médecine légale, des autres services (épidémiologie, infectiologie) et de l'unité de psychologie.
- De rechercher les complications de l'agression afin de les prévenir.
- D'apprécier les suites médico-légales.
- De croiser ces violences sexuelles avec une large gamme d'indicateurs, notamment socio-démographiques, sanitaires et comportementaux.

1.5 Sources de données

L'identification et la description du phénomène de la violence sexuelle ont eu lieu à partir :

- Des travaux du service de médecine légale du centre hospitalo-universitaire de Constantine :

- o Dossiers des victimes et des auteurs présumés examinés.
- o Dossiers des victimes autopsiées.
- o Registres des avis interservices effectués.

- Des registres des autres services du C.H.U. de Constantine (service d'épidémiologie, service des maladies infectieuses) et de l'unité de psychologie où les malades ont été orientés par nos soins pour une prise en charge spécialisée.

- Des formulaires élaborés et validés (Annexes 1 et Annexe 2).

Des données complémentaires utilisées pour l'étude ont été extraites des copies des rapports signés par les médecins légistes qui ont examinés la/le patient(e).

1.6 Moyens

1.6.1 Personnels :

- Médecins assistants en médecine légale, disponibles les jours ouvrables de 08 heures à 16 heures.

- Médecins résidents en médecine légale assurant la garde 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

- Paramédicaux présents lors de l'examen psychosomatique, tant pour le confort de la victime et du médecin que pour la sécurité de ce dernier (pour éviter des accusations d'agression sexuelle d'une mythomane par exemple...).

1.6.2 Matériels

1. Protocole	
Certificats médicaux	Disponible
2. Aménagement / meubles	
Salle (privée, tranquille, accessible, avec accès à des toilettes)	Disponible
Table d'examen gynécologique	Disponible
Eclairage, de préférence fixe (une torche pourrait effrayer les enfants)	Disponible
Accès à un autoclave pour stériliser le matériel	Souhaité
Appareil photos + carte mémoire + ordinateur + imprimante	Souhaité
3. Matériel nécessaire pour l'examen dans le cadre d'une violence sexuelle (sur place)	
« Kit violences sexuelles » pour la collecte des preuves médico-légales pouvant comprendre :	Souhaité
✓ Spéculum à usage unique et transparent taille 24 mm et 26 mm	
✓ Vêtements de rechange	
✓ Mètre ruban pour mesurer la taille des blessures, etc.	
Fournitures de protection générale	Disponible
Equipement de réanimation en cas de réaction anaphylactique	Souhaité
Instruments médicaux stériles (kit) pour traitement des déchirures et matériel de suture	Souhaité
Aiguilles, seringues	Disponible
De quoi couvrir la victime lors de l'examen (à usage unique : blouse, tissu, drap)	Souhaité
Protection hygiénique (tampons ou serviettes hygiéniques)	Souhaité
4. Médicaments sur place	
Pour le traitement des IST (antibiothérapie de base : macrolides ou cyclines)	Souhaité
Pilules contraceptives d'urgence	Souhaité
Analgésiques (par exemple, du paracétamol)	Souhaité
Anesthésique local pour les sutures	Souhaité
Antibiotiques pour le traitement des plaies	Souhaité
5. Fournitures administratives	
Formulaires (victime, auteur)	Disponible
Formulaires d'information (en langue arabe et en langue française)	Disponible
Formulaire de consentement (en langue arabe et en langue française)	Disponible
Armoire à clé pour conserver les documents confidentiels en toute sécurité	Disponible

1.7 Déroulement de l'étude

Nous avons établi des listes nominatives des cas suspects de violences de nature sexuelle à partir des registres :

- De consultations médico-judiciaires sur et sans réquisition, du service de médecine légale du C.H.U. de Constantine.

- De consultations des détenus.
- Des avis interservices effectués.
- Des prélèvements à visée génétique.

PARTIE PRATIQUE-----MATERIEL ET METHODES

- Des examens externes
- Des levées de corps.
- Et des autopsies.

Les données ainsi recueillies ont été par la suite contrôlées en les confrontant aux dossiers archivés afin :

- De s'assurer que chaque variable présente des modalités correctes.
- De vérifier que les dates présentent une chronologie cohérente (date de l'agression, date de la réquisition, date de l'examen, du prélèvement ou de l'autopsie, date de remise du rapport médico-légal et du complément de rapport s'il existe).
- De s'assurer que les constatations sont compatibles avec le sexe et l'âge de la personne.
- De vérifier que chaque personne est soit victime ou auteur présumé de violences de nature sexuelle.
- D'éliminer les cas doublons et les dossiers incomplets.

1.8 Données incomplètes, incohérentes ou absentes

1.8.1 Dates

Les dates incomplètes (jour et/ou mois et/ou années manquants) feront l'objet d'une règle de remplacement :

- Si le jour et le mois d'une date d'agression sont manquants, le premier jour du septième mois de l'année (1 juillet) est attribué. Par exemple si nous avons un patient victime d'une agression en 2015, sans précision de la date et du mois de l'agression, nous attribuerons le 1 juillet 2015 comme date d'agression.

- Si le jour d'une date d'agression est manquant, le premier jour du mois est attribué. Par exemple si nous avons un patient victime d'une agression en mai 2017, sans précision de la date de l'agression, nous attribuerons le 1 mai 2017 comme date d'agression.

- Si la date de la réquisition est manquante (15 cas au total) ; la date de l'examen est attribuée.

- Pour les détenus (12 cas au total) qu'on a examiné depuis l'ouverture de l'unité pénitentiaire avec la même réquisition datée du 01/01/2008. La date de l'unique réquisition est retenue (pas de modification).

- Pour les cas où le résultat du délai entre la date de l'examen et la date de la réquisition est négatif ; nous avons examiné le patient sans réquisition et nous l'avons demandé par la suite.

1.8.2 Registres

Certains registres de suivi des autres services sont manquants :

- Le(s) registre(s) du service d'épidémiologie concernant la période du 02/01/2010 au 18/09/2011.

- Certains registres de consultation et/ou de garde du service des maladies infectieuses concernant certaines périodes de 2016 à 2019 (palliés en partie par l'étude des dossiers archivés).

- Les registres de consultation du service de psychologie concernant les périodes allant de janvier 2011 à octobre 2013 et certains registres de 2014 et de 2015.

1.9 Analyse statistique

1.9.1 Saisie et analyse des données

La saisie des données a été faite sur Excel (édition 2016).

L'analyse et le traitement des données ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 26 (en créant un script d'analyse).

1.9.2 Statistique descriptive

Les statistiques descriptives ont été données à des fins de description des caractéristiques socio-démographiques des victimes de violences sexuelles et de leurs auteurs présumés et des caractéristiques cliniques des victimes et de l'agression en elle-même.

Les résultats sont exprimés en effectifs et en pourcentages pour les variables qualitatives et en moyennes, médianes et plus ou moins écarts types de la moyenne pour les variables quantitatives.

Des tableaux et des graphes ont été utilisés pour la présentation des résultats.

1.9.3 Statistique analytique

Le test de Khi^2 a été utilisé pour la comparaison de certains paramètres à valeurs qualitatives (pourcentages).

Le seuil de signification retenu est $p < 0,05$.

1.10 Considérations éthiques

Afin de garantir la validité de notre travail, les informations nécessaires ont été prodiguées aux concernés (Annexes 3 et 4) pour recueillir leur consentement libre et éclairé. A cet effet un formulaire spécifique a été dispensé et l'accord écrit et signé a été récolté (Annexes

PARTIE PRATIQUE-----MATERIEL ET METHODES

5 et 6). D'une manière générale, le recueil des données, a consisté d'abord en la mise en confiance de la population cible : nous avons insisté sur l'objectif de l'étude, en les rassurant sur le fait qu'ils n'étaient pas obligés de participer à l'étude, mais, que leurs réponses n'ont de valeur que si elles sont sincères.

Pour répondre, il suffisait de mettre une croix dans la case qui correspond à la situation.

S'agissant de données nominatives du patient, elles ont été collectées en toute confidentialité.

Le caractère confidentiel et anonyme de ces données a été assuré par leur codification. Elles ont été conservées en lieu sûr et sous clé.

Cette étude n'a aucun intérêt financier et n'est sponsorisée par aucun laboratoire pharmaceutique.

2 RESULTATS

2.1 Victimes vivantes (survivant.e.s)

Entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2021, 2666 patients ont été enregistrés comme étant des violences sexuelles au service de médecine légale. Parmi ces patients, 2276 ont été retenus pour l'analyse :

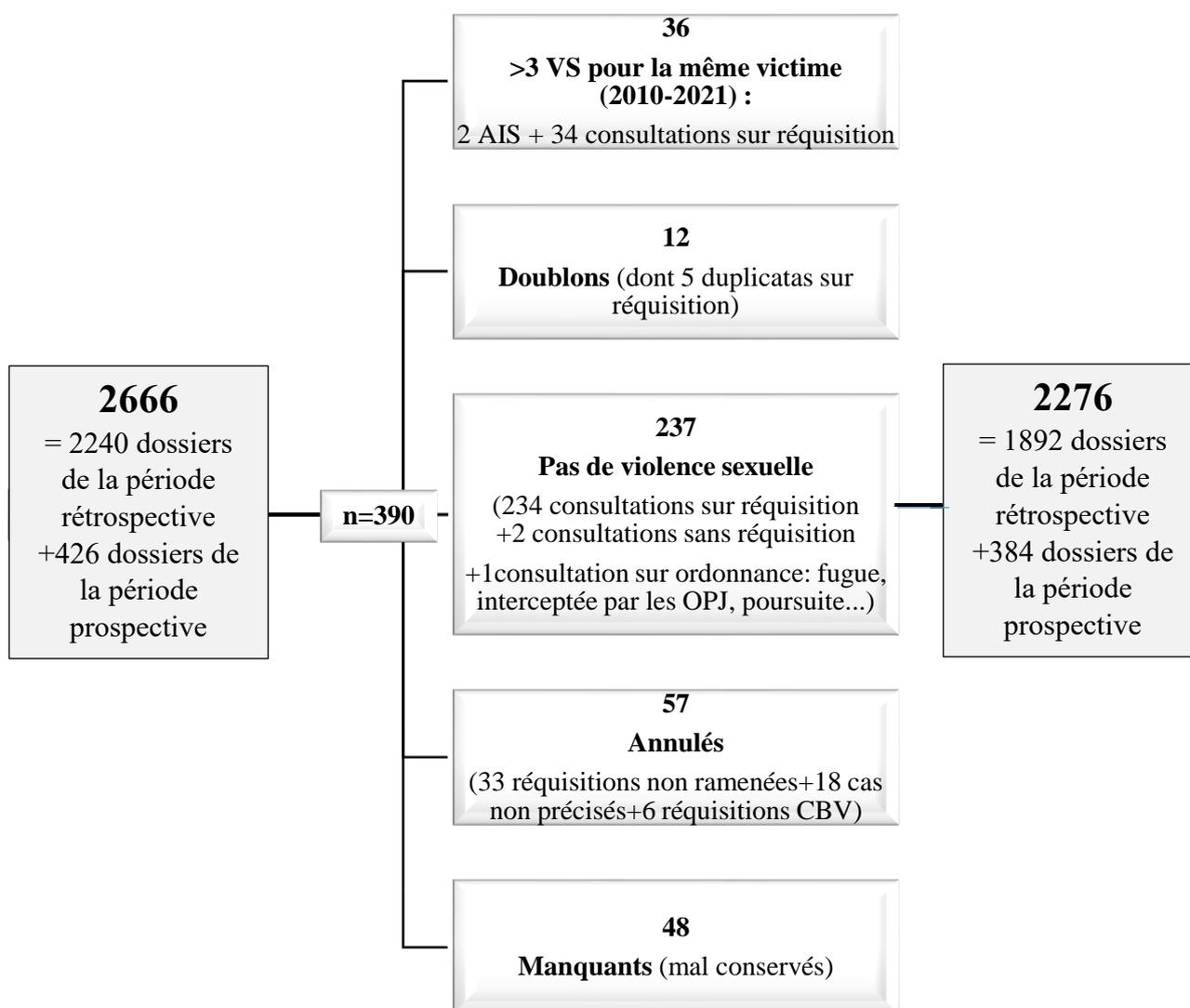


Figure 13: Diagramme de flux de la sélection des dossiers des victimes vivantes

14,6 % (n = 390 : 348 dossiers appartenant à la période rétrospective et 42 dossiers à la période prospective) des agressions sexuelles rapportées étaient inéligibles. Plusieurs d'entre elles cumulaient plusieurs raisons d'exclusion. Sur les 390 déclarations exclues :

- des patient·e·s se sont présent·e·s plus de 3 fois sur les 12 ans de la période de l'étude. Seulement trois passages ont été retenus, établissant à 36 le nombre de dossiers exclus,

- 12 cas d'agressions sexuelles ont été exclus car il s'agissait de doubles d'examens par des médecins différents du service ou la victime ne rapporte pas son premier examen et cinquante-sept cas annulés (réquisitions exigées non ramenées...),

- 237 déclarations d'agressions sexuelles de patient·e·s n'ont pas été incluses à nos analyses car les agressions n'étaient pas sexuelles par nature (enregistrées par erreur) ou parce que les patient·e·s ont indiqué ultérieurement que l'agression n'avait jamais eu lieu,

- 48 dossiers ont été exclus pour diverses autres raisons (manquants : non archivés, mal conservés...).

2.1.1 Période rétrospective : De janvier 2010 au 31 décembre 2019

2.1.1.1 Fréquence des violences sexuelles par année de 2010 à 2019

Tableau 13 : Fréquence des violences sexuelles durant la période 2010-2019

Année	Effectif	%
2010	138	7,3
2011	129	6,8
2012	131	6,9
2013	156	8,2
2014	151	8,0
2015	194	10,2
2016	255	13,5
2017	276	14,6
2018	216	11,4
2019	246	13,0
TOTAL	1892	100
Fréquence	1892/83320	2,3%

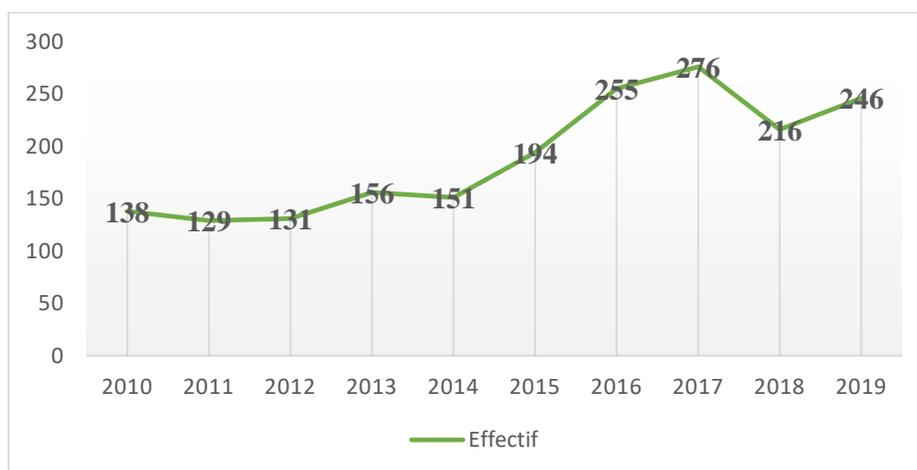


Figure 14 :Fréquence des violences sexuelles durant la période 2010-2019

Durant la période rétrospective, nous avons pris en charge 1892 victimes vivantes de violences sexuelles sur un nombre total de 83320 consultations ; ceci représente 2,3% de l'ensemble des consultations de l'unité d'exploration médico-judiciaire.

Le nombre de victimes vivantes de violences sexuelles examinées est en augmentation depuis 2015 avec une légère baisse en 2018.

2.1.1.2 Caractéristiques socio-démographiques et médicaux des victimes de 2010 à 2019

Tableau 14 : Caractéristiques socio-démographiques et médicaux des victimes de 2010 à 2019

Caractéristiques socio-démographiques et médicaux des victimes	Effectif	%
Age		
- Inférieur à 13	579	(30,6%)
- 13-15	338	(17,9%)
- 16 à 17	448	(23,7%)
- 18	145	(7,7%)
- 19 à 24	211	(11,1%)
- 25 à 34	120	(6,3%)
- 35 à 49	42	(2,2%)
- 50 à 64	5	(0,3%)
- 65 et plus	1	(0,0%)
- Inconnu*	3	(0,1%)
Sexe		
- Féminin	1226	(64,8%)
- Masculin	666	(35,2%)
Statut civil		
- Célibataire	296	(15,6%)
- Marié(e)	50	(2,6%)
- Divorcé(e)	30	(1,6%)
- Veuf(ve)	3	(0,1%)
- Inconnu	9	(0,5%)
- Non applicable (0-18ans)	1504	(79,5%)
Nombre d'enfants		
- Aucun	1372	(72,4%)
- 1-3	36	(1,9%)
- >3	4	(0,2%)
- Inconnu/	112	(5,9%)
- Non applicable	368	(19,4%)
Niveau d'instruction		
- Inconnu	221	(11,7%)
- Illettré(e)	11	(0,6%)
- Non applicable (0-3ans)	50	(2,6%)
- Pas encore scolarisé(e) (4-7ans)	91	(4,8%)
- Primaire	448	(23,7%)
- Moyen	738	(39,0%)
- CAP	32	(1,7%)
- Secondaire	236	(12,7%)
- Universitaire	65	(3,4%)

Profession		
- Non applicable*	1511	(79,86%)
- Sans emploi	302	(16,0%)
- Employé	20	(1,0%)
- Artisan, chef d'entreprise	17	(0,9%)
- Commerçant	5	(0,3%)
- Cadre et profession intellectuelle	3	(0,1%)
- Ouvrier	-	-
- Autres**	9	(0,5%)
- Inconnue***	25	(1,3%)
Antécédents		
- Médicaux	12	(0,6%)
- Chirurgicaux	103	(5,4%)
- Psychiatriques	137	(7,2%)
- Agressions sexuelles	344	(18,2%)
Médication/Usage de drogue(s)		
- Consommation de tabac habituelle	147	(7,8%)
- Consommation d'alcool habituelle	65	(3,4%)
- Consommation de cannabis habituelle	68	(3,6%)
- Consommation de médicaments psychotropes habituelle	101	(5,3%)
- Consommation d'héroïne/de cocaïne habituelle	2	(0,1%)
- Consommation de prégabaline habituelle	50	(2,6%)
- Consommation de toxique autre habituelle	8	(0,4%)
Antécédents judiciaires		
- Infraction(s) sexuelle(s)	15	(0,8%)
- Infraction(s) non sexuelle(s)	13	(0,7%)
Retard/échec scolaire	656	(34,7%)

Le profil socio-démographique des victimes de violences sexuelles est celui d'une fille (64,8%), mineure (72,2%), âgée de moins de 13 ans (30,6%), célibataire (15,6%), sans enfants (72,4%), de niveau d'instruction moyen (39%), sans emploi (16%). La victime avait des antécédents de troubles psycho-pathologiques (automutilation, fugues, toxicomanie...) (7,2%), d'agressions sexuelles (18,2%), de consommation de tabac (7,8%) ou de médicaments psychotropes habituelles (5,3%), d'infractions sexuelles (0,8%) et de retard ou d'échec scolaire (34,7%).

2.1.2 Période prospective : De janvier 2020 au 31 décembre 2021

2.1.2.1 Fréquence des violences sexuelles par année de 2020 à 2021

Tableau 15 : Fréquence des violences sexuelles durant la période 2020-2021

Année	Effectif	%
2020	186	48,4
2021	198	51,6
TOTAL	384	100
Fréquence	384/15834	2,4%

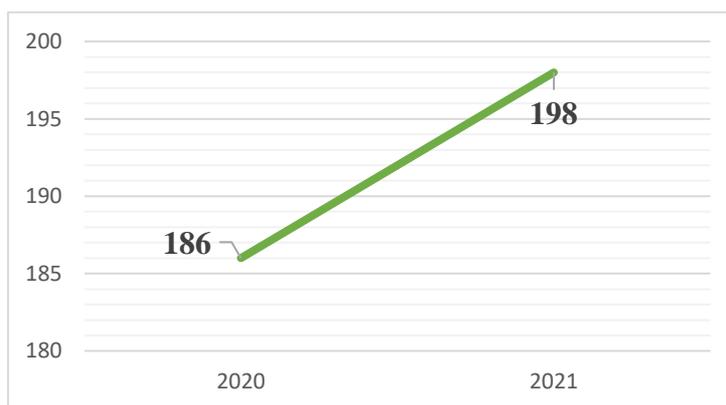


Figure 15 : Fréquence des violences sexuelles durant la période 2020-2021

Durant la période prospective, nous avons pris en charge 384 victimes vivantes de violences sexuelles sur un nombre total de 15834 consultations ; ceci représente 2,4% de l'ensemble des consultations de l'unité d'exploration médico-judiciaire.

La comparaison des deux périodes montre que la fréquence, malgré la pandémie COVID-19 est presque identique (2,3%-2,4%).

2.1.2.2 Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des victimes de 2020 à 2021

Tableau 16 : Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des victimes de 2010 à 2021

Caractéristiques et cliniques des victimes	socio-démographiques	Effectif	%
Age			
- Inférieur à 13		109	(28,4%)
- 13-15		87	(22,6%)
- 16 à 17		108	(28,1%)
- 18		30	(7,8%)
- 19 à 24		33	(8,6%)
- 25 à 34		11	(2,9%)
- 35 à 49		4	(1,0%)
- 50 à 64		2	(0,5%)
- 65 et plus		-	-
- Inconnu*		-	-
Sexe			
- Féminin		251	(62,8%)
- Masculin		133	(34,6%)
Statut civil			
- Célibataire		44	(11,4%)
- Marié(e)		4	(1%)
- Divorcé(e)		3	(0,8%)
- Veuf(ve)		-	-
- Inconnu		-	-
- Non applicable (0-18ans)		333	(86,7%)

Nombre d'enfants		
- Aucun	292	(76,0%)
- 1-3	6	(1,6%)
- >3	-	-
- Inconnu/	-	-
- Non applicable	86	(22,4%)
Niveau d'instruction		
- Inconnu	47	(12,2%)
- Illettré(e)	1	(0,3%)
- Non applicable (0-3ans)	12	(3,1%)
- Pas encore scolarisé(e) (4-7ans)	11	(2,9%)
- Primaire	91	(23,7%)
- Moyen	146	(38,0%)
- CAP	6	(1,6%)
- Secondaire	60	(15,6%)
- Universitaire	10	(2,6%)
Profession		
- Non applicable*	334	(87,0%)
- Sans emploi	41	(10,7%)
- Employé	5	(1,3%)
- Artisan, chef d'entreprise	1	(0,3%)
- Commerçant	-	-
- Cadre et profession intellectuelle	1	(0,3%)
- Ouvrier	2	(0,5%)
- Autres**	-	-
- Inconnue***	-	-
Antécédents		
- Médicaux	1	(0,3%)
- Chirurgicaux	22	(5,7%)
- Psychiatriques	87	(22,6%)
- Agressions sexuelles	112	(29,2%)
Médication/Usage de drogue(s)		
- Consommation de tabac habituelle	50	(13,0%)
- Consommation d'alcool habituelle	16	(4,2%)
- Consommation de cannabis habituelle	24	(6,2%)
- Consommation de médicaments psychotropes habituelle	31	(8,1%)
- Consommation d'héroïne/de cocaïne habituelle	3	(0,8%)
- Consommation de prégabaline habituelle	41	(10,7%)
- Consommation de toxique autre habituelle	3	(0,8%)
Antécédents judiciaires		
- Infraction(s) sexuelle(s)	1	(0,3%)
- Infraction(s) non sexuelle(s)	1	(0,3%)
Retard/échec scolaire	149	(38,8%)

Le profil socio-démographique des victimes de violences sexuelles est celui d'une fille (62,8%), mineure (79,1%), âgée de moins de 13 ans (28,4%), célibataire (11,4%), sans enfants (76%), de niveau d'instruction moyen (38%), sans emploi (10,7%). La victime avait des antécédents de troubles psycho-pathologiques (automutilation, fugues, toxicomanie...) (22,6%), d'agressions sexuelles (29,2%), de consommation de tabac (13%) ou de prégabaline habituelles (10,7%), d'infractions sexuelles (0,3%) et de retard ou d'échec scolaire (38,8%).

2.1.3 Période de 2010 à 2021 : Regroupement des données

2.1.3.1 Fréquence des violences sexuelles par année de 2010 à 2021

Tableau 17 : Fréquence des violences sexuelles par année de 2010 à 2021

Année	Effectif	%
2010	138	6,1
2011	129	5,7
2012	131	5,7
2013	156	6,8
2014	151	6,6
2015	194	8,5
2016	255	11,2
2017	276	12,1
2018	216	9,5
2019	246	10,8
2020	186	8,2
2021	198	8,7
TOTAL	2276	100
Fréquence	2276/ 99154	2,3%

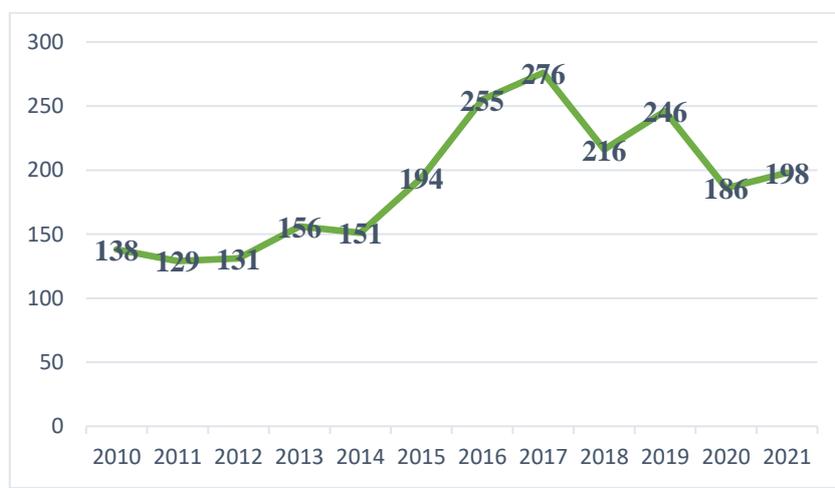


Figure 16: Fréquence des violences sexuelles par année de 2010 à 2021

Durant la période de 2010 à 2021, nous avons pris en charge 2276 victimes vivantes de violences sexuelles sur un nombre total de 99154 consultations ; ceci représente 2,3% de l'ensemble des consultations de l'unité d'exploration médico-judiciaire.

2.1.3.2 Caractéristiques socio-démographiques et médicaux des victimes de 2010 à 2021

Tableau 18 : Caractéristiques socio-démographiques et médicaux des victimes de 2010 à 2021

Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des victimes	2010-2019	2020-2021	2010-2021
Age			
- Inférieur à 13	579 (30,6%)	109 (28,4%)	688 (30,2%)
- 13-15	338 (17,9%)	87 (22,6%)	425 (18,7%)
- 16 à 17	448 (23,7%)	108 (28,1%)	556 (24,4%)
- 18	145 (7,7%)	30 (7,8%)	175 (7,8%)
- 19 à 24	211 (11,1%)	33 (8,6%)	244 (10,7%)
- 25 à 34	120 (6,3%)	11 (2,9%)	131 (5,8%)
- 35 à 49	42 (2,2%)	4 (1,0%)	46 (2,0%)
- 50 à 64	5 (0,3%)	2 (0,5%)	7 (0,3%)
- 65 et plus	1 (0,0%)	-	1 (0,0%)
- Inconnu*	3 (0,1%)	-	3 (0,1%)
Sexe			
- Féminin	1226 (64,8%)	251 (62,8%)	1477 (64,9%)
- Masculin	666 (35,2%)	133 (34,6%)	799 (35,1%)
Statut civil			
- Célibataire	296 (15,6%)	44 (11,4%)	340 (15%)
- Marié(e)	50 (2,6%)	4 (1%)	54 (2,4%)
- Divorcé(e)	30 (1,6%)	3 (0,8%)	33 (1,4%)
- Veuf(ve)	3 (0,1%)	-	3 (0,1%)
- Inconnu	9 (0,5%)	-	9 (0,4%)
- Non applicable (0-18ans)	1504 (79,5%)	333 (86,7%)	1837 (80,7%)
Nombre d'enfants			
- Aucun	1372 (72,4%)	292 (76,0%)	1664 (73,1%)
- 1-3	36 (1,9%)	6 (1,6%)	42 (1,8%)
- >3	4 (0,2%)	-	4 (0,2%)
- Inconnu/	112 (5,9%)	-	112 (0,6%)
- Non applicable	368(19,4%)	86 (22,4%)	454 (24,3%)
Niveau d'instruction			
- Inconnu	221 (11,7%)	47 (12,2%)	268 (11,7%)
- Illettré(e)	11 (0,6%)	1 (0,3%)	12 (0,6%)
- Non applicable (0-3ans)	50 (2,6%)	12 (3,1%)	62 (2,7%)
- Pas encore scolarisé(e) (4-7ans)	91 (4,8%)	11 (2,9%)	102 (4,5%)
- Primaire	448 (23,7%)	91 (23,7%)	539 (23,7%)
- Moyen	738 (39,0%)	146 (38,0%)	884 (38,8%)
- CAP	32 (1,7%)	6 (1,6%)	38 (1,7%)
- Secondaire	236 (12,7%)	60 (15,6%)	296 (13%)
- Universitaire	65 (3,4%)	10 (2,6%)	75 (3,3%)
Profession			
- Non applicable*	1511 (79,86%)	334 (87,0%)	1845 (81,1%)
- Sans emploi	302 (16,0%)	41 (10,7%)	343 (15,1%)
- Employé	20 (1,0%)	5 (1,3%)	25 (1,1%)
- Artisan, chef d'entreprise	17 (0,9%)	1 (0,3%)	18 (0,8%)
- Commerçant	5 (0,3%)	-	5 (0,2%)
- Cadre et profession intellectuelle	3 (0,1%)	1 (0,3%)	4 (0,2%)
- Ouvrier	-	2 (0,5%)	2 (0,1%)
- Autres**	9 (0,5%)	-	9 (0,4%)
- Inconnue***	25 (1,3%)	-	25 (1,1%)

Antécédents			
- Médicaux	12 (0,6%)	1 (0,3%)	13 (0,6%)
- Chirurgicaux	103 (5,4%)	22 (5,7%)	125 (5,5%)
- Psychiatriques	137 (7,2%)	87 (22,6%)	224 (9,8%)
- Agressions sexuelles	344 (18,2%)	112 (29,2%)	456 (20%)
Médication/Usage de drogue(s)			
- Consommation de tabac habituelle	147 (7,8%)	50 (13,0%)	197 (8,7%)
- Consommation d'alcool habituelle	65 (3,4%)	16 (4,2%)	81 (3,6%)
- Consommation de cannabis habituelle	68 (3,6%)	24 (6,2%)	92 (4,0%)
- Consommation de médicaments psychotropes habituelle	101 (5,3%)	31 (8,1%)	132 (5,8%)
- Consommation d'héroïne/de cocaïne habituelle	2 (0,1%)	3 (0,8%)	5 (0,2%)
- Consommation de prégabaline habituelle	50 (2,6%)	41 (10,7%)	91 (4,0%)
- Consommation de toxique autre habituelle	8 (0,4%)	3 (0,8%)	11 (0,5%)
Antécédents judiciaires			
- Infraction(s) sexuelle(s)	15 (0,8%)	1 (0,3%)	16 (0,7%)
- Infraction(s) non sexuelle(s)	13 (0,7%)	1 (0,3%)	14 (0,6%)
Retard/échec scolaire	656 (34,7%)	149 (38,8%)	805 (35,4%)

Le profil socio-démographique des victimes de violences sexuelles est celui d'une fille (64,9%), mineure (73,3%), âgée de moins de 13 ans (30,2%), célibataire (15,%), sans enfants (73,1%), de niveau d'instruction moyen (38,8%), sans emploi (15,1%). La victime avait des antécédents de troubles psycho-pathologiques (automutilation, fugues, toxicomanie...) (9,8%), d'agressions sexuelles (20%), de consommation de tabac (8,7%) ou de médicaments psychotropes habituelles (5,8%), d'infractions sexuelles (0,8%) et de retard ou d'échec scolaire (35,4%).

2.1.4 Statistique descriptive des données regroupées

2.1.4.1 Contexte de l'examen

Tableau 19: Victimes de violences sexuelles- Contexte de l'examen; CHUC ; 2010-2021

Mandaté par la police ou la justice	Effectif	%
Non		
- Consultation sans réquisition	119	5,2
- Avis interservices	56	2,6
Oui		
- Consultation sur réquisition	2072	91
- Consultation sur ordonnance	17	0,7
- Détenus	12	0,5
Total	2276	100

Dans 92,3 % des cas, la prise en charge au service de médecine légale était mandatée par la police ou la justice. Tandis que 5,2 % des victimes étaient venues d’elles-mêmes aux urgences médico-judiciaires, 2,6 % ont été examinées dans le cadre d’un avis interservices

2.1.4.2 Délai de prise en charge en médecine légale

Tableau 20:Victimes de violences sexuelles - Délai de l’examen initial ; CHUC ; 2010-2021

Délai jusqu’à l’examen initial (Délai entre le jour de l’agression et le jour de la consultation	Effectif	%
Inférieur ou égal à 24 heures	888	39,0
24 à 72 heures	367	16,1
72 heures à 7 jours	257	11,3
Supérieur à 1 semaine	396	17,4
Inconnu*	368	16,2
Total	2276	100

*Inconnu : non précisé, inconsciente/séditée, ne sait pas/choc/confusion, pas d’agression

39 % des patient·e·s se sont présenté·e·s aux urgences médico-judiciaires dans les 24 heures suivant l’agression sexuelle subie, et 16,1 % dans les 24 à 72 heures, établissant à 55,1% le nombre de victimes faisant appel aux urgences dans les trois jours. 11,3 % se sont rendu·e·s à l’hôpital entre 72 heures et 7 jours après leur agression, 17,4 % ne se sont présenté·e·s qu’après une semaine.

2.1.4.3 Profils socio-démographiques et antécédents médicaux des patient·e·s s’étant présenté·e·s au service de médecine légale du C.H.U.C. pour les constats de violences sexuelles (2010-2021)

2.1.4.3.1 Sexe

Dans notre série, 64,9 % des victimes étaient de sexe féminin. Le sexe ratio est de 0,54.

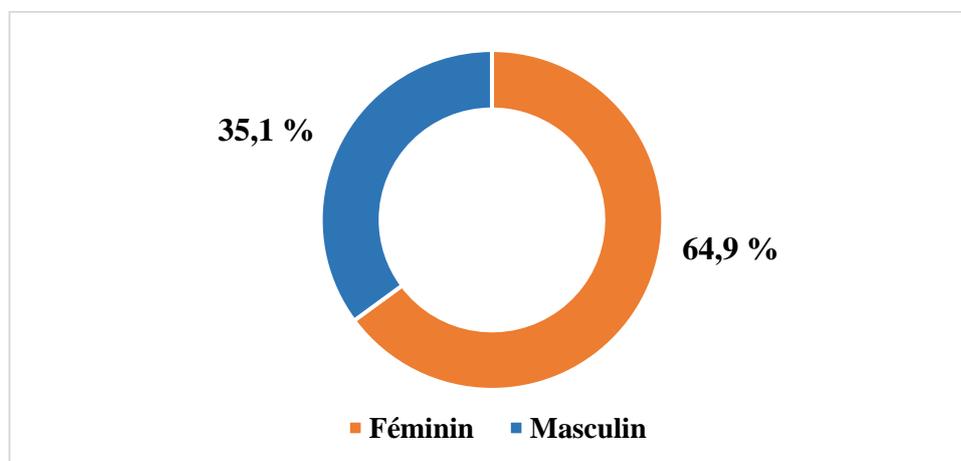


Figure 17 :Sexe des victimes de violences sexuelles ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.3.2 Age

Tableau 21 : Age des victimes de violences sexuelles ; CHUC ; 2010-2021

Age (ans)	Effectif	%
Inférieur à 13	688	30,2
13-15	425	18,7
16 à 17	556	24,4
18	175	7,8
19 à 24	244	10,7
25 à 34	131	5,8
35 à 49	46	2,0
50 à 64	7	0,3
65 et plus	1	0,0
Inconnu*	3	0,1
Total	2276	100

* Inconnu : non précisé, inconsciente/sédattée*

Les victimes âgées de moins de 18 ans représentent 73,3 % des cas.

Tableau 22 : Représentation paramétrique de l'âge des victimes de violences sexuelles; CHUC ; 2010-2021

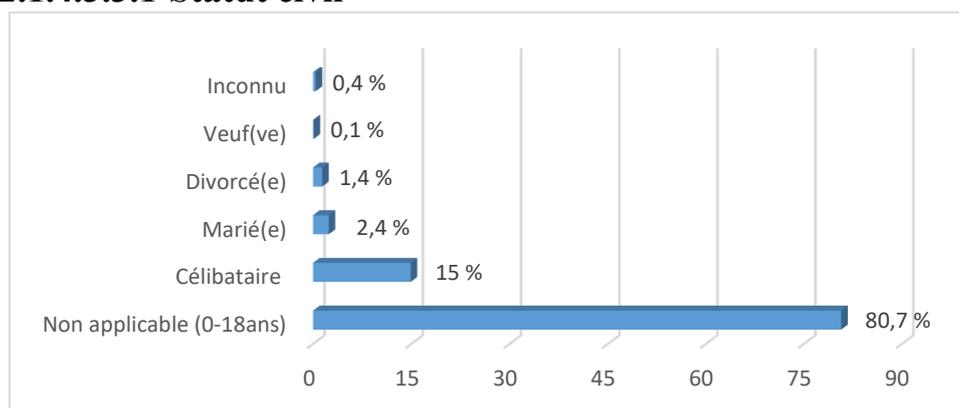
Age (ans)	Moyenne ± Ecart type	Médiane	[Min-Max]
	15,28 ± 7,4	16	[0-71]

L'âge médian des victimes vivantes est de 16 ans avec des extrêmes allant de 0 à 71 ans.

L'âge moyen est de 15,28 ± 7,4.

2.1.4.3.3 Contexte familial

2.1.4.3.3.1 Statut civil



Inconnu : non précisé, inconsciente/sédattée

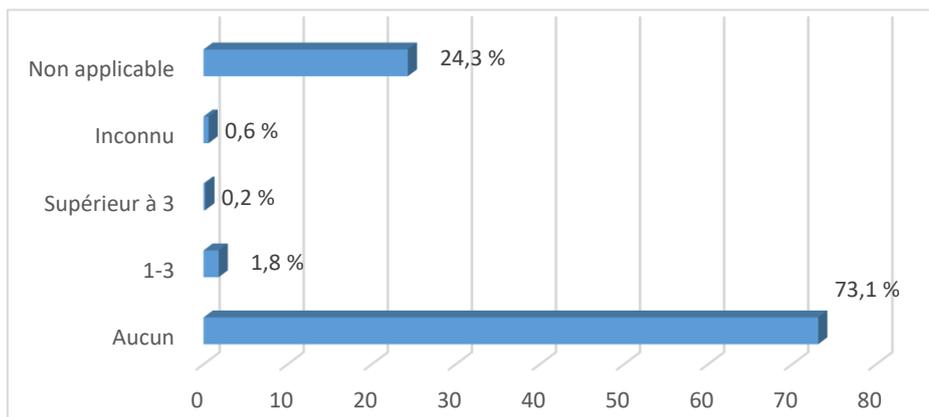
Figure 18: Statut civil des victimes de violences sexuelles; CHUC ; 2010-2021

81,1 % des patient.e.s avaient moins de 19 ans et donc n'avaient pas encore atteint l'âge légal du mariage. 15 % des patient.e.s examiné.e.s pour agression sexuelle étaient célibataires,

2,4 % marié·e·s, 1,4 % étaient divorcé·e·s et 0,1 % étaient veuf(ve)s. Dans 0,4 % des déclarations d’agression sexuelle, il n’était pas fait mention du statut civil de la victime.

2.1.4.3.3.2 Nombre d’enfants

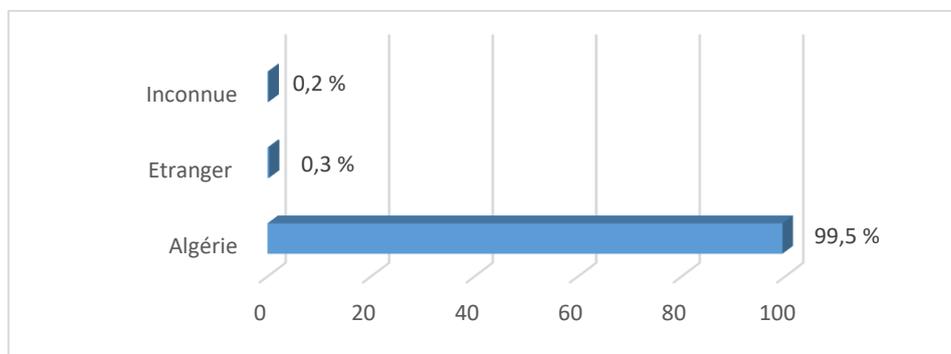
73,1 % des patient.e.s, examiné.e.s pour agression sexuelle, n’avaient pas d’enfants. 1,8 % avaient un à trois enfants, 0,2 % en avaient plus de trois et 24,3 % n’auraient pas pu en avoir du fait de leur âge.



Inconnu : non précisé, inconsciente/sédatée
 Non applicable : victimes de sexe masculin <10 ans, victimes de sexe féminin <9ans ou >60 ans
Figure 19: Nombre d’enfants des victimes de violences sexuelles; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.3.4 Localisation géographique

La quasi-totalité des patient·e·s étaient originaires d’Algérie (99,5 %). Une infime proportion de patient·e·s s’étant présenté·e·s pour agression sexuelle étaient originaires d’un autre pays (0,3 %). L’origine géographique de 0,2 % des participant·e·s à l’étude était indiquée comme inconnue car le rapport de leur agression sexuelle n’en faisait pas mention ou qu’elle.s étaient inconsciente.s ou sédatée.s.



Inconnue : non précisé, inconsciente/sédatée
Figure 20 : Victimes de violences sexuelles - Localisation géographique ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.3.5 Wilayas et communes de résidence

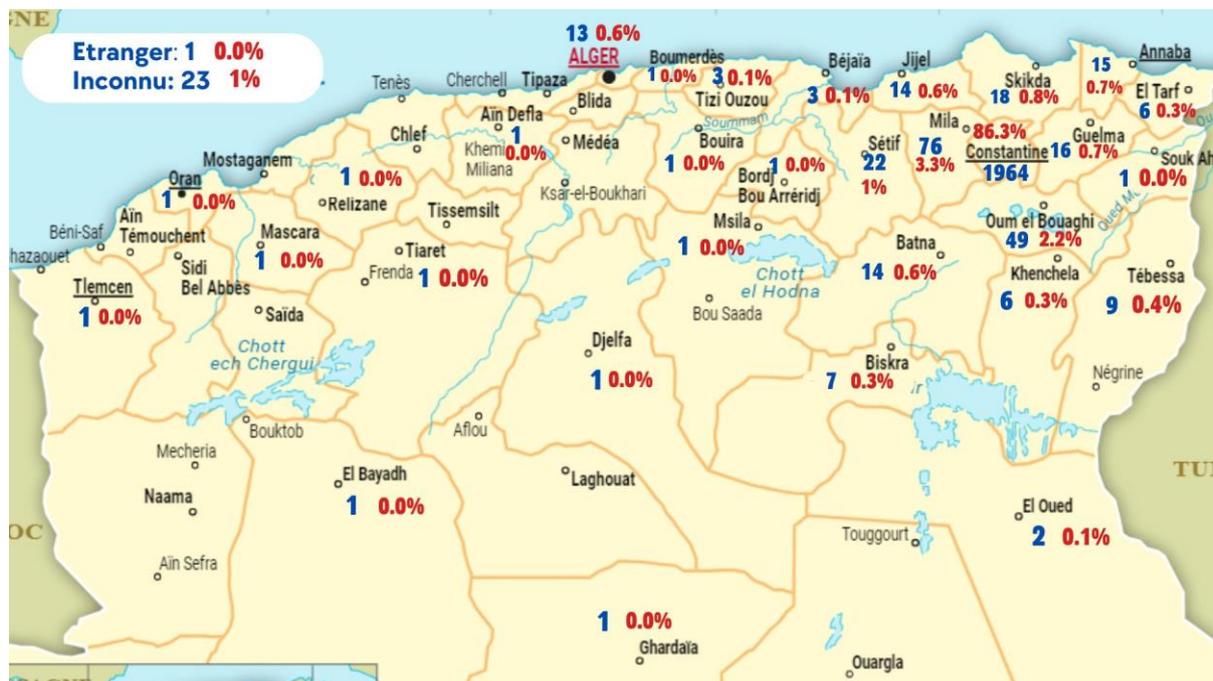


Figure 21 : Victimes de violences sexuelles -Wilaya de résidence ; CHUC ; 2010-2021

Nous avons noté que 86,3 % des victimes étaient originaires de la wilaya de Constantine. Suivie de la wilaya de Mila avec 3,3 % des victimes et de la wilaya d'Oum El Bouaghi avec 2,2 %.

Tableau 23 : Victimes de violences sexuelles - Wilaya de résidence ; CHUC ; 2010-2021

Lieu de résidence	Effectif	%
Constantine	1964	86,3
Mila	76	3,3
Oum El Bouaghi	49	2,2
Sétif	22	1,0
Skikda	18	0,8
Guelma	16	0,7
Annaba	15	0,7
Jijel	14	0,6
Batna	14	0,6
Alger	13	0,6
Tébessa	9	0,4
Autres*	43	1,8
Inconnue**	23	1,0
Total	2276	100

*Autres : Ain Defla, Bejaia, Biskra, BBA, Bouira, Boumerdes, Djelfa, El Bayadh, El Oued, El Tarf, Ghardaïa, Khenchela, Mascara, Msila, Oran, Relizane, Souk Ahras, Tيارت, Tizi Ouzou, Tlemcen, Etranger

** Inconnue : non précisé, inconsciente/sédattée

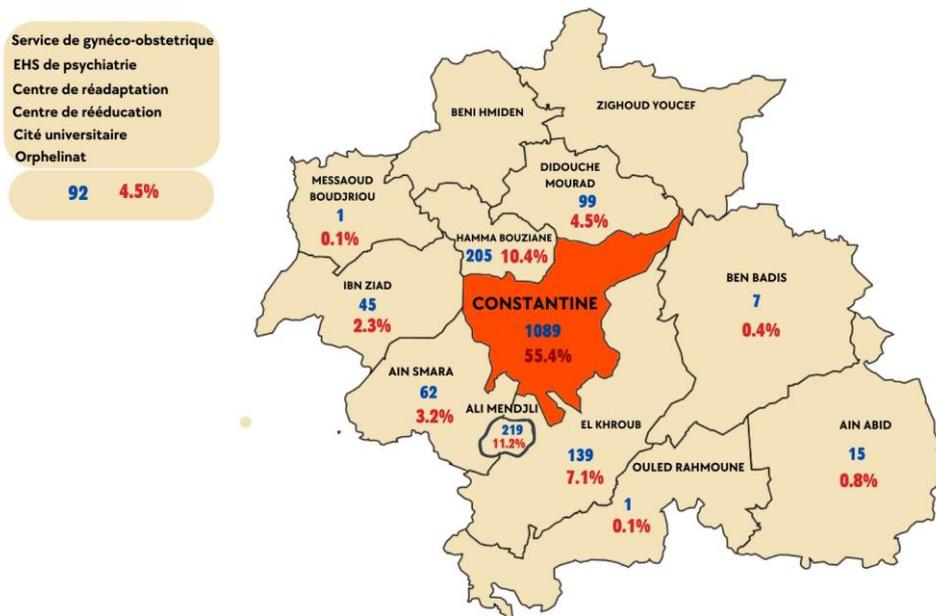


Figure 22 : Victimes de violences sexuelles- Communes de résidence; CHUC ; 2010-2021

Les victimes étaient originaires de la commune de Constantine dans 55,4 % des cas. Par ordre décroissant d'incidence, la commune d'Ali Mendjli (11,2 %), la commune de Hamma bouziane (10,4 %), suivie par la commune d'El Khroub (7,1%), puis la commune de Didouche Mourad (4,5 %), d'Ain Smara (3,2 %), d'Ibn Ziad (2,3 %), d'Ain Abid (0,8 %), d'Ibn Badis (0,4 %), d'Ouled Rahmoune (0,1 %) et de Messaoud Boudjeriou (0,1 %).

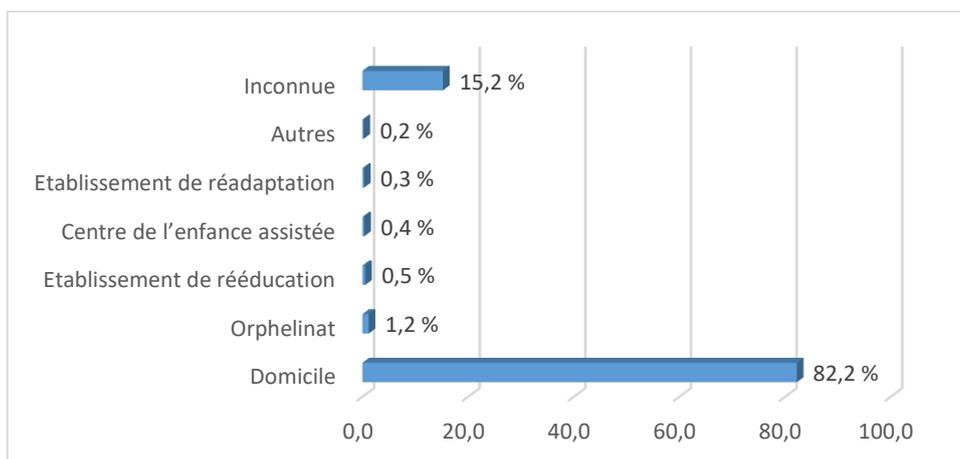
Tableau 24 : Victimes de violences sexuelles - Communes de résidence ; CHUC ; 2010-2021

Résidence à Constantine	Effectif	%
Constantine	1089	55,4
Ali Mendjeli	219	11,2
Hamma bouziane	205	10,4
El Khroub	139	7,1
Didouche Mourad	89	4,5
Ain Smara	62	3,2
Ibn Ziad	45	2,3
Ain Abid	15	0,8
Ibn Badis	7	0,4
Ouled Rahmoune	1	0,1
Messaoud Boudjeriou	1	0,1
Autres*	92	4,5
Total	1964	100

*Autres : Service de gynéco-obstétrique, EHS de psychiatrie, cité universitaire, centre de réadaptation, centre de rééducation, Orphelinat.

2.1.4.3.6 Provenance de la victime

Nous avons noté que 1,2 % des victimes vivaient dans un orphelinat, 0,5 % vivaient dans un établissement de rééducation, 0,4 % vivaient dans un centre de l'enfance assistée et 0,3 % vivaient dans un établissement de réadaptation.

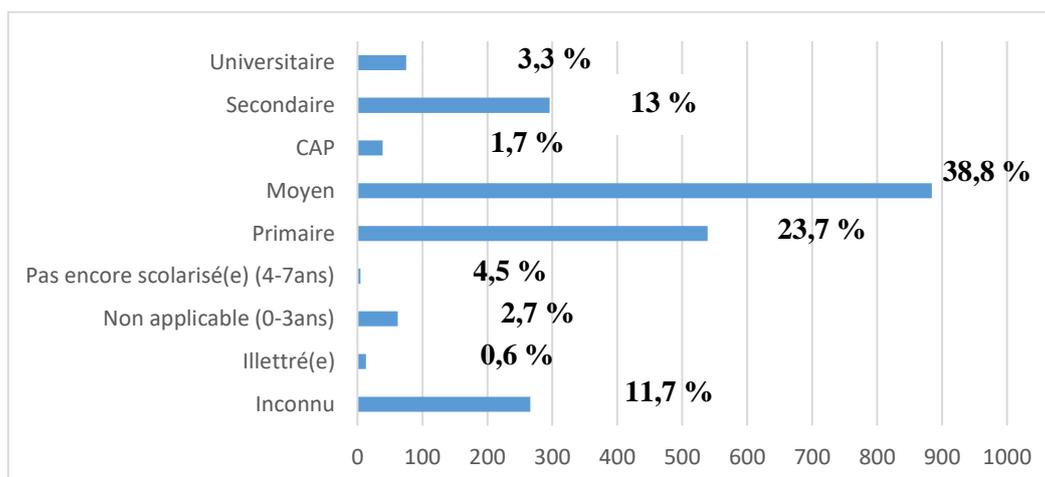


Autres : Service de gynéco-obstétrique, EHS de psychiatrie, cité universitaire
 Inconnue : non précisé, inconsciente/sédattée

Figure 23 : Victimes de violences sexuelles - Provenance ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.3.7 Niveau d'instruction

Nous avons noté que 38,8 % des victimes avaient un niveau éducationnel moyen, 23,7 % avaient un niveau éducationnel primaire et 13 % avaient un niveau éducationnel secondaire.



Inconnu : non précisé, inconsciente/sédattée

Figure 24 : Victimes de violences sexuelles - Niveau d'instruction ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.3.8 Profession

Tableau 25 : Victimes de violences sexuelles - Profession ; CHUC ; 2010-2021

Profession	Effectif	%
Non applicable*	1845	81,1
Sans emploi	343	15,1
Employé	25	1,1
Artisan, chef d'entreprise	18	0,8
Commerçant	5	0,2
Cadre et profession intellectuelle	4	0,2
Ouvrier	2	0,1
Autres**	9	0,4
Inconnue***	25	1
Total	2276	100

*Non applicable : 0-18ans ou >70ans

** Autres : Chauffeur, nourrice, stagiaire, travailleuse du sexe, agriculteur

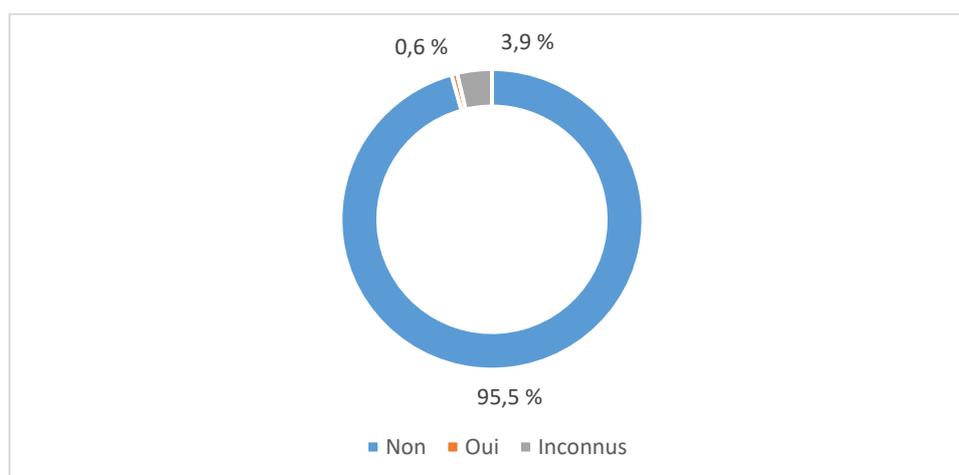
***Inconnue : non précisé, inconsciente/séditée

15,1 % des victimes étaient au chômage, 1,1 % travaillaient en tant qu'ouvrier(e)s et 0,8 % étaient artisans ou chefs d'entreprise.

2.1.4.3.9 Antécédents

2.1.4.3.9.1 Antécédents médicaux

95,5 % des victimes n'avaient pas d'antécédents médicaux.

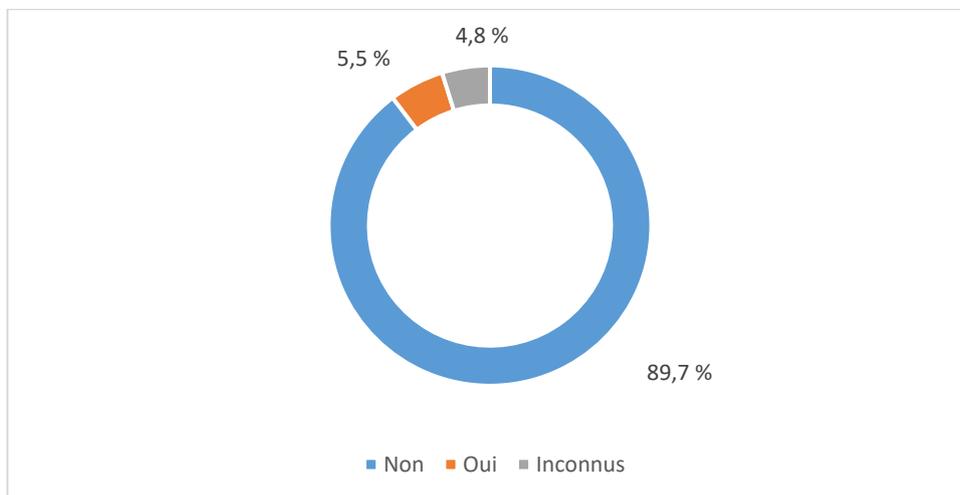


Inconnus : non précisé, inconsciente/séditée, ne sait pas/choc/confusion

Figure 25 : Victimes de violences sexuelles -Antécédents médicaux ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.3.9.2 Antécédents chirurgicaux

89,7 % des victimes n’avaient pas d’antécédents chirurgicaux.

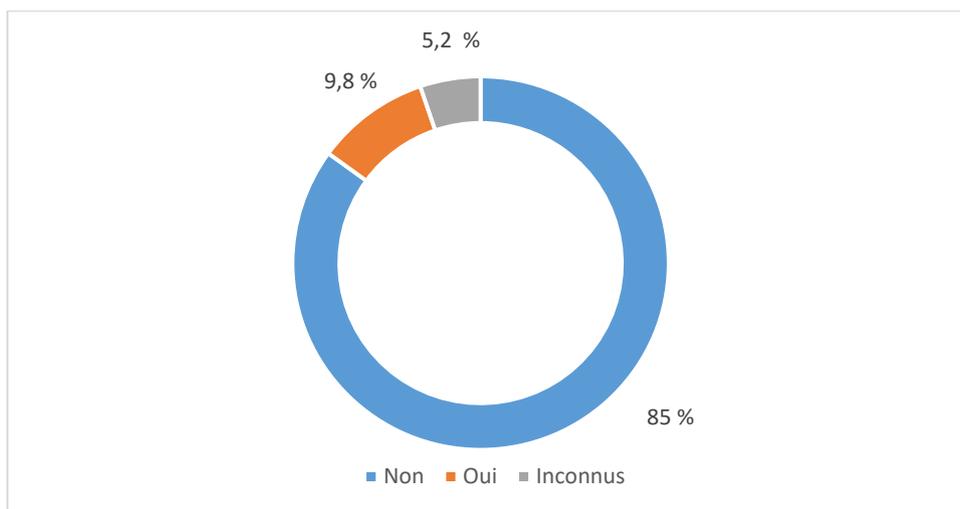


* Inconnus : non précisé, inconsciente/sédaturée, ne sait pas/choc/confusion

Figure 26 : Victimes de violences sexuelles-Antécédents chirurgicaux ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.3.9.3 Antécédents psychiatriques

9,8 % des victimes avaient des antécédents psychiatriques.



Inconnus : non précisé, inconsciente/sédaturée, ne sait pas/choc/confusion

Figure 27 : Victimes de violences sexuelles -Antécédents psychiatriques; CHUC; 2010-2021

2.1.4.3.9.4 Antécédents gynéco-obstétricaux et sexuels

Tableau 26 : Victimes de violences sexuelles- Antécédents gynéco-obstétricaux et sexuels ; CHUC ; 2010-2021

Antécédents gynéco-obstétricaux et sexuels de la victime	Effectif	% (n=1477)
Ménarches		
Oui	1217	82,4
Non	94	6,4
Inconnue*	26	1,7
Non applicable**	140	9,5
Date des dernières règles		
Inférieure ou égale à 10 jours	453	30,7
Supérieure à 10 jours	585	39,6
Inconnue*	205	13,9
Non applicable**	234	15,8
Première pénétration vaginale		
Oui	861	58,3
Non	470	31,8
Inconnue*	146	9,9
Grossesse		
Oui	93	6,3
Non	1027	69,5
Inconnue*	123	8,3
Non applicable**	234	15,9
Contraception		
Oui	40	2,7
Non	1059	71,7
Inconnue*	144	9,7
Non applicable**	234	15,9
Ménopause		
Oui	6	0,4
Non	86	5,8
Non applicable**	1385	93,8
Agression sexuelle		
Oui	456	20,0
▪ Avant l'âge de 10 ans	94	(n=456)20,6
▪ Unique	15	3,3
▪ Multiple	352	77,2
▪ Par un membre de la famille	36	7,9
▪ Par une personne connue étrangère	243	53,3
▪ Par une personne inconnue	35	7,7
▪ Dépôt de plainte	66	14,5
Non	976	42,9
Inconnue*	844	37,1

* Inconnue : non précisé, inconsciente/sédaturée, ne sait pas/choc/confusion

**Non applicable : sexe féminin <8ans ou >59ans

En ligne avec le profil d'âge de l'échantillon, 82,4 % des patientes avaient eu leur ménarches, 30,7 % avaient eu leurs règles depuis 10 jours ou moins et 0,4 % ont confirmé être ménopausées.

2,7 % des patientes utilisaient un moyen contraceptif lors de leur agression. Pour 861 patientes, l'agression sexuelle constituait la première pénétration vaginale (58,3 %).

Parmi les victimes examinées, 6,3 % ont rapportées des antécédents de grossesse et 71,7 % n'utilisaient pas de moyen de contraception,

42,9 % des patient·e·s ont indiqué qu'il s'agissait d'une première agression sexuelle, contre 20 % qui ont dit en avoir déjà été victime auparavant. 37,1 % des constats d'agression sexuelle ne mentionnaient pas s'il s'agissait ou non d'une première agression.

2.1.4.3.9.5 Médication/usage de drogue(s)

Tableau 27 : Victimes de violences sexuelles-Médication et/ou l'usage de drogue(s);CHUC;2010-2021

Médication/usage de drogue(s)	Effectif	%
Consommation de tabac habituelle		
Oui	197	8,7
Non	1813	79,7
Inconnue*	266	11,6
Consommation d'alcool habituelle		
Oui	81	3,6
Non	1938	85,1
Inconnue*	257	11,3
Consommation de cannabis habituelle		
Oui	92	4,0
Non	1912	84,0
Inconnue*	272	12,0
Consommation de médicaments psychotropes habituelle		
Oui	132	5,8
Non	1868	82,1
Inconnue*	276	12,1
Consommation d'héroïne/de cocaïne habituelle		
Oui	5	0,2
Non	2010	88,3
Inconnue*	261	11,5
Consommation de prégabaline habituelle		
Oui	91	4,0
Non	1925	84,6
Inconnue*	260	11,4
Consommation de toxique autre habituelle**		
Oui	11	0,5
Non	1976	86,8
Inconnue*	289	12,7

* Inconnue : non précisé, inconsciente/séditée, ne sait pas/choc/confusion

** Baclofène, Dépakine

Interrogées sur leurs habitudes en matière de consommation, 8,7 % des victimes ont répondu fumer du tabac et 3,6 % boire de l'alcool de manière occasionnelle ou régulière. Parmi les personnes consommant de la drogue, les substances les plus citées étaient : les psychotropes (5,8 %), le cannabis (4,0 %), la prégabaline (4,0 %) et l'héroïne ou la cocaïne (0,2 %).

2.1.4.3.9.6 Antécédents judiciaires

Tableau 28 : Victimes de violences sexuelles- Antécédents judiciaires ; CHUC ; 2010-2021

Antécédents judiciaires de la victime	Effectif	%
Infraction(s) sexuelle(s)		
Oui	16	0,7
Non	1341	58,9
Inconnus*	429	18,9
Non applicable**	489	21,5
Infraction(s) non sexuelle(s)		
Oui	14	0,6
Non	1402	61,6
Inconnus*	370	16,3
Non applicable**	489	21,5

* Inconnus : non précisé, inconsciente/séditée, ne sait pas/choc/confusion

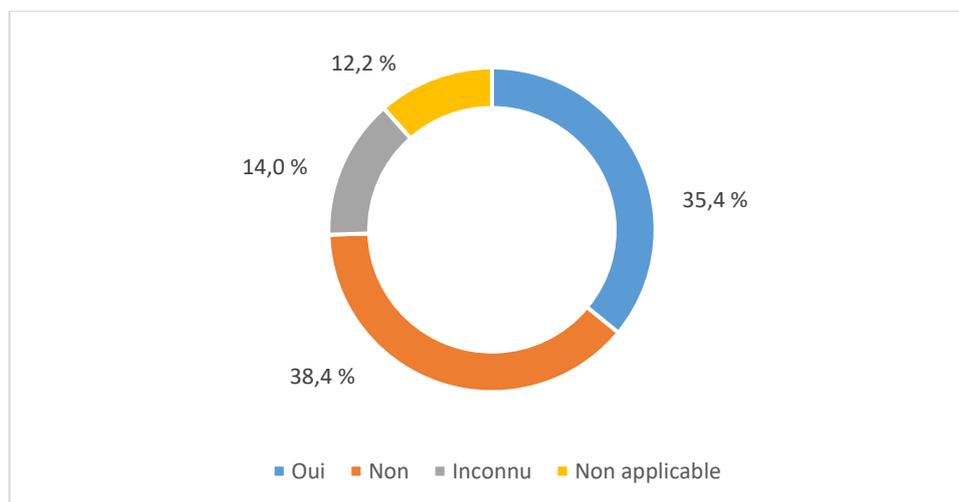
**Non applicable : <10ans

58,9 % des victimes ont déclaré ne pas avoir d’antécédents judiciaires d’infraction(s) sexuelle(s) et 61,9 % d’entre elles ont déclaré ne pas avoir d’antécédents judiciaires d’infraction(s) non sexuelle(s).

21,5 % des victimes avaient moins de 10 ans et donc ne pouvaient pas être tenues responsables.

2.1.4.3.9.7 Retard/échec scolaire

35,4 % des victimes ont rapporté un retard ou un échec scolaire.



Inconnu : non précisé, inconsciente/séditée, ne sait pas/choc/confusion

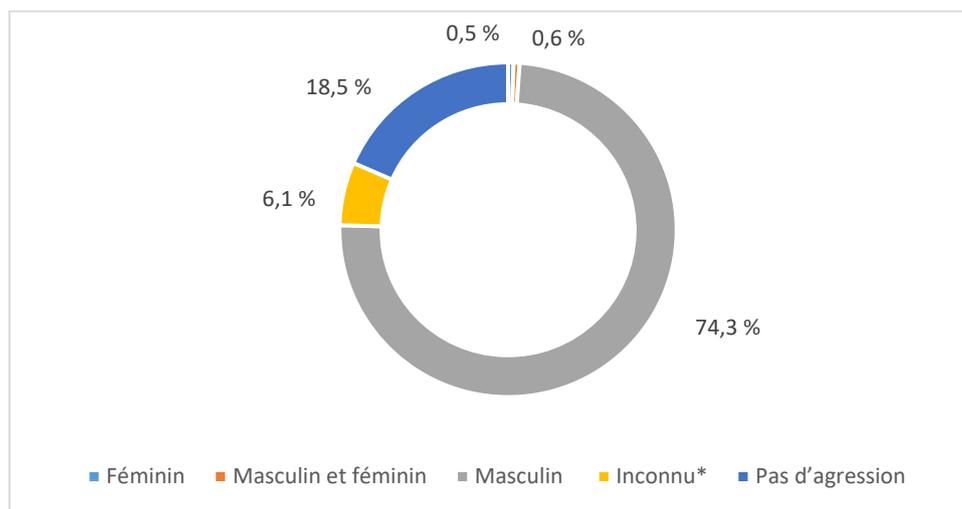
Non applicable : 0-3 ans/pas encore scolarisé (4-7 ans)/illettré/scolarisé (5-6 ans)

Figure 28 : Victimes de violences sexuelles- Retard et/ou l’échec scolaire ; CHUC; 2010-2021

2.1.4.4 Profils socio-démographiques et antécédents médicaux des auteurs présumés rapportés par les patient·e·s s'étant présent·e·s au service de médecine légale du C.H.U.C. pour les constats de violences sexuelles (2010-2021)

2.1.4.4.1 Sexe

74,3 % des auteurs présumés étaient de sexe masculin.

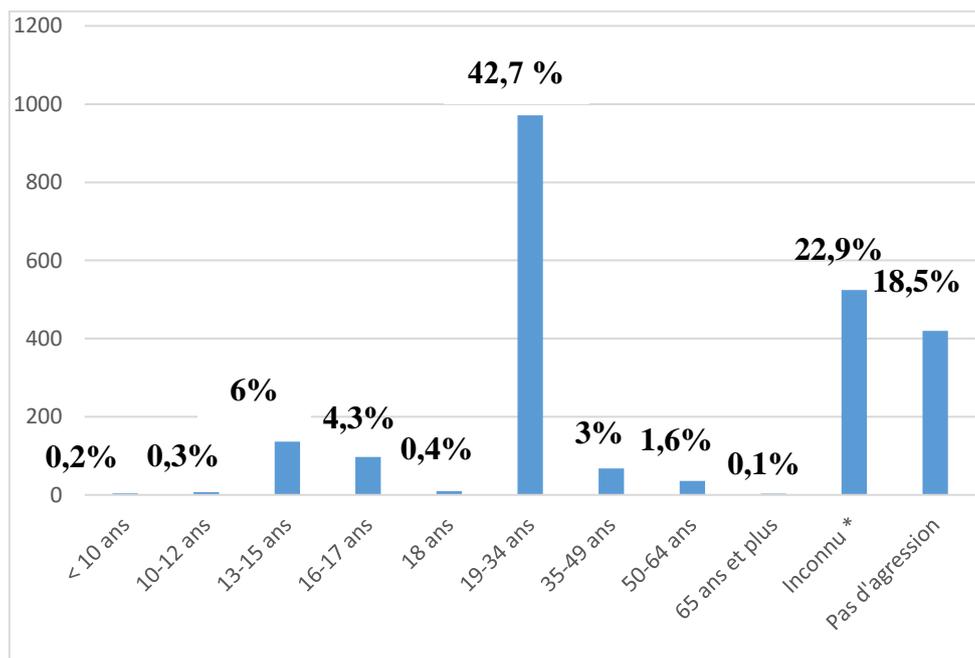


*Inconnu : non précisé, inconsciente/sédattée, ne sait pas/choc/confusion

Figure 29 : Sexe des auteurs présumés de violences sexuelles; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.4.2 Age

La majorité des victimes étaient agressées par des adultes jeunes de 19 à 34 ans (42,7%).



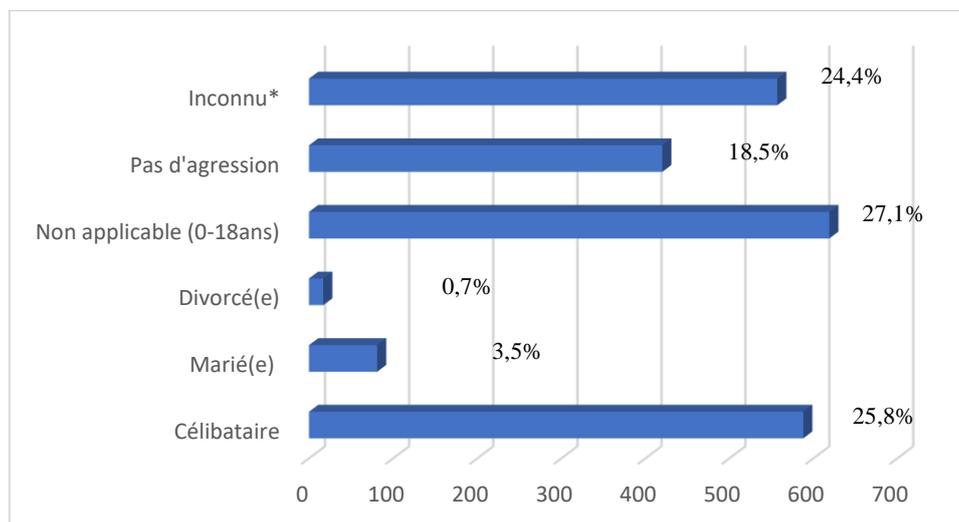
* Inconnu : non précisé, inconsciente/sédattée, ne sait pas/choc/confusion

Figure 30 : Age des auteurs présumés de violences sexuelles ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.4.3 Contexte familial

2.1.4.4.3.1 Statut civil

L’auteur présumé est célibataire dans 25,8 % des cas. 27,1 % des agresseurs avaient moins de 18ans et donc n’avaient pas atteint l’âge légal du mariage.

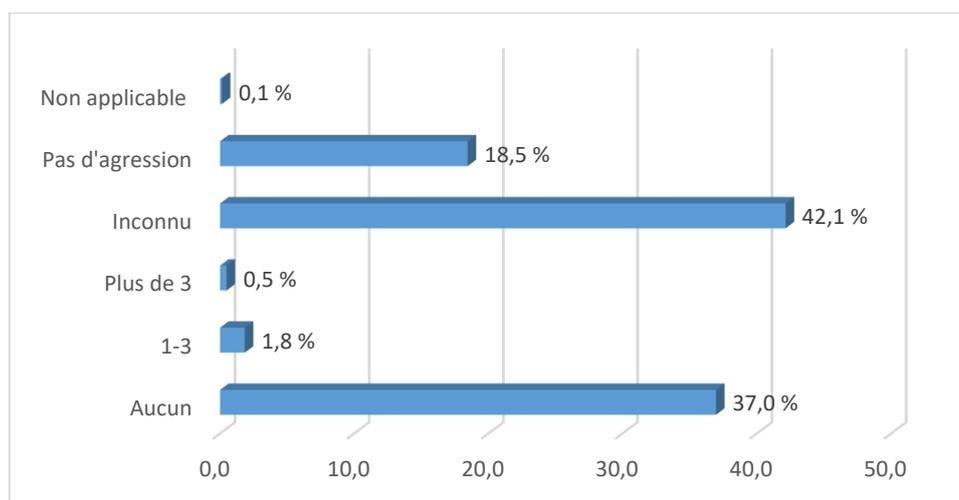


*Inconnu : non précisé, inconsciente/sédattée, ne sait pas/choc/confusion

Figure 31 : Statut civil des auteurs présumés de violences sexuelles; CHUC; 2010-2021

2.1.4.4.3.2 Nombre d'enfants

37 % des auteurs présumés n’avaient pas d’enfants et 1,8 % en avaient un à trois.



Inconnu : non précisé, inconsciente/sédattée, ne sait pas/choc/confusion

Figure 32 : Nombre d'enfants des auteurs présumés de violences sexuelles; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.4 Localisation géographique

80,8 % des auteurs présumés étaient originaires d’Algérie.

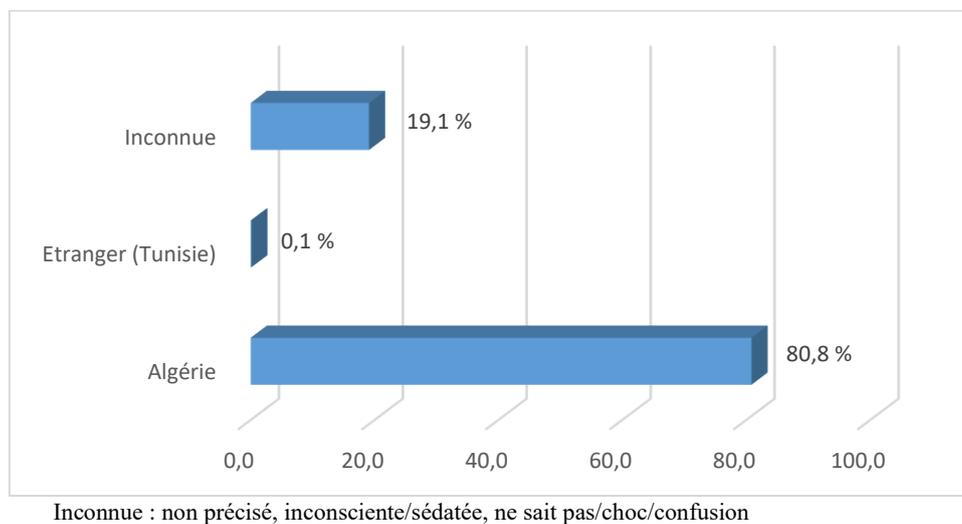
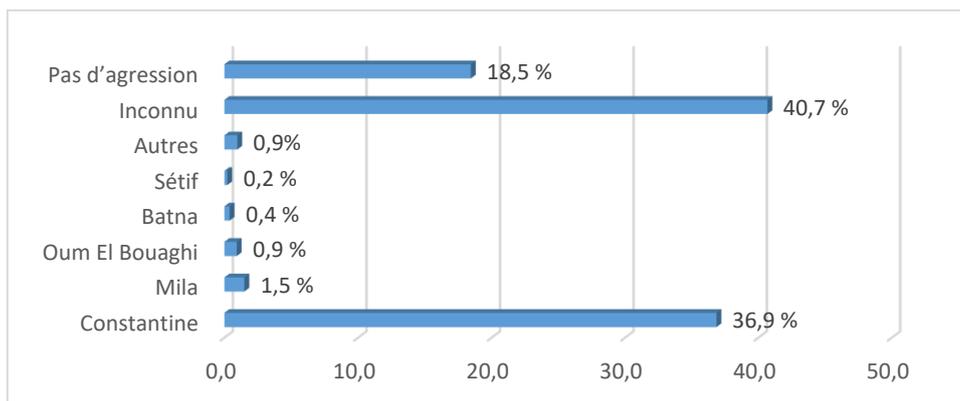


Figure 33 : Auteurs présumés de violences sexuelles – Localisation géographique ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.5 Wilayas et communes de résidence



Figure 34 : Wilayas de résidence des auteurs présumés; CHUC ; 2010-2021



Autres : Ain Defla, Bejaia, Biskra, BBA, Bouira, Boumerdes, Djelfa, El Bayadh, El Oued, El Tarf, Ghardaïa, Khenchela, Mascara, Msila, Oran, Relizane, Souk Ahras, Tiaret, Tizi Ouzou, Tlemcen, Etranger
 Inconnu : non précisé, inconsciente/séditée, ne sait pas/choc/confusion

Figure 35 : Wilayas de résidence des auteurs présumés; CHUC ; 2010-2021

Dans 40,7 % des cas, la victime ne connaissait pas le lieu de résidence de l’auteur présumé. Les agresseurs étaient originaires de Constantine dans 36,9 % des cas. Mila (1,5 %), Oum El Bouaghi (0,9 %) et Batna (0,4 %).

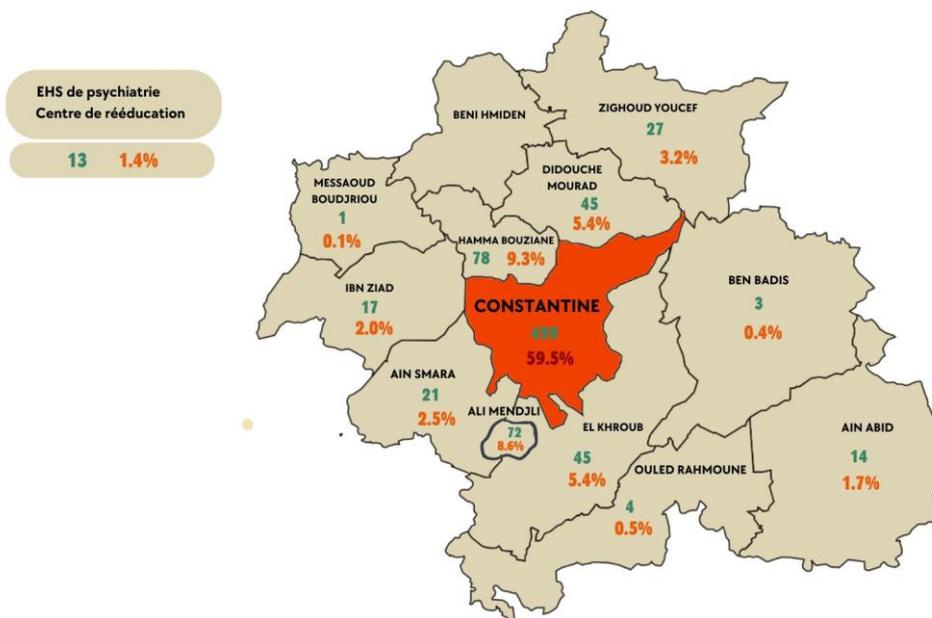


Figure 36 : Commune de résidence des auteurs présumés

Tableau 29 : Communes de résidence des auteurs présumés ; CHUC ; 2010-2021

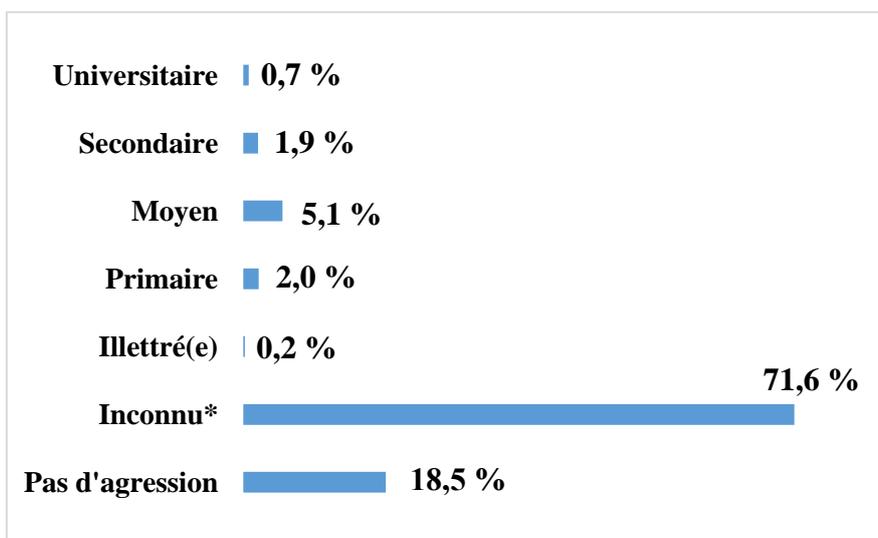
Résidence à Constantine	Effectif	%
Constantine	499	59,5
Ali Mendjeli	72	8,6
Hamma bouziane	78	9,3
El Khroub	45	5,4
Didouche Mourad	45	5,4
Zighoud Youcef	27	3,2
Ain Smara	21	2,5
Ibn ziad	17	2,0
Ain Abid	14	1,7
Ibn Badis	3	0,4
Ouled Rahmoune	4	0,5
Messaoud Boudjeriou	1	0,1
Autres*	13	1,4
Total	839	100,0

Autres* : EHS de psychiatrie, établissement de rééducation.

Les auteurs présumés étaient originaires de la commune de Constantine dans 59,5 % des cas. Par ordre décroissant d'incidence, les communes : de Hamma bouziane (9,3 %), d'Ali Mendjeli (6,6 %), d'El Khroub (5,4 %), de Didouche Mourad (5,4 %), de Zighoud Youcef (3,2 %), d'Ain Smara (2,5 %), d'Ibn Ziad (2,0 %), d'Ain Abid (1,7 %), d'Ouled Rahmoune (0,5 %), d'Ibn Badis (0,4 %) et de Messaoud Boudjeriou (0,1 %).

2.1.4.4.6 Niveau d'instruction

Nous avons noté que 5,1 % des auteurs présumés avaient un niveau éducationnel moyen, 2 % avaient un niveau éducationnel primaire et 1,9 % avaient un niveau éducationnel secondaire. Ce dernier est inconnu dans 71,6 % des cas.

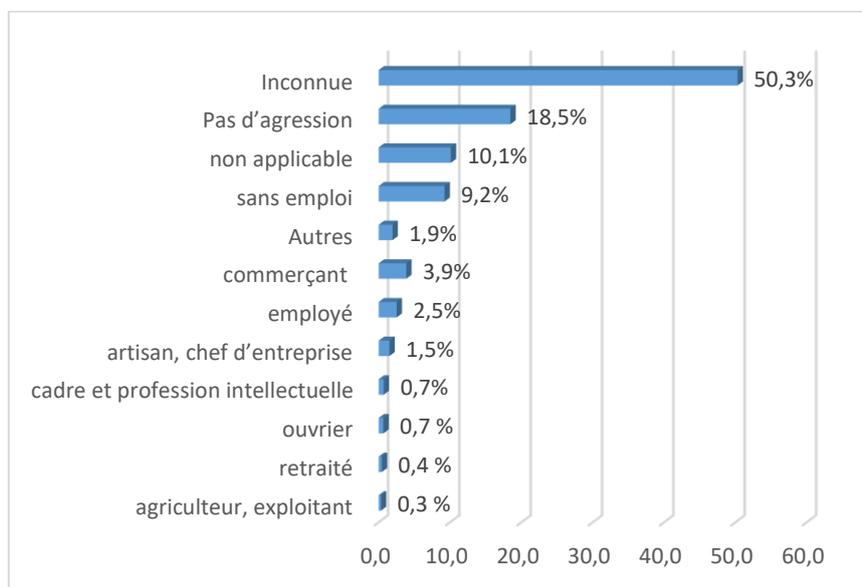


*Inconnu : non précisé, inconsciente/séditée, ne sait pas/choc/confusion

Figure 37 : Auteurs présumés de violences sexuelles- Niveau d'instruction ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.4.7 Profession

Dans 50,3 % des cas, la victime ne connaissait pas la profession de l’auteur présumé. 9,2 % des agresseurs étaient sans emploi, 3,9 % étaient commerçants, 2,5 % employés et 1,5 % étaient artisans ou chefs d’entreprise. Les cadres et les professions intellectuelles représentaient 0,7 % ainsi que les ouvriers.



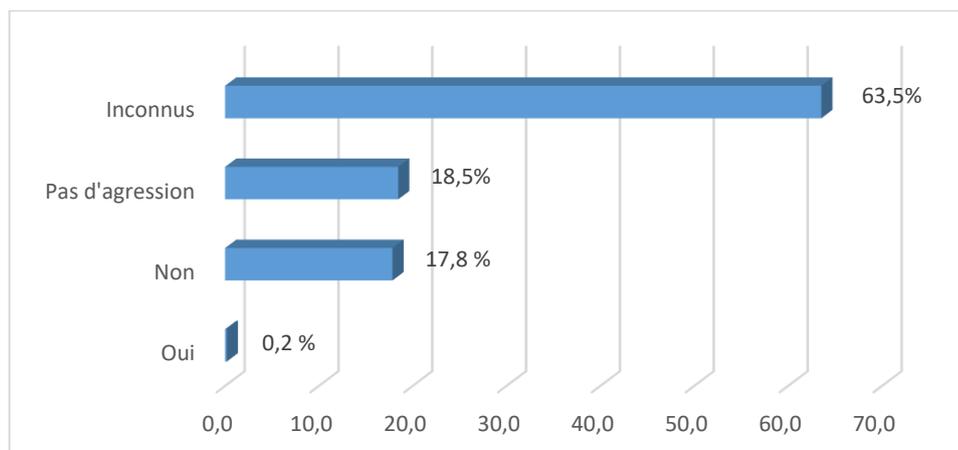
Autres : chanteur, chauffeur de bus, receveur de bus, chauffeur poids lourds, chauffeur taxi, fraudeur, dealeur, proxénète, livreur, serveur, vendeur, raki, stagiaire, vendeur
 Inconnue : non précisé, inconsciente/séditée, ne sait pas/choc/confusion

Figure 38 : Auteurs présumés de violences sexuelles- Profession; CHUC; 2010-2021

2.1.4.4.8 Antécédents de l’auteur présumé

2.1.4.4.8.1 Antécédents médico-chirurgicaux

63,5 % des victimes ne connaissaient pas les antécédents médico-chirurgicaux de leurs agresseurs.

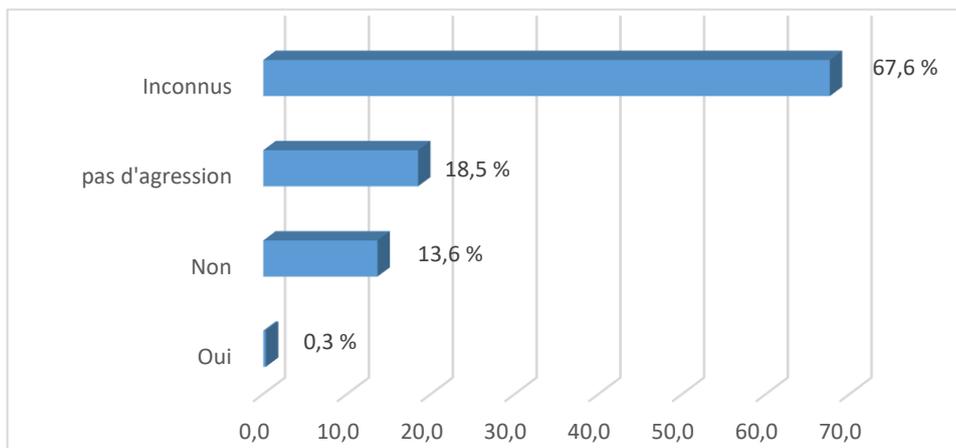


Inconnus : non précisé, inconsciente/séditée, ne sait pas/choc/confusion

Figure 39 : Auteurs présumés de violences sexuelles- Antécédents médicochirurgicaux ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.4.8.2 Antécédents psychiatriques

67,6 % des victimes ne connaissaient pas les antécédents psychiatriques de leurs agresseurs.

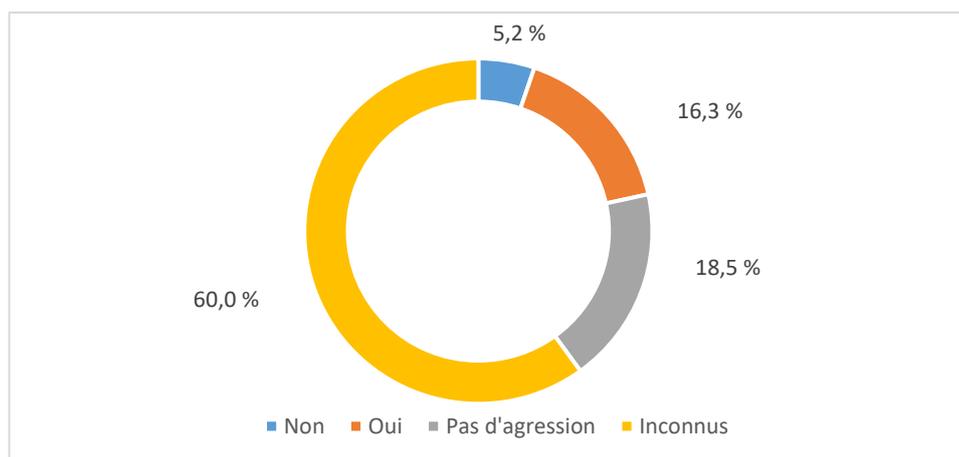


Inconnus : non précisé, inconsciente/séditée, ne sait pas/choc/confusion

Figure 40 : Auteurs présumés de violences sexuelles- Antécédents psychiatriques ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.4.8.3 Médication/usage de drogue(s)

16,3 % des patient·e·s ont indiqué que leurs agresseurs avaient des antécédents de médication et ou d’usage de drogue(s).



Inconnus : non précisé, inconsciente/séditée, ne sait pas/choc/confusion

Figure 41 : Auteurs présumés de violences sexuelles - Médication et l’usage de drogue(s) ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.4.8.4 Antécédents judiciaires

Tableau 30 : Auteurs présumés de violences sexuelles - Antécédents judiciaires ; CHUC ; 2010-2021

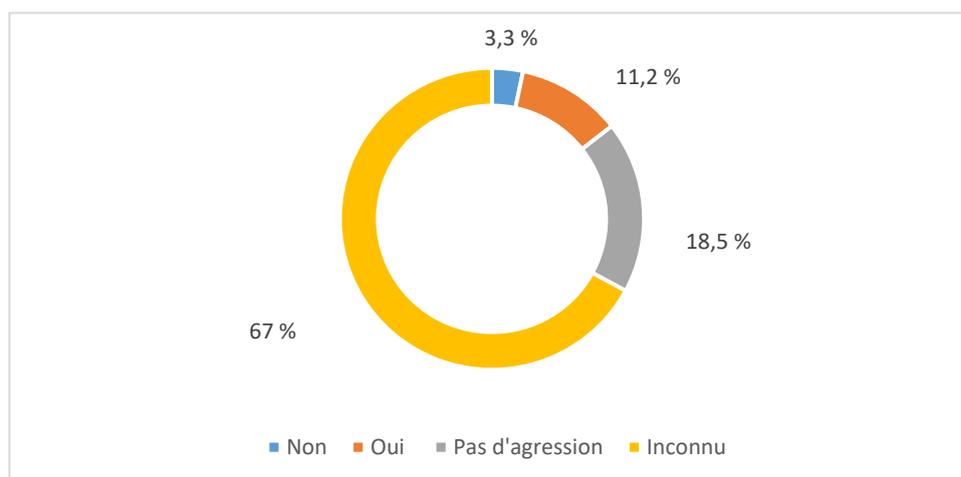
Antécédents judiciaires de l'auteur présumé	Effectif	%
Infraction(s) sexuelle(s)		
Oui	53	2,3
Non	304	13,4
Pas d'agression	420	18,5
Inconnus*	1499	65,8
Infraction(s) non sexuelle(s)		
Oui	59	2,6
Non	242	10,6
Pas d'agression	420	18,5
Inconnus*	1555	68,3

* Inconnus : non précisé, inconsciente/séditée, ne sait pas/choc/confusion

Des patient.e.s ont indiqué que leurs agresseurs avaient des antécédents judiciaires : infractions sexuelles (2,3 %) et/ou non sexuelles (2,6 %).

2.1.4.4.8.5 Retard/échec scolaire

11,2 % des auteurs présumés avaient un échec ou un retard scolaire.



Inconnu : non précisé, inconsciente/séditée, ne sait pas/Choc/Confusion

Figure 42 :Auteurs présumés de violences sexuelles - Retard/l' échec scolaire ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.5 Données relatives à l'agression

2.1.4.5.1 Années

Tableau 31 :Victimes de violences sexuelles- Année de l'agression; CHUC ; 2010-2021

Année	Effectif	%
2010	139	6,1
Total	2276	100

9 de nos patient.e.s consulté.e.s en 2010, étaient en fait des agressions subies en 2008 (2 cas) et en 2009 (7 cas).

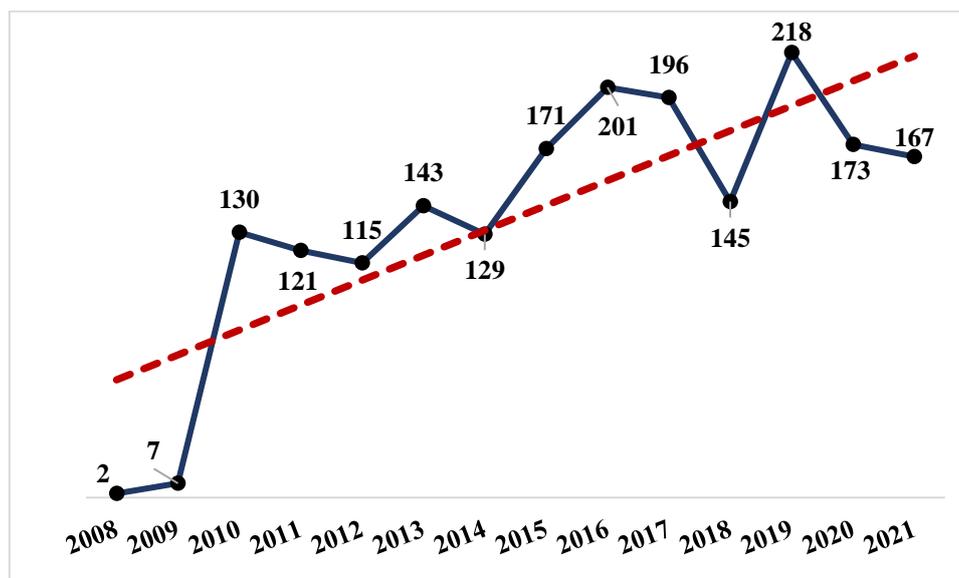


Figure 43 :Victimes de violences sexuelles - Année de l'agression ; CHUC ; 2010-2021

La courbe montre une nette tendance évolutive à la hausse des cas de violences sexuelles chez les victimes vivantes au cours de ces douze dernières années. D'autre part, nous avons constaté une diminution des consultations pour violences sexuelles en 2020 et 2021.

2.1.4.5.2 Mois de l'agression

Tableau 32 : Victimes de violences sexuelles- Mois de l'agression ; CHUC ; 2010-2021

Mois de l'agression	Fréquence	%
Janvier	173	7,6
Février	154	6,8
Mars	168	7,4
Avril	174	7,6
Mai	133	5,8
Juin	152	6,7
Juillet	190	8,4
Août	164	7,2
Septembre	146	6,4
Octobre	169	7,4
Novembre	151	6,6
Décembre	144	6,4
Manquant	358	15,7
Total	2276	100,0

Les mois d'été ont compté le plus grand nombre de consultations pour agression sexuelle (n = 506, 22,2 %) par comparaison avec les autres saisons (hiver : 20,7 %, printemps : 20,9 %, automne : 20,4 %).

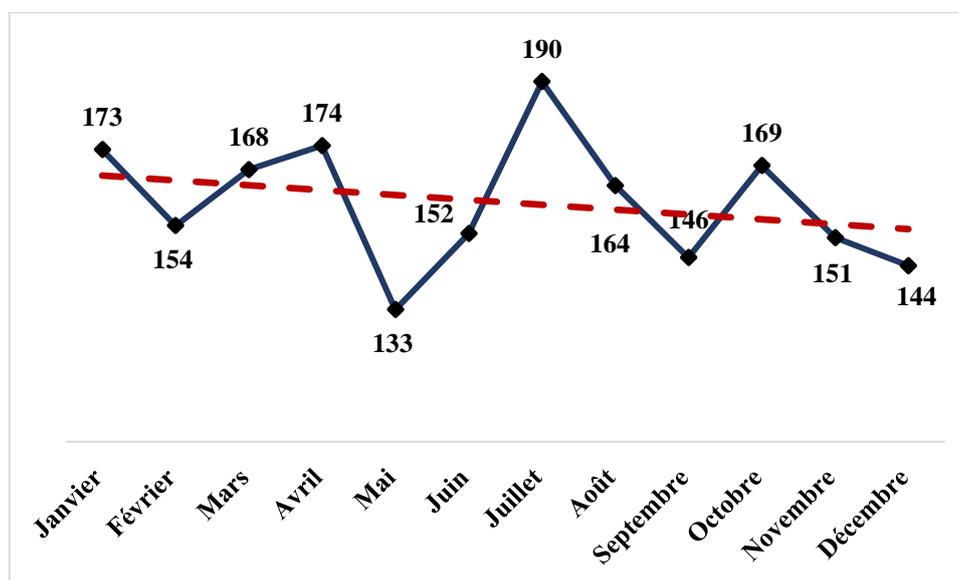


Figure 44 : Victimes de violences sexuelles - Mois de l'agression ; CHUC ; 2010-2021

La courbe de tendance montre un quasi-équilibre de l'évolution des cas de violences sexuelles chez les victimes vivantes à travers les douze mois de l'année.

2.1.4.5.3 Jour de la semaine

Tableau 33 : Victimes de violences sexuelles - Jour de l'agression ; CHUC ; 2010-2021

Jour de la semaine	Effectif	%
Dimanche	318	14,0
Lundi	306	13,4
Mardi	282	12,4
Mercredi	289	12,7
Jeudi	275	12,1
Vendredi	208	9,1
Samedi	241	10,6
Manquant	357	15,7
Total	2276	100

Dans notre étude, nous avons noté que le nombre d'agressions sexuelles était augmenté en début de semaine, soit le dimanche et le lundi.

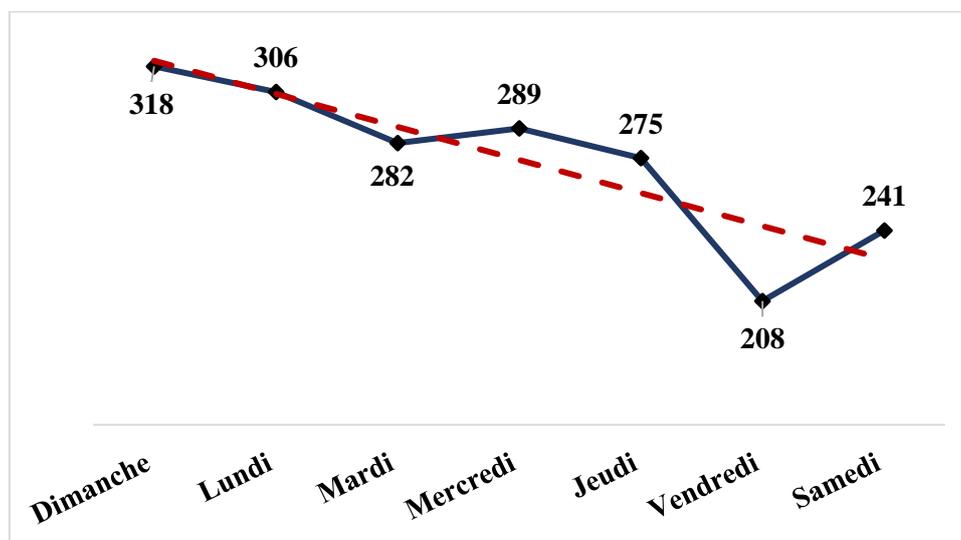
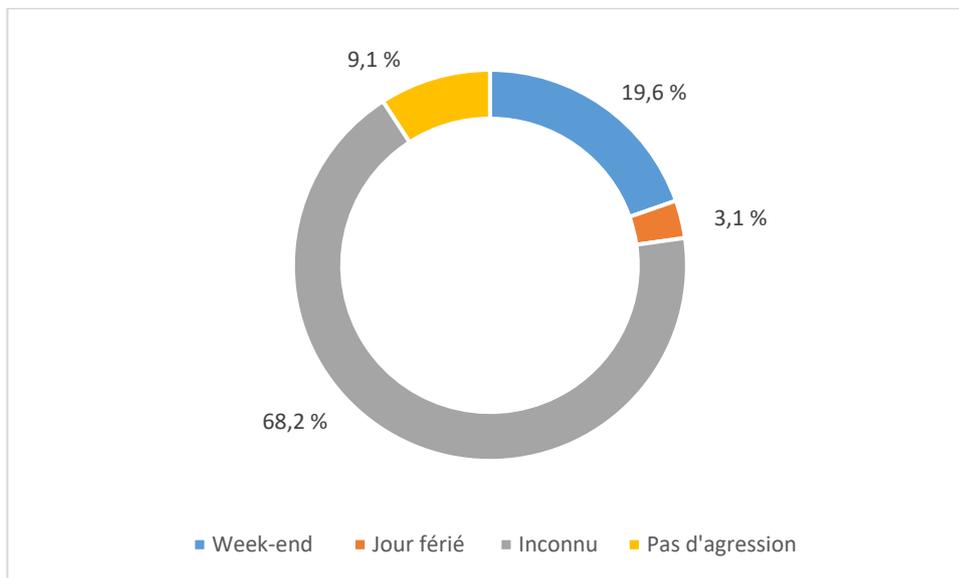


Figure 45 : Victimes de violences sexuelles - Jour de l'agression ; CHUC ; 2010-2021

La courbe montre une nette tendance évolutive à la baisse des cas de violences sexuelles chez les victimes vivantes de dimanche à samedi.

2.1.4.5.4 Week-end et jours fériés

19,6 % (n = 447) de l'ensemble des agressions sexuelles sont intervenues le week-end, donc le vendredi ou le samedi.

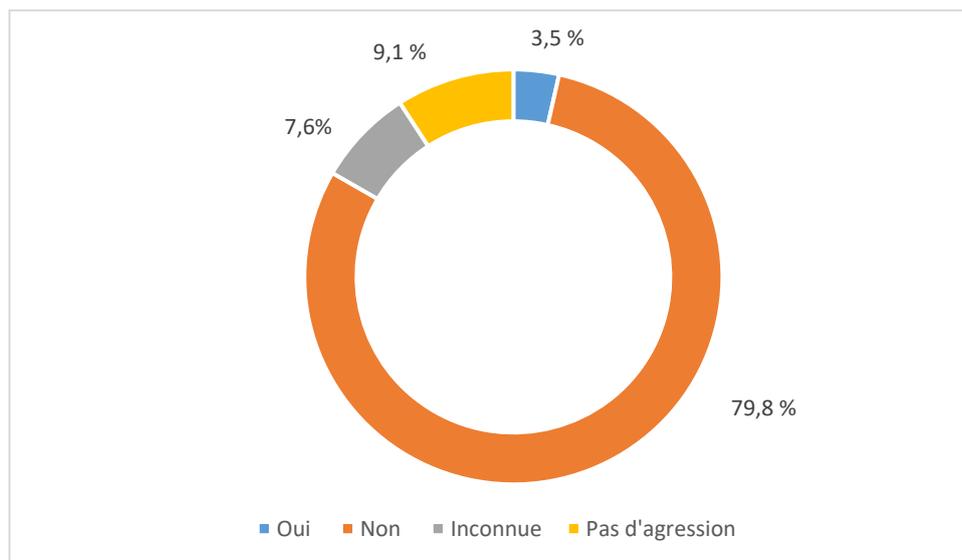


Inconnu : non précisé, inconsciente/séditée, ne sait pas/choc/confusion

Figure 46 : Victimes de violences sexuelles- Agression les weekends et jours fériés ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.5.5 Mois de Ramadan

80 cas d'agressions sexuelles (3,5 %) pendant le mois de Ramadan.

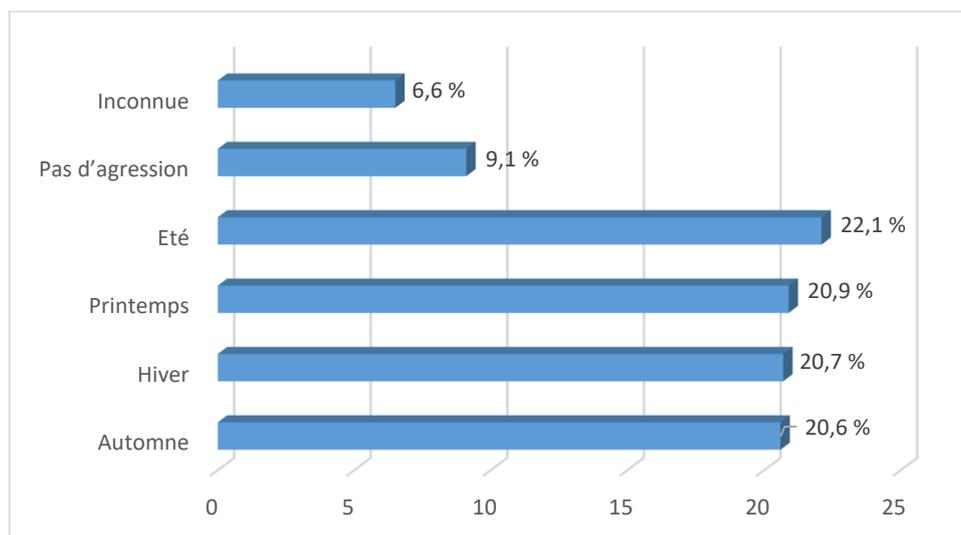


Inconnue : non précisé, inconsciente/séditée, ne sait pas/choc/confusion

Figure 47 : Victimes de violences sexuelles - Agression le mois de Ramadan ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.5.6 Saison de l'agression

La répartition des agressions sexuelles par rapport à la saison a montré que le pic de fréquence d'agression sexuelle est l'été (22,1 %).



Inconnue : non précisé, inconsciente/sédaturée, ne sait pas/choc/confusion

Figure 48 : Victimes de violences sexuelles - Saison de l'agression ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.5.7 Lieu de l'agression

L'agression a eu lieu le plus souvent au domicile de la victime (18,6 %), dans un lieu isolé (14,4 %), au domicile de l'auteur (9,4 %) ou dans un lieu public : forêt, jardin public, pont, monument aux morts, plage, ... (8,1 %).

Plus rarement, elle a eu lieu dans un véhicule (4,5 %), au domicile d'un ami ou d'un membre de la famille (2,3 %), une institution : gare routière, orphelinat, établissements de rééducation ou de réadaptation, ... (1,1 %), un espace d'études (1 %), une maison en construction (1%), un garage (0,9 %), un local commercial (0,8 %) ou une cage d'escalier d'un immeuble (0,7 %).

D'autres lieux ont été plus rarement rapportés : la mosquée, l'hôtel, les caves d'immeubles, ...

Tableau 34 : Victimes de violences sexuelles - Lieu de l'agression ; CHUC; 2010-2021

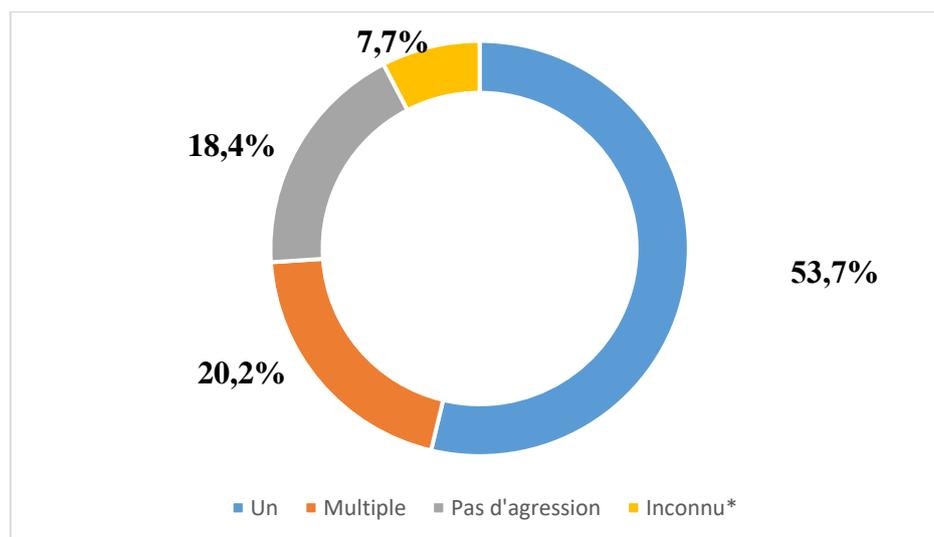
Lieu de l'agression	Effectif (%)
Domicile	690 (30,3)
- Domicile de la victime	423
- Domicile de l'auteur	215
- Domicile d'ami/membre de la famille	52
Lieu public	185 (8,1)
- Forêt	67
- Jardin public	7
- Pont	4
- Monument aux morts	4
- Plage	2
- Autres lieu public	101
Véhicule	102 (4,5)
- Voiture	98
- Autobus	3
- Camion	1
Institution	25 (1,1)
- Gare routière	15
- Orphelinat	3
- Etablissement de réadaptation	2
- Etablissement de rééducation	2
- SEACO	2
- Complexe sportif	1
Ecole	25 (1,1)
- Espace d'étude	24
- Résidence universitaire	1
Autres (y compris non spécifié)	960 (42,1)
- Non spécifié	520
- Lieu isolé	328
- Maison en construction	22
- Garage	21
- Local commercial	19
- Cage d'escalier d'un immeuble	16
- Mosquée	8
- Cave d'un immeuble	7
- Maison abandonnée	4
- Bidonville	2
- Ferme	3
- Route reliant deux villes	3
- Hammam	2
- Etablissement de travail sexuel	2
- Salle de fêtes	2
- Local d'un charlatan	1
Hôtel	7 (0,3)
Etablissement de soin	1 (0,1)
Inconnu*	281 (12,3)
Pas d'agression	276 (12,1)

* Inconnu : non précisé, inconsciente/sédaturée, ne sait pas/choc/confusion

2.1.4.5.8 Nombre d'agresseurs

Dans 53,7 % (n= 1223) des cas, l'agresseur sexuel avait agi seul et dans 7,7 % (n = 173) des cas, le nombre d'agresseurs n'était pas précisé ou les victimes étaient dans l'incapacité de le dire.

Dans 20,2 % (n = 460) des cas, il y avait plusieurs agresseurs, généralement un mélange de connus et inconnus.



*Inconnu : non précisé, inconsciente/séditée, ne sait pas/choc/confusion

Figure 49 : Victimes de violences sexuelles - Nombre d'agresseurs ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.5.9 Agresseur connu

Tableau 35 : Victimes de violences sexuelles - Agresseur connu ; CHUC ; 2010-2021

Agresseur connu	Effectif	%
Non	367	16,1
Oui/oui et non (agresseurs>1)	1466	(n=1466)64,5
- Ancien partenaire intime	6	0,4
- Codétenu	12	0,9
- Ami/Collègue/Pair/Connaissance	15	1,0
- Autre (connu de la victime)	16	1,1
- Figure d'autorité/Soignant	23	1,6
- Connaissance de réseau social/Internet	86	5,9
- Membre de famille	93	6,3
- Voisin	296	20,2
- Partenaire intime actuel	373	25,4
- Autre (inconnu de la victime)	546	37,2
Inconnu*	443	19,4
Total	2276	100

*Inconnu : non précisé, inconsciente/séditée, ne sait pas/Choc/Confusion

Dans le cas d'un agresseur unique, il était connu de la victime dans 64,5 % des cas et inconnu dans 16,1 % des cas.

Dans le cas où l'agresseur était connu de sa victime, il s'agissait : d'un partenaire intime actuel (25,4 %), d'un voisin (20,2 %) ou d'un membre de la famille (6,3%). Plus rarement cités comme auteurs dans cette population : les figures d'autorité (1,6 %), l'ami/collègue/pair/ou connaissance (1 %) et un ancien partenaire intime (0,4 %) ont été plus rarement cités comme auteurs dans cette population.

2.1.4.5.10 Agression rapportée par la victime

Tableau 36 : Victimes de violences sexuelles - Violence rapportée ; CHUC ; 2010-2021

Agression rapportée	Effectif	%
Agression psychologique	1792	78,7
Agression sexuelle	1442	63,4
Agression physique	811	35,6
Fugue	589	25,9
Séquestration et enlèvement	390	17,1
Soumission chimique	250	11,0
Utilisation d'arme	205	9,0
Agression en présence d'un mineur de moins de 18ans	170	7,5
Vol	19	0,8
Prostitution forcée	4	0,2
Exhibition	4	0,2
Prise de photos à caractère pornographique	2	0,1
Harcèlement sexuel	2	0,1

Nous avons retrouvé la notion d'agression psychologique (78,7 %), d'agression physique (35,6 %), de fugue (25,9 %), de séquestration ou d'un enlèvement (17,1 %) ou de soumission chimique (11%).

Une arme avait été utilisé dans 9 % des cas et un mineur était présent durant l'agression dans 7,5 % des cas.

Le vol (0,8 %), la prostitution forcée (0,2 %), l'exhibition (0,2 %), la prise de photos à caractère pornographique (0,1 %) et le harcèlement sexuel (0,1 %) ont été également rapportés.

2.1.4.5.11 Facteur(s) aggravant(s)/situation(s) de vulnérabilité

Tableau 37 : Victimes de violences sexuelles - Facteur(s) aggravant(s)/situation(s) de vulnérabilité ; CHUC ; 2010-2021

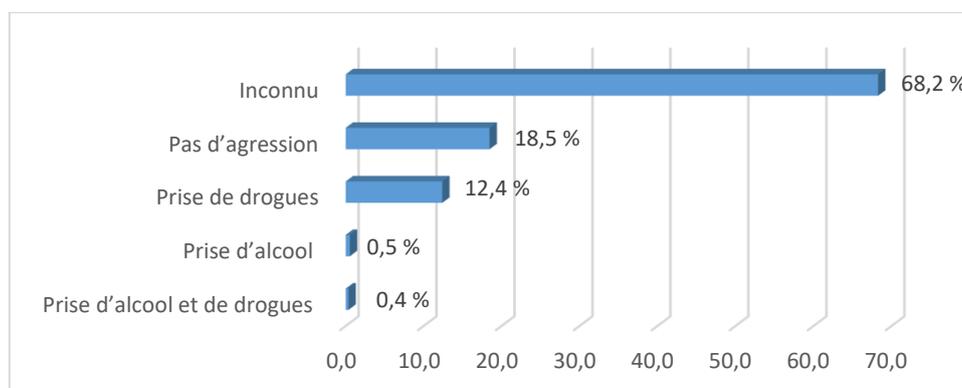
Facteur(s) aggravant(s)/situation(s) de vulnérabilité	Fréquence	%
Age de la victime inférieur à 16ans	1113	48,9
Age de la victime inférieur à 18ans dans les cas de pénétration vaginale consommée	17	0,7
Maladie de la victime	9	0,4
Grossesse de la victime	39	1,7
Infirmité de la victime	28	1,2
Déficience physique ou psychique de la victime	85	3,7
Inceste	54	2,4
- Grand-mère	2	
- Père	26	
- Kafil (père adoptif)	1	
- Frère / sœur	4	
- Oncle	9	
- Beau-père / belle-mère	2	
- Parâtre / marâtre	1	
- Beau-frère / belle-sœur	3	
- Autres	3	
- Inconnu	3	

Nous avons relevé des situations de vulnérabilité, voire des facteurs aggravants.

En effet, 48,9 % des victimes avaient moins de 16ans et 0,7 % de celles qui ont subi une pénétration vaginale avaient moins de 18 ans, 3,7 % avaient une déficience physique ou psychique et 1,7% une grossesse. Une infirmité a été rapportée dans 1,2 % des cas et la maladie dans 0,4 %. Dans notre série l'inceste a été retrouvé dans 2,4 % des cas et le père en était l'auteur dans presque la moitié.

2.1.4.5.12 Consommation par la victime d'alcool et/ou de drogue(s) avant l'agression

Avant l'agression, 12,4 % des victimes avaient consommé une ou des drogues, 0,5 % de l'alcool et 0,4 % les deux.



Inconnu : non précisé, inconsciente/séditée, ne sait pas/choc/confusion

Figure 50 : Victimes de violences sexuelles - Prise d'alcool et/ou de drogue(s) avant l'agression ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.5.13 Violence sexuelle, zone(s) de pénétration et type de pénétration (avec le pénis, le doigt, la langue, un objet ou autre. Il peut y avoir plus d'une zone de pénétration et plus d'un type de pénétration par personne

Tableau 38 : Répartition selon la violence sexuelle; CHUC; 2010-2021

Violence sexuelle	Effectif	%
Pénétration vaginale avec le pénis		
- Non applicable	799	35,1
- Non	747	32,8
- Consommée	490	21,5
- Tentée	116	5,1
- Non précisée	124	5,4
Pénétration anale avec le pénis		
- Non	1193	52,4
- Consommée	703	30,9
- Tentée	125	5,5
- Non précisée	255	11,2
Pénétration anale avec le doigt, un objet ou autre		
- Non	1443	63,4
- Consommée	301	13,2
- Tentée	123	5,4
- Non précisée	409	18,0
Pénétration orale avec le pénis		
- Non	1422	62,0
- Consommée	449	19,7
- Tentée	43	1,9
- Non précisée	362	15,9
Pénétration que la victime a dû faire		
- Non	1904	83,7
- Oui	61	2,7
- Non précisée	311	13,7
Attouchement sexe subi (y compris avec langue)		
- Oui	1067	46,9
- Non	908	39,9
- Non précisé	301	13,2
Attouchement du sexe de l'auteur que la victime a dû faire		
- Non	1147	50,4
- Oui	756	33,2
- Non précisé	373	16,4
Victime forcée de montrer ses seins/son sexe/se dénuder		
- Oui	1136	49,9
- Non	843	37,0
- Non précisé	297	13,0
Ejaculation		
- Anale	163	7,2
- Vaginale	122	5,4
- Orale	60	2,6
- Autre (y compris endroit non précisé)	222	9,8

85,3 % des victimes ont rapporté avoir subi une pénétration : pénienne dans 72,1 % des cas et digitale ou à l'aide d'un objet ou autre dans 13,2 % des cas.

La pénétration anale était l’acte le plus perpétré (n=1004, 44,1 %) avec le pénis (30,9 %) ou digitale ou autre (13,2 %), suivi par la pénétration vaginale (n = 490, 21,5 %) puis par la pénétration orale (n=499, 19,7%).

Il a été rapporté une éjaculation dans 7,2 % des agressions sexuelles avec pénétration anale et dans 5,4 % avec pénétration vaginale.

Nous avons constaté, comme autres types d’abus sexuels, l’attouchement (80,1 %).

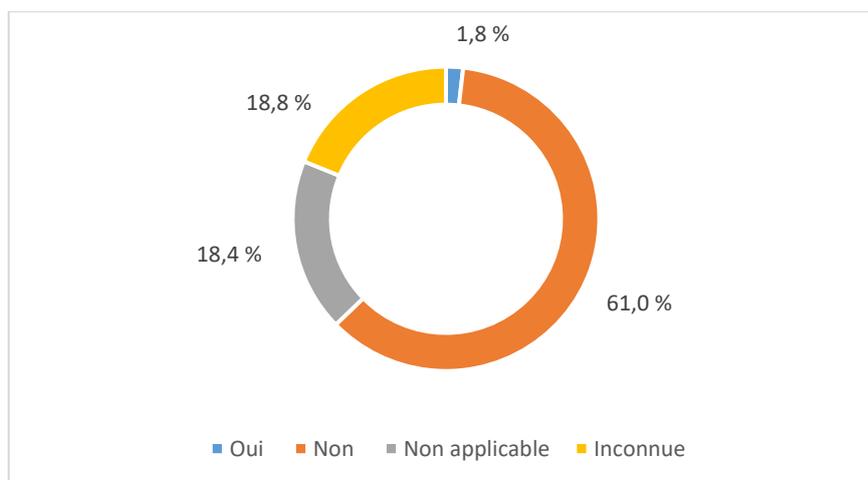
Tableau 39 : Victimes de violences sexuelle- Zones et types de pénétrations; CHUC; 2010-2021

Zone(s) de pénétration	Effectif	%
Victimes de sexe féminin		(n=1477)
- 2 zones pénétrées	234	15,9%
- 3 zones pénétrées	153	10,4%
Victimes de sexe masculin		(n=799)
- 2 zones pénétrées	111	13,9%

Les victimes ont rapporté plus d’une zone de pénétration : 2 zones pénétrées (n = 234, 15,9%) et 3 zones pénétrées (n= 153, 10,4%) chez les victimes de sexe féminin et 2 zones pénétrées (n = 111, 13,9%) chez les victimes de sexe masculin.

2.1.4.5.14 Utilisation de préservatif

61 % des victimes (n = 1387) ont déclaré que l’agression était intervenue sans préservatif, contre seulement 1,8 % avec préservatif. Dans 18,8 % des cas, son utilisation ou pas n’a pas été rapportée ou alors les victimes ne savaient pas si un préservatif avait été utilisé, pour cause d’amnésie.



Inconnue : non précisé, inconsciente/séditée, ne sait pas/choc/confusion

Figure 51 : Victimes de violences sexuelles- Utilisation de préservatif; CHUC ; 2010-2021

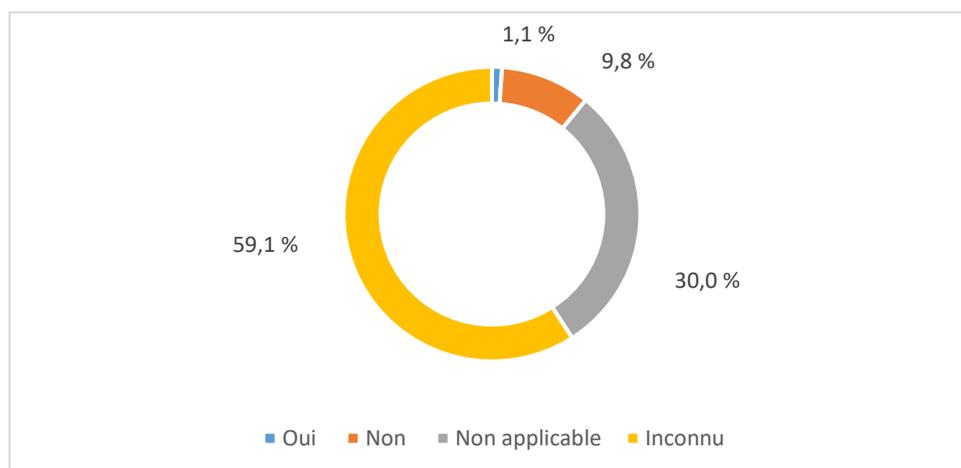
2.1.4.6 Données de l'expertise médicale

2.1.4.6.1 Anamnèse

Nous avons recherché entre autres la date des derniers rapports consentis et celle des menstruations et s'il y a eu toilette intime, douche ou changement de vêtements.

2.1.4.6.1.1 Contact sexuel buccal consentant récent

1,1 % des victimes ont rapporté un contact sexuel buccal consentant récent.



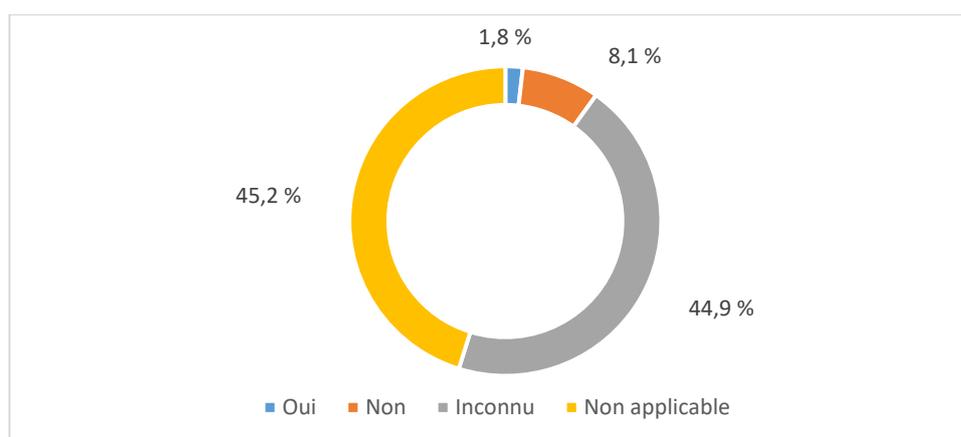
Non applicable : <18ans

Inconnu : non précisé, inconsciente/sédaturée, ne sait pas/choc/confusion

Figure 52 :Victimes de violences sexuelles - Contact sexuel buccal consentant récent ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.6.1.2 Contact sexuel vaginal consentant récent

1,8 % des victimes ont rapporté un contact sexuel vaginal consentant récent.



Inconnu : non précisé, inconsciente/sédaturée, ne sait pas/choc/confusion

Figure 53 :Victimes de violences sexuelles - Contact sexuel vaginal consentant récent ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.6.1.3 Contact sexuel anal consentant récent

1,1 % des victimes ont rapporté un contact sexuel anal consentant récent.

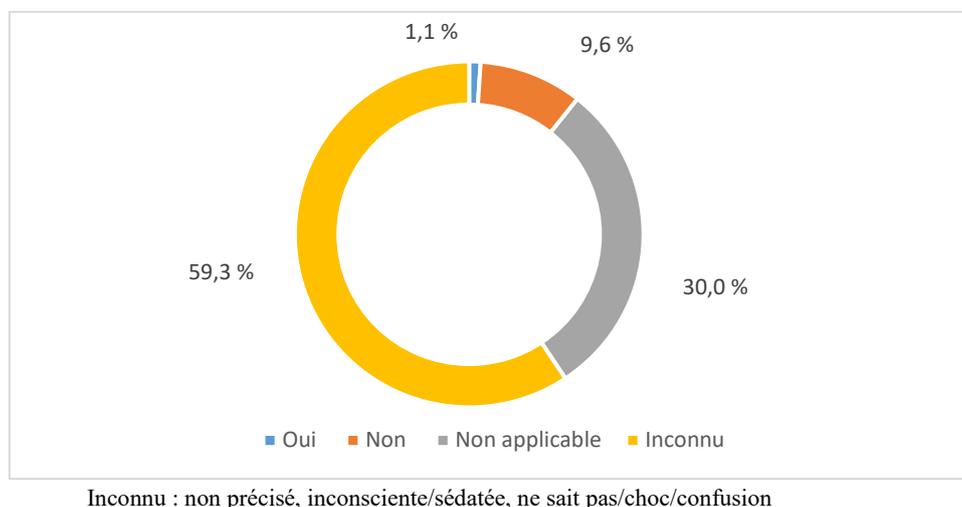


Figure 54 : Victimes de violences sexuelles - Contact sexuel anal consentant récent ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.6.1.4 Menstruations

7,6 % (n=113) des victimes présentaient un saignement à l'examen génital, dont 110 dû à des menstruations, 2 à des lochies et 1 à des débris trophoblastiques.

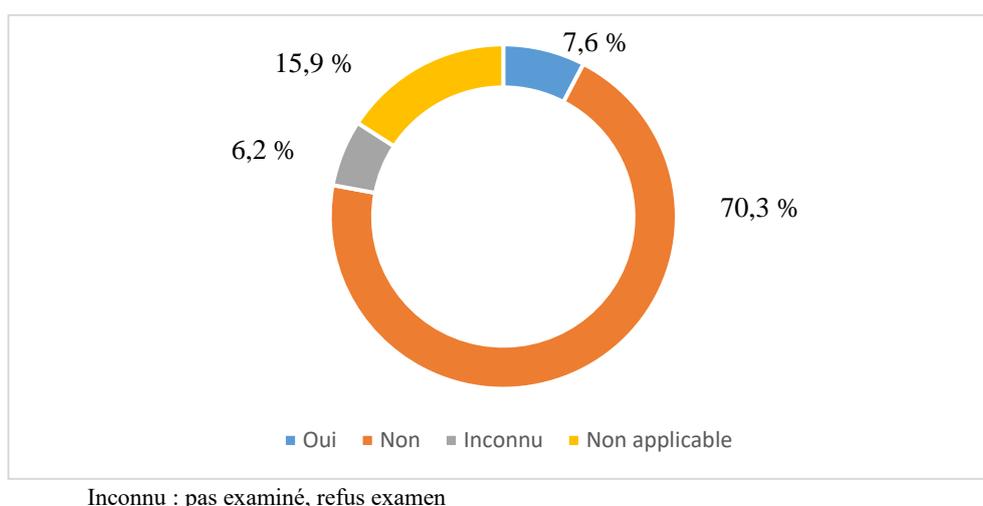


Figure 55 : Victimes de violences sexuelles - Menstruations ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.6.1.5 Toilette corporelle avant l'examen

61,6 % de nos patient·e·s s'étaient lavé·e·s ou avaient pris un bain avant de se rendre à l'hôpital.

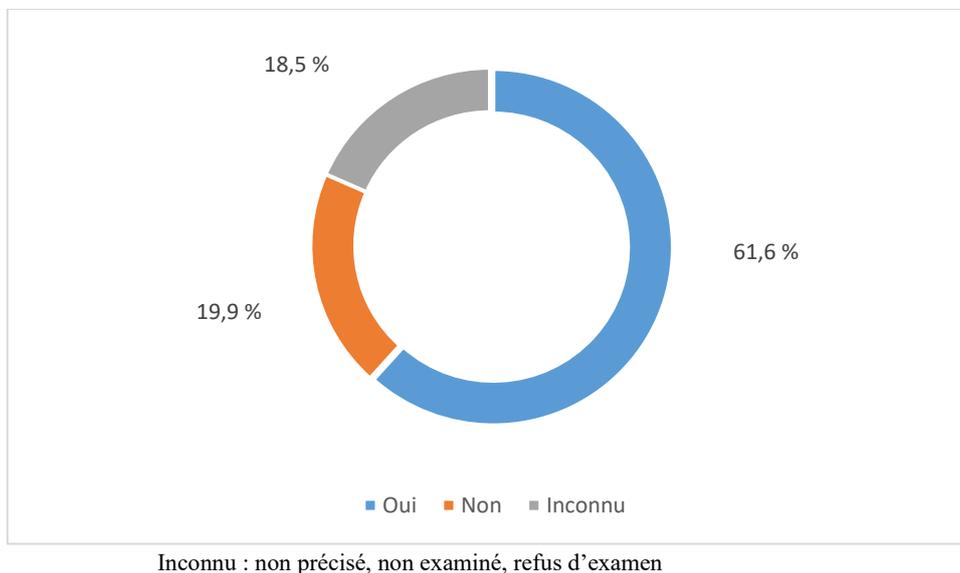


Figure 56 : Victimes de violences sexuelles - Corps lavé avant l'examen ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.6.1.6 Changement de vêtements avant l'examen

31,2 % des victimes avaient changé de vêtements avant l'examen.

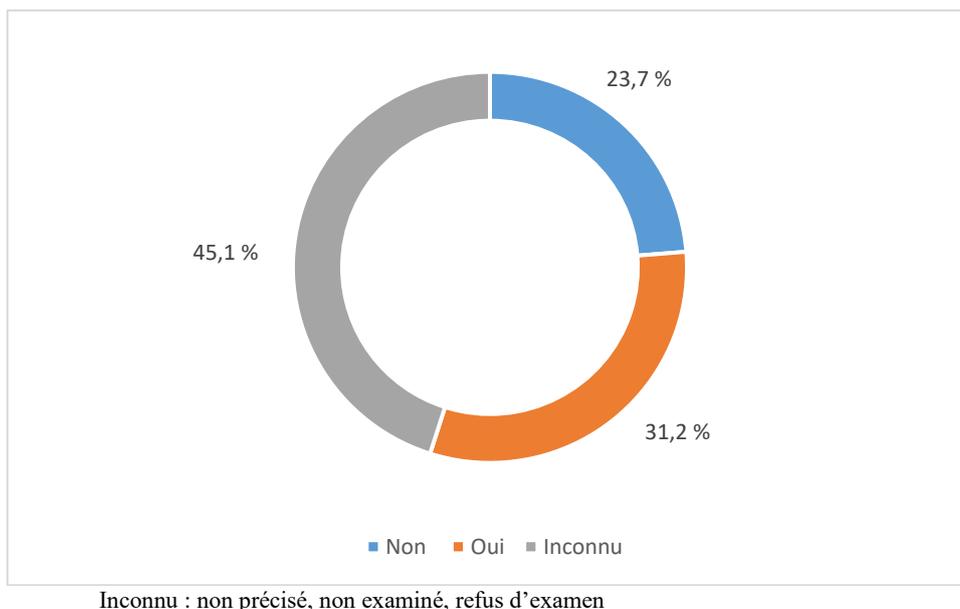


Figure 57 : Victimes de violences sexuelles – Vêtements changés avant l'examen ; CHUC ; 2010-2021

2.1.4.6.2 Examen clinique**2.1.4.6.2.1 Lésion(s) objectivée(s) à l'examen physique. Il peut y avoir plus d'un type de lésion par personne***Tableau 40 : Victimes de violences sexuelles - Lésion(s) objectivée(s) à l'examen physique ; CHUC ; 2010-2021*

Lésion(s) objectivée(s) à l'examen physique	Effectif	%
Lésions infligées par les parents	13	0,6
Lésions d'automutilation		
- Plaies d'automutilation anciennes	72	3,2
- Brulures de cigarette anciennes	9	0,4
- Plaies d'automutilation d'âges différents	8	0,4
- Plaies d'automutilation récentes	7	0,3
- Brulures de cigarette d'âges différents	2	0,1
- Inconnu	101	4,4
Lésions infligées par l'auteur		
- Hémorragie méningée	1	0,0
- Sillon cervical	6	0,3
- Morsure	7	0,3
- Lésions d'âges différents	9	0,4
- Fracture	12	0,5
- Brulure	25	1,1
- Suçon	66	2,9
- Plaie	242	10,6
- Contusion	531	23,3
- Absence de lésions récentes	1460	64,1
- Inconnu	102	4,5
Autres		
- Contracture abdominale	1	0,04
- Etat de choc hémorragique	1	0,04
- Irritation nasale	1	0,04
- Lésions de grattage	1	0,04
- Episiotomie latérale droite	1	0,04
- Fannestiel	1	0,04
- Point d'injection	1	0,04
- Traces de prise en charge thérapeutique	1	0,04
- Lésions préexistantes	10	0,44
- Signes de grossesse	11	0,48
- Inconnu	102	4,48

Dans 64,1 % des cas, l'examen physique n'a montré aucune lésion de violences récentes.

Nous avons retrouvé essentiellement :

- des contusions dans 23,3 % des cas,
- des plaies dans 10,6 % des cas,
- des lésions d'automutilation anciennes, d'âge différent ou récentes, dans 4,4% des cas.

2.1.4.6.2.2 Lésion(s) ano-génitale(s) selon la zone, chez les patients ayant fait l'objet d'un examen génital et anal

Tableau 41 : Victimes de violences sexuelles - Lésion(s) ano-génitale(s) selon la zone ; CHUC ; 2010-2021

Lésion(s) ano-génitale(s) selon la zone, chez les patients	Effectif	% (n=2276)	Effectif	%
Lésions génitales				
- Oui	85	3,7	85	(n=2100) 4,0
- Non	2015	88,6	2015	96,0
- Inconnu*	176	7,7	-	-
Signes IST				
- Oui	21	0,9	21	(n=2110) 1,0
- Non	2089	91,6	2089	99
- Inconnu*	166	7,5	-	-
Anus (fissuration récente ou semi-récente)				
- Oui	169	7,4	169	(n=2163) 7,8
- Non	1994	87,6	1994	92,2
- Inconnu*	113	5,0	-	-

* Inconnu : non précisé, pas examiné, refus examen

- Examen de la sphère génitale :

Des 2276 patient·e·s ayant été examiné.e.s pour une violence sexuelle (1477 patientes et 799 patients), 114 (5,0%) n'ont pas souhaité d'examen génital (83 victimes de sexe féminin et 31 de sexe masculin) pour diverses raisons, la plus fréquente étant simplement le refus de se soumettre à l'examen. Les données de l'examen génital étaient par ailleurs indisponibles pour 62 participantes à l'étude dont 9 avaient leur menstrues et 5 avaient été examinées par le résident de garde. Au total, 176 examens manquants de la sphère génitale dont 145 de sexe féminin et 31 de sexe masculin (n=2100).

Sur les 2100 victimes qui ont consenti à un examen génital, 4,0 % (n = 85), toutes de sexe féminin, présentaient des lésions :

- 0,8 % (n=6) étaient âgées de 0 à 13 ans, 3,6 % (n=36) âgées de 14 à 18 ans et 11,2 % (n=43) âgées de 19 à 49 ans.

- Les lésions étaient plus fréquentes (n=38, 6,6 %) lorsque l'examen est intervenu dans les 72 heures après l'agression (<24 heures: n=8, 2,4 %; de 24 à 72 heures: n=30, 4,2%), pour décliner progressivement à 5,6 % (n=20) de détection de 72 heures à 1 semaine et à 4,7% (n=20) après 1 semaine et plus.

- Les lésions ont été relevées dans 4,8 % (n=57) des agressions sexuelles perpétrées par un unique auteur, dans 2,5 % (n=11) de celles impliquant plus d'un agresseur et dans 5,7 % (n=51) quand l'agresseur était connu de la victime.

- Le pourcentage de lésions était de 17,3 % (n=82) parmi les 490 pénétrations vaginales rapportées.

- Examen de la sphère anale :

Parmi les patientes chez qui l'examen génital est manquant, l'examen anal l'est également dans 79 cas (75 refus d'examen et 4 données indisponibles). D'autre part, 34 patients ont refusé de se soumettre à l'examen anal. Au total, l'examen anal n'est pas disponible chez 113 victimes des deux sexes (n=2163).

Sur les 2163 patient.e.s qui ont consenti à un examen anal : 7,8 % (n = 169) présentaient des fissurations récentes ou semi-récentes.

2.1.4.6.2.3 Lésion(s) objectivée(s) à l'examen de la sphère anale

Tableau 42 :Victimes de violences sexuelles - Lésion(s) objectivée(s) à l'examen de la sphère anale ; CHUC ; 2010-2021

Lésion(s) objectivée(s) à l'examen de la sphère anale	Effectif	% (n=2163)
Marge anale		
- Prolapsus rectal	1	0,0
- Déformation en entonnoir	3	0,1
- Condylome	6	0,3
- Hémorroïdes	8	0,4
- Irritation	14	0,6
- Fissuration récente ou semi-récente	169	7,8
- Normale	1965	90,8
Plis radiaires		
- Effacés	5	0,2
- Conservés	2158	99,8
Orifice anal		
- Béant	69	3,2
- Fermé	2094	96,8
Toucher rectal		
- Sphincter anal contracté	2	0,1
- Sphincter anal relâché	17	0,8
- Sphincter anal normo tonique	2144	99,1

- Chez 90,8 % (n=2163) des victimes, la marge anale était normale.
- Chez 99,8 %, les plis radiaires ont été conservés.
- Chez 96,8 %, l’orifice anal était fermé, non béant.
- 7,8 % ont eu au moins une fissuration anale récente ou semi récente.
- Chez 0,8 %, la tonicité du sphincter a été diminuée.
- 0,1 % ont présenté un sphincter anal contracté et douloureux, au toucher rectal.

Des lésions anales ont été aussi retrouvées chez 16,6 % des victimes ayant rapporté une pénétration anale de tous types :

- Avec le pénis 59 (8,5%) parmi les 693 pénétrations rapportées.
- Avec le doigt ou un objet 7 (8,1%) parmi les 86 pénétrations rapportées.
- Des lésions ont été détectées :
 - 55,6 % (n= 94) dans les premières 72 heures.
 - 17,7 % (n= 30) les premières 24 heures
 - 37,9 % (n= 64) entre 24 et 72 heures),
 - 16,6 % (n= 28) de lésions détectées entre 72 heures et 1 semaine.

2.1.4.6.2.4 Lésion(s) ano-génitale(s) selon la zone, chez les patientes ayant fait l’objet d’un examen gynécologique

Tableau 43 : Victimes de violences sexuelles - Lésion(s) ano-génitale(s) selon la zone ; CHUC ; 2010-2021

Lésion(s) ano-génitale(s) selon la zone, chez les patientes	Effectif	%
Type d’hymen		n=1332
- Cribriforme	5	0,4
- A languette ou pendentif	19	1,4
- A pont ou à bride	23	1,7
- Lobé	24	1,8
- Frangé	58	4,3
- Semi-lunaire	171	12,8
- Annulaire	360	27,0
- Non précisé	672	50,4
Etat de l’hymen		n=1332
- Irrité	1	0,1
- Contus	4	0,3
- Complaisant	14	1,0
- Béant	27	2,0
- Intact	768	57,7
- Déchiré	518	38,9

Ancienneté des déchirures		<i>n=1332</i>
- Déchirures anciennes + déchirures récentes	8	0,6
- Déchirures récentes	73	5,5
- Déchirures anciennes	437	32,8
Zones lésées		<i>n=1477</i>
- Méat urétral	1	0,1
- Col de l'utérus	1	0,1
- Vagin	4	0,3
- Fosse vestibulaire	6	0,4
- Lèvres externes	6	0,4
- Raphé périnéale	6	0,4
- Commissure labiale postérieure	10	0,7
- Signes d'I.S.T.	21	1,4
- Lèvres internes	34	2,3
- Hymen (déchirure récente)	73	4,9
- Anus (fissuration récente ou semi-récente)	167	11,3

À l'examen gynécologique, le type de l'hymen est annulaire dans 27 % et semi-lunaire dans 12,8 %. 38,9 % (n = 518) des victimes ont présenté un hymen siège de déchirures, dont 33,4 % (n = 445) avaient déjà des signes en faveur d'une défloration ancienne. L'hymen représentait la zone la plus fréquente des lésions génitales récentes (4,9 %), suivi par la vulve (2,5 %), notamment au niveau des lèvres internes (n = 34, 2,3 %), de la commissure labiale postérieure (n = 10, 0,7 %) et des lèvres externes (n = 6, 0,4 %).

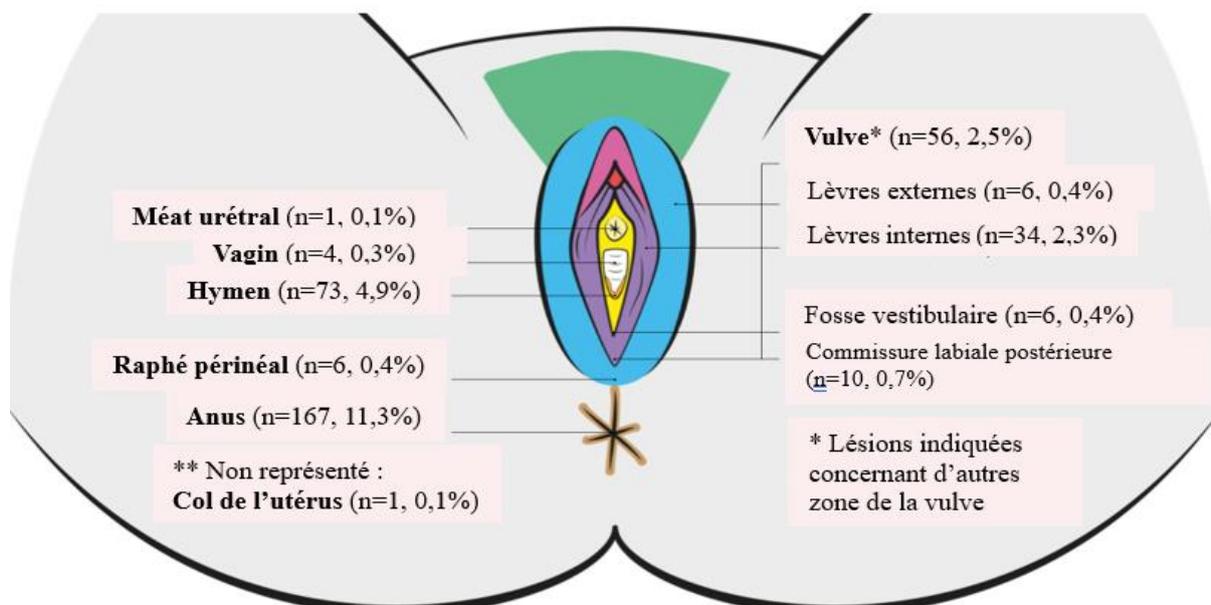


Figure 58 : Lésions ano-génitales selon la zone, chez les patient-e-s ayant fait l'objet d'un examen gynécologique (n = 1477). Illustration : Romain Dewaele© www.unige.ch/ssi

2.1.4.6.3 Prélèvements**2.1.4.6.3.1 Prélèvements effectués**

Tableau 44 : Victimes de violences sexuelles - Prélèvements effectués ; CHUC ; 2010-2021

Prélèvements effectués	Fréquence	%(n=2276)
Prélèvements de traces		
Oui		
- Salive sur morsure	1	0,1
- Sperme sur vêtements	3	0,1
- Non précisé	5	0,2
Non	2267	99,6
Prélèvements de poils et de cheveux		
Oui		
- À visée toxicologique	1	0,1
- A visée génétique	11	0,4
Non	2264	99,5
Prélèvements de substances étrangères		
Oui	1	0,1
- Oui au niveau des narines	3	0,1
- Oui non précisé	2272	99,6
- Non		
Echantillons de référence		
Oui	9	0,4
- Non	2267	99,6
Débris trophoblastiques		
Oui	6	(n=1477)0,4
- Non	1307	88,5
- Non applicable*	164	11,1
Frottis vaginal		
Oui	954	(n=1477)64,6
- Non	522	35,4
Frottis anal		
Oui	1486	65,3
- Non	788	34,6
- Recommandé	2	0,1
Frottis oral		
Oui	1191	52,4
- Non	1083	47,5
- Recommandé	2	0,1
Parasitologie des selles		
Prescrit	29	1,3
- Non prescrit	2247	98,7
βhCG sanguin		
Prescrit	961	(n=1477)65,1
- Non prescrit	332	22,5
- Prélèvement à notre niveau	18	1,2
- Recommandé	2	0,1
- Non applicable*	164	11,1

Prélèvement de sang pour examen toxicologique		
- Prélèvement à notre niveau + remis à l'OPJ	2	<i>0,1</i>
- Prélèvement fait durant l'hospitalisation en réanimation médicale + envoyé au service de toxicologie	2	<i>0,1</i>
- Recommandé	31	<i>1,4</i>
- Prélèvement à notre niveau + envoyé au service de toxicologie	196	<i>8,6</i>
- Non fait	2045	<i>89,8</i>
Prélèvement de sang pour examen génétique		
- Prélèvement fait à notre niveau sur réquisition judiciaire puis remis à l'OPJ	7	<i>0,3</i>
- Prélèvement fait à notre niveau sur réquisition judiciaire puis rejeté par l'OPJ	8	<i>0,3</i>
- Prélèvement fait à notre niveau sur réquisition judiciaire puis rejeté par l'OPJ	211	<i>9,3</i>
- Non fait	2050	<i>90,1</i>
Prélèvement de sang pour bilan standard		
- Prescrit (GROUPAGE PHENOTYPE)	2	<i>0,1</i>
- Oui	25	<i>1,1</i>
- Non	2249	<i>98,8</i>
βhCG urinaire		
- Prescrit	57	<i>3,8</i>
- Non prescrit	1256	<i>85,1</i>
- Non applicable*	164	<i>11,1</i>
Prélèvement d'urines pour examen toxicologique		
- Prélèvement fait au service durant l'hospitalisation au service de réanimation médicale + envoyé au service de toxicologie	4	<i>0,2</i>
- Recommandé	26	<i>1,1</i>
- Prélèvement fait à notre niveau + envoyé au service de toxicologie	202	<i>8,9</i>
- Non fait	2044	<i>89,8</i>

* Non applicable : sexe féminin <9ans ou >59ans

Sur les 2276 cas, de notre série :

- Un prélèvement de salive sur une morsure et trois prélèvements de sperme sur les vêtements ont été rapportés. Dans 99,6 % des cas, il n'y avait pas eu de prélèvements de traces.

PARTIE PRATIQUE----- RESULTATS

- Un prélèvement de poils et de cheveux à visée toxicologique et onze prélèvements à visée génétique ont été rapportés. Dans 99,5 % des cas, il n'y avait pas eu de prélèvements de poils et de cheveux.

- Un prélèvement de substances étrangères au niveau des narines a été rapporté. Dans 99,6 % des cas, il n'y avait pas eu de prélèvements de substances étrangères.

- Des échantillons de référence ont été rapportés dans 9 cas. Dans 99,6 % des cas, il n'y avait pas eu de prélèvement d'échantillons de référence.

- Des frottis anaux ont été réalisés dans 65,3 % des cas.

- Des frottis oraux ont été réalisés dans 52,4 % des cas.

- Un prélèvement de sang à visée toxicologique a été réalisé chez 8,8 % des victimes et recommandé pour 1,4 %. Le prélèvement a été remis à l'OPJ dans 0,1 % des cas et envoyé par nos soins au service de toxicologie pour dosage dans 8,7 % des cas. Le prélèvement n'a pas été fait dans 89,8 % des cas.

- Un prélèvement d'urines à visée toxicologique a été réalisé chez 9,1 % des victimes et recommandé pour 1,1 %. Tous les prélèvements effectués ont été envoyés par nos soins au service de toxicologie pour dosage. Le prélèvement n'a pas été fait dans 89,8 % des cas.

- Un prélèvement de sang à visée génétique a été réalisé sur réquisition judiciaire dans 0,6 % des cas et remis à l'OPJ dans 0,3 % des cas. Les prélèvements ont été rejetés dans la moitié des cas par l'OPJ qui a refusé finalement de les emmener. Des prélèvements ont été réalisés par nos soins, sans réquisition judiciaire (avant l'année 2016) dans 8,7 % des cas. Le prélèvement n'a pas été fait dans 9,3 % des cas. Nous n'avons pas réalisé de prélèvements à visée génétique chez 90,1 % des victimes.

- Une parasitologie des selles a été prescrite à 1,3 % des victimes.

- Un groupage phénotypé a été prescrit à 2 victimes (0,1 %).

Concernant les 1477 victimes de sexe féminin :

- Des frottis vaginaux ont été réalisés dans 64,6 % des cas.

- Un dosage sanguin des β hCG a été prescrit à 65,1 % des victimes et recommandé pour 0,1%. Le prélèvement a été réalisé à notre niveau dans 1,2 % des cas. Dans 81 % des cas, les résultats n'ont pas été ramenés.

- Un dosage urinaire des β hCG a été prescrit à 3,8 % des victimes.

- Des débris trophoblastiques ont été prélevés dans 6 cas (0,4 %).

2.1.4.6.3.2 Prélèvements conservatoires

Tableau 45 : Victimes de violences sexuelles- Prélèvements conservatoires ; CHUC ; 2010-2021

Prélèvements conservatoires	Effectif	%(n=2276)
Conservation sang génétique		
- Non	2276	100
Conservation sang toxicologie		
- Non	2276	100
Conservation urines		
- Non	2276	100
Conservation frottis		
- Recommandé (à -4°)	1	
- Vaginal	14	
- Oral	24	
- Anal	38	
- Non	2236	
Conservation cheveux		
- Oui	5	0,2
- Non	2271	99,8
Conservation vêtements		
- A remettre aux autorités	6	0,2
- Remis (aux autorités sans scellés)	13	0,6
- Non	2257	99,2
Conservation autre		
- Oui (prélèvement narine)	1	0,1
- Oui (salive morsure)	1	0,1
- Non	2274	99,8

Sur les 2276 cas, de notre série :

- 100 % des prélèvements de sang et/ou d'urines réalisés pour un examen toxicologique ou génétique qui n'ont pas été envoyés ou remis à l'OPJ, n'ont pas été conservés à notre niveau.
- Les frottis (anaux, oraux ou vaginaux) qui n'ont pas été envoyés ou remis à l'OPJ, n'ont été conservés que dans 3,3 % des cas.
- Les prélèvements de cheveux ont été conservés dans 0,2 % des cas.
- Les prélèvements de vêtements ont été effectués dans 0,8 % des cas et remis aux autorités sans scellés dans trois quarts des cas.
- Un prélèvement de substances étrangères au niveau des narines et un prélèvement de salive au niveau de la trace d'une morsure ont été conservés.

2.1.4.6.4 Prévention/prescriptions*Tableau 46 : Victimes de violences sexuelles-Prévention/prescriptions ; CHUC ; 2010-2021*

Prévention/prescriptions	Fréquence	%
Contraception d'urgence		
- Non prescrite	483	<i>(n=1477)32,7</i>
- Prescrite	830	56,2
- Non applicable	164	11,1
Arrêt de travail		
- Non	2276	100
Orientation en épidémiologie		
- Recommandée	3	0,1
- Non	295	13,0
- Oui	1978	86,9
Orientation en infectiologie (à partir de 2016)		
- Recommandée	5	0,2
- Oui	1057	46,5
- Non	1214	53,3
Orientation en pédiatrie		
- Oui	23	1,0
- Non	1090	47,9
- Non applicable	1163	51,1
Orientation en gastro-entérologie		
- Recommandée	2	0,1
- Oui	77	3,4
- Non	2197	96,5
Orientation liaison psychiatrique		
- Recommandée	3	0,1
- Oui	164	7,2
- Non	2109	92,7
Orientation en psychologie		
- Recommandée	6	0,3
- Non	272	11,9
- Oui	1998	87,8
Orientation en chirurgie/chirurgie pédiatrique		
- Oui	9	0,4
- Non	2267	99,6
Orientation en gynécologie - obstétrique/urologie		
- Recommandée	1	0,0
- Oui	122	5,4
- Non	2153	94,6
Assistante sociale		
- Oui	3	0,1
- Non	2273	99,9
Autres		
- Oui	29	1,3
- Non	2247	98,7

- Une contraception d'urgence a été prescrite à 56,2 % des victimes de sexe féminin.

- 87,8 % des victimes en été orientées en psychologie, 86,9 % en épidémiologie, 46,5 % en infectiologie (à partir de l'année 2016), 7,2 % en psychiatrie, 5,4 % en gynécologie-obstétrique ou en urologie, 3,4 % en gastro-entérologie, 1 % en pédiatrie, 0,4 % en chirurgie ou en chirurgie pédiatrique et 1,3 % vers d'autres services (dermatologie, maxillo-faciale, ORL,...).
- Aucun arrêt de travail n'a été remis.
- Uniquement 0,1 % des victimes ont bénéficié d'une assistance sociale.

2.1.4.7 Suites médico-légales

Tableau 47 : Victimes de violences sexuelles - Suites médico-légales ; CHUC ; 2010-2021

Suites médico-légales	Effectif	%(n=2276)
Réquisition de départ		
- Non précisé	1	0,1
- Non	226	9,9
- Oui	2049	90,0
Demande de réquisition		
- Non précisé	1	0,1
- Oui (non ramenée)	44	1,9
- Oui	51	2,2
- Non	2180	95,8
ITT		
- Inférieure à 15 jours	281	12,4
- Supérieure ou égal à 15 jours	19	0,8
- Non fixée	1976	86,8
Rapport rédigé		
- Non	71	3,1
- Oui	2205	96,9
Rapport médico-légal		
- Remis	n=2020	88,7
▪ A l'assistante sociale	1	0,1
▪ Au psychologue CSR	1	0,1
▪ A l'oncle	2	0,1
▪ Au frère/a la sœur	2	0,1
▪ Aux grands parents	3	0,1
▪ A l'intéressé(e)	62	3,1
▪ Non précisé	136	6,7
▪ Au tuteur légal	190	9,4
▪ A l'autorité requérante	1623	80,3
- Non remis	n=236	10,4
▪ Avis sur dossier	55	23,3
▪ Non précisé	181	76,7
- Inconnu	n=20	0,9

Signalement		
-	Oui (DAMPM)	1 <i>0,1</i>
-	Oui (Procureur de la république)	2 <i>0,1</i>
-	Recommandé	9 <i>0,4</i>
-	Non	2264 <i>99,4</i>
Complément		
-	Avec complément	42 <i>1,8</i>
-	Pas de complément	2234 <i>98,2</i>

- 90 % des victimes se sont présentées au service de médecine légale avec une réquisition judiciaire. Une réquisition a été exigée dans 4,1 % des cas ; non ramenée dans 1,9 %.

- Aucune incapacité n'a été attribuée à 86,8 % des victimes, alors que 12,4 % ont eu entre 1 et 15 jours d'ITT. La fixation de jours d'ITT se fait dans le cas où elle est demandée par les autorités judiciaires, chose qui ne se fait que rarement.

- Le rapport médico-légal a été rédigé dans 96,9 % des cas et remis dans 88,7 %. Le plus souvent à l'autorité requérante (80,3 %), au tuteur légal (9,4 %) ou à l'intéressé.e (3,1 %), plus rarement, aux grands parents (0,1 %), au frère ou à la sœur (0,1 %), à l'oncle (0,1 %), au psychologue du CSR (0,1 %) ou à l'assistante sociale (0,1 %).

- Dans 1,8 % des cas, un complément de rapport a été rédigé et envoyé à l'autorité requérante.

- 0,2 % de ces violences ont été signalés (à la DAMPM dans 0,1 %, au Procureur de la république dans 0,1 %).

- D'autres part, 100 % des constats d'agression sexuelle ne mentionnaient pas la volonté ou non des survivant.e.s d'initier une action en justice.

2.1.4.8 Données relatives au suivi

2.1.4.8.1 Résultats récupérés des examens complémentaires prescrits et/ou réalisés et avis demandés ramenés

Tableau 48 : Victimes de violences sexuelles- Résultats des examens complémentaires anatomo-pathologiques, biochimiques, virologiques et parasitologiques ; CHUC ; 2010-2021

Examens	Réponse	%(n=2276)
Frottis vaginal		
- Oui	955	42,0
• Oui (positif)	10	(n=955)1,1
• Oui (artefacts)	11	1,1
• Oui (négatif)	934	97,8
- Non	522	22,9
- Non applicable*	799	35,1
Frottis anal		
- Recommandé	2	0,1
- Oui	1486	65,3
• Oui (positif)	9	(n=1486)0,6
• Oui (artefacts)	18	1,2
• Oui (négatif)	1459	64,1
- Non	788	34,6
Frottis oral		
- Recommandé	2	0,1
- Oui	1191	52,3
• Oui (positif)	1	(n=1191)0,1
• Oui (artefacts)	2	0,1
• Oui (négatif)	1188	52,2
- Non	1083	47,6
Débris trophoblastiques		
- Oui	6	0,3
• Oui (autolyse)	1	(n=6)16,7
• Oui (en faveur d'une grossesse)	1	16,7
• Oui (négatif)	4	66,6
- Non applicable**	963	42,3
- Non	1307	57,4
Résultats βhCG sanguin		
- Oui	118	5,2
• Douteux puis négatif	1	(n=118)0,8
• Positif	11	9,3
• Négatif	106	89,8
- Non applicable**	963	42,3
- Non	1195	52,2
Bilan IST		
- Résultats ramenés	127	5,6
- Résultats non ramenés	2149	94,4
Parasitologie des selles		
- Oui	29	1,3
• Oui (négatif)	2	(n=29)6,9
• Oui (non ramené)	27	93,1
- Non	2247	98,7

* Non applicable : sexe masculin

**Non applicable : sexe masculin, sexe féminin <9ans ou >59ans

PARTIE PRATIQUE----- RESULTATS

- L'étude anatomopathologique des frottis vaginaux réalisés chez les victimes de sexe féminin, a mis en évidence la présence de spermatozoïdes dans 1,1 % des prélèvements adressés et était négative dans 97,8 % des cas. Des artéfacts ont été observés sur 1,1 % des prélèvements adressés.

- L'étude anatomopathologique des frottis anaux réalisés chez les victimes des deux sexes, a mis en évidence la présence de spermatozoïdes dans 0,6 % des prélèvements adressés et était négative dans 64,1 % des cas. Des artéfacts ont été observés sur 1,2 % des prélèvements adressés.

- L'étude anatomopathologique des frottis oraux réalisés chez les victimes des deux sexes, a mis en évidence la présence de spermatozoïdes dans 0,1 % des prélèvements adressés et était négative dans 52,2 % des cas. Des artéfacts ont été observés sur 0,1 % des prélèvements adressés.

- Les résultats des prélèvements de débris trophoblastiques effectués sont revenus négatifs (66,6 %) ou en faveur d'une grossesse (16,7 %).

- Les résultats ramenés des dosages des β hCG sanguins étaient positifs dans 9,3 % des cas (n= 11), négatifs dans 89,8 % des cas (n= 106) ou douteux (négatif après contrôle) dans 0,8 % des cas (n= 1).

- 5,6 % des résultats des bilans initiaux, prescrits à la recherche d'infections sexuellement transmissibles ont été ramenés et étaient tous négatifs (100 % des résultats).

- Tous les résultats ramenés (6,9 %) des parasitologies des selles réalisées étaient négatives.

Tableau 49 : Victimes de violences sexuelles - Résultats des examens toxicologiques; CHUC ; 2010-2021

	Résultats des examens toxicologiques	Réponse	%(n=2276)
	Alcoolémie		
-	Oui	74	3,3
	• Dépassement de délai	1	(n=74)1,4
	• Positif	3	4,0
	• Quantité insuffisante	9	12,2
	• Dans les normes	61	82,4
-	Non	2202	96,7
	Antidépresseurs		
-	Oui	46	2,0
	• Quantité insuffisante	1	(n=46)2,2
	• Présence Amitriptyline	1	2,2
	• Absence	44	95,6
-	Non	2230	98,0

<p>▪ Antidépresseurs tricycliques</p>			
- Oui		72	3,2
	• Présence Amitriptyline	1	(n=72)1,4
	• Absence	71	98,6
- Non		2204	96,8
<p>▪ Barbituriques</p>			
- Oui		121	5,3
	• Présence	2	(n=121)1,6
	• Absence	119	98,4
- Non		2155	94,7
<p>▪ Benzodiazépines</p>			
- Oui		161	7,0
	• Présence	12	(n=161)7,4
	• Absence	149	92,6
- Non		2115	93,0
<p>▪ Neuroleptiques</p>			
- Oui		125	5,5
	• Présence	1	(n=125)0,1
	• Présence de phénothiazines	1	0,1
	• Absence	31	1,3
	• Absence de phénothiazines	92	4,0
- Non		2151	94,5
<p>▪ Stupéfiants</p>			
- Oui		155	6,8
	• Présence de tétrahydrocannabinol	19	(n=155)12,2
	• Présence de cocaïne	2	1,3
	• Présence de cannabis	1	0,6
	• Absence de cannabis	110	71,0
	• Absence de cocaïne	83	53,5
	• Absence de morphine	7	4,5
	• Absence d'opiacés	1	0,6
	• Absence de buprénorphine	1	0,6
- Non		2121	93,2
<p>▪ Ecstasy</p>			
- Oui		6	0,3
	• Présence	2	(n=6)33,3
	• Absence	4	66,7
- Non		2270	99,7
<p>▪ Thymorégulateurs</p>			
- Présence des carbamazépines		1	0,1
- Non		2275	99,9
<p>▪ Psychotropes assimilés</p>			
- Oui		16	0,8
	• Dépassement de délai pour doser la préalpine	1	(n=16)6,2
	• Présence de tramadol	2	12,5
	• Absence de tramadol	13	81,2
- Non		2260	99,2

▪ Misoprostol		
- Oui	5	0,3
• Présence	3	(n=5)60
• Non dosé	1	20
• Non réalisable	1	20
- Non	2271	99,7
▪ Pesticides		
- Non	2276	100
▪ Base forte caustique		
- Non	2276	100

- Concernant les résultats des examens toxicologiques effectués :

▪ L'alcoolémie a été dosée dans 3,3 % des cas. Les résultats étaient positifs dans 4 % des cas et dans les normes dans 82,4 % des cas. Un dépassement de délai (1,4 %) et une quantité insuffisante de sang prélevé (12,2 %) ont été signalés dans les résultats qui nous avaient été adressés.

▪ Les antidépresseurs ont été dosés dans 2 % des cas. L'Amitriptyline était présente dans 2,2 % des cas et absente dans 95,6 %. Une quantité insuffisante de sang prélevé (2,2 %) a été signalée dans les résultats qui nous avaient été adressés.

▪ Les antidépresseurs tricycliques ont été dosés dans 3,2 % des cas. L'Amitriptyline était présente dans 1,4 % des cas et absente dans 98,6 %.

▪ Les barbituriques ont été dosés dans 5,3 % des cas. Ils étaient présents dans 1,6 % des cas et absents dans 98,4 %.

▪ Les benzodiazépines ont été dosées dans 7 % des cas. Elles étaient présentes dans 7,4 % des cas et absentes dans 92,6 %.

▪ Les neuroleptiques ont été dosés dans 5,5 % des cas. Ils étaient présents dans 1,6 % des cas et absentes dans le reste des cas.

▪ Les stupéfiants ont été dosés dans 6,8 % des cas. Ils ont été objectivés dans 14,1 % des prélèvements : tétrahydrocannabinol (12,2 %), cocaïne (1,3 %).

▪ L'Ecstasy a été dosée dans 0,3 % des cas. Elle a été objectivée dans 33,3 %.

▪ Des thymorégulateurs (carbamazépines) ont été retrouvés dans 0,1 %.

▪ Les psychotropes assimilés ont été dosés dans 0,8 % des cas. Le tramadol a été objectivé dans 12,5 % des cas et un dépassement de délai pour doser la prélapine a été signalé dans 6,2 %.

▪ Le misoprostol a été dosée dans 0,3 % des cas. Objectivé dans 60 % des cas.

2.1.1.8.2 Prise en charge au service d'épidémiologie. Patient(e)s orienté(e)

Sur les 2276 patient.e.s examiné.e.s au service de médecine légale pour violences sexuelles 1978 (86,9%) ont été orientés au service d'épidémiologie et seulement 361 (15,9%) y ont été enregistrés. Des prélèvements bactériovirologiques ont été pratiqués chez 18,3 % (361 cas).

Tableau 50 : Victimes de violences sexuelles - Prise en charge au service d'épidémiologie ;
CHUC ; 2010-2021

Prise en charge au service d'épidémiologie. Patient(e)s orienté(e)s	Effectif	% (n=361)
Résultats des sérologies initiales		
- Hépatite A	1	0,3
- Hépatite B	317	87,8
- Hépatite C	309	84,6
- TPHA	3	0,8
- VDRL	242	67,0
- VIH	304	84,2
Contrôle à 1 mois		
- Oui		
▪ Hépatite A	-	-
▪ Hépatite B	10	2,8
▪ Hépatite C	9	2,5
▪ VIH	8	2,2
▪ TPHA	0	0
▪ VDRL	5	1,4
- Non	31	8,6
- Non précisé	316	87,5
Contrôle à 3 mois		
- Oui		
▪ Hépatite A	-	-
▪ Hépatite B	3	0,8
▪ Hépatite C	2	0,6
▪ VIH	6	1,7
▪ TPHA	0	0
▪ VDRL	2	0,6
- Non	32	8,9
- Non précisé	322	89,2
Autre contrôle		
- Oui		
▪ Hépatite A	-	-
▪ Hépatite B	1	0,3
▪ Hépatite C	1	0,3
▪ VIH	1	0,3
▪ TPHA	0	0,0
▪ VDRL	1	0,3
- Non	2	0,6
- Non précisé	327	90,6

2.1.4.8.2 Prise en charge au service des maladies infectieuses. Patient(e)s orienté(e)s

Sur les 1377 patient.e.s examiné.e.s au service de médecine légale pour violences sexuelles, depuis 2016 (année durant laquelle nous avons commencé à les adresser au service des maladies infectieuses), 1057 (76,8%) ont été orientés mais seulement 157 (14,9 %) ont été enregistrés.

Tableau 51 :Victimes de violences sexuelles - Prise en charge au service des maladies infectieuses ; CHUC ; 2010-2021

Prise en charge au service des maladies infectieuses	Effectif	%(n=157)
Test rapide HIV	10	6,4
Antibioprophylaxie	-	-
Immunoglobuline VHB (1^{ère} dose/2)	-	-
Vaccin anti- tétanos (1^{ère} dose/3)	-	-
Immunoglobuline tétanos	-	-
Sérologie demandée 1	117	74,5
TRT antirétroviral	26	16,6
2^{ème} examen	30	19,1
3^{ème} examen	2	1,3
Autre	1	0,6

Aucune victime ne s'est vu prescrire de prophylaxie antibiotique de la gonorrhée ou de la chlamydia, d'immunoglobuline VHB, de vaccin ou d'immunoglobuline contre le tétanos.

Quant au VIH, une prophylaxie post-exposition a été prescrite dans 16,6 % des cas, et un test rapide n'a été réalisé que chez 10 des patient.e.s enregistré.e.s (6,4 %).

En ce qui concerne le suivi des victimes enregistrées au service des maladies infectieuses 30 (19,1%) sont retournées pour un 2^{ème} examen et seulement 2 (1,3%) pour un troisième.

2.1.4.8.3 Prise en charge à l'unité de psychologie. Patient(e)s orienté(e)s

Sur les 2276 patient.e.s examiné.e.s au service de médecine légale pour violences sexuelles 1995 (87,6%) ont été orientées à l'unité de psychologie et seulement 282 (12,4%) y ont été enregistré.

Tableau 52 : Victimes de violences sexuelles - Prise en charge à l'unité de psychologie ; CHUC ; 2010-2021

Prise en charge à l'unité de psychologie	Effectif	%(n=282)
1 ^{ère} séance	282	100
2 ^{ème} séance	65	23,0
3 ^{ème} séance	16	5,7
4 ^{ème} séance	4	1,4
5 ^{ème} séance à 22 ^{ème} séance	1	0,3

Des séances de psychothérapie ont été préconisées aux 282 victimes.

En ce qui concerne le suivi de ces victimes enregistrées au service de psychologie 65 (23%) sont retournées pour une 2^{ème} séance, 16 (5,7%) pour une 3^{ème} séance, 4 (1,4%) pour une 4^{ème} séance et seulement une personne (0,3%) a bénéficié de 22 séances étalées sur une durée de deux années et demi.

Sur le plan psychologique, deux patientes avaient développé des signes évoquant un état de stress aigu réactionnel et ils ont été adressées au service de psychiatrie pour une prise en charge spécialisée.

2.1.4.9 Données relatives aux complications liées à l'agression

Tableau 53 : Victimes de violences sexuelles - Données relatives aux complications ; CHUC ; 2010-2021

Complications liées à l'agression	Effectif	%
Lésions récentes de l'hymen	81	(n=1477)5,5
βhCG positif	11	(n=1477)0,7
HIV positif	1	(n=2276)0,0

Des lésions récentes de l'hymen ont été mises en évidence chez 81 victimes (5,5%)

Onze victimes avaient une grossesse évolutive (0,7 %). Le devenir de ces grossesses reste inconnu car le suivi n'a pu être fait (perdus de vue).

Une victime avait une infection sexuellement transmissible documentée (0,0 %).

2.1.4.10 Données relatives au circuit de la victime (délai en jours)

2.1.4.10.1 Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de la réquisition

Tableau 54 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de la réquisition ; CHUC ; 2010-2021

Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de la réquisition	Effectif	%
Inférieur ou égal à 24 h	878	38,6
24 à 72 heures	301	13,2
72 heures à 7 jours	215	9,4
Supérieur à 1 semaine	360	15,8
Inconnu*	522	23,0
Total	2276	100

*Inconnu : date d'agression ou date de réquisition indéterminées

38,6 % des patient·e·s se sont présenté·e·s aux autorités judiciaires dans les 24 heures suivant l’agression sexuelle subie, et 13,2 % dans les 24 à 72 heures, établissant à 51,8 % le nombre de victimes faisant appel aux autorités judiciaires dans les trois jours. 9,4 % se sont rendu·e·s à la police entre 72 heures et 7 jours après leur agression, 15,8 % ne se sont présenté·e·s qu’après minimum une semaine.

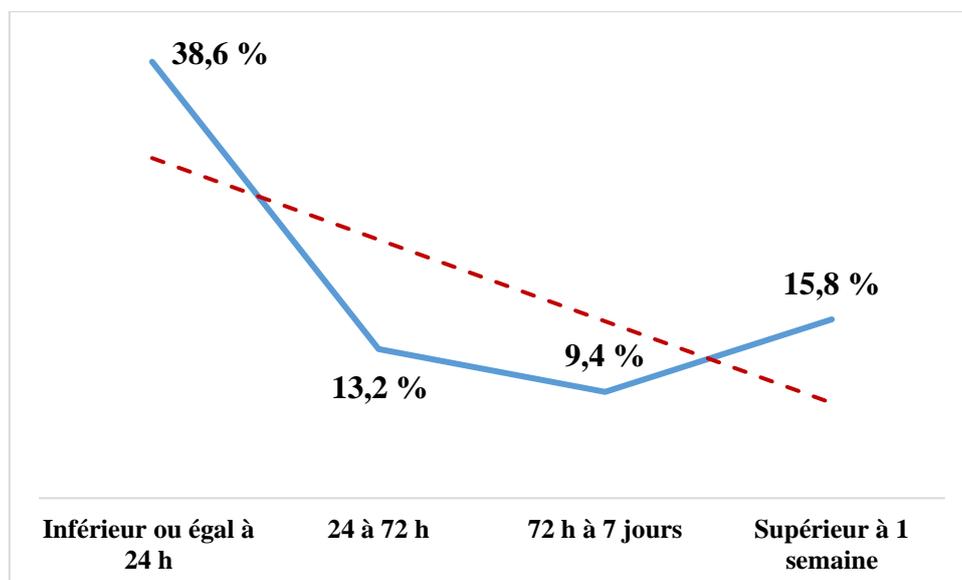


Figure 59 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de la réquisition ; CHUC ; 2010-2021

La courbe de tendance est décroissante, elle montre que le délai entre la date de la dernière agression et celle de la réquisition diminue progressivement. Cela signifie que ce délai est assez court et ne dépasse pas les 24 heures dans environ 40% des cas (38,6%).

2.1.4.10.2 Délai entre la date de la réquisition et la date de l'examen initial au service de médecine légale

Tableau 55 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de la réquisition et la date de l'examen initial au service de médecine légale CHUC ; 2010-2021

Délai entre la date de la réquisition et la date de l'examen initial au service de médecine légale	Effectif	%
Inférieur ou égal à 24 heures	1905	83,7
24 à 72 heures	59	2,6
72 heures à 7 jours	27	1,2
Supérieur à 1 semaine	15	0,7
Inconnu*	270	11,9
Total	2276	100

*Inconnu : date d'examen en médecine légale ou date de réquisition indéterminée

83,7 % des patient·e·s se sont présenté·e·s aux urgences médico-judiciaires dans les 24 heures suivant l'obtention de la réquisition, et 2,6 % dans les 24 à 72 heures, établissant à 86,3 % le nombre de victimes faisant appel aux urgences dans les trois jours suivant le passage par les autorités judiciaires. 1,2 % se sont rendu·e·s à l'hôpital entre 72 heures et 7 jours après leur l'obtention de la réquisition, 0,7 % ne se sont présenté·e·s qu'après minimum une semaine.

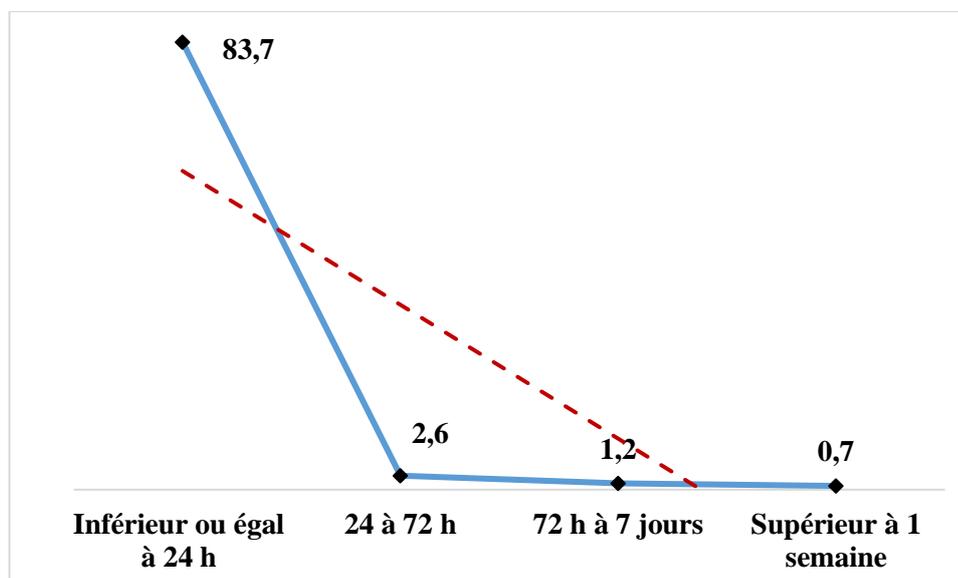


Figure 60 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de la réquisition et la date de l'examen initial au service de médecine légale CHUC ; 2010-2021

La courbe de tendance est décroissante, elle montre que le délai entre la date de réquisition et la date de l'examen initial au niveau du service de médecine légale diminue progressivement. Cela signifie que ce délai est assez court et ne dépasse pas les 24 heures dans environ 85% des cas (83,7%).

2.1.4.10.3 Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial au service de médecine légale

Tableau 56 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial au service de médecine légale ; CHUC ; 2010-2021

Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial au service de médecine légale	Effectif	%
Inférieur ou égal à 24 h	888	39,0
24 à 72 heures	367	16,1
72 heures à 7 jours	257	11,3
Supérieur à 1 semaine	396	17,4
Inconnu*	368	16,2
Total	2276	100

*Inconnu : date d'examen en médecine légale ou date de d'agression indéterminée

39 % des patient·e·s se sont présenté·e·s aux urgences médico-judiciaires dans les 24 heures suivant l'agression sexuelle subie, et 16,1 % dans les 24 à 72 heures, établissant à 55,1 % le nombre de victimes faisant appel aux urgences dans les trois jours. 11,3 % se sont rendu·e·s à l'hôpital entre 72 heures et 7 jours après leur agression, 17,4 % ne se sont présenté·e·s qu'après minimum une semaine.

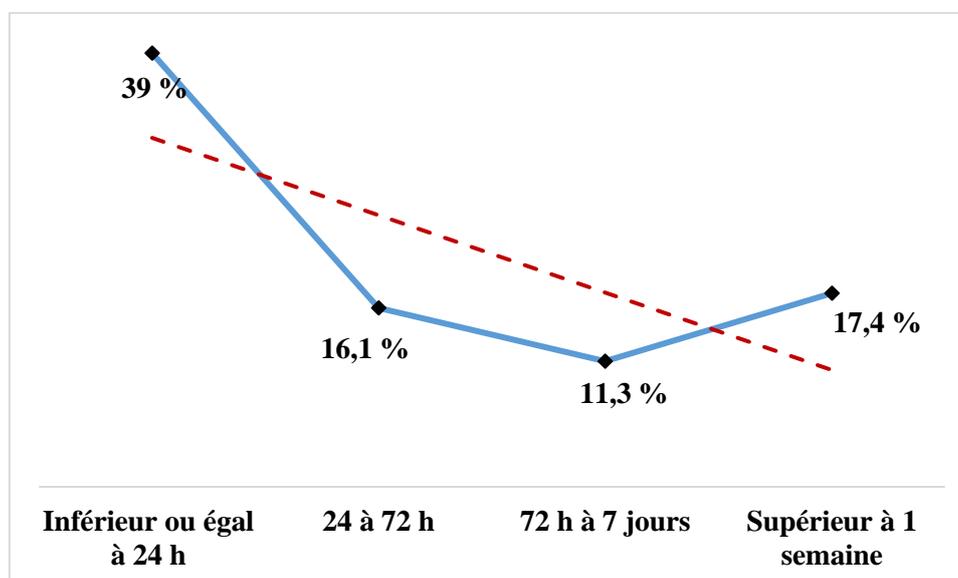


Figure 61 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial au service de médecine légale ; CHUC ; 2010-2021

La courbe de tendance est décroissante, elle montre que le délai entre la date de la dernière agression et la date de l'examen initial diminue progressivement. Cela signifie que ce délai est assez court et ne dépasse pas les 24 heures dans environ 40% des cas (39%).

2.1.4.10.4 Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial au service d'épidémiologie

Tableau 57 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial au service d'épidémiologie ; CHUC ; 2010-2021

Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial au service d'épidémiologie	Effectif	%
Inférieur ou égal à 24 heures	7	1,9
24 à 72 heures	11	3,0
72 heures à 7 jours	76	21,1
Supérieur à 1 semaine	194	53,7
Inconnu*	73	20,2
Total	361	100

*Inconnu : date d'examen en épidémiologie ou date de d'agression indéterminée

1,9 % des patient·e·s se sont présenté·e·s au service d'épidémiologie dans les 24 heures suivant l'agression sexuelle subie, et 3 % dans les 24 à 72 heures, établissant à 4,9 % le nombre de victimes pris en charge en épidémiologie dans les trois jours. 21,1 % s'y sont rendu·e·s 72 heures et 7 jours après leur agression, 53,7 % ne se sont présenté·e·s qu'après minimum une semaine.

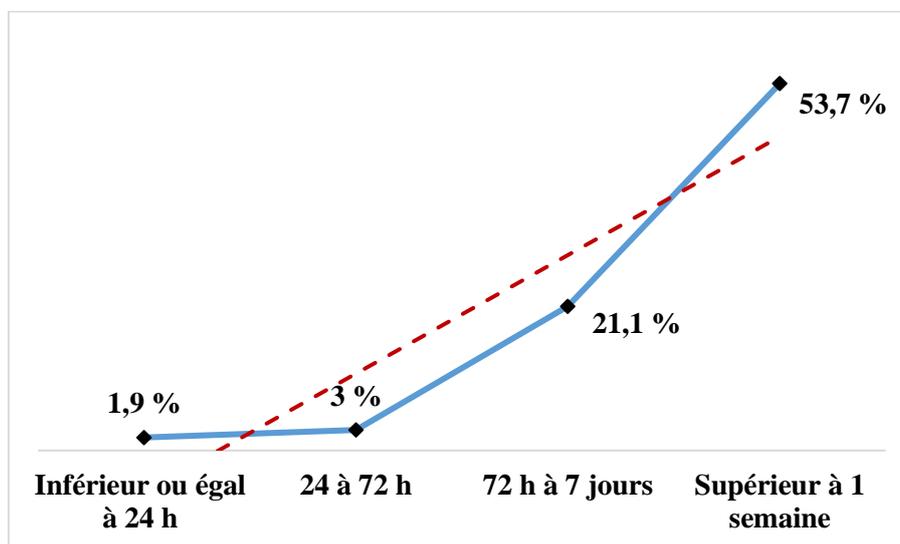


Figure 62 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial au service d'épidémiologie ; CHUC ; 2010-2021

La courbe de tendance est croissante ou haussière, elle montre que le délai entre la date de la dernière agression et celle de l'examen au niveau du service d'épidémiologie est assez lent.

2.1.4.10.5 Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial au service des maladies infectieuses

Tableau 58 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial au service des maladies infectieuses ; CHUC ; 2010-2021

Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial au service des maladies infectieuses	Effectif	%
Inférieur ou égal à 24 h	18	11,5
24 à 72 heures	-	-
72 heures à 7 jours	-	-
Supérieur à 1 semaine	111	70,7
Inconnu*	28	17,8
Total	157	100

*Inconnu : date d'examen en infectieux ou date de d'agression indéterminée

11,5 % des patient·e·s se sont présenté·e·s au service des maladies infectieuses dans les 24 heures suivant l'agression sexuelle subie, et 70,7 % ne s'y sont présenté·e·s qu'après minimum une semaine.

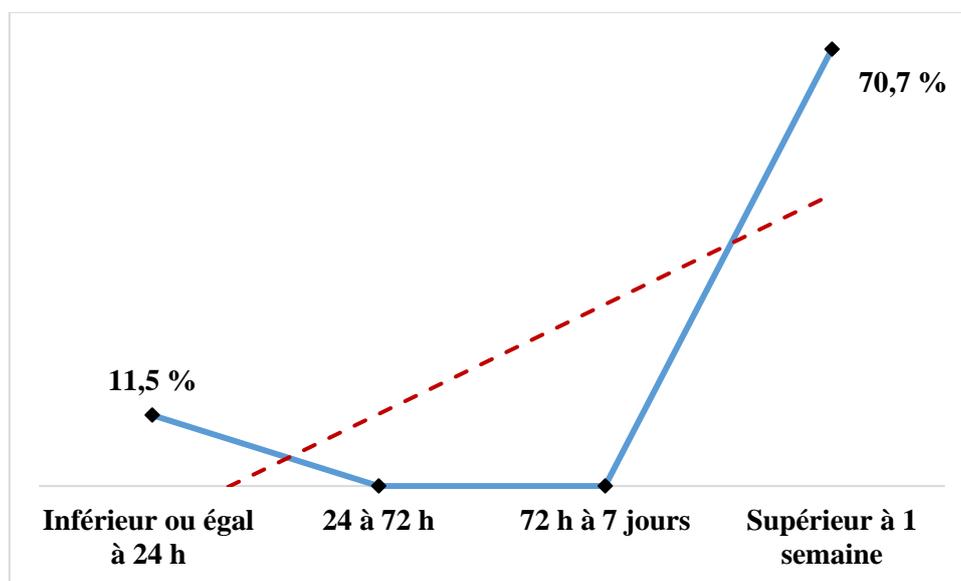


Figure 63 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial au service des maladies infectieuses ; CHUC ; 2010-2021

La courbe de tendance est croissante ou haussière, elle montre que le délai entre la date de la dernière agression et celle de l'examen au niveau du service des maladies infectieuses est assez lent.

2.1.4.10.6 Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial à l'unité de psychologie

Tableau 59 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial à l'unité de psychologie ; CHUC ; 2010-2021

Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial à l'unité de psychologie	Effectif	%
Inférieur ou égal à 24 heures	33	21,0
24 à 72 heures	-	-
72 heures à 7 jours	0	0,0
Supérieur à 1 semaine	200	70,9
Inconnu*	49	17,4
Total	282	100

*Inconnu : date d'examen en psychologie ou date de d'agression indéterminée

21 % des patient·e·s se sont présenté·e·s à l'unité de psychologie dans les 24 heures suivant l'agression sexuelle subie, et 70,9 % ne se sont présenté·e·s qu'après minimum une semaine.

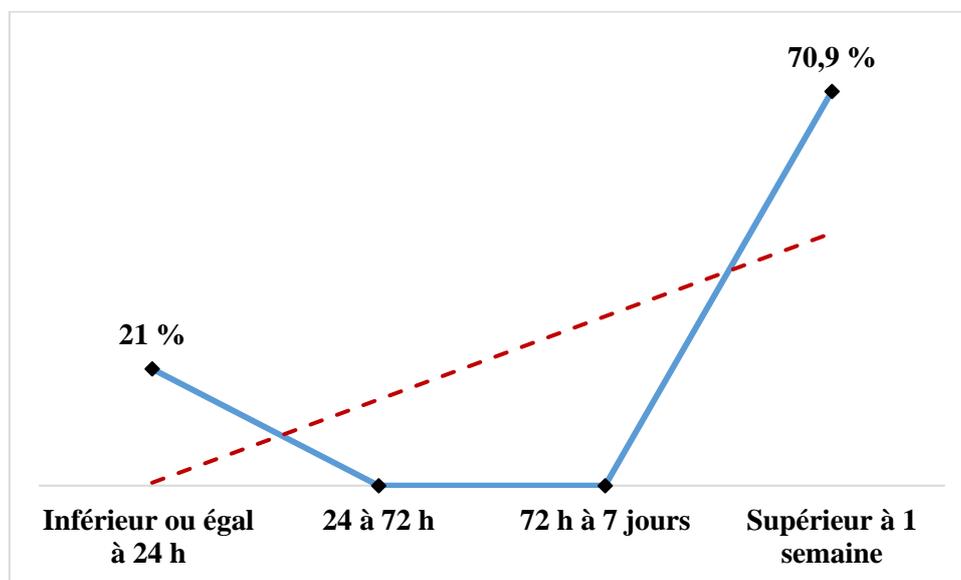


Figure 64 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial au service de psychologie ; CHUC ; 2010-2021

La courbe de tendance est croissante ou haussière, elle montre que le délai entre la date de la dernière agression et celle de l'examen au niveau de l'unité de psychologie est assez lent.

2.1.4.10.7 Délai entre la date de l'examen initial et la date de remise du rapport médico-légal

Tableau 60 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de l'examen initial et la date de remise du rapport médico-légal ; CHUC ; 2010-2021

Délai entre la date de l'examen initial et la date de remise du rapport médico-légal	Effectif	%
Inférieur ou égal à 24 heures	904	39,7
24 à 72 heures	248	10,9
72 heures à 7 jours	188	8,3
Supérieur à 1 semaine	240	10,5
Inconnu*	696	30,6
Total	2276	100,0

*Inconnu : date d'examen initial ou date de remise du rapport indéterminée

Dans 39,7 % des cas, le rapport médico-légal a été remis aux patient·e·s dans les 24 heures suivant l'examen initial, et 10,9 % dans les 24 à 72 h, établissant à 50,6 % le nombre de victimes qui ont obtenu leur rapport dans les trois jours. 8,3 % l'ont eu entre 72 heures et 7 jours après leur examen, 10,5 % ne l'ont obtenu qu'après minimum une semaine.

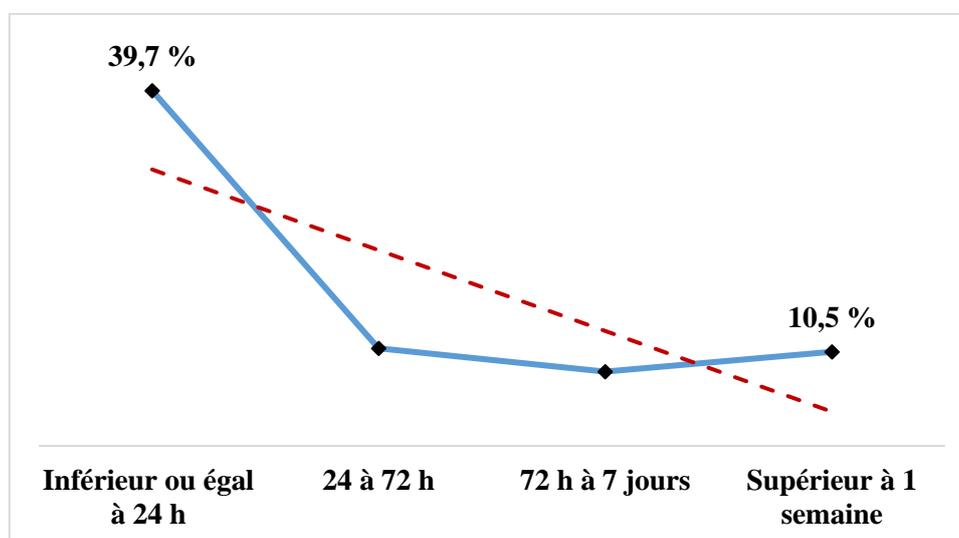


Figure 65 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de l'examen initial et la date de remise du rapport médico-légal ; CHUC ; 2010-2021

La courbe de tendance est décroissante. Elle montre que le délai entre la date de l'examen initial et la date de remise du rapport médico-légal qui est inférieur à 24 heures dans environ 39,7 % des cas.

2.1.4.10.8 Délai entre la date de l'examen initial et la date de remise du complément de rapport médico-légal

Tableau 61 :Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de l'examen initial et la date de remise du complément de rapport médico-légal ; CHUC ; 2010-2021

Délai entre la date de l'examen initial et la date de remise du complément de rapport médico-légal	Effectif	%
Inférieur ou égal à 24 heures	1	6,7
24 à 72 heures	1	6,7
72 heures à 7 jours	1	6,7
Supérieur à 1 semaine	12	79,1
Total	15	100

*Inconnu : date d'examen initial ou date de remise du complément du rapport indéterminée

Dans 6,7 % des cas, le complément du rapport médico-légal a été remis aux patient·e·s dans les 24 heures suivant l'examen initial, et 6,7 %, également, dans les 24 à 72 heures, établissant à 13,4 % le nombre de victimes qui ont obtenu leur complément de rapport dans les trois jours. 6,7 %, aussi, l'ont eu entre 72 heures et 7 jours après leur examen, 79,1 % ne l'ont obtenu qu'après minimum une semaine.

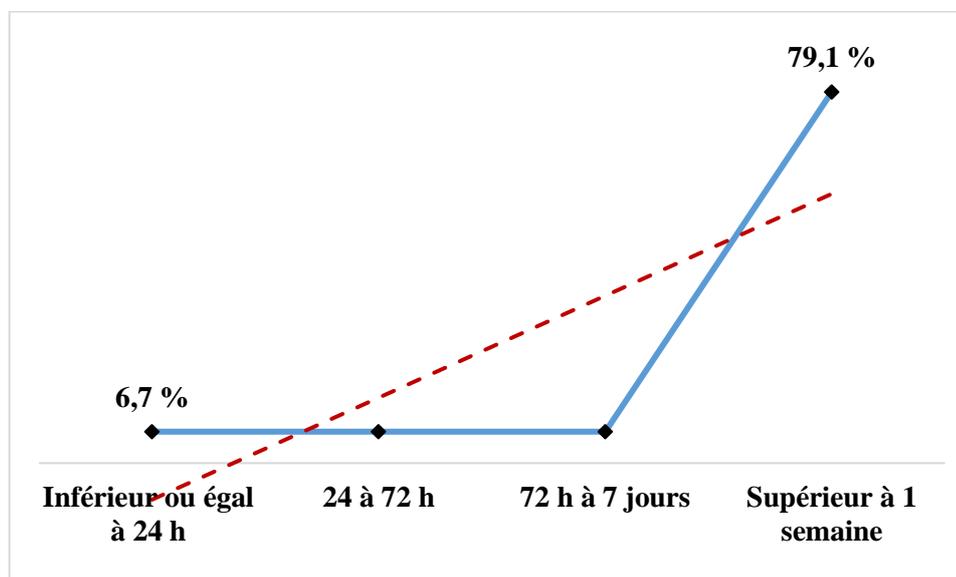


Figure 66 :Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de l'examen initial et la date de remise du complément de rapport médico-légal ; CHUC ; 2010-2021

La courbe de tendance est croissante. Elle montre que le délai entre la date de l'examen initial et la date de remise du complément du rapport médico-légal est assez lente et est supérieure à une semaine dans 79,1 % des cas.

2.1.4.10.9 Circuit actuel de prise en charge des victimes de violences sexuelles à Constantine

Tableau 62 :Circuit de prise en charge des victimes de violences sexuelles à Constantine

Délais (jours)	Moyenne	Médiane	[Min-Max]
Examen – Réquisition	1	0,5	[0-32]
Dernière agression – Réquisition	11,7	1	[0-246]
Dernière agression - Examen en Médecine légale	11,6	2	[0-246]
Dernière agression et Examen en d’Epidémiologie	20,8	11	[0-349]
Dernière agression et Examen en Infectieux	15,4	11	[0-252]
Dernière agression et Examen en Psychologie	26	6	[0-328]
Examen initial - Remise du rapport médico-légal	12	1	[0-181]
Examen initial - Remise du complément de Rapport médico-légal	53	17	[0-119]

Dans notre étude, la moyenne des délais concernant le circuit de prise en charge des victimes de violences sexuelles était estimée pour chaque situation comme suit :

Le délai moyen entre les dates de l’examen en médecine légale et de la réquisition est de 1 jour avec un maximum de 32 jours.

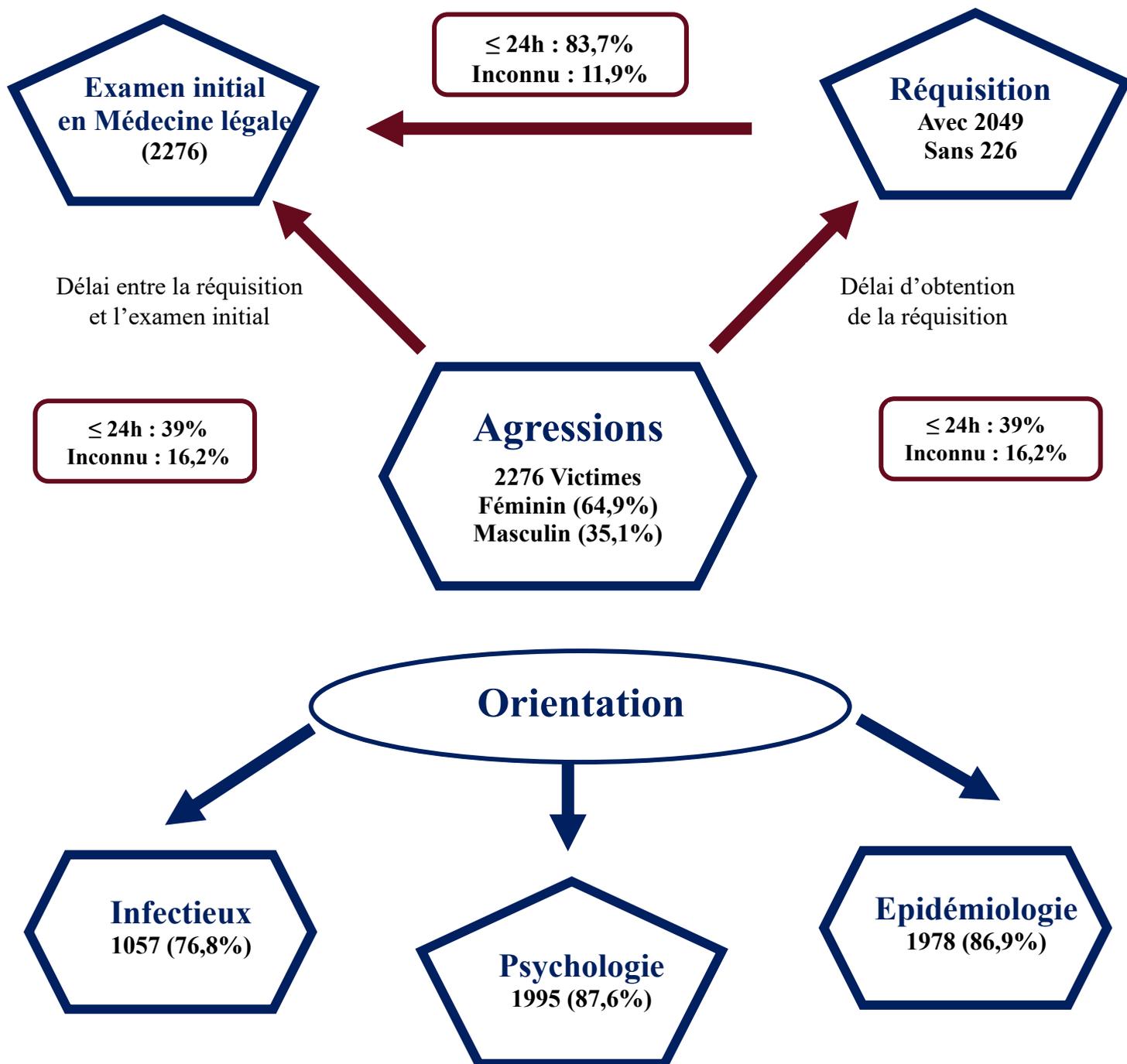
Le délai entre la date de la dernière agression et la date de la réquisition et celui entre la dernière agression et l’examen en médecine légale sont en moyenne, respectivement, de 11,7 et 11,6 jours.

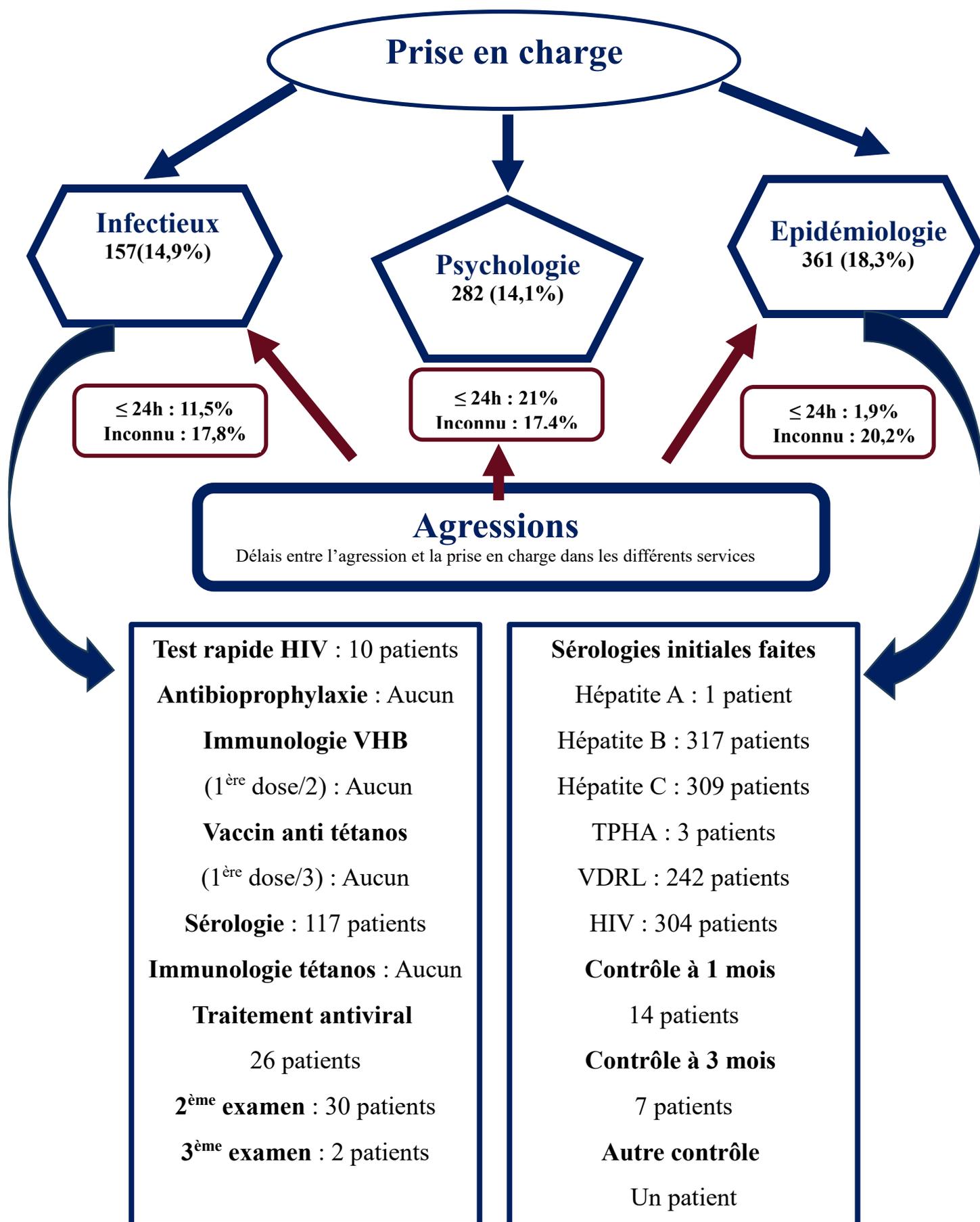
Ces délais ne dépassent pas les 48 heures dans 50% des cas (délais médians respectifs de 0.5, 1 et 2 jours)

Ce n’est pas le cas pour les délais entre l’agression et les examens épidémiologiques, infectieux et psychologiques (délai moyen de 20,8 jours,15,4 jours et 26 jours) qui dépassent dans 50% des cas une semaine.

Quant au délai moyen de la remise du rapport médico-légal, il était de 12 jours alors que celui de la remise du complément de rapport médico-légal était prolongée à 53 jours.

Schéma récapitulatif du circuit actuel des victimes de violences sexuelles à Constantine depuis l'agression jusqu'à la remise du rapport médico-légal





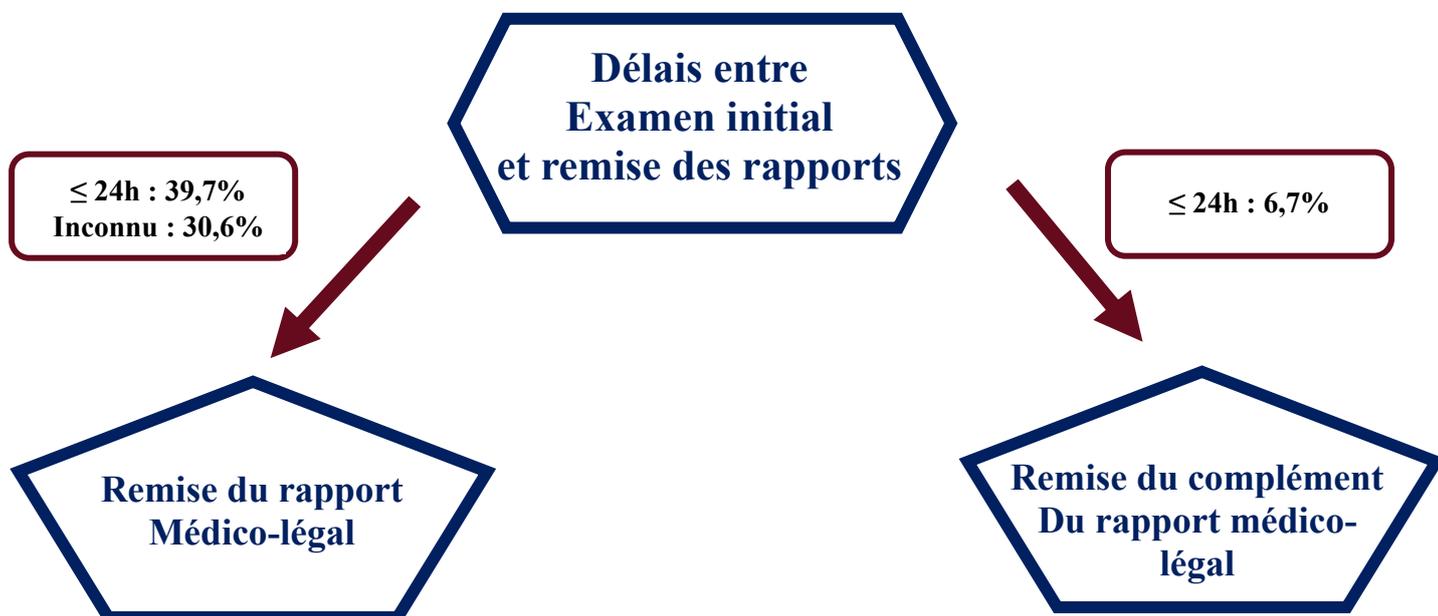


Figure 67 : Circuit de prise en charge des victimes de violences sexuelles à Constantine

2.1.5 Statistique analytique des données regroupées

2.1.5.1 En fonction du sexe

Tableau 63 : Caractéristiques socio-démographiques et lieu d'agression selon le sexe

	Féminin	Masculin	P
Age			
- Inférieur à 13	234	454	
- 13-15	272	153	
- 16-17	446	110	
- 18	160	15	0,01
- 19-24	202	42	(Différence significative)
- 25-34	118	13	
- 35-49	38	8	
- 50 et plus	6	2	
Niveau d'instruction			
- Primaire	195	344	
- Moyen	638	246	0,0001
- Secondaire	268	28	(Différence significative)
- Universitaire	70	5	
- CAP	27	12	
- Illettré	8	5	
Statut civil			
- Célibataire	282	58	0,001
- Marié	52	2	(Différence significative)
- Divorcé	33	-	
- Veuf	3	-	
Lieu d'agression			
- Domicile	447	243	
- Lieu public	119	66	0,008
- Véhicule	88	14	(Différence significative)
- Espace d'études	8	17	
- Autres	628	332	
Vulnérabilité			
- Oui	593	637	0,001
- Non	884	162	(Différence significative)
Profession			
- Oui	50	13	0,001
- Non	299	44	(Différence significative)

Il ressort de la comparaison entre la victime de sexe féminin et la victime de sexe masculin qu'il existe une différence significative concernant l'âge ($p = 0,01$), le niveau d'instruction ($p=0,0001$), le statut civil, la vulnérabilité et la profession avec un degré de signification de $0,001$.

La différence était également significative pour le lieu d'agression ($p=0,008$).

2.1.5.2 En fonction de l'âge

Tableau 64 : Caractéristiques socio-démographiques et lieu d'agression selon l'âge

	Inférieur à 13	13-15	16-17	18	19 et plus	P
Niveau d'instruction						0,7
- Primaire	418	34	33	12	42	(Différence non significative)
- Moyen	77	338	291	67	111	
- Secondaire	-	17	154	62	63	
- Universitaire	-	-	1	4	70	
- CAP	-	3	19	13	4	
- Illettré	2	1	1	1	8	
Statut civil						0,001
- Célibataire			-	-	340	(Différence significative)
- Marié	/	/	1	3	50	
- Divorcé			-	3	30	
- Veuf			-	-	3	
Lieu d'agression						0,01
- Domicile	295	98	130	47	120	(Différence significative)
- Lieu public	40	29	51	13	52	
- Véhicule	6	24	38	19	15	
- Espace d'études						
- Autres	19	2	3	-	-	
	272	193	241	83	207	
Vulnérabilité						0,01
- Oui	688	425	35	13	68	(Différence significative)
- Non	-	-	521	162	361	

Il ressort de la comparaison entre les différentes tranches d'âge, qu'il existe une différence significative concernant le statut civil ($p=0,001$) ainsi que pour le lieu d'agression et la vulnérabilité ($p=0,01$).

La différence est non significative concernant le niveau d'instruction ($p=0,7$).

2.2 Auteurs présumés

Il a été étudié un total de 19 rapports d'agression sexuelle (consultation sur réquisition ou prélèvements à visée génétique) durant les 48 mois de l'étude, dont 15 ont été retenus pour l'analyse. Vingt et un pour cent (n = 4, tous de la période rétrospective) étaient inéligibles pour diverses raisons. Sur les 4 déclarations exclues, 50 % (n = 2) étaient suspectés dans une affaire d'infanticide et 50 % (n = 2) étaient suspectés d'actes à caractère homosexuel consentis :



Figure 68 : Diagramme de flux de la sélection des dossiers des auteurs présumés

2.2.1 Période rétrospective : De janvier 2010 à décembre 2019

2.2.1.1 Fréquence des violences sexuelles par année de 2010 à 2019

Tableau 65 : Auteurs de violences sexuelles durant la période 2010-2019

Année	Effectif	%
2010	1	7,1
2011	1	7,1
2012	2	14,3
2013	-	-
2014	-	-
2015	3	21,5
2016	-	-
2017	2	14,3
2018	4	28,6
2019	1	7,1
TOTAL	14	100
Fréquence	14/83320	0,0%

Durant la période rétrospective, nous avons pris en charge 14 auteurs présumés de violences sexuelles sur un nombre total de 83320 consultations ; ceci représente 0,0 % de l'ensemble des consultations de l'unité d'exploration médico-judiciaire.

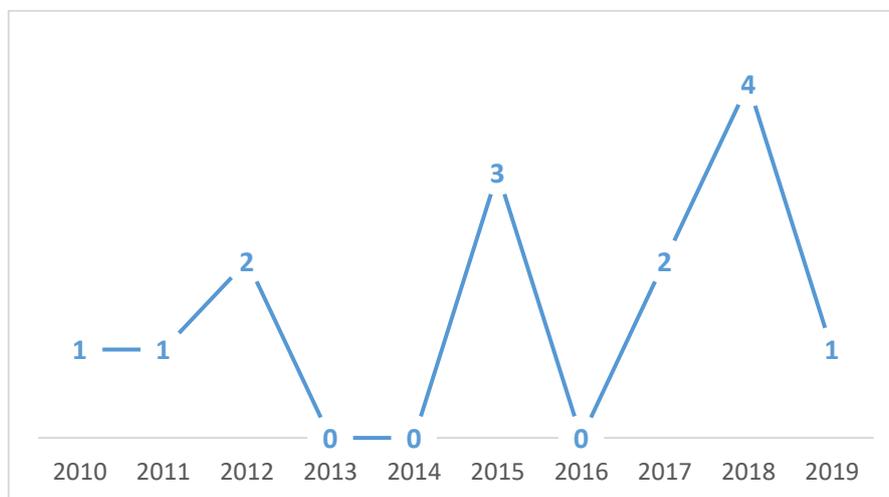


Figure 69 : Auteurs de violences sexuelles durant la période 2010-2019

2.2.1.2 Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des auteurs présumés de 2010 à 2019

Tableau 66 : Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des auteurs présumés de 2010 à 2019

Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des auteurs présumés	Effectif	%
Age		
- <10	-	-
- 10-12	-	-
- 13-15	1	(7,1%)
- 16-17	1	(7,1%)
- 18	-	-
- 19 à 34	5	(35,7%)
- 35 à 49	4	(28,6%)
- 50 à 64	1	(7,1%)
- 65 et plus	2	(14,3%)
Sexe		
- Féminin	-	-
- Masculin	14	(100%)
Statut civil		
- Célibataire	6	(42,8%)
- Marié(e)	1	(7,1%)
- Divorcé(e)	1	(7,1%)
- Veuf(ve)	-	-
- Inconnu	4	(28,6%)
- Non applicable (0-18ans)	2	(14,3%)

PARTIE PRATIQUE-----RESULTATS

Nombre d'enfants		
- Aucun	8	(57,1%)
- 1-3	1	(7,1%)
- >3	1	(7,1%)
- Inconnu	4	(28,6%)
- Non applicable	-	-
Niveau d'instruction		
- Inconnu	10	(71,4%)
- Illettré(e)	-	-
- Non applicable (0-3ans)	-	-
- Pas encore scolarisé(e) (4-7ans)	-	-
- Primaire	1	(7,1%)
- Moyen	2	(14,3%)
- CAP	-	-
- Secondaire	-	-
- Universitaire	1	(7,1%)
Profession		
- Non applicable (0-18 ans)	1	(7,1%)
- Sans emploi	2	(14,3%)
- Employé	3	(21,4%)
- Artisan, chef d'entreprise	-	-
- Commerçant	-	-
- Cadre et profession intellectuelle	-	-
- Ouvrier	1	(7,1%)
- Retraité	2	(14,3%)
- Autre	2	(14,3%)
- Inconnue	3	(21,4%)
Antécédents		
- Médicaux	6	(42,8%)
- Chirurgicaux	2	(14,3%)
- Psychiatriques	3	(21,4%)
- Agressions sexuelles	-	-
Médication/Usage de drogue(s)		
- Consommation de tabac habituelle	8	(57,1%)
- Consommation d'alcool habituelle	2	(14,3%)
- Consommation de cannabis habituelle	1	(7,1%)
- Consommation de médicaments psychotropes habituelle	1	(7,1%)
- Consommation d'héroïne/de cocaïne habituelle	-	-
- Consommation de prégabaline habituelle	1	(7,1%)
- Consommation de toxique autre habituelle	-	-
Antécédents judiciaires		
- Infraction(s) sexuelle(s)	2	(14,3%)
- Infraction(s) non sexuelle(s)	-	-
Retard/échec scolaire	10	(71,4%)

Le profil socio-démographique des auteurs présumés est celui d'un homme jeune (100%), âgé de 19 à 34 ans (35,7%), célibataire (42,8%), sans enfants (57,1%), de niveau d'instruction bas (14,3%), employé (21,4%). La victime avait des antécédents de troubles psycho-pathologiques (automutilation, fugues, toxicomanie...) (21,4%), de consommation de tabac (57,1%), d'infractions sexuelles (14,3%) et de retard ou d'échec scolaire (71,4%).

2.2.2 Période prospective : Période de 2020 à 2021

2.2.2.1 Fréquence des violences sexuelles par année de 2020 à 2021

Tableau 67 : Auteurs de violences sexuelles durant la période 2020-2021

Année	Effectif	%
2020	1	100
2021	-	-
TOTAL	1	100
Fréquence	1/15834	0,00%

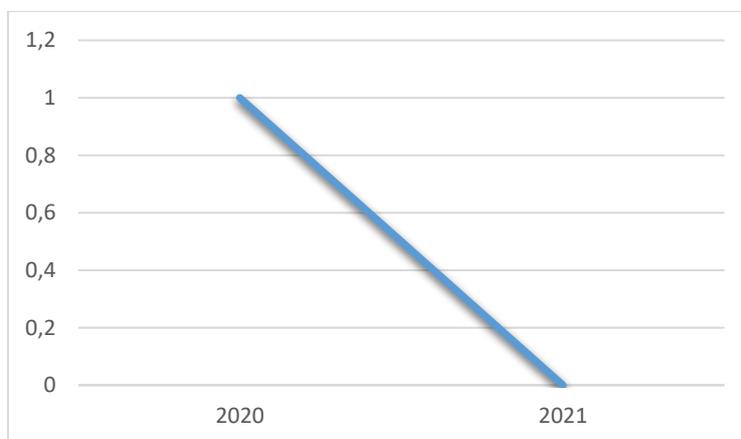


Figure 70 : Auteurs de violences sexuelles durant la période 2020-2021

Durant la période prospective, nous avons pris en charge 1 auteur présumé de violences sexuelles sur un nombre total de 15834 consultations ; ceci représente 0,0% de l'ensemble des consultations de l'unité d'exploration médico-judiciaire.

Il nous a paru plus représentatif d'associer les deux périodes d'étude pour des résultats plus exhaustifs tout en déterminant les caractéristiques de la victime et de l'auteur des violences sexuelles.

2.2.2.2 Caractéristique socio-démographiques et cliniques des auteurs présumés de 2020 à 2021

Tableau 68 : Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des auteurs présumés ; 2020-2021

Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des auteurs présumés	Effectif	%
Age		
- <10	-	-
- 10-12	-	-
- 13-15	-	-
- 16-17	-	-
- 18	1	(100%)
- 19 à 34	-	-
- 35 à 49	-	-
- 50 à 64	-	-
- 65 et plus	-	-
Sexe		
- Féminin	-	-
- Masculin	1	(100%)
Statut civil		
- Célibataire	-	-
- Marié(e)	-	-
- Divorcé(e)	-	-
- Veuf(ve)	-	-
- Inconnu	-	-
- Non applicable (0-18ans)	1	(100%)
Nombre d'enfants		
- Aucun	1	(100%)
- 1-3	-	-
- >3	-	-
- Inconnu	-	-
- Non applicable	-	-
Niveau d'instruction		
- Inconnu	-	-
- Illettré(e)	-	-
- Non applicable (0-3ans)	-	-
- Pas encore scolarisé(e) (4-7ans)	-	-
- Primaire	-	-
- Moyen	1	(100%)
- CAP	-	-
- Secondaire	-	-
- Universitaire	-	-
Profession		
- Non applicable (0-18 ans)	-	-
- Sans emploi	-	-
- Employé	-	-
- Artisan, chef d'entreprise	-	-
- Commerçant	-	-
- Cadre et profession intellectuelle	-	-
- Ouvrier	-	-
- Retraité	-	-
- Autre	1	(100%)
- Inconnue	-	-

Antécédents		
- Médicaux	-	-
- Chirurgicaux	-	-
- Psychiatriques	-	-
- Agressions sexuelles	1	(100%)
Médication/Usage de drogue(s)		
- Consommation de tabac habituelle	1	(100%)
- Consommation d'alcool habituelle	-	-
- Consommation de cannabis habituelle	-	-
- Consommation de médicaments psychotropes habituelle	-	-
- Consommation d'héroïne/de cocaïne habituelle	-	-
- Consommation de prégabaline habituelle	-	-
- Consommation de toxique autre habituelle	-	-
Antécédents judiciaires		
- Infraction(s) sexuelle(s)	-	-
- Infraction(s) non sexuelle(s)	-	-
Retard/échec scolaire	1	(100%)

L'auteur présumé était un jeune homme âgé de 18 ans, célibataire, sans enfants, de niveau d'instruction bas, cuisinier. L'auteur avait des antécédents d'agressions sexuelles, de consommation de tabac habituelle et d'échec scolaire.

2.2.3 Période de 2010 à 2021 : Regroupement des données

2.2.3.1 Fréquence des violences sexuelles par année de 2010 à 2021

Tableau 69 : Auteurs de violences sexuelles durant la période 2010-2021

Année	Effectif	%
2010	1	6,7
2011	1	6,7
2012	2	13,3
2013	-	-
2014	-	-
2015	3	20
2016	-	-
2017	2	13,3
2018	4	26,7
2019	1	6,7
2020	1	6,7
2021	-	-
TOTAL	15	100
Fréquence	15/99154	0,0

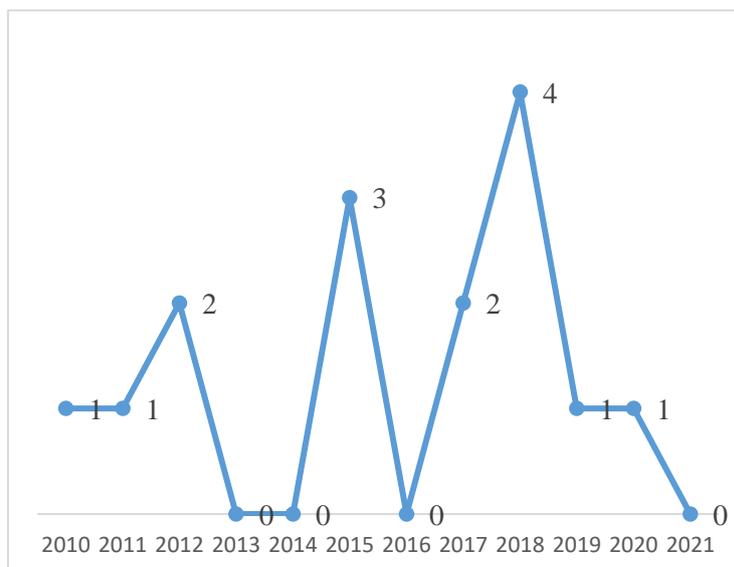


Figure 71: Auteurs de violences sexuelles durant la période 2010-2021

Durant la période de 2010 à 2021, nous avons pris en charge 15 auteurs présumés de violences sexuelles sur un nombre total de 99154 consultations ; ceci représente 0,0% de l'ensemble des consultations de l'unité d'exploration médico-judiciaire.

2.2.3.2 Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des auteurs présumés de 2010 à 2021

Tableau 70 : Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des auteurs présumés 2010-2021

Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des auteurs présumés	2010-2019	2020-2021	2010-2021
Age			
- <10	-	-	-
- 10-12	-	-	-
- 13-15	1 (7,1%)	-	1 (6,7%)
- 16-17	1 (7,1%)	-	1 (6,7%)
- 18	-	1 (100%)	1 (6,7%)
- 19 à 34	5 (35,7%)	-	5 (33,3%)
- 35 à 49	4 (28,6%)	-	4 (26,7%)
- 50 à 64	1 (7,1%)	-	1 (6,7%)
- 65 et plus	2 (14,3%)	-	2 (13,3%)
Sexe			
- Féminin	-	-	-
- Masculin	14 (100%)	1 (100%)	15 (100%)
Statut civil			
- Célibataire	6 (42,8%)	-	6 (40%)
- Marié(e)	1 (7,1%)	-	1 (6,7%)
- Divorcé(e)	1 (7,1%)	-	1 (6,7%)
- Veuf(ve)	-	-	-
- Inconnu	4 (28,6%)	-	4 (26,6%)
- Non applicable (0-18ans)	2 (14,3%)	1 (100%)	3 (20%)

PARTIE PRATIQUE-----RESULTATS

Nombre d'enfants			
- Aucun	8 (57,1%)	1 (100%)	9 (60%)
- 1-3	1 (7,1%)	-	1 (6,7%)
- >3	1 (7,1%)	-	1 (6,7%)
- Inconnu	4 (28,6%)	-	4 (26,6%)
- Non applicable	-	-	-
Niveau d'instruction			
- Inconnu	10 (71,4%)	-	10 (66,6%)
- Illettré(e)	-	-	-
- Non applicable (0-3ans)	-	-	-
- Pas encore scolarisé(e) (4-7ans)	-	-	-
- Primaire	1 (7,1%)	-	1 (6,7%)
- Moyen	2 (14,3%)	1 (100%)	3 (20%)
- CAP	-	-	-
- Secondaire	-	-	-
- Universitaire	1 (7,1%)	-	1 (6,7%)
Profession			
- Non applicable (0-18 ans)	1 (7,1%)	-	1 (6,7%)
- Sans emploi	2 (14,3%)	-	2 (13,3%)
- Employé	3 (21,4%)	-	3 (20%)
- Artisan, chef d'entreprise	-	-	-
- Commerçant	-	-	-
- Cadre et profession intellectuelle	-	-	-
- Ouvrier	1 (7,1%)	-	1 (6,7%)
- Retraité	2 (14,3%)	-	2 (13,3%)
- Autre	2 (14,3%)	1 (100%)	3 (20%)
- Inconnue	3 (21,4%)	-	3 (20%)
Antécédents			
- Médicaux	6 (42,8%)	-	6 (40%)
- Chirurgicaux	2 (14,3%)	-	2 (13,3%)
- Psychiatriques	3 (21,4%)	-	3 (20%)
- Agressions sexuelles	-	1 (100%)	1 (6,7%)
Médication/Usage de drogue(s)			
- Consommation de tabac habituelle	8 (57,1%)	1 (100%)	9 (60%)
- Consommation d'alcool habituelle	2 (14,3%)	-	2 (13,3%)
- Consommation de cannabis habituelle	1 (7,1%)	-	1 (6,7%)
- Consommation de médicaments psychotropes habituelle	1 (7,1%)	-	1 (6,7%)
- Consommation d'héroïne/de cocaïne habituelle	-	-	-
- Consommation de prégabaline habituelle	1 (7,1%)	-	1 (6,7%)
- Consommation de toxique autre habituelle	-	-	-
Antécédents judiciaires			
- Infraction(s) sexuelle(s)	2 (14,3%)	-	2 (13,3%)
- Infraction(s) non sexuelle(s)	-	-	-
Retard/échec scolaire	10 (71,4%)	1 (100%)	11 (73,3%)

Le profil socio-démographique des auteurs présumés est celui d'un homme (100%), âgé de 19 à 34 ans (33,3%), célibataire (40%), sans enfants (60%), de niveau d'instruction bas (20%), employé (20%). L'auteur avait des antécédents de troubles psycho-pathologiques (automutilation, fugues, toxicomanie...) (20%), de consommation de tabac (60) et de retard ou d'échec scolaire (73,3%).

2.2.4 Statistique descriptive des données regroupées

2.2.4.1 Contexte de l'examen

Dans 15 cas (100 %) des cas, la prise en charge au service de médecine légale était mandatée par la police. 1

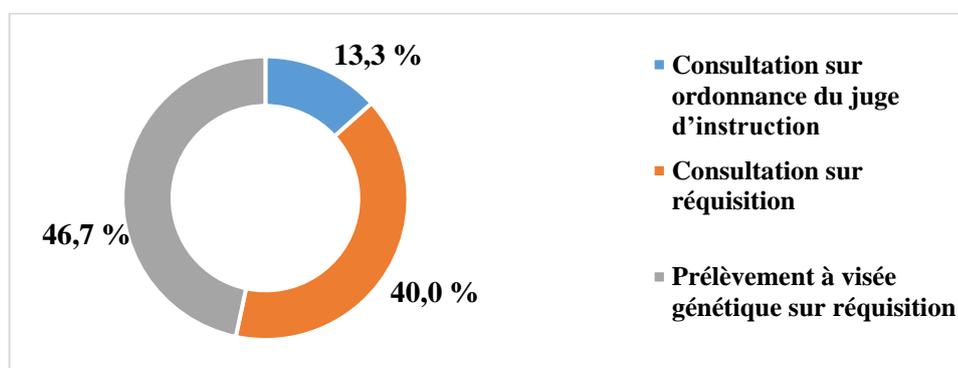


Figure 72 : Violences sexuelles : Auteurs présumés ; Contexte de l'examen ; CHUC ; 2010-2021

2.2.4.2 Délai de passage en médecine légale

Tableau 71 : Violences sexuelles : Auteurs présumés ; Délai de passage en médecine légale

Délai jusqu'à l'examen initial (Délai entre le jour de l'agression présumée et le jour de la consultation)	Effectif	%
Inférieur ou égal à 24 h	5	33,3
24 à 72 heures	3	20,0
72 heures à 7 jours	-	-
Supérieur à 1 semaine	2	13,4
Inconnu	5	33,3
Total	15	100

33,3 % des auteurs présumés ont été examinés aux urgences médico-judiciaires dans les 24 heures suivant l'agression sexuelle rapportée, et 20 % dans les 24 à 72 heures, établissant à 53,3 % leur nombre dans les trois jours. 13,4 % n'ont été ramenés qu'après une semaine.

2.2.4.3 Profils socio-démographiques et antécédents médicaux des auteurs présumés examinés au service de médecine légale du C.H.U.C. (2010-2021)

2.2.4.3.1 Sexe de l'auteur présumé

Dans 15 cas (100 % des cas), l'auteur présumé est de sexe masculin.

2.2.4.3.1.1 Age de l’auteur présumé

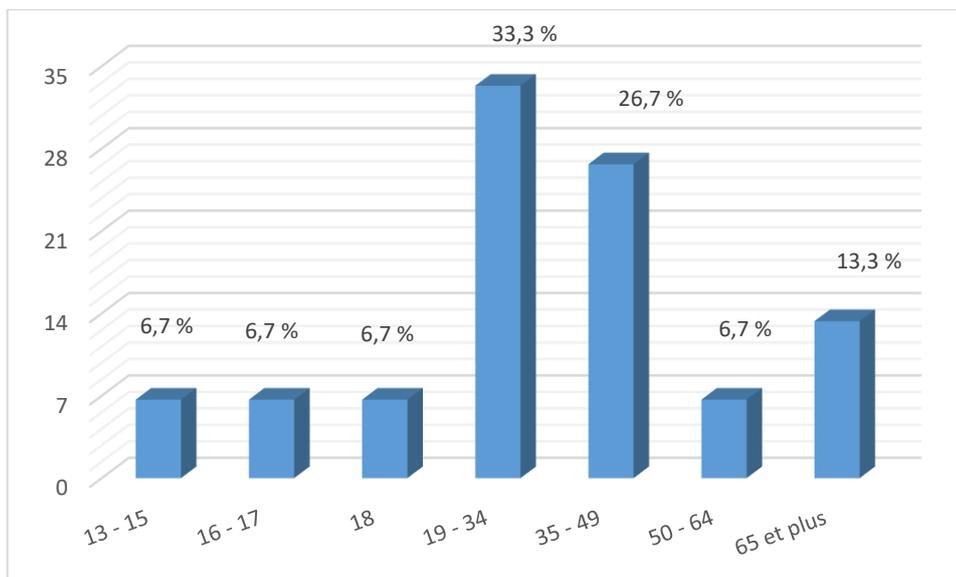


Figure 73 :Violences sexuelles : Auteurs présumés ; Répartition selon l’âge ; CHUC ; 2010-2021

Les victimes âgées de moins de 18 ans présentent 13,4 % des cas.

Tableau 72 :Violences sexuelles : Auteurs présumés ; Représentation paramétrique de l’âge ; CHUC ; 2010-2021

	Moyenne ± Ecart type	Médiane	[Min-Max]
Age (ans)	35,67 ± 18,6	33	[13-74]

L’âge médian des auteurs présumés est de 33 ans avec des extrêmes allant de 13 à 74 ans.

L’âge moyen est de 35,67 ± 18,6.

2.2.4.3.1.2 Contexte familial de l’auteur présumé

2.2.4.3.1.3 Statut civil de l’auteur présumé

40 % des auteurs présumés d’agression sexuelle étaient célibataires, 6,7 % marié·e·s et également 6,7 % étaient divorcé·e·s. Dans 26,6 % des cas, il n’était pas fait mention du statut civil de l’auteur présumé.

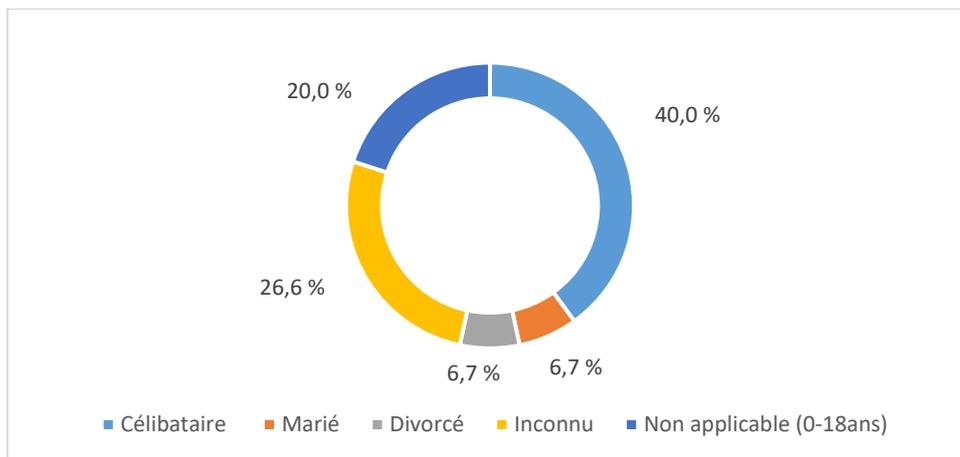


Figure 74 :Violences sexuelles : Auteurs présumés ; Répartition selon le statut civil ; CHUC ; 2010-2021

2.2.4.3.1.4 Nombre d’enfants de l’auteur présumé

60 % des auteurs, n’avaient pas d’enfants. 6,7 % en avaient un à trois enfants et 6,7 % en avaient plus de trois.

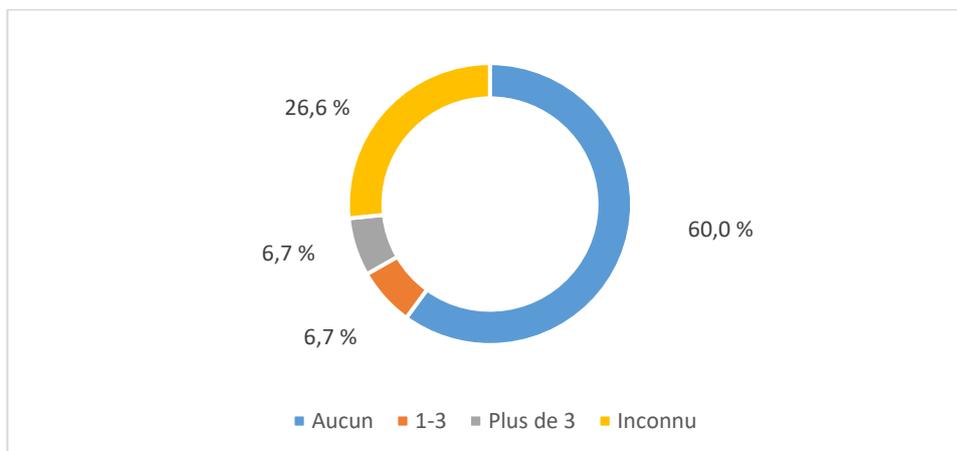


Figure 75 :Violences sexuelles : Auteurs présumés ; Répartition selon le nombre d’enfants ; CHUC ; 2010-2021

2.2.4.3.2 Localisation géographique de l’auteur présumé

La totalité des auteurs présumés étaient originaires d’Algérie (n= 15, 100 %).

2.2.4.3.3 Lieu de résidence de l’auteur présumé

Nous avons noté que 73,4 % des auteurs présumés étaient originaires de la wilaya de Constantine. Suivie de la wilaya de Mila avec 13,3 % et de la wilaya d’Oum El Bouaghi avec 13,3 % aussi.

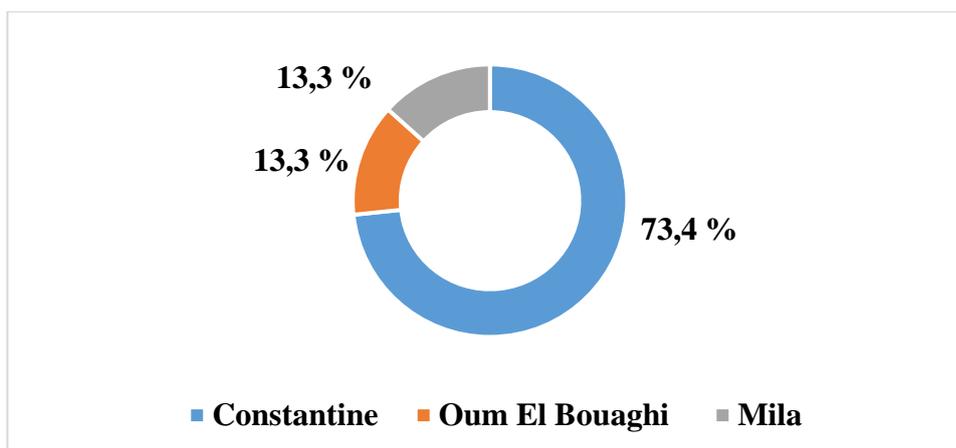


Figure 76 :Violences sexuelles : Répartition selon la Wilaya de résidence des auteurs présumés ; CHUC ; 2010-2021

2.2.4.3.4 Niveau d’instruction de l’auteur présumé

Nous avons noté que 20 % des auteurs présumés avaient un niveau éducationnel moyen, 6,7 % avaient un niveau éducationnel primaire et 6,7 % avaient un niveau éducationnel universitaire.

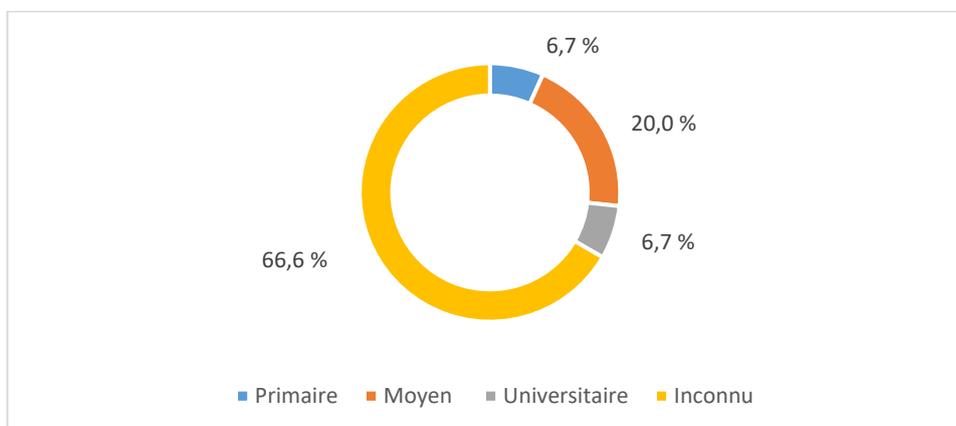
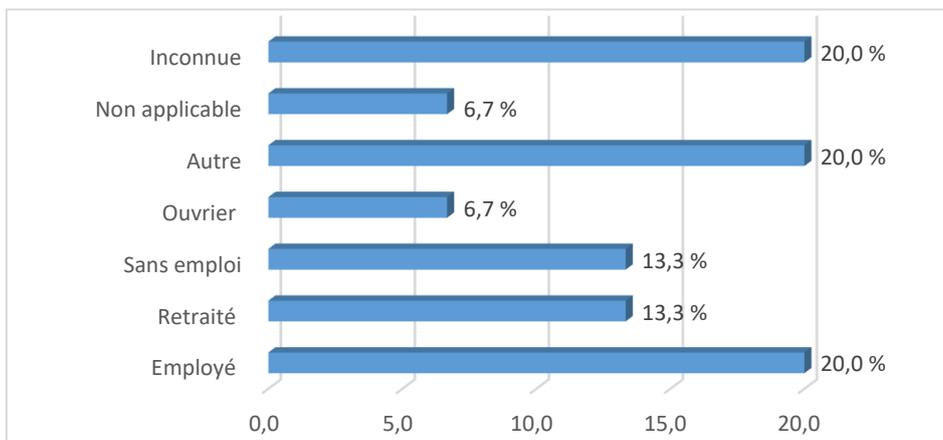


Figure 77 :Violences sexuelles : Auteurs présumés ; Répartition selon le niveau d’instruction ; CHUC ; 2010-2021

2.2.4.3.5 Profession de l’auteur présumé

20 % des auteurs présumés travaillaient en tant qu’employés, 13,3 % étaient au chômage et 13 % étaient retraités.



Autre : Agent de sécurité, chauffeur, cuisinier

Figure 78 : Violences sexuelles : Auteurs présumés ; Répartition selon la profession ; CHUC ; 2010- 2021

2.2.4.3.6 Antécédents de l’auteur présumé

2.2.4.3.6.1 Antécédents médicaux

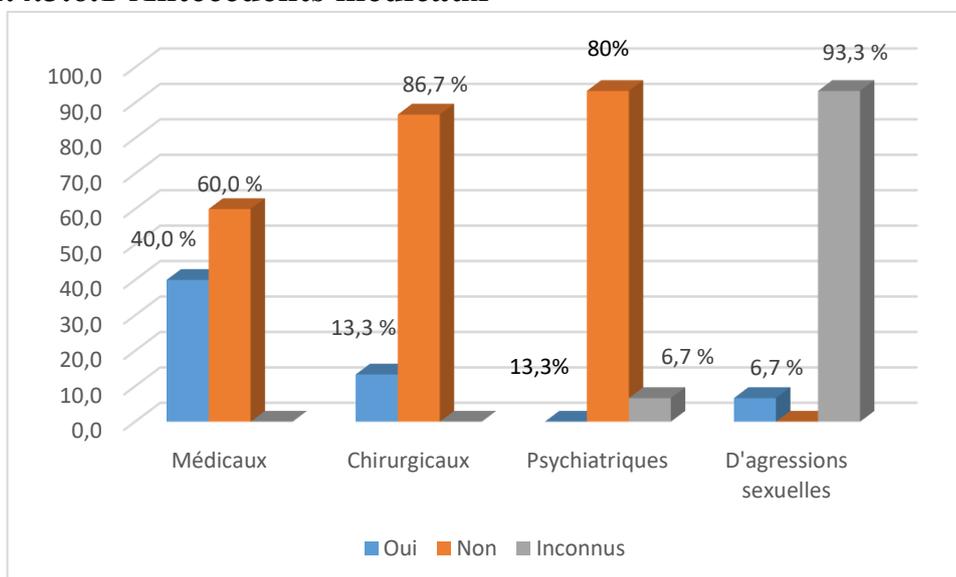


Figure 79 : Violences sexuelles : Répartition selon les antécédents des auteurs présumés ; CHUC ; 2010-2021

40 % des auteurs présumés avaient des antécédents médicaux et 13,3 % avaient des antécédents chirurgicaux.

13,3% avaient des antécédents psychiatriques et 6,7% des antécédents d’agression sexuelle..

2.2.4.3.6.2 Médication/usage de drogue(s)*Tableau 73 : Violences sexuelles : Répartition selon la médication et/ou l'usage de drogue(s) des auteurs présumés ; CHUC ; 2010-2021*

Médication/usage de drogue(s)	Effectif	%
Consommation de tabac habituelle		
- Oui	9	60,0
- Non	2	13,3
- Inconnue	4	26,7
Consommation d'alcool habituelle		
- Non	8	53,4
- Oui	2	13,3
- Inconnue	5	33,3
Consommation de cannabis habituelle		
- Non	9	60,0
- Oui	1	6,7
- Inconnue	5	33,3
Consommation de psychotropes habituelle		
- Non	10	66,6
- Oui	1	6,7
- Inconnue	4	26,7
Consommation d'héroïne/de cocaïne habituelle		
- Non	11	73,3
- Inconnue	4	26,7
Consommation de prégabaline habituelle		
- Oui	10	66,6
- Non	1	6,7
- Inconnue	4	26,7
Consommation de toxique autre habituelle		
- Non	11	73,3
- Inconnue	4	26,7

Interrogées sur leurs habitudes toxiques, 60 % des auteurs présumés ont répondu qu' ils fumaient du tabac 13,3 % qu'ils consommaient de l'alcool.

Parmi les auteurs présumés consommant de la drogue, les substances les plus citées par eux étaient, la prégabaline (66,6 %), les psychotropes et le cannabis dans (6,7 %).

2.2.4.3.6.3 Antécédents judiciaires

46,7 % des auteurs présumés ont déclaré ne pas avoir d’antécédents judiciaires d’infraction(s).

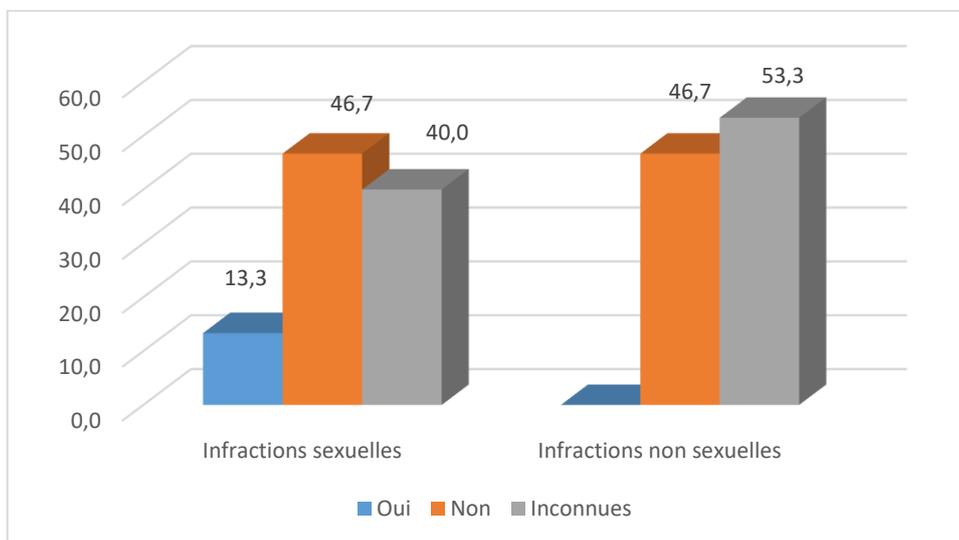


Figure 80 :Violences sexuelles : Répartition selon les antécédents judiciaires des auteurs présumés ; CHUC ; 2010-2021

2.2.4.3.6.4 Retard/échec scolaire

73,4 % des auteurs ont rapporté un retard ou un échec scolaire.

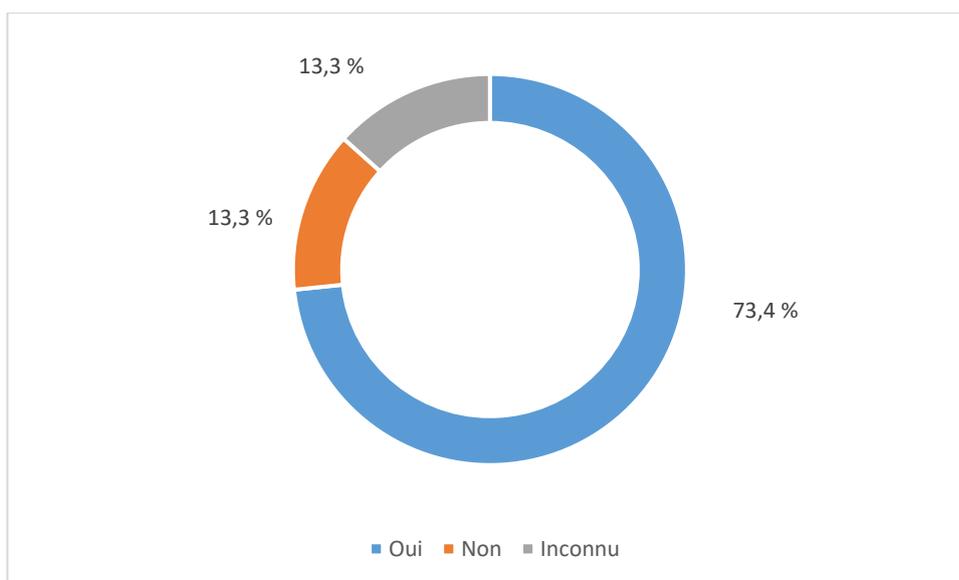


Figure 81 :Violences sexuelles : Répartition selon le retard et/ou l’échec scolaire des auteurs présumés ; CHUC ; 2010-2021

2.2.4.4 Prévention/prescriptions

Tableau 74 : Violences sexuelles : Auteurs présumés ; Prévention / Prescription ; CHUC ; 2010-2021

Prévention/prescription	Fréquence	%
Orientation en épidémiologie		
- Oui	6	40,0
- Non	9	60,0
Orientation en infectiologie (à partir de 2016)		
- Oui	3	20,0
- Non	12	80,0
Orientation en pédiatrie		
- Non	1	6,7
- Non applicable	14	93,3
Orientation en gastro-entérologie		
- Oui	1	6,7
- Non	14	93,3
Orientation liaison psychiatrique		
- Non	15	100
Orientation en psychologie		
- Oui	5	33,3
- Non	10	66,7
Orientation en chirurgie/chirurgie pédiatrique		
- Oui	1	6,7
- Non	14	93,3
Orientation en urologie		
- Non	15	100
Assistante sociale		
- Non	15	
Autres		
- Oui	2	13,3
- Non	13	86,7

- 60 % des auteurs présumés n'ont pas été orientés en épidémiologie.
- 80 % n'ont pas été orientés en infectiologie (à partir de l'année 2016)
- 33,3 % ont été orientés en psychologie, 6,7 % en gastro-entérologie et, 6,7 % en chirurgie ou en chirurgie pédiatrique).
- Aucun auteur présumé n'a été orienté en psychiatrie.

2.2.4.5 Données relatives au suivi**2.2.4.5.1 Résultats récupérés des examens complémentaires prescrits et/ou réalisés et avis demandés ramenés***Tableau 75 : Violences sexuelles : Auteurs présumés ; Résultats des examens complémentaires ; CHUC ; 2010-2021*

Résultats des examens complémentaires	Effectif	%
Frottis anal		
- Oui (négatif)	5	33,3
- Non	10	66,7
Frottis oral		
- Oui (inconnu)	1	6,7
- Oui (négatif)	3	20,0
- Non	11	73,3
Parasitologie des selles	15	100
- Non		
Résultats des prélèvements toxicologiques		
- Oui (Positifs)	2	13,3
- Non	13	86,7
Signes IST		
- Oui	2	13,3
- Non	6	40,0
- Inconnu	7	46,7
Bilan IST		
- Non ramené	15	100

- 33,3 %, des frottis anaux ont été réalisés étaient négatifs.
- Des 26,7 %, des frottis oraux réalisés, deux tiers étaient négatifs.
- 5,6 % des résultats des bilans initiaux, prescrits à la recherche d'infections sexuellement transmissibles ont été ramenés et étaient tous négatifs (100 % des résultats).
- Des 13,3 % des examens toxicologiques effectués 100 % étaient négatifs.

2.2.4.5.2 Prise en charge au service d'épidémiologie. Auteurs orientés

Aucun des 15 auteurs présumés n'a été enregistré au service d'épidémiologie.

2.2.4.5.3 Prise en charge au service des maladies infectieuses. Auteurs orientés

Aucun des 15 auteurs présumés n'a été enregistré au service des maladies infectieuses.

2.2.4.5.4 Prise en charge au service de psychologie. Auteurs orientés

Aucun des 15 auteurs présumés n'a été enregistré au service de psychologie.

2.3 Victimes décédées

Entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2021, 25 autopsies ont été enregistrées comme pouvant être des violences sexuelles au service de médecine légale. Parmi ces 25 dossiers 16 ont été retenus :

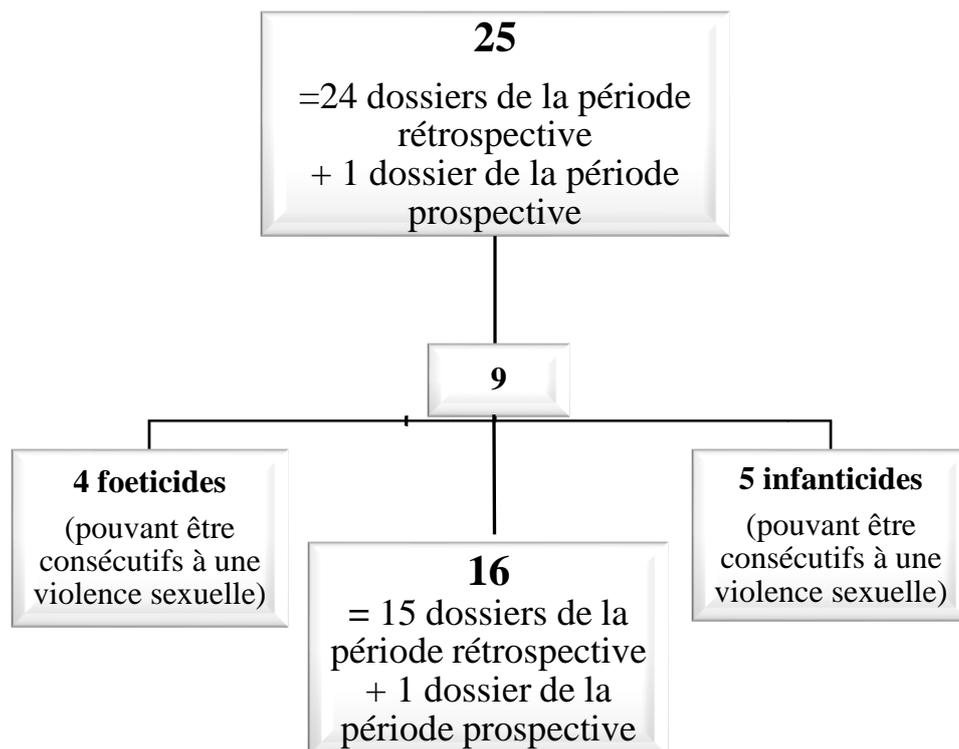


Figure 82 : Diagramme de flux de la sélection des dossiers des victimes décédées

9 dossiers d'autopsies (36%, appartenant tous à la période rétrospective) étaient inéligibles : 4 cas de foeticides et 5 cas d'infanticides.

2.3.1 Période rétrospective : De janvier 2010 à décembre 2019

2.3.1.1 Fréquence des violences sexuelles chez les victimes décédées

Tableau 76 : Fréquence des violences sexuelles -victimes décédées- durant la période 2010-2019

Année	Effectif	%
2010	1	6,7
2011	2	13,3
2012	3	20
2013	3	20
2014	2	13,3
2015	-	-
2016	2	13,3
2017	1	6,7
2018	-	-
2019	-	-
Inconnue	1	6,7
TOTAL	15	100
Fréquence	15/2720	0,5%

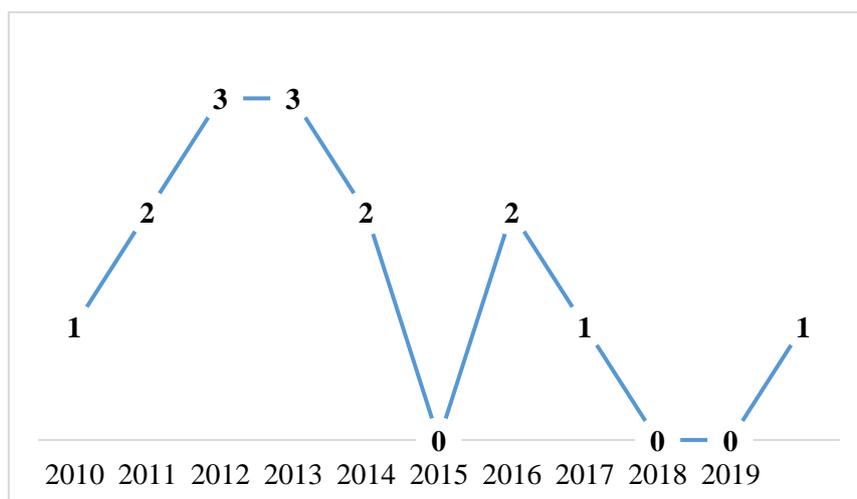


Figure 83 : Fréquence des violences sexuelles- victimes décédées- durant la période 2010-2019

Durant la période rétrospective, nous avons autopsié 15 victimes de violences sexuelles sur un nombre total de 2720 autopsies ; ceci représente 0,5% de l'ensemble des autopsies judiciaires réalisées.

2.3.1.2 Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des victimes décédées de 2010 à 2019

Tableau 77 : caractéristiques socio-démographiques et cliniques des victimes décédées de 2010-2019

Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des victimes	Effectif	%
Age		
- Inférieur à 13	3	(20%)
- 13-15	-	-
- 16 à 17	1	(6,7%)
- 18	-	-
- 19 à 24	6	(40%)
- 25 à 34	1	(6,7%)
- 35 à 49	3	(20%)
- 50 à 64	-	-
- 65 et plus	-	-
Sexe		
- Féminin	7	(46,7%)
- Masculin	8	(53,3%)
Statut civil		
- Célibataire	9	(60%)
- Marié(e)	1	(6,7%)
- Divorcé(e)	-	-
- Veuf(ve)	-	-
- Inconnu	1	(6,7%)
- Non applicable (0-18ans)	4	(26,7%)
Nombre d'enfants		
- Aucun	9	(60%)
- 1-3	-	-
- >3	1	(6,7%)
- Inconnu	2	(13,3%)
- Non applicable	3	(20%)
Niveau d'instruction		
- Inconnu	5	(33,3%)
- Illettré(e)	1	(6,7%)
- Non applicable (0-3ans)	1	(6,7%)
- Pas encore scolarisé(e) (4-7ans)	-	-
- Primaire	3	(20%)
- Moyen	2	(13,3%)
- CAP	2	(13,3%)
- Secondaire	1	(6,7%)
- Universitaire	-	-
Profession		
- Non applicable (0-18 ans)	4	(26,7%)
- Sans emploi	9	(60%)
- Employé	-	-
- Artisan, chef d'entreprise	1	(6,7%)
- Commerçant	-	-
- Cadre et profession intellectuelle	-	-
- Ouvrier	-	-
- Inconnue	1	(6,7%)
Antécédents		
- Médicaux	-	-
- Chirurgicaux	-	-
- Psychiatriques	3	(20%)
- Agressions sexuelles	2	(13,3%)

Médication/Usage de drogue(s)		
- Consommation de tabac habituelle	4	(26,7%)
- Consommation d'alcool habituelle	1	(6,7%)
- Consommation de cannabis habituelle	-	-
- Consommation de médicaments psychotropes habituelle	-	-
- Consommation d'héroïne/de cocaïne habituelle	-	-
- Consommation de prégabaline habituelle	-	-
- Consommation de toxique autre habituelle	-	-
Antécédents judiciaires		
- Infraction(s) sexuelle(s)	-	-
- Infraction(s) non sexuelle(s)	-	-
Retard/échec scolaire	10	(66,7%)

Le profil socio-démographique des victimes décédées est celui d'un jeune homme (53,3%), âgé de 19 à 24 ans (40%), mineure (26,7%), célibataire (60%), sans enfants (60%), de niveau d'instruction très bas (20%), sans emploi (60%). La victime avait des antécédents de troubles psycho-pathologiques (automutilation, fugues, toxicomanie...) (20%), d'agressions sexuelles (13,3%), de consommation de tabac (26,7%) ou d'alcool habituelles (6,7%) et de retard ou d'échec scolaire (66,7%).

2.3.2 Période prospective : De 2020 à 2021

2.3.2.1 Fréquence des violences sexuelles chez les victimes décédées

Tableau 78 : Fréquence des violences sexuelles -victimes décédées- durant la période 2020-2021

Année	Effectif	%
2020	1	100
2021	-	-
TOTAL	1	100
Fréquence	1/456	0,2%

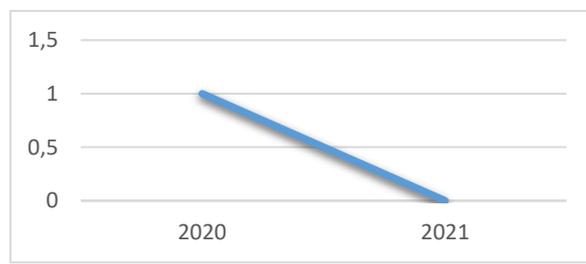


Figure 84 : Fréquence des violences sexuelles -victimes décédées- durant la période 2020-2021

Durant la période prospective, nous avons autopsié 1 victime de violences sexuelles sur un nombre total de 456 autopsies ; ceci représente 0,2% de l'ensemble des autopsies judiciaires réalisées.

2.3.2.2 Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des victimes décédées de 2020 à 2021

Tableau 79 : Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des victimes décédées de 2010-2021

Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des victimes	Effectif	%
Age		
- Inférieur à 13	-	-
- 13-15	-	-
- 16 à 17	-	-
- 18	-	-
- 19 à 24	1	(100%)
- 25 à 34	-	-
- 35 à 49	-	-
- 50 à 64	-	-
- 65 et plus	-	-
Sexe		
- Féminin	1	(100%)
- Masculin	-	-
Statut civil		
- Célibataire	1	(100%)
- Marié(e)	-	-
- Divorcé(e)	-	-
- Veuf(ve)	-	-
- Inconnu	-	-
- Non applicable (0-18ans)	-	-
Nombre d'enfants		
- Aucun	1	(100%)
- 1-3	-	-
- >3	-	-
- Inconnu	-	-
- Non applicable	-	-
Niveau d'instruction		
- Inconnu	1	(100%)
- Illettré(e)	-	-
- Non applicable (0-3ans)	-	-
- Pas encore scolarisé(e) (4-7ans)	-	-
- Primaire	-	-
- Moyen	-	-
- CAP	-	-
- Secondaire	-	-
- Universitaire	-	-
Profession		
- Non applicable	-	-
- Sans emploi	1	(100%)
- Employé	-	-
- Artisan, chef d'entreprise	-	-
- Commerçant	-	-
- Cadre et profession intellectuelle	-	-
- Ouvrier	-	-
Antécédents		
- Médicaux	-	-
- Chirurgicaux	-	-
- Psychiatriques	-	-
- Agressions sexuelles	Inconnu	Inconnu

Médication/Usage de drogue(s)		
- Consommation de tabac habituelle	-	-
- Consommation d'alcool habituelle	-	-
- Consommation de cannabis habituelle	-	-
- Consommation de médicaments psychotropes habituelle	-	-
- Consommation d'héroïne/de cocaïne habituelle	-	-
- Consommation de prégabaline habituelle	-	-
- Consommation de toxique autre habituelle	-	-
Antécédents judiciaires		
- Infraction(s) sexuelle(s)	-	-
- Infraction(s) non sexuelle(s)	-	-
Retard/échec scolaire		
	-	-

La victime autopsiée en 2020 était une jeune fille, âgée de 24 ans, célibataire, sans enfants, de niveau d'instruction inconnu, sans emploi. Ses antécédents étaient inconnus.

2.3.3 Période de 2010 à 2021 : Regroupement des données

2.3.3.1 Fréquence des violences sexuelles de 2010 à 2021

Tableau 80 : Fréquence des violences sexuelles -victimes décédées- de 2010 à 2021

Année	Effectif	%
2010	1	6,2
2011	2	0,1
2012	3	
2013	3	
2014	2	0,1
2015	-	-
2016	2	0,1
2017	1	0,0
2018	-	-
2019	-	-
2020	1	0,0
2021	-	
Inconnue	1	0,0
TOTAL	16	100
Fréquence	16/3176	0,5%

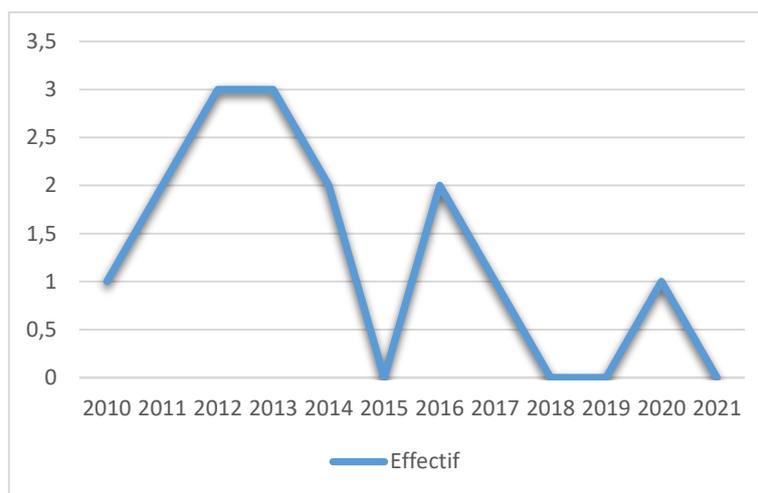


Figure 85 : Fréquence des violences sexuelles -victimes décédées- de 2010 à 2021

Durant la période de 2010 à 2021, nous avons autopsié 16 victimes de violences sexuelles sur un nombre total de 3176 autopsies ; ceci représente 0,5 % de l'ensemble des autopsies judiciaires réalisées.

2.3.3.2 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des victimes de 2010 à 2021

Tableau 81 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des victimes de 2010 à 2021

Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des victimes	2010-2019	2020-2021	2010-2021
Age			
- Inférieur à 13	3 (20%)	-	3 (18,7%)
- 13-15	-	-	-
- 16 à 17	1(6,7%)	-	1 (6,3%)
- 18	-	-	-
- 19 à 24	6 (40%)	1 (100%)	7 (43,7%)
- 25 à 34	1(6,7%)	-	1 (6,3%)
- 35 à 49	3 (20%)	-	3 (18,7%)
- 50 à 64	-	-	1 (6,3%)
- 65 et plus	-	-	-
Sexe			
- Féminin	7 (46,7%)	1 (100%)	8 (50%)
- Masculin	8 (53,3%)	-	8 (50%)
Statut civil			
- Célibataire	9 (60%)	1 (100%)	10 (62,4%)
- Marié(e)	1 (6,7%)	-	1 (6,3%)
- Divorcé(e)	-	-	-
- Veuf(ve)	-	-	-
- Inconnu	1 (6,7%)	-	1 (6,3%)
- Non applicable (0-18ans)	4 (26,7%)	-	4 (25%)

PARTIE PRATIQUE-----RESULTATS

Nombre d'enfants			
- Aucun	9 (60%)	1 (100%)	10 (62,5%)
- 1-3	-	-	-
- >3	1 (6,7%)	-	1 (6,3%)
- Inconnu	2 (13,3%)	-	2 (12,5%)
- Non applicable	3 (20%)	-	3 (18,7%)
Niveau d'instruction			
- Inconnu	5 (33,3%)	1 (100%)	6 (37,5%)
- Illettré(e)	1 (6,7%)	-	1 (6,2%)
- Non applicable (0-3ans)	1 (6,7%)	-	1 (6,2%)
- Pas encore scolarisé(e) (4-7ans)	-	-	-
- Primaire	3 (20%)	-	3 (18,8%)
- Moyen	2 (13,3%)	-	2 (12,5%)
- CAP	2 (13,3%)	-	2 (12,5%)
- Secondaire	1 (6,7%)	-	1 (6,2%)
- Universitaire	-	-	-
Profession			
- Non applicable*	4 (26,7%)	-	4 (25%)
- Sans emploi	9 (60%)	1 (100%)	10 (62,4%)
- Employé	-	-	-
- Artisan, chef d'entreprise	1 (6,7%)	-	1 (6,3%)
- Commerçant	-	-	-
- Cadre et profession intellectuelle	-	-	-
- Ouvrier	-	-	-
- Autres**	-	-	-
- Inconnue***	1 (6,7%)	-	1 (6,3%)
Antécédents			
- Médicaux	-	-	-
- Chirurgicaux	-	-	-
- Psychiatriques	3 (20%)	-	3 (9,8%)
- Agressions sexuelles	2 (13,3%)	Inconnu	2 (20%)
Médication/Usage de drogue(s)			
- Consommation de tabac habituelle	4 (26,7%)	-	4(25%)
- Consommation d'alcool habituelle	1 (6,7%)	-	1 (6,3%)
- Consommation de cannabis habituelle	-	-	-
- Consommation de médicaments psychotropes habituelle	-	-	-
- Consommation d'héroïne/de cocaïne habituelle	-	-	-
- Consommation de prégabaline habituelle	-	-	-
- Consommation de toxique autre habituelle	-	-	-
Antécédents judiciaires			
- Infraction(s) sexuelle(s)	-	-	-
- Infraction(s) non sexuelle(s)	-	-	-
Retard/échec scolaire	10 (66,7%)	-	10 (62,5%)

Le profil socio-démographique des victimes de violences sexuelles est celui d'un adulte jeune (sexe ratio=1), âgé de 19 à 24 ans (43,7%), célibataire (62,4%), sans enfants (62,5%), de niveau d'instruction très bas (18,8%), sans emploi (62,4%). La victime avait des antécédents de troubles psycho-pathologiques (automutilation, fugues, toxicomanie...) (9,8%),

d'agressions sexuelles (20%), de consommation de tabac (25%) ou d'alcool habituelles (6,3%) et de retard ou d'échec scolaire (62,5%).

2.3.4 Statistique descriptive des données regroupées

2.3.4.1 Contexte de l'examen

Dans les 16 cas (100 % des cas), l'autopsie a été réalisée au service de médecine légale sur réquisition du Procureur de la république.

2.3.4.2 Délai de prise en charge en médecine légale

Tableau 82 : Victimes décédées ; Délai entre le jour de l'agression et le jour de l'autopsie ; CHUC ; 2010-2021

Délai jusqu'à l'autopsie (Délai entre le jour de l'agression et le jour de l'autopsie)	Effectif	%
Inférieur ou égal à 24 heures	6	37,5
24 à 72 heures	4	25,0
72 heures à 7 jours	3	18,7
Supérieur à 1 semaine	2	12,5
Inconnu*	1	6,3
Total	16	100

*Inconnu : date d'agression et date d'autopsie indéterminées

37,5 % des victimes ont été autopsiées dans les 24 heures suivant l'agression sexuelle, et 25 % dans les 24 à 72 heures, établissant à 62,5% le nombre de victimes faisant appel aux urgences dans les trois jours. 18,7 % ont été autopsiées entre 72 heures et 7 jours après leur agression, 12,5 % n'ont été autopsiées qu'après une semaine.

2.3.4.3 Profils socio-démographiques et antécédents médicaux des patient(e)s autopsié(e)s au service de médecine légale du C.H.U.C. pouvant être des cas de violences sexuelles (2010-2021)

2.3.4.3.1 Sexe

Dans notre série, le sexe ratio était de 1.

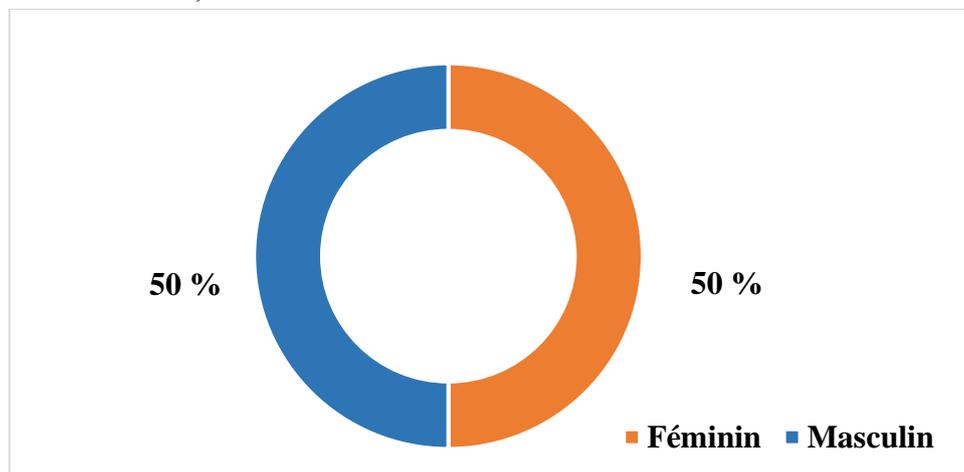


Figure 86 : Victimes décédées ; Répartition selon le sexe ; CHUC ; 2010-2021

2.3.4.3.2 Age

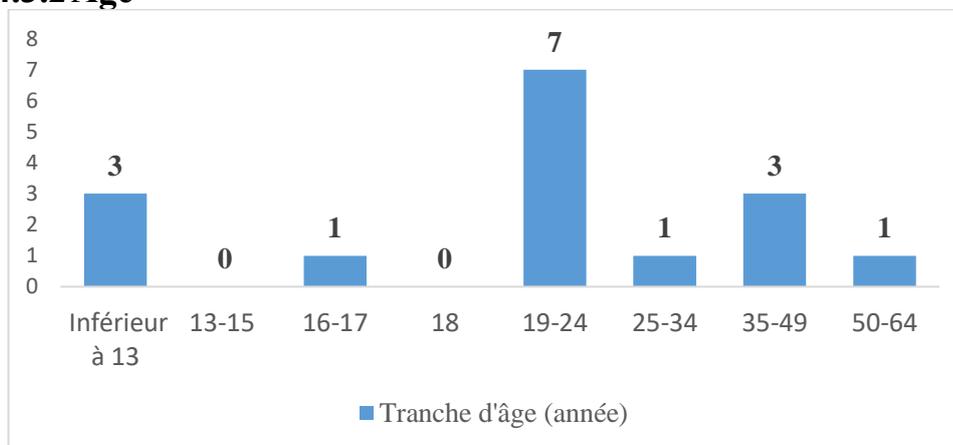


Figure 87 :Victimes décédées ; Répartition selon l'âge ; CHUC ; 2010-2021

Les victimes décédées âgées de moins de 18 ans représentent 25 % des cas.

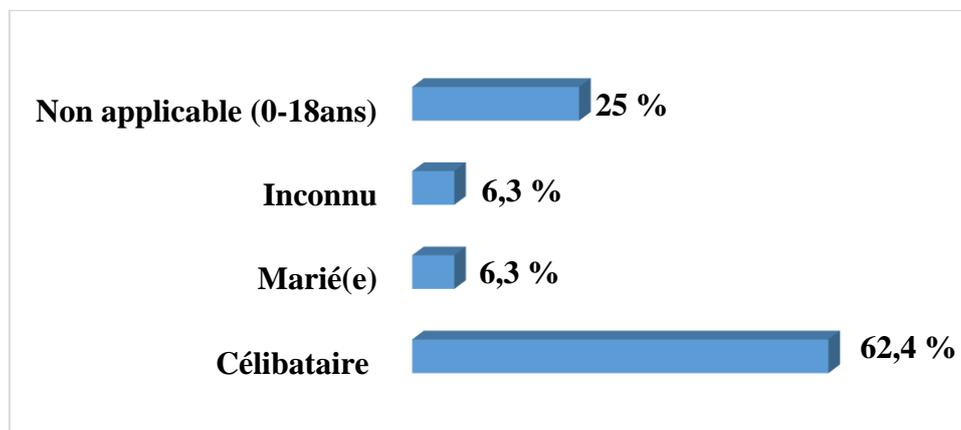
Tableau 83 :Victimes décédées ; Représentation paramétrique de l'âge ; CHUC ; 2010-2021

Age (ans)	Moyenne ± Ecart type	Médiane	[Min-Max]
	25,06 ± 14,5	22	[3-61]

L'âge médian des victimes décédées est de 22 ans avec des extrêmes allant de 3 à 61 ans. L'âge moyen est de 25,06 ± 14,5.

2.3.4.3.3 Contexte familial

2.3.4.3.3.1 Statut marital



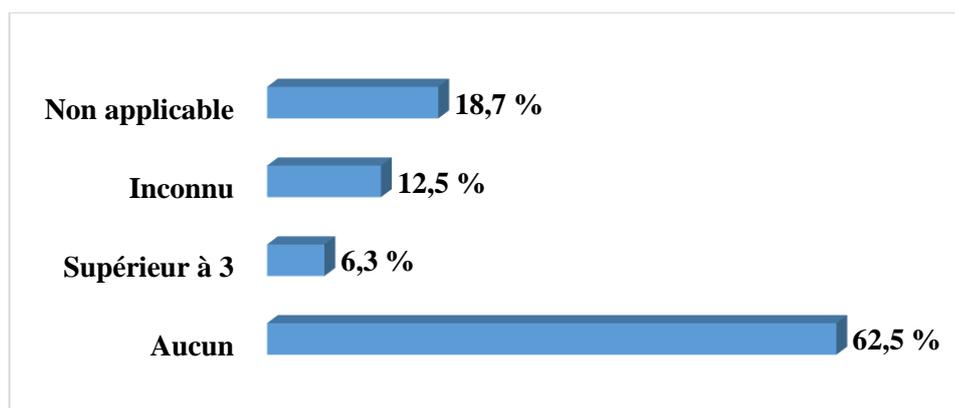
Inconnu : non précisé

Figure 88 : Victimes décédées ; Répartition le statut civil ; CHUC ; 2010-2021

25 % des victimes autopsiées avaient moins de 19 ans et donc n'avaient pas encore atteint l'âge légal du mariage.

62,4 % des victimes autopsiées, étaient célibataires et 6,3 % mariées. Dans 6,3 % des rapports d'autopsies avec violences sexuelles suspectées, il n'était pas fait mention du statut civil de la victime.

2.3.4.3.3.2 Nombre d'enfants



Inconnu : non précisé

Non applicable : victimes de sexe masculin <10 ans, victimes de sexe féminin <9ans ou >60 ans

Figure 89 : Victimes décédées ; Répartition selon le nombre d'enfants ; CHUC ; 2010-2021

62,5 % des victimes autopsiées, n'avaient pas d'enfants. 6,3 % en avaient plus de trois et 18,7 % n'auraient pas pu en avoir du fait de leur âge.

2.3.4.3.4 Origine géographique

Tableau 84 : Victimes décédées ; Répartition selon l'origine géographique ; CHUC ; 2010-2021

Origine géographique	Effectif	%
Algérie	16	100
Total	16	100

La totalité des victimes décédées étaient originaires d'Algérie (100 %).

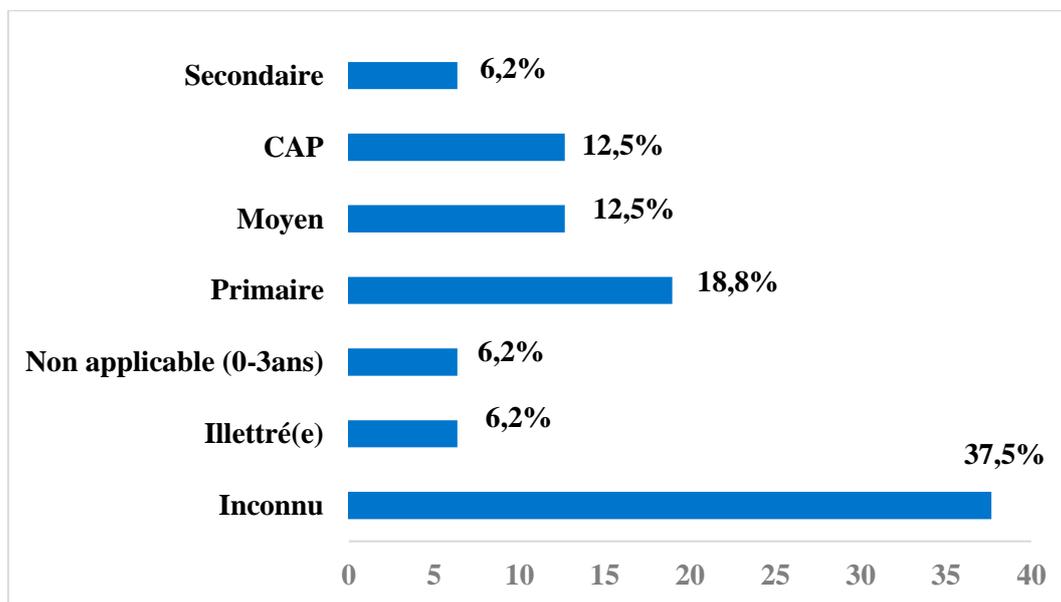
2.3.4.3.5 Lieu de résidence

Tableau 85 : Victimes décédées ; Répartition selon la profession ; CHUC ; 2010-2021

Lieu de résidence	Effectif (%)
Constantine	8 (50,0)
- Commune	
▪ Constantine	4
▪ Ali Mendjeli	2
▪ Didouche Mourad	1
- Autre	
▪ Etablissement de réadaptation	1
Oum El Bouaghi	3(18,7)
Mila	2(12,4)
Jijel	1(6,3)
Khenchela	1(6,3)
Inconnu	1(6,3)
Total	16(100)

Nous avons noté que 50 % des victimes étaient originaires de la wilaya de Constantine. Suivi de la wilaya d'Oum El Bouaghi avec 18,7 % des victimes, de la wilaya de Mila avec 12,4 % et des wilayas de Jijel et de Khenchela, avec respectivement 6,3 %.

2.3.4.3.6 Niveau d’instruction



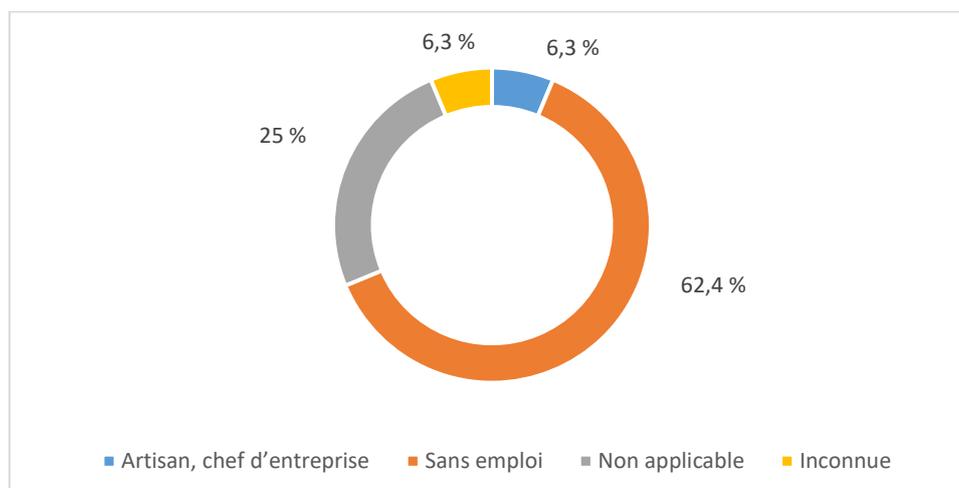
Inconnu : non précisé

Figure 90 : Victimes décédées ; Répartition selon le niveau d’instruction ; CHUC ; 2010-2021

Nous avons noté que 18,8 % des victimes avaient un niveau éducationnel primaire, 12,5 % avaient un niveau éducationnel moyen, 12,5 % avaient un niveau CAP, 6,2 % avaient un niveau éducationnel secondaire et 6,2 % étaient illettrées.

2.3.4.3.7 Profession

62,4 % des victimes étaient au chômage et 6,3 % étaient artisans ou chefs d’entreprise.



Non applicable : 0-18ans

Inconnue : non précisé

Figure 91 : Victimes décédées ; Répartition selon la profession ; CHUC ; 2010-2021

2.2.1.3.8 Antécédents

2.2.1.3.8.1 Antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques

100 % des victimes n’avaient pas d’antécédents médicaux.

81,2 % des victimes n’avaient pas d’antécédents chirurgicaux.

18,8 % avaient des antécédents psychiatriques.

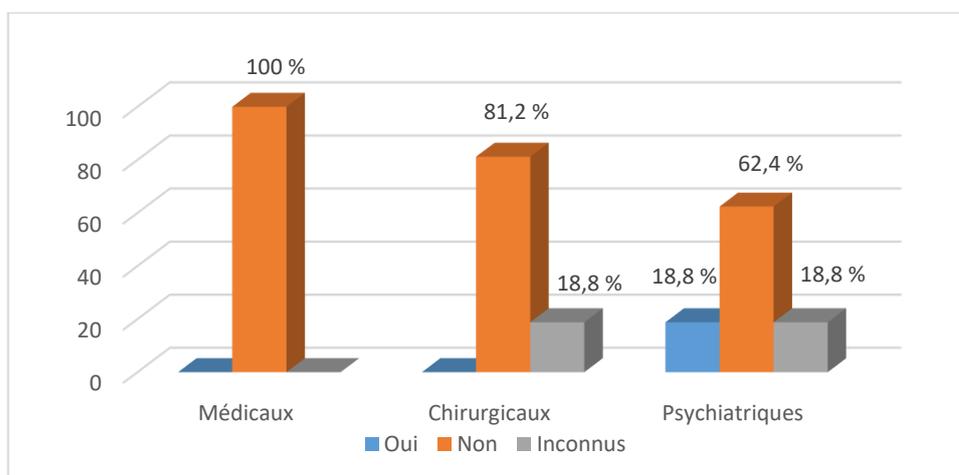


Figure 92 :Victimes décédées ; Répartition selon les antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques ; CHUC ; 2010-2021

2.2.1.3.8.2 Antécédents gynéco-obstétricaux et sexuels

Tableau 86 :Victimes décédées ; Répartition selon les antécédents gynéco-obstétricaux et sexuels ; CHUC ; 2010-2021

Antécédents gynéco-obstétricaux et sexuels de la victime	Effectif	%
Ménarches		
- Oui	7	43,7
- Non applicable	9	56,3
Date des dernières règles		
- Inconnue	7	43,7
- Non applicable	9	56,3
Première pénétration vaginale		
- Oui	1	6,3
- Non	7	43,7
- Non applicable	8	50,0
Grossesse		
- Oui	1	6,3
- Non	4	25,0
- Inconnu	2	56,3
- Non applicable	9	12,4

Contraception		
- Non	3	<i>18,7</i>
- Inconnu	4	<i>25</i>
- Non applicable	9	<i>56,3</i>
Ménopause		
- Oui	1	<i>6,3</i>
- Non	2	<i>12,4</i>
- Non applicable	13	<i>81,3</i>
Agression sexuelle		
- Oui	2	<i>12,4</i>
- Inconnu	14	<i>87,6</i>

En ligne avec le profil d'âge de l'échantillon, 43,7 % des victimes avaient eu leur ménarches, et leurs dates de dernières règles étaient inconnues. Pour le reste c'était non applicable.

Pour 1 patiente, l'agression sexuelle constituait la première pénétration vaginale (6,3 %). 43,7 % des examens externes ne mentionnaient pas s'il s'agissait ou non d'une première pénétration.

Une victime (6,3 %), avait des antécédents de grossesse et 18,7 % des victimes n'utilisaient pas un moyen contraceptif lors de leur agression. Pour le reste c'était soit non applicable (56,3 %) ou inconnu (25 %).

6,3 % des victimes étaient ménopausées.

2 victimes (12,4 %) avaient déjà été agressées sexuellement. 87,6 % des dossiers ne mentionnaient pas s'il s'agissait ou non d'une première agression.

2.3.4.3.7.1 Médication/usage de drogue(s)*Tableau 87 :Victimes décédées ; Répartition selon la médication et/ou l'usage de drogue(s) ; CHUC ; 2010-2021*

Médication/usage de drogue(s)	Effectif	%
Consommation de tabac habituelle		
- Oui	4	25,0
- Non	7	43,8
- Inconnue*	5	31,2
Consommation d'alcool habituelle		
- Oui	1	6,3
- Non	9	56,3
- Inconnue*	6	37,4
Consommation de cannabis habituelle		
- Non	10	62,5
- Inconnue*	6	37,5
Consommation de psychotropes habituelle		
- Non	9	56,3
- Inconnue*	7	43,7
Consommation d'héroïne/de cocaïne habituelle		
- Non	11	68,8
- Inconnue*	5	31,2
Consommation de prégabaline habituelle		
- Non	9	56,3
- Inconnue*	7	43,7
Consommation de toxique autre habituelle		
- Non	10	62,5
- Inconnue*	6	37,5

*Inconnue : non précisé

Interrogés sur les habitudes des victimes décédées en matière de consommation, 25 % des parents ont répondu que les victimes fumaient du tabac et que 6,3 % buvaient de l'alcool de manière occasionnelle ou régulière. Aucune consommation de drogue n'a été rapportée.

2.3.4.3.7.2 Antécédents judiciaires

Tableau 88 : Victimes décédées ; Répartition selon les antécédents judiciaires ; CHUC ; 2010-2021

Antécédents judiciaires de la victime	Effectif	%
Infraction(s) sexuelle(s)		
- Non	7	43,8
- Inconnus*	7	43,8
- Non applicable**	2	12,4
Infraction(s) non sexuelle(s)		
- Non	7	43,8
- Inconnus*	7	43,8
- Non applicable**	2	12,4

* Inconnus : non précisé

**Non applicable : <10ans

43,8 % des parents de victimes ont déclaré que ces dernières n'avaient pas d'antécédents judiciaires d'infraction(s) sexuelle(s) ou d'infraction(s) non sexuelle(s).

12,4 % des victimes avaient moins de 10 ans et donc ne pouvaient pas être tenues responsables.

2.3.4.3.7.3 Retard/échec scolaire

Tableau 89 : Victimes décédées ; Répartition selon le retard/l'échec scolaire ; CHUC ; 2010-2021

Retard/échec scolaire de la victime	Effectif	%
Oui	10	62,5
Non	2	12,4
Inconnu	3	18,8
Non applicable	1	6,3
Total	16	100

Inconnu : non précisé

Non applicable : 0-3 ans/illettrées/scolarisées (5-6 ans)

62,5 % des parents de victimes ont rapporté qu'elles avaient un retard ou un échec scolaire.

2.3.4.4 Profils socio-démographiques et antécédents médicaux des auteurs présumés d'éventuelles violences sexuelles rapportés par les parents des sujets autopsiés au service de médecine légale du C.H.U.C. (2010-2021)

2.3.4.4.1 Sexe

Tableau 90 : Répartition selon le sexe des auteurs présumés des violences - Victimes décédées ; CHUC ; 2010-2021

Sexe	Effectif	%
Féminin + masculin	1	6,3
Masculin	6	37,4
Inconnu*	9	56,3
Total	16	100

*Inconnu : non précisé

- 37,4 % des auteurs présumés étaient de sexe masculin.
- Dans 6,3 %, il s'agissait d'auteurs des deux sexes.
- Le sexe de l'auteur était inconnu dans 56,3 % des cas.

2.3.4.4.2 Age

Tableau 91 : Répartition selon l'âge des auteurs présumés des violences -Victimes décédées ; CHUC ; 2010-2021

Age (ans)	Effectif	%
19 à 34	3	18,7
Inconnu *	13	81,3
Total	16	100

*Inconnu : non précisé

Dans les 3 cas (18,7 %) où l'âge de l'auteur était connu, il s'agissait d'adultes jeunes de 19 à 34 ans.

2.3.4.4.3 Contexte familial

2.3.4.4.3.1 Statut marital

Tableau 92 : Victimes décédées -Statut civil des auteurs présumés; CHUC ; 2010-2021

Statut civil	Effectif	%
Célibataire	1	6,2
Non applicable*	4	25,0
Inconnu**	11	68,8
Total	16	100

*Non applicable : 0-18 ans

**Inconnu : non précisé

L'auteur était célibataire dans 6,2 % des cas. 25 % des agresseurs avaient moins de 19 ans et donc n'avaient pas atteint l'âge légal du mariage.

2.3.4.4.3.2 Nombre d'enfants

Tableau 93 : Victimes décédées- Nombre d'enfants des auteurs présumés; CHUC ; 2010-2021

Nombre d'enfants	Effectif	%
Aucun	1	6,3
Inconnu*	15	93,7
Total	16	100

*Inconnu : non précisé

Un auteur présumé (6,3 %) n'avait pas d'enfants et pour le reste cela n'avait pas été précisé.

2.3.4.4.4 Origine géographique

Dans 16 cas (100 %), l'auteur présumé était originaire d'Algérie.

2.3.4.4.5 Lieu de résidence

Tableau 94 : Victimes décédées- Wilaya de résidence des auteurs présumés; CHUC ; 2010-2021

Wilaya de résidence	Effectif	%
Constantine	1	6,3
Mila	1	6,3
Inconnu*	14	87,4
Total	16	100

*Inconnu : non précisé

Dans 87,4 % des cas, le lieu de résidence de l'auteur présumé était inconnu. Un agresseur était originaire de Constantine (6,3 %) et un autre de Mila (6,3 %).

2.3.4.4.6 Niveau d'instruction

Dans 16 cas (100 %), le niveau d'instruction de l'auteur présumé était inconnu.

2.3.4.4.7 Profession

Dans 16 cas (100 %), la profession de l'auteur présumé était inconnue.

2.3.4.4.8 Antécédents de l'auteur présumé

Tableau 95 : Victimes décédées - Antécédents des auteurs présumés; CHUC ; 2010-2021

Antécédents de l'auteur présumé	Effectif	%
Antécédents médico-chirurgicaux		
- Inconnu*	16	100
Antécédents psychiatriques		
- Oui (Toxicomanie)	1	6,3
- Inconnu*	15	93,7
Médication/usage de drogue(s)		
- Oui	1	6,3
- Inconnu*	15	93,7
Antécédents judiciaires de l'auteur présumé		
- Infraction(s) sexuelle(s)		
▪ Inconnu*	16	100
- Infraction(s) non sexuelle(s)		
▪ Inconnu*	16	100
Echec scolaire		
- Oui	15	93,7
- Inconnu*	1	6,3

* Inconnu : non précisé

Les antécédents médico-chirurgicaux et judiciaires de l'auteur présumé étaient inconnus.
Des antécédents psychiatriques ont été rapportés chez 6,3 % des auteurs présumés.
Une médication/usage de drogue.s a été rapportée chez 6,3 % des auteurs présumés.
Un échec scolaire a été rapporté chez 6,3 % des auteurs présumés.

2.3.4.5 Données relatives à l'agression

2.3.4.5.1 Année de l'agression

Tableau 96 : Victimes décédées - Année de l'agression ; CHUC ; 2010-2021

Année de l'agression	Effectif	%
2010	1	6,2
2011	2	12,4
2012	3	18,8
2013	3	18,8
2014	2	12,4
2015		
2016	2	12,4
2017	1	6,3
2018	-	
2019	-	
2020	1	6,3
2021	-	
Manquant	1	6,3
Total	16	100

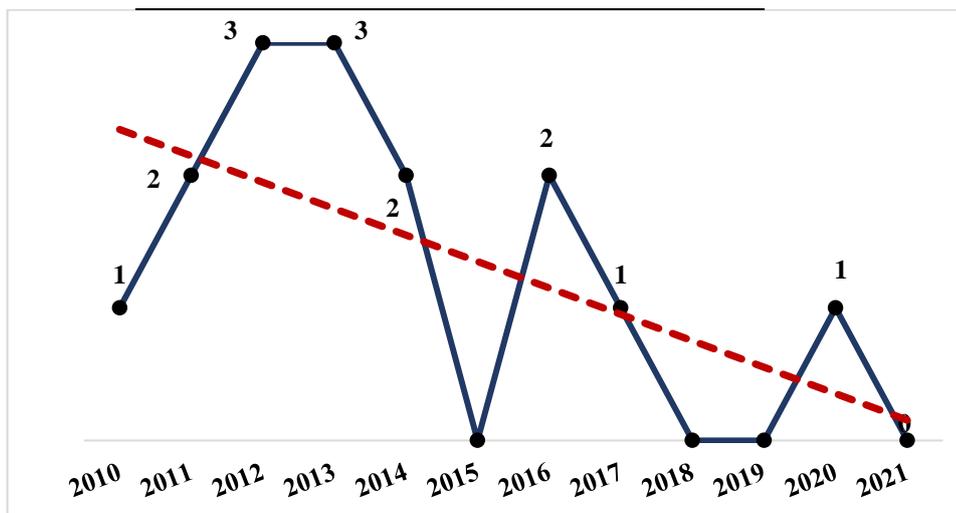


Figure 93 : Victimes décédées - Année de l'agression ; CHUC ; 2010-2021

La courbe montre une nette tendance évolutive à la baisse des cas de violences sexuelles chez les victimes décédées au cours de ces douze dernières années.

2.3.4.5.2 Mois de l'agression

Tableau 97 : Victimes décédées - Mois de l'agression ; CHUC ; 2010-2021

Mois de l'agression	Effectif	%
Janvier	1	6,3
Février	3	18,8
Mars	3	18,8
Avril	1	6,3
Mai	-	-
Juin	1	6,3
Juillet	2	12,4
Août	1	6,3
Septembre	-	-
Octobre	2	12,5
Novembre	-	-
Décembre	1	6,3
Manquant	1	6,3
Total	16	100

Les mois d'hiver ont compté le plus grand nombre d'autopsies pour agression sexuelle (n= 5, 31,2 %) par comparaison avec les autres saisons (printemps: 25 %, été: 25 %, automne : 12,5 %).

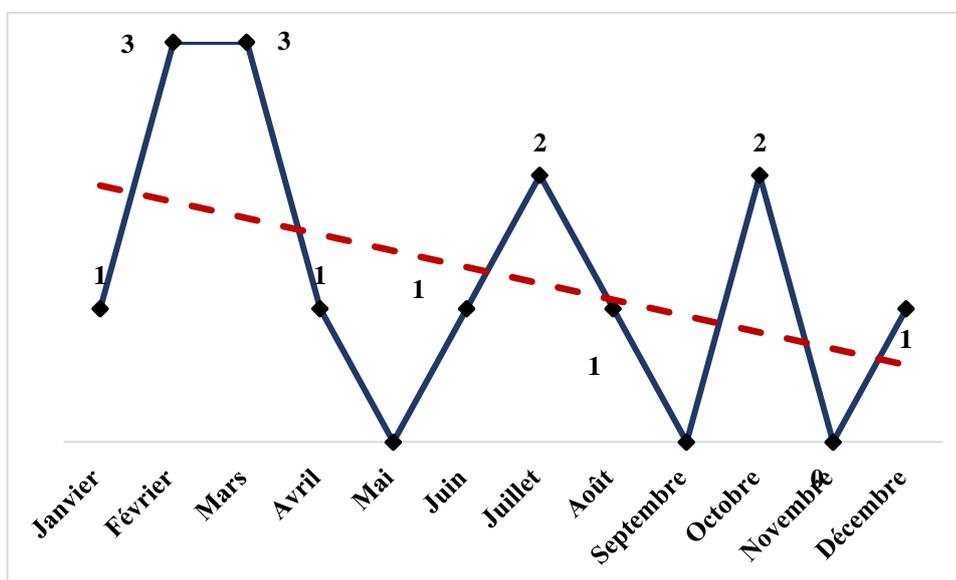


Figure 94 : Victimes décédées - Mois de l'agression ; CHUC ; 2010-2021

La courbe montre une tendance évolutive à la baisse des cas de violences sexuelles chez les victimes décédées à partir du premier mois de l'année.

2.3.4.5.3 Jour de la semaine

Tableau 98 : Victimes décédées- Jour de l'agression ; CHUC ; 2010-2021

Jour de la semaine	Effectif	%
Dimanche	1	6,3
Lundi	1	6,3
Mardi	2	12,4
Mercredi	3	18,8
Jeudi	2	12,4
Vendredi	3	18,8
Samedi	3	18,8
Manquant	1	6,3
Total	16	100

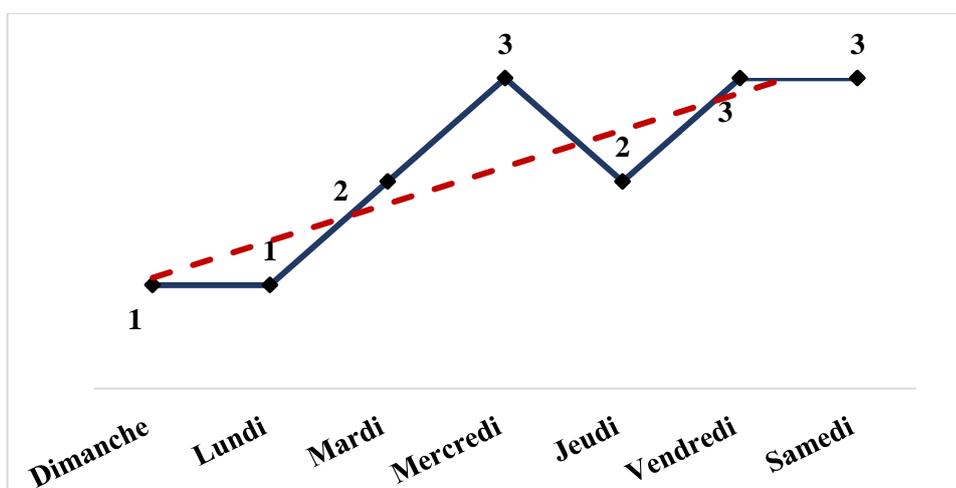


Figure 95 : Victimes décédées - Répartition selon le jour de l'agression ; CHUC ; 2010-2021

La courbe montre une tendance évolutive à la hausse des cas de violences sexuelles chez les victimes décédées du début de la semaine jusqu'au week-end.

2.3.4.5.4 Week-end et jours fériés

Tableau 99 : Victimes décédées - Agression au cours des week-end et/ou des jours fériés ; CHUC ; 2010-2021

Jour de l'agression	Effectif	%
Week-end	6	37,5
Jour férié	-	-
Inconnu*	1	6,3

*Inconnu : non précisé

37,5 % (n = 6) de l'ensemble des agressions sexuelles sont intervenues le week-end, donc le vendredi ou le samedi.

2.3.4.5.5 Mois de Ramadan

Tableau 100 : Victimes décédées- Agression au cours du mois de Ramadan ; CHUC ; 2010-2021

Agression le mois de Ramadan	Effectif	%
Non	15	6,3
Inconnue*	1	93,7
Total	16	100

* Inconnue : non précisé

Aucun cas n'a été relevé pendant le mois de Ramadan.

2.3.4.5.6 Saison

Tableau 101 : Victimes décédées - Répartition selon la saison de l'agression ; CHUC ; 2010-2021

Saison de l'agression	Effectif	%
Hiver	5	31,2
Printemps	4	25,0
Eté	4	25,0
Automne	2	12,5
Inconnu*	1	6,3

*Inconnu : non précisé

L'hiver a compté le plus grand nombre d'autopsies pour agression sexuelle (31,2 %) par rapport aux autres saisons (printemps : 25 %, été : 25 %, automne : 12,5 %).

2.3.4.5.7 Lieu de l'agression

Tableau 102 : Victimes décédées - Lieu de l'agression ; CHUC ; 2010-2021

Lieu de l'agression	Effectif	%
Domicile de la victime	4	25,0
Lieu public	1	6,3
Autre (y compris non spécifié)	9	56,2
Maison en construction	1	6,3
Lieu isolé	1	6,3
Total	16	100

Le lieu de l'agression n'a pas été spécifié dans 56,2 % des cas. Pour les autres cas, il s'agissait le plus souvent du domicile de la victime (25 %), d'un lieu isolé (6,3 %), d'un lieu public (6,3 %) ou d'une maison en construction (6,3 %).

2.3.4.5.8 Nombre d'agresseurs

Tableau 103 : Victimes décédées - Nombre d'agresseurs ; CHUC ; 2010-2021

Nombre d'agresseurs	Effectif	%
Multiple	4	25,0
Inconnu*	12	75,0
Total	16	100

*Inconnu : non précisé

Dans 25 % des cas, il y avait plusieurs agresseurs (n = 4), généralement un mélange d'agresseurs connus et inconnus.

2.3.4.5.9 Agresseur(s) connu(s)

Tableau 104 : Victimes décédées- Agresseur connu ; CHUC ; 2010-2021

Agresseur connu	Effectif	%
Oui	1	6,3
Non	6	37,5
Inconnu*	9	56,2
Total	16	100

*Inconnu : non précisé

Dans 6,3 % des agressions sexuelles l'agresseur était connu et dans 37,5 % inconnu.

2.3.4.5.10 Violences rapportées par les parents de la victime

Tableau 105 : Victimes décédées - Violences rapportées ; CHUC ; 2010-2021

Violence rapportée	Effectif	%
Agression physique	15	93,8
Agression sexuelle	6	37,5
Agression psychologique	6	37,5
Séquestration et enlèvement	4	25,0
Soumission chimique	3	18,8
Fugue	2	12,4
Utilisation d'arme	1	6,3
Vol	1	6,3
Homicide involontaire	1	6,3
Assassinat	1	6,3

Nous avons retrouvé la notion d'agression physique (93,8 %), d'agression sexuelle (37,5 %), d'agression psychologique (37,5 %), de séquestration ou d'enlèvement (25 %), de soumission chimique (18,8 %) ou de fugue (12,4 %).

L'utilisation d'une arme, le vol, l'homicide involontaire et l'assassinat ont été retrouvés chacun dans 6,3 % des cas.

2.3.4.5.11 Facteur(s) aggravant(s)/situation(s) de vulnérabilité

Tableau 106 :Victimes décédées -Facteurs aggravants/situation(s) de vulnérabilité ; CHUC ; 2010-2021

Facteur(s) aggravant(s)/situation(s) de vulnérabilité	Effectif	%
Âge de la victime inférieur à 16ans	3	18,8
Âge de la victime inférieur à 18ans dans les cas de pénétration vaginale consommée	-	-
Maladie de la victime	-	-
Grossesse de la victime	1	6,3
Infirmité de la victime	-	-
Déficiences physique ou psychique de la victime	-	-
Inceste		
- Oui	2	12,4
- Non	9	56,3
- Inconnu	5	31,3

Nous avons relevé des situations de vulnérabilité, voire des facteurs aggravants.

En effet, 18,8 % des victimes avaient moins de 16ans et 6,3 % étaient en grossesse. L'inceste a été retrouvé dans le cas d'une victime (12,4 % des auteurs : le père et la marâtre)

2.3.4.5.12 Consommation par la victime d'alcool et/ou de drogue(s) avant l'agression

Tableau 107 : Victimes décédées - Prise de toxique avant l'agression ; CHUC ; 2010-2021

Prise de toxique avant l'agression	Effectif	%
Volontaire	-	-
Involontaire	3	18,8
Non	3	18,8
Inconnue*	10	62,4
Total	16	100

*Inconnue : non précisée

Avant l'agression, 18,8 % des victimes avaient consommé involontairement un toxique.

2.3.4.5.13 Violence sexuelle, zone(s) de pénétration et type de pénétration (avec le pénis, le doigt, la langue, un objet ou autre. Il peut y avoir plus d'une zone de pénétration et plus d'un type de pénétration par personne

Tableau 108 : Victimes décédées - Zone et le type de pénétration ; CHUC ; 2010-2021

Violence sexuelle, zone(s) de pénétration et type de pénétration	Effectif	%
Pénétration vaginale avec le pénis		
- Consommée	2	12,4
- Non précisée	6	37,5
- Non applicable	8	50,0
Pénétration anale avec le pénis		
- Consommée	6	37,5
- Non précisée	10	62,5
Pénétration anale avec le doigt, un objet ou autre		
- Non précisée	16	100
Pénétration orale avec le pénis		
- Non précisée	16	100
Pénétration que la victime a dû faire		
- Non	3	18,8
- - Non précisée	13	81,3
Attouchement sexe victime subi		
- Oui	2	12,5
- Non précisé	14	87,5
Attouchement du sexe de l'auteur que la victime a dû faire (y compris avec langue)		
- Oui	1	6,3
- Non précisé	15	93,7
Victime forcée de montrer ses seins, ou son sexe ou de se dénuder		
- Oui	9	43,7
- Non précisé	7	56,3
Ejaculation		
- Vaginale	1	6,3
- Anale	8	50,0
- Non précisé	7	43,7

49,9 % des victimes avaient subi une pénétration : anale (37,5 %) ou vaginale (12,4 %). La pénétration était pénienne dans 100 % des cas.

Une éjaculation avait été constaté dans 50 % des agressions sexuelles avec pénétration anale et 6,3 % avec pénétration vaginale.

Comme autre type d'abus sexuel, l'attouchement subi (12,5 % des cas).

2.3.4.5.14 Utilisation de préservatif

Tableau 109 :Victimes décédées- Utilisation ou non de préservatif ; CHUC ; 2010-2021

Utilisation de préservatif	Effectif	%
Non	4	25,0
Inconnue*	12	75,0
Total	16	100

*Inconnue : non précisée

Dans minimum 25 % des cas, l'agression était intervenue sans préservatif.

2.3.4.6 Données de l'expertise médicale

2.3.4.6.1 Anamnèse

Nous avons recherché entre autres la date des menstruations et s'il y a eu toilette intime ou douche.

2.3.4.6.1.1 Menstruations

Tableau 110 :Victimes décédées -Menstruations ; CHUC ; 2010-2021

Menstruations/lochies/débris trophoblastiques	Effectif	%
Oui	1	6,3
Non	6	37,5
Non applicable	9	56,2
Total	16	100

Une victime (6,3 %) présentait un saignement menstruel à l'examen génital.

2.3.4.6.1.2 Toilette corporelle avant l'autopsie

Tableau 111 :Victimes décédées - Corps lavé avant l'examen ; CHUC ; 2010-2021

Baigné/douché/ corps lavé avant l'examen	Effectif	%
Oui	1	6,3
Inconnu*	15	93,7
Total	16	100

*Inconnu : non précisé.

Une victime (6,3 %) s'était lavée avant son décès.

2.3.4.6.22.2.1.6.2 Examen clinique**2.3.4.6.2.1 Lésion(s) objectivée(s) à l'examen physique. Il peut y avoir plus d'un type de lésion par personne autopsiée***Tableau 112 : Victimes décédées- Lésion(s) objectivée(s) à l'examen corporel ; CHUC ; 2010-2021*

Lésions objectivées à l'examen physique	Effectif	%
Type de lésions		
- Sillon cervical	6	37,5
- Contusion	5	31,3
- Plaie	5	31,3
- Fracture	3	18,8
- Absence de lésions récentes	3	18,8
- Brûlure	2	12,4
- Suçon	1	6,3
- Hématome intra-parenchymateux cérébral	1	6,3
- Lésions d'âge différent	1	6,3
Lésions d'automutilation et/ou d'hétéromutilation	3	18,8
Lésions infligées par les parents	1	6,3
Autres lésions		
- Oui	1	6,3
- Non	15	93,7

Dans 18,8 % des cas, l'examen externe et l'autopsie n'ont montré aucune lésion de violences récentes. Nous avons retrouvé essentiellement :

- Un sillon cervical dans 37,5 % des cas.
- Des contusions dans 31,3 % des cas.
- Des plaies dans 31,3 % des cas.
- Des fractures dans 18,8 % des cas.
- Des brûlures dans 12,4 % des cas.
- Et des lésions d'automutilation et/ou d'hétéromutilation, dans 18,8 % des cas.

2.3.4.6.2.2 Lésions objectivées à l'examen de la sphère anale

Tableau 113 : Victimes décédées- Lésion(s) objectivée(s) à l'examen anal ; CHUC ; 2010-2021

Lésion(s) objectivée(s) à l'examen de la sphère anale	Effectif	%
Marge anale		
- Normale	16	100
Plis radiaires		
- Conservés	16	100
Orifice anal		
- Béant	16	100
Toucher rectal		
- Sphincter anal relâché	16	100

Chez 100 % (n= 16) des victimes, la marge anale était normale, les plis radiaires étaient conservés, l'orifice anal était béant et le sphincter anal était relâché, au toucher rectal.

2.3.4.6.2.3 Lésions ano-génitales selon la zone, chez les personnes autopsiées ayant fait l'objet d'un examen gynécologique

Tableau 114 : Victimes décédées - Lésions objectivées à l'examen ano-génital ; CHUC ; 2010-2021

Lésions ano-génitales selon la zone, chez les patientes	Effectif	%
Type d'hymen		
- Annulaire	1	6,3
- Non précisé	7	43,7
- Non applicable	8	50,0
Etat de l'hymen		
- Déchiré	6	37,5
- Inconnu (non précisé)	2	12,5
- Non applicable	8	50,0
Ancienneté des déchirures		
- Déchirures anciennes	5	31,3
- Déchirures anciennes + déchirures récentes	1	6,3
- Inconnu	10	62,4
Zones lésées		
- Vagin	3	18,8
- Col de l'utérus	3	18,8
- Lèvres internes	2	12,5
- Fosse vestibulaire	2	12,5
- Commissure labiale postérieure	2	12,5
- Lèvres externes	1	6,3
- Méat urétral	1	6,3
- Hymen (déchirure récente)	1	6,3
- Raphé périnéale	1	6,3
- Anus (fissuration récente ou semi-récente)	-	-
- Signes d'IST	2	12,5

À l'examen gynécologique, le type de l'hymen est annulaire dans 6,3 %. 37,6 % (n = 6) des victimes ont présenté un hymen siège de déchirures anciennes. Le vagin et le col de l'utérus, étaient les zones les plus touchées(4,9 %), suivi par la vulve (2,5 %), notamment au niveau des lèvres internes (n = 34, 2,3 %), de la commissure labiale postérieure (n = 10, 0,7 %) et des lèvres externes (n = 6, 0,4 %).

2.3.4.6.2.4 Lésions ano-génitales, chez les personnes autopsiées ayant fait l'objet d'un examen génital et anal

Tableau 115 :Victimes décédées - Lésions ano-génitales ; CHUC ; 2010-2021

Lésions ano-génitales selon la zone, chez les patients	Effectif	%
Lésions génitales		
- Non	10	62,5
- Oui	6	37,5
Signes IST		
- Non	12	75,0
- Oui	2	12,5
- Inconnu	2	12,5
Anus (fissuration récente ou semi-récente)		
- Non	16	100

6 victimes décédées (37,5 %) avaient des lésions génitales et 2 (12,5 %) des signes d'IST.

L'examen anal était normal chez les 16 victimes (100 %).

2.3.4.6.3 Prélèvements

2.3.4.6.3.1 Prélèvements effectués

Tableau 116 Victimes décédées - Prélèvements effectués ; CHUC ; 2010-2021

Prélèvements effectués	Effectif	%
Prélèvements de traces		
- Non	16	100
Prélèvements de poils et de cheveux		
- Non	16	100
Prélèvements de substances étrangères		
- Non	16	100
Echantillons de référence		
- Non	16	100
Débris trophoblastiques		
- Non	7	43,7
- Non applicable	9	56,3

PARTIE PRATIQUE-----RESULTATS

Frottis vaginal		
- Non	1	<i>6,3</i>
- Oui (positif)	1	<i>6,3</i>
- Oui (négatif)	6	<i>50,0</i>
- Non applicable	8	<i>37,4</i>
Frottis anal		
- Non	3	<i>18,8</i>
- Oui (négatif)	5	<i>31,2</i>
- Oui (positif)	8	<i>50,0</i>
Frottis oral		
- Oui (négatif)	7	<i>43,7</i>
- Non	9	<i>56,3</i>
Prélèvement de sang pour examen toxicologique		
- Non fait	4	<i>25,0</i>
- Prélèvement à notre niveau + envoyé au service de toxicologie	12	<i>75,0</i>
Prélèvement de sang pour examen génétique		
- Prélèvement fait à notre niveau	3	<i>18,8</i>
- Non fait	13	<i>81,2</i>
Prélèvement de sang pour bilan standard		
- Prescrit (GROUPE)	2	<i>12,5</i>
- Prescrit (TROPONINE)	2	<i>12,5</i>
- Non fait	12	<i>75,0</i>
Prélèvement d'urines pour examen toxicologique		
- Non fait	3	<i>18,8</i>
- Prélèvement fait à notre niveau + envoyé au service de toxicologie	13	<i>81,2</i>

- Les prélèvements de traces, de poils et de cheveux, de débris trophoblastiques, de substances étrangères et d'échantillons de référence n'ont été réalisés chez aucune victimes décédée retenue dans notre série.
- Des frottis anaux ont été réalisés chez 81,2 % des cas.
- Des frottis vaginaux ont été réalisés dans 56,3 % des cas.
- Des frottis oraux ont été réalisés chez 43,7 % des cas.
- Des prélèvements de sang et d'urines, des victimes décédées, à visée toxicologique ont été réalisés et envoyés par nos soins au service de toxicologie du CHU de Constantine : sang (75 %), urines (81,2 %).
- Des prélèvements de sang, à visée toxicologique ont été réalisés à notre niveau (81,2 %).
- Un groupage phénotypé et un dosage de Troponine ont été réalisés chez 2 victimes (12,5 %).

2.3.4.6.3.2 Prélèvements conservatoires

Tableau 117 :Victimes décédées - Conservation des prélèvements ; CHUC ; 2010-2021

Prélèvements conservatoires	Effectif	%
Conservation sang génétique		
- Non	16	100
Conservation sang toxicologie		
- Non	16	100
Conservation urines		
- Oui	2	12,5
- Non	14	87,5
Conservation frottis		
- Vaginal	2	12,6
- Anal	8	50,0
- Non	7	43,7
Conservation cheveux		
- Non	16	100
Conservation vêtements		
- Remis (aux autorités sans scellés)	2	12,5
- Non	14	87,5
Conservation autre		
- Remis (aux autorités sans scellés)	2	12,5
- Non	14	87,5

- Aucun prélèvement de sang à visée toxicologique, de cheveux, ni de prélèvement à visée génétique n'a été conservé.
- Les vêtements n'ont été remis aux autorités que dans 2 cas (12,5 %) et ceci sans scellés.
- 87,5 % des prélèvements d'urines réalisés, n'ont pas été conservés.

2.3.4.7 Suites médico-légales

Tableau 118 :Victimes décédées - Suites médico-légales ; CHUC ; 2010-2021

Suites médico-légales	Effectif	%
Réquisition de départ		
- Oui	16	100
Rapport rédigé		
- Oui	16	100
Rapport médico-légal		
- Remis à l'autorité requérante	16	100
Complément		
- Avec complément	1	6,3
- Sans complément	15	93,7

PARTIE PRATIQUE----- RESULTATS

- 100 % des victimes décédées ont été pris en charge au service de médecine légale sur réquisition judiciaire.
- Un rapport médico-légal d'autopsie a été rédigé et remis à l'autorité requérante dans 100 % des cas.
- Dans 6,3 % des cas, un complément de rapport a été rédigé et envoyé à l'autorité requérante.

2.3.4.8 Données relatives au suivi. Résultats récupérés des examens complémentaires prescrits et/ou réalisés et avis demandés ramenés

Tableau 119 : Victimes décédées- Examens complémentaires ; CHUC ; 2010-2021

Examens complémentaires	Effectif	%
Débris trophoblastiques		
- Non	7	43,7
- Non applicable	9	56,3
Frottis vaginal		
- Non	1	6,3
- Oui (positif)	1	6,3
- Oui (négatif)	6	37,4
- Non applicable	8	50,0
Frottis anal		
- Non	3	18,8
- Oui (négatif)	5	31,3
- Oui (positif)	8	50,0
Frottis oral		
- Oui (négatif)	7	43,7
- Non	9	56,3
Résultats des prélèvements toxicologiques		
▪ Alcoolémie		
- Positif	2	12,5
- Dans les normes	4	25,0
- Non fait	10	62,5
▪ Antidépresseurs		
- Non fait	6	37,5
- Absence	10	62,5
▪ Antidépresseurs tricycliques		
- Non fait	16	100
▪ Barbituriques		
- Absence	2	12,5
- Non fait	14	87,5
▪ Benzodiazépines		
- Présence	2	12,5
- Absence	9	56,3
- Non fait	5	31,3

▪ Neuroleptiques		
- Présence	1	6,3
- Absence de phenothiazines	2	12,5
- Absence	7	43,7
- Non fait	6	37,5
▪ Stupéfiants		
- Absence de cannabis	1	18,8
- Absence	3	6,3
- Non fait	12	75,0
▪ Ecstasy		
- Non fait	16	100
▪ Thymorégulateurs		
- Non fait	16	100
- Psychotropes assimilés		
- Non fait	16	100
▪ Misoprostol		
- Absence	1	6,3
- Non fait	15	93,7
▪ Pesticides		
- Absence	1	6,3
- Non fait	15	93,7
▪ Base forte caustique		
- Contenu PH neutre + Base forte caustique	1	6,3
- Non fait	15	93,7

- L'étude anatomopathologique des frottis vaginaux réalisés chez les victimes décédées, a mis en évidence la présence de spermatozoïdes dans 6,3 % des prélèvements adressés (n= 1) et était négative dans 37,4 % des cas (n= 6).
- L'étude anatomopathologique des frottis anaux réalisés chez les victimes décédées des deux sexes, a mis en évidence la présence de spermatozoïdes dans 50 % des prélèvements adressés (n= 8) et était négative dans 31,3 % des cas (n= 5).
- L'étude anatomopathologique des frottis oraux réalisés chez les victimes décédées des deux sexes, a mis en évidence l'absence de spermatozoïdes dans 43,7 % des prélèvements adressés (n= 7).
- Les résultats des prélèvements de débris trophoblastiques effectués sont revenus négatifs dans 43,7 % des cas.
- Concernant les résultats des examens toxicologiques effectués :
 - L'alcoolémie a été dosée dans 37,5 % des cas. Les résultats étaient positifs dans 12,5 % des cas et dans les normes dans 25 % des cas.

- Les antidépresseurs ont été dosés dans 62,5 % des cas. Les résultats sont revenus négatifs.
- Les barbituriques ont été dosés dans 12,5 % des cas. Les résultats sont revenus négatifs.
- Les benzodiazépines ont été dosées dans 68,8 % des cas. Elles étaient présentes dans 12,5 % des cas et absentes dans 56,3 %.
- Les neuroleptiques ont été dosés dans 62,5 % des cas. Ils étaient présents dans 6,3 % (n= 1) et absents dans 56,2 %.
- Les stupéfiants ont été dosés dans 25,1 % des cas. Tous revenus négatifs.
- L'Ecstasy, les thymorégulateurs et les psychotropes assimilés n'ont pas été dosés.
- Le misoprostol a été dosé chez une victime. Revenu négatif.
- Une base forte (caustique) a été objectivée chez une victime (6,3 %).

2.3.4.9 Données relatives au circuit de la victime (délai en jours)

2.3.4.9.1 Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de la réquisition

Tableau 120 : Victimes décédées- Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de la réquisition; CHUC ; 2010-2021

Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de la réquisition	Effectif	%
Inférieur ou égal à 24 heures	7	43,7
24 à 72 heures	4	25,0
72 heures à 7 jours	2	12,5
Supérieur à 1 semaine	2	12,5
Inconnu*	1	6,3
Total	16	100

43,7 % des victimes décédées ont été autopsiées dans les 24 heures suivant l'agression sexuelle subie, et 25 % dans les 24 à 72 heures, établissant à 68,7 % le nombre de victimes prises en charge par les autorités judiciaires dans les trois jours. 12,5 % ont été prises en charge par la police entre 72 heures et 7 jours après leur agression, 12,5 %, également, ne l'ont été qu'après minimum une semaine.

2.3.4.9.2 Délai entre la date de la réquisition et la date de l'autopsie réalisée au service de médecine légale

Tableau 121 : Victimes décédées - Délai entre la date de la réquisition et la date de l'autopsie réalisée au service de médecine légale ; CHUC ; 2010-2021

Délai entre la date de la réquisition et la date de la réalisation de l'autopsie au service de médecine légale	Effectif	%
Inférieur ou égal à 24 heures	15	93,7
24 à 72 heures	-	-
72 heures à 7 jours	-	-
Supérieur à 1 semaine	-	-
Inconnu*	1	6,3
Total	16	100

Dans 93,7 % des cas, une autopsie avait été ordonnée dans les 24 heures suivant l'agression sexuelle présumée.

2.3.4.9.3 Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'autopsie réalisée au service de médecine légale

Tableau 122 : Victimes décédées - Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'autopsie réalisée au service de médecine légale ; CHUC ; 2010-2021

Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'autopsie réalisée au service de médecine légale	Effectif	%
Inférieur ou égal à 24 h	6	37,5
24 à 72 heures	4	25,0
72 heures à 7 jours	3	18,7
Supérieur à 1 semaine	2	12,5
Inconnu*	1	6,3
Total	16	100

Dans 62,5 % des cas, une autopsie avait été réalisée dans les 72 heures suivant l'agression sexuelle présumée.

2.3.4.9.4 Délai entre la date de l'autopsie et la date de remise du rapport médico-légal

Tableau 123 : Victimes décédées - Délai entre la date de réalisation de l'autopsie et la date de remise du rapport médico-légal ; CHUC ; 2010-2021

Délai entre la date de l'autopsie et la date de remise du rapport médico-légal	Effectif	%
Inférieur ou égal à 24 h	-	-
24 à 72 heures	-	-
72 heures à 7 jours	1	6,3
Supérieur à 1 semaine	11	68,7
Inconnu*	4	25,0
Total	16	100

Le délai entre la date de réalisation de l'autopsie et la date de remise du rapport médico-légal était supérieur à une semaine dans 68,7 % des cas.

2.3.4.9.5 Délai entre la date de la réalisation de l'autopsie et la date de remise du complément de rapport médico-légal

Tableau 124 : Victimes décédées - Délai entre la date de la réalisation de l'autopsie et la date de remise du complément de rapport médico-légal ; CHUC ; 2010-2021

Délai entre la date de réalisation de l'autopsie et la date de remise du complément de rapport médico-légal	Effectif	%
Inférieur ou égal à 24 h	-	
24 à 72 heures	-	
72 heures à 7 jours	-	
Supérieur à 1 semaine	1	100
Total	1	100

Le délai entre la date de réalisation de l'autopsie et la date de remise du complément du rapport médico-légal était supérieur à une semaine dans 100 % des cas.

2.4 VIOLENCES SEXUELLES RECENSEES AU SERVICE DE MEDECINE LEGALE DU CHU DE CONSTANTINE DE 2010 A 2021

VICTIMES VIVANTES	Féminin	Masculin
Consultation avec réquisition (ou Ordonnance)		
Nombre de violences sexuelles recensées par la structure	1370	719
Nombre de viols (pénétration vaginale avec le pénis consommée)	447	NA*
Nombre de tentative de viols (pénétration pénio-vaginale tentée)	106	NA*
Nombre de pénétration anale consommée (avec le pénis ou autre)	508	407
Nombre de pénétration anale tentée (avec le pénis ou autre)	124	97
Nombre de pénétration orale consommée (avec le pénis)	307	108
Nombre de cas de pénétration que la victime a dû faire	43	16
Nombre d'attouchements (subis ou forcés à faire)	1206	452
Nombre d'incitation à la débauche	473	200
Nombre d'inceste	33	8
Consultation sans réquisition		
Nombre de violences sexuelles recensées par la structure	67	52
Nombre de viols (pénétration vaginale avec le pénis consommée)	37	NA*
Nombre de tentative de viols (pénétration pénio-vaginale tentée)	10	NA*
Nombre de pénétration anale consommée (avec le pénis ou autre)	21	41
Nombre de pénétration anale tentée (avec le pénis ou autre)	8	10
Nombre de pénétration orale consommée (avec le pénis)	12	8
Nombre de cas de pénétration que la victime a dû faire	1	1
Nombre d'attouchements (subis ou forcés à faire)	76	51
Nombre d'incitation à la débauche	10	15
Nombre d'inceste	1	3
Détenus		
Nombre de violences sexuelles recensées par la structure	-	12
Nombre de viols (pénétration vaginale avec le pénis consommée)	-	NA*
Nombre de tentative de viols (pénétration pénio-vaginale tentée)	-	NA*
Nombre de pénétration anale consommée (avec le pénis ou autre)	-	12
Nombre de pénétration anale tentée (avec le pénis ou autre)	-	4
Nombre de pénétration orale consommée (avec le pénis)	-	10
Nombre de cas de pénétration que la victime a dû faire	-	-
Nombre d'attouchements (subis ou forcés à faire)	-	15
Nombre d'incitation à la débauche	-	12
Nombre d'inceste	-	-
Nombre de harcèlements sexuels isolés	-	-
Avis interservices		
Nombre de violences sexuelles recensées par la structure	40	16
Nombre de viols (pénétration vaginale avec le pénis consommée)	6	NA*
Nombre de tentative de viols (pénétration pénio-vaginale tentée)	-	NA*
Nombre de pénétration anale consommée (avec le pénis ou autre)	7	7
Nombre de pénétration anale tentée (avec le pénis ou autre)	1	4
Nombre de pénétration orale consommée (avec le pénis)	2	2
Nombre de cas de pénétration que la victime a dû faire	-	-
Nombre d'attouchements (subis ou forcés à faire)	14	9
Nombre d'incitation à la débauche	4	3
Nombre d'inceste	-	1

PARTIE PRATIQUE-----RESULTATS

VICTIMES DECEDEES	Féminin	Masculin
Nombre de violences sexuelles recensées par la structure	8	8
Nombre de viols (pénétration vaginale avec le pénis consommée)	2	NA*
Nombre de tentative de viols (pénétration pénio-vaginale tentée)	-	NA*
Nombre de pénétration anale consommée (avec le pénis ou autre)	1	5
Nombre de pénétration anale tentée (avec le pénis ou autre)	-	-
Nombre de pénétration orale consommée (avec le pénis)	-	-
Nombre de cas de pénétration que la victime a dû faire	-	-
Nombre d'attouchements (subis ou forcés à faire)	-	-
Nombre d'incitation à la débauche	2	-
Nombre d'inceste	1	-

*NA : Non applicable (sexe masculin)

VICTIMES VIVANTES	Féminin	Masculin	Total	P	
Nombre de violences sexuelles recensées par la structure	1477	799	2276	<0,0001	DS
Nombre de viols (pénétration vaginale avec le pénis consommée)	490	NA	490	<0,001	DS
Nombre de tentative de viols	116	NA	116	<0,001	DS
Nombre de pénétration anale consommée (avec le pénis ou autre)	536	467	1003	<0,0001	DS
Nombre de pénétration anale tentée	133	115	248	<0,0001	DS
Nombre de pénétration orale consommée (avec le pénis)	321	128	449		
Nombre de cas de pénétration que la victime a dû faire	44	17	61		
Nombre d'attouchements (subis ou forcés à faire)	1296	527	1823		
Nombre d'incitation à la débauche	487	230	717		
Nombre d'inceste	34	12	46		

VICTIMES DECEDEES	Féminin	Masculin	Total	P	
Nombre de violences sexuelles recensées par la structure	8	8	16	<0,0001	DS
Nombre de viols (pénétration vaginale avec le pénis consommée)	2	NA	2	0,1	DNS
Nombre de tentative de viols	-	NA	-	-	
Nombre de pénétration anale consommée (avec le pénis ou autre)	1	5	6	0,03	DS
Nombre de pénétration anale tentée	-	-	-		
Nombre de pénétration orale consommée (avec le pénis)	-	-	-		
Nombre de cas de pénétration que la victime a dû faire	-	-	-		
Nombre d'attouchements (subis ou forcés à faire)	-	-	-		
Nombre d'incitation à la débauche	2	-	2		
Nombre d'inceste	1	-	1		

NA : Non applicable (sexe masculin)

DS : Différence significative

DNS : Différence non significative

DISCUSSION

3 DISCUSSION

Les agressions sexuelles, qu'il s'agisse de viols ou d'autres formes d'atteintes sexuelles, sont des crimes et des délits qui causent de graves préjudices aux droits, à la sécurité, à la dignité et à l'intégrité des victimes. Selon le droit international, elles sont considérées, tant en temps de paix que de guerre, comme des traitements cruels, inhumains et dégradants. Elles touchent toutes les tranches d'âge, ethnies, groupes socioéconomiques et ciblent les personnes les plus vulnérables : enfants, personnes handicapées, précarisées, marginalisées et traumatisées.

Les conséquences psychotraumatiques de ces agressions sont catastrophiques pour la santé mentale (syndrome de stress post-traumatique (SSPT), anxiété, dépression, comportement autodestructeur) et sur le plan physique (blessures graves, infections sexuellement transmissibles, problèmes de santé chroniques...).

L'impact à long terme sur la qualité de vie des victimes est immense, affectant leurs relations personnelles, leurs performances scolaires ou professionnelles et leur bien-être général.

Ces crimes ont longtemps bénéficiés d'une impunité quasi-totale, du fait de la culpabilisation des victimes, de la minimisation des faits par la société, de la loi du silence, de la peur des représailles, des tabous, empêchant souvent les victimes de dénoncer leurs agresseurs.

Enfin, un changement significatif s'est amorcé avec le mouvement #MeToo, brisant ainsi le cycle du silence et de l'impunité.

La lutte contre les violences sexuelles est devenue une cause nationale dans de nombreux pays. Des réformes juridiques et de nouvelles lois ont été votées pour renforcer la protection des victimes et sanctionner plus sévèrement les agresseurs.

Notre étude a pour objectif de décrire les aspects médico-légaux de la prise en charge des violences de nature sexuelle à Constantine et les caractéristiques sociodémographiques, cliniques des victimes et des auteurs présumés ainsi que les différents types de violences de nature sexuelle, durant la période 2010-2021 et vise à explorer leurs mécanismes, leurs conséquences et les moyens de les prévenir. Elle s'appuie sur une approche multidisciplinaire, intégrant des perspectives juridiques, sociologiques, psychologiques et médicales. Notre objectif est d'essayer de fournir une compréhension globale du phénomène des agressions

sexuelles et de suggérer des propositions afin d'améliorer la prise en charge des victimes et d'aider à prévenir ces violences.

3.1 Limites de l'étude

Notre étude comporte plusieurs limites. La limite essentielle est la modalité de recrutement de la population d'étude.

Un grand nombre de personnes ne rapporteront jamais leur agression sexuelle à quelque instance officielle que ce soit, qu'il s'agisse d'un hôpital, de la police ou autre ; et aucune extraction des données administratives ne fournira de statistiques sur l'ampleur des violences sexuelles dissimulées(92,93).

La majorité de nos cas (n= 2072, 91%) nous est adressée par une autorité judiciaire (police, magistrat, brigade des mineurs) et la plupart des études et des enquêtes, indépendamment du pays et de la culture, ont rapporté que le nombre de victimes portant plainte pour agression sexuelle est inférieur au nombre réel et qu'il ne constitue que le sommet de l'iceberg (94–98).

Aux États-Unis, des études de recherche à large échelle suggèrent que seules 5 à 20 % des agressions sexuelles sont rapportées à la police. Au Royaume-Uni, les dernières estimations de la « Crime Survey for England and Wales » (CSEW étude sur les crimes commis en Angleterre et au Pays de Galles) a montré que moins d'une femme sur six (16 %) et moins d'un homme sur cinq (19 %) de 16 à 59 ans, victimes de viol ou de pénétration depuis l'âge de 16 ans, le rapportait à la police (99). Dans les statistiques policières suisses de la criminalité, en 2021, 757 viols étaient rapportés ainsi que 720 agressions sexuelles(99).

En se basant sur les estimations les plus modérées selon lesquelles seules 20 % des agressions sexuelles sont rapportées à la police, on peut estimer que le nombre hypothétique des agressions sexuelles dépasserait très largement les 700 (3785 viols et 3600 agressions sexuelles)(92).

L'idéal serait de réaliser une enquête de dépistage en population générale. Néanmoins, ce type d'enquête présente des contraintes telles que l'aspect sensible du sujet et la difficulté d'accès aux enfants.

Une autre limite de notre étude réside dans le fait que nous n'avons pas confronté les résultats de l'examen médico-légal avec les données de l'examen psychiatrique. Néanmoins, la

littérature atteste que l'intensité des symptômes psychiatriques et la nécessité d'un suivi ne sont pas corrélées avec le type de l'agression sexuelle ou sa gravité (95,100).

D'autre part, des données sont incomplètes, bien que les médecins aient collecté les mêmes informations, car les conditions selon lesquelles les questions demandent une réponse, diffèrent entre elles. Certaines données démographiques et même cliniques ne figurent pas dans les rapports, ce qui souligne l'importance d'une base de données/d'enregistrements standard au niveau national, avec un ensemble minimal de données prédéfini(92).

Un certain nombre de patient·e·s de notre étude (n=8, 0,3%) ont mentionné une amnésie (ne sait pas/choc/confusion), soit totale, soit partielle ou étaient inconscientes ou sédaté·e·s (n=18, 0,8%). L'amnésie peut être une manifestation du traumatisme provoqué par l'agression sexuelle (dissociation péritraumatique) et/ou liée à la consommation de substances(92).

D'autres ont carrément prétendu ne pas avoir fait l'objet d'une agression (18,5 %). Cela impacte énormément la quantité de données disponibles et exploitables, mais constitue en soi un enseignement essentiel.

Le fait que les victimes ne rapportent pas leur agression sexuelle à la police ou au médecin peut avoir toute une série de raisons, telles que la honte, la défiance vis-à-vis du système de justice criminelle, la peur des représailles, etc. Les recherches montrent aussi que de nombreuses victimes ne l'identifient pas forcément et donc ne la rapporte pas comme telle (101,102). Cela peut évidemment entraîner une re-victimisation(92).

Les victimes sont souvent ouvertement accusées ou perçues comme portant partiellement ou totalement la responsabilité de ce qui leur a été fait et la stigmatisation de la famille qui en résulte. Ainsi, leur culpabilisation (103,104) est un élément central de la culture du viol(105)qui répandue à tous les niveaux de la société, les empêche de dénoncer leur agresseur et contribue donc à une culture d'impunité à l'égard de ses crimes(16,106).

Lorsque les patient·e·s quittent les urgences médico-judiciaires, il leur est fixé des rendez-vous de suivi. Mais mis à part les résultats ramenés par quelques patient.e.s nous n'avons pas de données sur les soins qu'ils·elles ont reçu à court, moyen et long terme. Leur venue effective aux consultations de suivi, leur adhésion aux protocoles de soin, etc. font partie des lacunes d'information que nous avons essayé de combler avec notre étude prospective en consultant les registres et/ou les dossiers des services d'épidémiologie, de maladies infectieuses et de psychologie du centre hospitalo-universitaire de Constantine.

3.2 Forces de l'étude

Nous avons disposé d'une large population d'étude de 2276 victimes vivantes, 16 victimes décédées et 15 auteurs présumés entre 2010 et 2021. Grâce aux soins particuliers portés à la définition de chaque variable, notre étude est facilement reproductible, que ce soit dans une autre ville ou dans un autre pays.

Notre étude met en lumière les caractéristiques clés des profils sociodémographiques et des agressions des victimes ayant rapporté une violence sexuelle perpétrée dans la région de Constantine et de ses alentours, en se basant sur l'analyse des expertises médico-légales réalisées au service de médecine légale du centre hospitalo-universitaire de Constantine, en Algérie. Ces résultats peuvent être utilisés afin de mettre en œuvre des programmes de prévention, de soins et d'éducation contre les violences sexuelles, à destination des hommes et des femmes. Programmes basés sur les faits et les preuves, ainsi que sur les attitudes et les comportements, afin d'aider à contrer les mythes.

Aucune statistique ne fournit un tableau exhaustif du problème, mais différentes sources de données fournissent certaines pièces du puzzle(92).

3.3 Principaux résultats

Durant la période de notre étude, nous avons colligé 2276 patient.e.s ayant été victimes de violences sexuelles, soit en moyenne 190 patient.e.s par année. Ce chiffre est proche d'autres chiffres retrouvés dans des études faites sur des régions qui ressemblent sur le plan démographique à Constantine.

Tableau 125 : Population de l'étude

Etudes	<i>Notre étude Service Médecine légale C.H.U. Constantine</i>	<i>Cottler-Casanova et al. Urgences Obstétricales et Gynécologiques HUG et CHUV</i>
<i>Période</i>	2010-2021	2018-2021
<i>Echantillon</i>	2276 (tout âge)	740 (>14ans)
<i>Moyenne Cas/an</i>	190	185

Une étude rétrospective où des données ont été collectées pour toutes les personnes, de 14 ans et plus, ayant rapporté une agression sexuelle aux urgences obstétricales et gynécologiques des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et de Lausanne (CHUV) sur une période de quatre années (2018-2021) a colligée 740 cas, avec une moyenne de 185 cas/an (92).

On ne saurait commenter ces résultats sans d'abord les relativiser par rapport au contexte de leur recueil, renvoyant à une société arabe et africaine, où des études antérieures ont montré la faible « judiciarisation » des abus sexuels du fait d'un « silence » de mise, issu des tabous culturels. Cette « sous-déclaration » rejoint un fait largement répandu de par le monde, qui confirme l'existence d'un « chiffre noir » en terme de statistiques criminelles relatives aux violences sexuelles(107).

Certaines personnes peuvent aussi avoir des difficultés à identifier les comportements sexuels violents en tant que violences à proprement parler. Tous ces facteurs peuvent expliquer ces taux bas(92).

3.3.1.1 Profils socio-démographiques des victimes

1477 victimes étaient de sexe féminin (64,9 %) et 799 de sexe masculin (35,1 %) avec un sexe ratio de 0,54.

L'étude *Y. Zerairia*(27), réalisée sur un échantillon composé de 265 patients, âgées de 3 à 17 ans, dont 88 filles, à l'instar de différentes études, *S. Bourgou et al.*, *N. Gaddour et al.* et *Scharaf El-Din* confirme ce constat et ce, quel que soit l'âge de la victime (mineure ou adulte) ou le type de la population (clinique ou générale) (95,97,98,100,108).

Tableau 126 : Sexe de la victime dans les différentes études

Etudes	<i>Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021</i>	<i>Zerairia Médecine légale Annaba (Algérie) 2012-2014</i>	<i>Bourgou et al. Pédopsychiatrie Tunis (Tunisie) 2013-2019</i>	<i>Gaddour et al. Psychiatrie Monastir (Tunisie) 1993-1998</i>	<i>Sharaf El-Din Qalyubia (Egypte) 2009-2013</i>
<i>Echantillon</i>	2276	265 (3-17ans)	150	629	130
<i>Cas/an</i>	190	88	21	105	26
<i>Sexe féminin</i>	64,9 %	51,5%	61,3 %	58 %	100 %
<i>Sexe masculin</i>	35,1 %	48,5%	38,7 %	42 %	-
<i>Sexe ratio</i>	0,54	0,94	0,63	0,72	-

Diverses explications de la faiblesse des taux de victimes masculines pourraient être proposées : sous-déclaration par crainte des répercussions sociales à propos de la notion de virilité, tabous entourant les pratiques homosexuelles, reconnaissance juridique tardive du viol d'un sujet de sexe masculin(107).

Nos résultats concernant l'âge des victimes rejoignent ceux trouvés par la majorité des études, notamment pour la grande proportion de victimes mineures(107).

La moyenne d'âge des victimes était de $15,28 \pm 7,4$, l'âge médian était de 16 ans avec des extrêmes allant de 0 à 71 ans et celles âgées de moins de 18 ans représentaient 73,3 % des cas.

Tableau 127 : Age de la victime dans les différentes études

Etudes	Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021	Zeraïria Médecine légale Annaba (Algérie) 2012-2014	Bourgou al. Pédiopsychiatrie Tunis (Tunisie) 2013-2019	Gaddour al. Psychiatrie Monastir (Tunisie) 1993-1998	Médecine légale Monastir (Tunisie) 2008-2017	Baccouch et al. Centre tunisie (Tunisie) 1995-2001	Thaljawi al. Médecine légale Sidi Bouzid (Tunisie) 2018-2020	Sharaf El-Din Qalyubia (Egypte) 2009-2013	Gynéco-Obstétrique Dakar
Echantillon	2276	265	150	629			56	130	
Cas/an	190	88	21	105			19	26	
Moyenne d'âge (année)	15,28 $\pm 7,4$	11,71 $\pm 4,46$	9,9		20,3			15,2	
Age médian (année)	16	-				19	17		14
Extrêmes (année)	0-71	3-17	2-18				4-52	4-40	
<18ans	73,3%	100%		81%		54%	57,1%	58 % (12-18ans)	

Ainsi, en Tunisie, l'étude réalisée par *N. Gaddour et al.* (107,109), au service de psychiatrie de l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir, entre 1993 et 1998, constate que la majorité des victimes (81 %) étaient mineures (âgées de moins de 18 ans), avec 39 % de moins de 15 ans. L'étude de *Baccouch et al.*(109), réalisée sur la région du centre tunisien entre 1995 et 2001, a rapporté que l'âge moyen des victimes incluses était de 19 ans avec un âge inférieur à 18 ans dans 54 % des cas. Une autre étude médico-légale plus récente de *W. Thaljawi et al.* au service de médecine légale de Sidi Bouzid, de 2018 à 2020, portant sur 56 cas de victimes d'agressions sexuelles a rapporté un âge médian de 17 ans avec des extrêmes allant de 4 à 52 ans et des victimes âgées de moins de 18 ans dans 57,1 % des cas (109). La moyenne d'âge à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar était de 14 ans (110).

La littérature européenne, s'éloigne en partie des résultats fournis par notre étude, avec un âge moyen entre 16,9 et 27,7 ans(92,109) et un pourcentage des victimes âgées de moins de 18 ans variait entre 22,6 % et 62 % (109,111,112).

La prédominance de l'âge jeune rapportée dans les études pourrait être expliquée par l'immatunité et la vulnérabilité de cette tranche d'âge, et son incapacité à se protéger des abus commis sur sa personne(109).

Pour *Marzouki et al.*, (Service de Médecine Communautaire, Faculté de Médecine de Sousse , 1987)(107,113), le progrès économique de la société et son accès à la modernité sont de nature à favoriser les sévices sexuels sur les enfants par l'éclatement des structures familiales et traditionnelles qui avaient réussi jusque-là à les en protéger à travers de puissants interdits moraux et religieux.

Dans notre étude, 15 % des victimes étaient célibataires. Ce faible taux pourrait être expliqué par la prédominance des victimes au-dessous de l'âge légal du mariage représentant 80,7% des cas.

Tableau 128 : Situation matrimoniale de la victime dans les différentes études

Etudes	<i>Notre étude</i> <i>Médecine légale</i> <i>Constantine (Algérie)</i> 2010-2021	<i>Thaljawi et al.</i> <i>Médecine légale</i> <i>Sidi Bouzid (Tunisie)</i> 2018-2020	<i>Sharaf El-Din et al.</i> <i>Qalyubiya (Egypte)</i> 2009-2013	<i>Cottler-Casanova</i> <i>et al.</i> <i>Urgences</i> <i>Obstétricales et</i> <i>Gynécologiques</i> <i>HUG et CHUV</i> 2018-2021
<i>Echantillon</i>	2276	56	130	740 (>14ans)
<i>Cas/an</i>	190	19	26	185
<i>Situation matrimoniale</i>	Célibataire 15 % (80,7% des victimes au-dessous de l'âge légal du mariage)	Célibataire 78,6 %	Célibataire 81,5 %	Célibataire 60 %

Nos résultats rejoignent ceux de *W. Thaljawi et al.* qui avec une majorité de victimes célibataires 78,6 % (109). L'étude du service de médecine légale de Monastir, citée précédemment(109), a quant à elle rapporté 89,5 % et celle de l'étude rétrospective de *Sharaf El-Din et al.*, en Egypte 81,5 %(114).

Par-ailleurs, l'étude de *S. Cottler-Casanova et al.* (Suisse) a retrouvé que 60 % des patients demandant des soins d'urgence pour agression sexuelle étaient célibataires.

Ceci pourrait être expliqué par le fait que l'attraction sexuelle vers les enfants et les jeunes filles est plus importante que vers les femmes mariées qui manifestent en général plus de résistance vis-à-vis des abus ou des tentatives d'abus sexuels(92).

99,5 % des victimes étaient originaires d'Algérie. Contrairement à d'autres études, comme l'étude de *S. Cottler-Casanova et al.* (Suisse), ou la plupart des patient·e·s étaient originaires de Suisse (39 %) mais aussi d'autres pays européens (20 %), suivi par des personnes d'Amérique du nord, centrale ou du sud (8 %). Une petite proportion de patient·e·s était originaire d'Afrique subsaharienne (4 %), du Moyen-Orient et/ ou d'Afrique du nord (3 %) ou encore d'Asie (2 %)(92).

Tableau 129 : Origine géographique de la victime dans les différentes études

Etudes	<i>Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021</i>	<i>Cottler-Casanova et al. Urgences Obstétricales et Gynécologiques HUG et CHUV Genève, Lausanne (Suisse) 2018-2021</i>
<i>Echantillon</i>	2276	740 (>14ans)
<i>Cas/an</i>	190	185
<i>Origine géographique</i>	Algérie : 99,5 % Etranger : 0,5 %	Suisse : 39 % Pays européens : 20 % Amériques : 8 % Afrique subsaharienne : 4 % Afrique du nord : 3 % Asie : 2 %

0,6 % étaient illettrées, 77,2% n'avaient pas ou pas encore fait d'études poussées et 15,1 % étaient sans emploi (81,1% n'avaient pas l'âge légal de travail).

Sharaf El-Din et al., a rapporté que le pourcentage le plus élevé d'agressions sexuelles a été constaté chez les femmes n'ayant fait que des études primaires (44,6 %)(114).

Les victimes étant majoritairement jeunes, n'avaient pas d'antécédents médicaux (95,5 %), ni chirurgicaux (89,7 %). Cependant 9,8 % d'entre elles présentaient des troubles psychopathologiques divers.

Dans l'étude de *W. Thaljawi et al.*, une seule victime avait un antécédent psychiatrique à type de retard mental (1,8 %)(109).

Tableau 130 : Antécédents des victimes dans les différentes études

Etudes/ Enquêtes	Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021	Etudes tunisiennes Sidi Bouzid, Monastir, Mahdia (Tunisie)	Sharaf El- Din et al. Qalyubiya (Egypte) 2009- 2013	Enquête CSF Collecte assistée par téléphone et informatique 2005-2006	Enquête VIRAGE (Violences et Rapports de Genres) 2018	Cottler-Casanova et al. Lausanne/Genève (Suisse) 2018-2021	.Walker et al. Métaanalyse 2019
Echantillon	2276		130		(20- 69ans)	740 (>14ans)	
Cas/an	190		26			185	
Antécédents médicaux	4,5 %	-				-	
Antécédents chirurgicaux	1,3 %	-				-	
Antécédents psychiatriques	9,8 %	-				-	
Antécédents d'agression sexuelle	20 % Multiples : 77,2 % Avant 10ans: 20,6 %	Sidi Bouzid :1,8% Monastir :33,6% Mahdia :3,6%		20 %	Femmes : 14,5% Hommes : 3,9%	19% 64%: NP	50%

Nous avons constaté que 20% des patient.e.s ont rapporté avoir été victime d'agression sexuelle antérieure ; multiple la plupart du temps (77,2%) et avant l'âge de dix ans (20,6%).

Nos résultats rejoignent ceux de l'enquête CSF 2005-06 – Méthode de collecte assistée par téléphone et informatique –avec près de 20 % et ceux de l'enquête VIRAGE 2015, réalisée en France métropolitaine–Violences et Rapports de Genres–avec 14,5 % des femmes de 20 à 69 ans (une sur 7) qui ont déclaré avoir subi au moins une forme d'agression sexuelle au cours de leur vie, et 3,9 % des hommes (un sur 25). Les femmes sont 3,7 fois plus victimes que les hommes de violences sexuelles(115).

Dans l'étude de Sidi Bouzid, un faible pourcentage d'antécédents personnels d'agressions sexuelles (1,8 %) a été retrouvé et 3,6 % dans la région de Mahdia.

Cependant, l'étude du service de médecine légale de Monastir a rapporté, elle, que 33,6 % des victimes avaient été agressées auparavant, un chiffre très alarmant qui nous pousse à réfléchir à la sous-représentation des victimes violentées antérieurement(109).

Dans l'étude Suisse de S. Cottler-Casanova et al., 19 % des agressions sexuelles rapportées concernaient des patient.e.s ayant déjà subi au moins une agression sexuelle, sachant que 64 % des rapports d'agression sexuelle ne contenaient pas d'information sur une éventuelle agression sexuelle antérieure(92).

Une méta-analyse récente de *H.E. Walker et al.* (Centre de recherche et d'information en épidémiologie, Massachusset, 2019), montre que presque 50 % de tous les enfants victimes d'abus sexuels en sont à nouveau victimes à un moment ultérieur de leur vie (116).

Avoir subi une agression sexuelle antérieure est un facteur clé de vulnérabilité à la re-victimisation sexuelle (116,117).

Ce niveau très élevé de re-victimisation souligne la nécessité de demander systématiquement aux patient·e·s si elles/ils ont auparavant subi des violences, afin de fournir le soutien adapté. Cela souligne aussi la nécessité d'informer les professionnels de santé qu'avoir subi une agression antérieure augmente le risque d'être victime d'une nouvelle agression, afin d'initier la prévention ou le traitement adéquats.

Récemment, des chercheurs ont identifié un lien entre hypersexualité ou comportement sexuel compulsif et traumatisme expérimenté (118,119). Les symptômes post-traumatiques pourraient induire un comportement sexuel compulsif à travers la dépression, la honte et la culpabilité (92,119).

Les études de *Traore et al.* (CHU Gabriel Touré, Bamako, 2010) et de *Sharaf El-Din et al.* (Qalyubiya, Égypte, 2009-2013), tracent le même profil des victimes que dans notre série, tout en considérant l'immaturation intellectuelle comme un facteur de risque associé aux abus sexuels(109,112,114).

3.3.2 Caractéristiques épidémiologiques des agresseurs présumés

Les auteurs présumés, étaient de sexe masculin dans 74,3% des cas.

Tableau 131 : Sexe de l'agresseur dans les différentes études

Etudes	<i>Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021</i>	<i>Thaljawi et al. Sidi Bouzid Azaizia-Monastir Chayah-Monastir Fersi-Kairouan (Tunisie)</i>	<i>Bourgou et al. Pédopsychiatrie Tunis (Tunisie) 2013-2019</i>	<i>Gaddour et al. Psychiatrie Monastir, Mahdia (Tunisie) 1993-1998</i>
<i>Echantillon</i>	2276		150	629
<i>Cas/an</i>	190		21	105
<i>Sexe féminin</i>	0,5 %	-	0,7 %	0,1 %
<i>Sexe masculin</i>	74,3%	100 %	99,3 %	99,9 %

Dans les séries des études tunisiennes de *W. Thaljawi et al.* (Sidi Bouzid), *Azaizia* (Monastir), *Chayah* (Monastir) et *Fersi* (Kairouan), les agresseurs étaient exclusivement de sexe masculin(109), à l'exception d'une mère inculpée (avec son concubin) pour complicité de

viol sur la personne de sa fille mineure rapportée par *N. Gaddour et al.* (Monastir et Mahdia) (107,120,121).

Il semble difficile d'accepter et de concevoir qu'une femme soit capable de violences sexuelles.

Les auteurs présumés étaient âgés de 19 à 34 ans dans 42,7% cas et 10,7 % étaient mineurs.

Tableau 132 : Age de l'agresseur dans les différentes études

Etudes	<i>Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021</i>	<i>Gaddour et al. Psychiatrie Monastir, Mahdia (Tunisie) 1993-1998</i>	<i>Thaljawi al. Médecine légale Sidi Bouzid (Tunisie) 2018-2020</i>	<i>Soumah et al. Médecine légale et médecine de travail Port-Gentil Gabon 2003-2006</i>
<i>Echantillon</i>	2276	629	56	45
<i>Cas/an</i>	190	105	19	11
<i>Tranche d'âge</i>	19-34 ans : 42,7 % <18ans : 10,7 %	18-30 ans : 39 % <18ans : 38 %	18-30 ans : 89,52 %	16-35 ans : 76,5 %

W. Thaljawi et al. ont rapporté des résultats similaires avec une majorité d'adultes jeunes de 18 à 30 ans (89,52 %)(109), ainsi que *Soumah et al.* (111), au Gabon où la tranche d'âge la plus incriminée était celle de 16 à 35 ans (76,5 %).

C'est le taux d'agresseurs de moins de 18 ans qui semble élevé dans notre étude (10,7 %), mais qui reste relativement modéré par rapport à celui de l'étude de *N. Gaddour et al.*, qui objective un taux de 38 %(107).

C'est un chiffre aux répercussions sociales importantes et dont l'interprétation ne nous semble pas possible en dehors du débat général sur la délinquance juvénile et l'accès des adolescents aux connaissances et pratiques sexuelles(107).

Dans notre étude, l'agresseur était unique dans 53,7% des cas.

Tableau 133 : Nombre des agresseurs dans les différentes études

Etudes	Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021	Zerairia Médecine légale Annaba (Algérie) 2012-2014	Thaljawi al. Médecine légale Sidi Bouزيد (Tunisie) 2018- 2020	Gaddour et al. Psychiatrie Monastir; Mahdia (Tunisie) 1993-1998	Bourgou et al. Pédopsychiatrie Tunis (Tunisie) 2013-2019	Sharaf El- Din et al. Qalyubiya (Egypte) 2009-2013	Cottler- Casanova et al. (Suisse) 2018-2021	Traoré et al. Santé publique CHU Gabriel Touré, Bamako, 2004- 2008
Echantillon	2276	265 (3-17ans)	56	629	150	130	740 (>14ans)	
Cas/an	190	88	19	105	21	26	185	
Nombre agresseurs	Un : 53,7%	Un : 85,4%	Un : 87,9 %	Un : 83 %	Un : 86 %	Un : 80 %	Un : 77 %	Un : 65,54 %

Des résultats à peu près similaires (65,54%) ont été rapportés par *Gaddour et al.* (107)

Les études des services de médecine légale d'Annaba(27), de Sidi Bouزيد(109), de Monastir, de Mahdia et de Kairouan, quant à elles, ont rapportées des taux nettement supérieurs respectivement de 85,4%, 87,9 %, 73,6%, 73,6% et 95 %, (109).

L'étude suisse de *S. Cottler-Casanova et al.*, les rejoint avec un taux de 77% (92).

L'identité de l'agresseur était connue de la victime dans 64,5% des cas, très peu connue (24%) ou inconnue (16,1%).

Tableau 134 : Identité connue de l'agresseur dans les différentes études

Etudes	Notre étude Médecine légale Constantin e (Algérie) 2010-2021	Zerairia Médecin e légale Annaba (Algérie) 2012- 2014	Thaljawi al. Médecin e légale Sidi Bouزيد (Tunisie) 2018- 2020	Médecin e légale Monastir (Tunisie) 2008- 2017	Médecin e légale Mahdia (Tunisie)	Médecin e légale Kairoua n (Tunisie)	Bourgou et al. Pédopsychiatri e Tunis (Tunisie) 2013-2019	S.Cottler- Casanova et al. (Suisse) 2018- 2021	Traoré et al. Santé publiqu e CHU Gabriel Touré, Bamako , 2004- 2008
Echantillo n	2276	265 (3- 17ans)	56				150	740 (>14ans)	
Cas/an	190	88	19				21	185	
Agresseur connu	64,5 %	61,4%	90,6 %	71,4 %	56,4 %	73,2 %	48,6 %	58 %	63,67 %

Dans la littérature, les résultats sont divergents. L'agresseur était, dans la majorité des cas, connu de la victime dans les études des services de médecine légale d'Annaba(27), de Sidi Bouzid, de Monastir, de Mahdia et de Kairouan avec respectivement des pourcentages de 61,4%, 90,6 %, 71,4 %, 56,4 % et 73,2 %, (109).

Pour *S. Cottler-Casanova et al.*, dans 58% des cas, la victime indiquait connaître son agresseur, contre 28 % où il lui était inconnu(92).

L'agresseur présumé dans notre étude était issue du cercle familial dans 6,3 % des cas. Similaire dans l'étude de *W. Thaljawi et al.* (6,2%), moins élevé que dans d'autres enquêtes. Cela en rapport vraisemblablement avec l'aspect tabou des agressions intrafamiliales qui restent souvent sous-déclarées dans notre société(109).

Tableau 135 : Lien entre la victime et l'agresseur connu dans les différentes études

<i>Etudes</i>	<i>Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021</i>	<i>Thaljawi al. Médecine légale Sidi Bouzid (Tunisie) 2018-2020</i>	<i>Bourgou et al. Pédopsychiatrie Tunis (Tunisie) 2013-2019</i>	<i>Sharaf El-Din et al. Qalyubiya (Egypte) 2009-2013</i>	<i>Cottler-Casanova et al. Lausanne-Genève (Suisse) 2018-2021</i>
<i>Echantillon</i>	2276	56	150	130	740 (>14ans)
<i>Cas/an</i>	190	19	21	26	185
<i>Partenaire intime actuel</i>	25,4 %				17 %
<i>Voisin</i>	20,2 %				-
<i>Membre de la famille</i>	6,3 %	6,2 %	37,3 %	16,9 %	3 %
<i>Connaissance des réseaux sociaux/Internet</i>	5,9 %				3 %
<i>Figures d'autorité/soignants</i>	1,6 %		3,3 %		2 %
<i>Amis/pairs/collègues</i>	1 %		2,7 %		53 %
<i>Anciens partenaires intimes</i>	0,4 %				9 %

Il s'agissait du partenaire intime actuel (25,4 %), du voisin (20,2%), d'un membre de la famille (6,3%) ou d'une connaissance des réseaux sociaux/internet (5,9 %). Les figures d'autorité/soignants (1,6%), les amis/pairs/collègues (1%) et les anciens partenaires intimes (0,4%) ont été plus rarement cités.

La prévalence des agressions sexuelles commises contre des femmes par des partenaires intimes est variable selon la littérature étrangère : 3 % au Canada, 12 % en Angleterre, 6 % en Suisse et 1,3 % aux États-Unis (94).

S. Cottler-Casanova et al. a rapporté des résultats différents. Pour celles qui connaissaient leur agresseur, il s'agissait pour plus de la moitié (53 %) d'un ami/collègue/ pair/ou connaissance, les partenaires intimes actuels (17 %) et précédents (9 %) représentant une part significative.

Des membres de la famille et des figures d'autorité ont été plus rarement cités comme auteur dans cette population de plus de 14 ans(92).

Nous avons relevé que les agressions intra-familiales étaient en partie incestueuses (n= 54, 2,4%). Dans ces cas, le père était concerné dans près de la moitié des cas (48,1 %), suivi par l'oncle (16,7 %). La victime avait moins de 16 ans (85,1 %), de sexe féminin 76 %, et les actes perpétrés étaient les attouchements (70,4 %) et la pénétration anale (42,6 %).

Nos résultats rejoignent ceux de *Gaddour et al.*, dans les cas où il y avait inceste (15 affaires), il était en majorité perpétré par le père (73,3 %), sur une victime mineure (86,7 %), de sexe féminin (93,3 %), et il consistait en un attentat à la pudeur (66,7 %)(107).

Dans la littérature, les résultats sont divergents concernant la prévalence de ces agressions intrafamiliales (122,123). Nous pouvons expliquer ces différences par le fait que les agressions intrafamiliales seraient plus difficiles à rapporter par la victime d'une part et qu'elles seraient plus dissimulées, voir étouffées par les proches d'autre part. En effet, la violence sexuelle intrafamiliale en grande partie incestueuse constitue une transgression grave et expose la famille à la honte voire à une damnation sociale. Ces violences intrafamiliales présentent plusieurs spécificités. En effet dans le travail de *Loiniz et al.* fait auprès d'un échantillon de 221 enfants âgés entre 3 et 18 ans, les agressions intrafamiliales étaient survenues avec des victimes significativement plus jeunes et elles étaient survenues plus d'une seule fois avec un plus grand délai de révélation(95,123).

Dans notre étude, 9,2% des auteurs présumés étaient sans emploi. 50,3% des victimes ne connaissaient pas la profession de leur agresseur.s ou bien prétendaient ou carrément croyaient ne pas avoir subi d'agression (18,5%). 10,1% des agresseurs n'avaient pas l'âge légal pour travailler.

Tableau 136 : Profession de l'agresseur dans les différentes études

<i>Etudes</i>	<i>Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021</i>	<i>Thaljawi al. Médecine légale Sidi Bouzid (Tunisie) 2018-2020</i>	<i>Médecine légale Monastir (Tunisie) 2008-2017</i>	<i>Soumah et al. Médecine légale et médecine de travail Port-Gentil (Gabon) 2003-2006</i>	<i>Elgendy et al Médecine légale Caire (Egypte) 2005-2011.</i>
<i>Echantillon</i>	2276	56		45	1832
<i>Cas/an</i>	190	19		11	261
<i>Profession de l'agresseur</i>	Sans emploi:9,2% Ouvriers :0,7%	Ouvriers :78,5%	Ouvriers :30%	Sans emploi:46,2%	Sans emploi:38,2%

W. Thaljawy et al. ont rapporté quant à eux un taux important d'agresseurs ouvriers journaliers (78,5 %).

Dans l'étude du Service de médecine légale de Monastir, ce taux était de 30 % (109).

Selon l'étude de *Soumah et al.*, la majorité des agresseurs venaient d'un milieu social défavorisé, 46,2 % des agresseurs étaient sans emploi ou en quête d'emploi(109).

Elgendy et al. ont trouvé que 89,8 % des agresseurs avaient un niveau socioéconomique bas, sans profession dans 38,2 % des cas(109,124).

Les divergences entre les pourcentages d'agresseurs sans emploi s'expliqueraient, en partie, par le fait que dans notre étude 10,1% des agresseurs n'avaient pas l'âge légal pour travailler.

3.3.3 Données relatives à l'agression

Dans notre étude, 30,3 % des agressions ont eu lieu dans un domicile. Celui de la victime vient en premier (18,6 %), suivi de celui de l'auteur (9,4 %), puis de celui d'un ami ou d'un membre de la famille (2,3 %). Les lieux isolés viennent en second (14,4 %), puis les lieux publics (8,1 %).

Tableau 137 : Lieu de l'agression dans les différentes études

<i>Etudes</i>	<i>Notre étude</i> <i>Médecine légale</i> <i>Constantine</i> <i>(Algérie)</i> <i>2010-2021</i>	<i>Thaljawi al.</i> <i>Médecine légale</i> <i>Sidi Bouzid</i> <i>(Tunisie)</i> <i>2018-2020</i>	<i>Médecine légale</i> <i>Monastir</i> <i>(Tunisie)</i> <i>2008-2017</i>	<i>Médecine légale</i> <i>Kairouan</i> <i>(Tunisie)</i>	<i>Bourgou et al.</i> <i>Pédopsychiatrie</i> <i>Tunis</i> <i>(Tunisie)</i> <i>2013-2019</i>	<i>Sharaf El-Din et al.</i> <i>Qalyubiya</i> <i>(Egypte)</i> <i>2009-2013</i>	<i>Cottler-Casanova et al.</i> <i>Lausanne/Genève</i> <i>(Suisse)</i> <i>2018-2021</i>
<i>Echantillon</i>	2276	56			150	130	740 (>14ans)
<i>Cas/an</i>	190	19			21	26	185
<i>Domicile de la victime</i>	18,6 %	15,6 %					23 %
<i>Domicile de l'agresseur</i>	9,4 %	43,8 %	34,5 %	73,6 %		50,8 %	26 %
<i>Domicile d'un ami/membre de la famille</i>	2,3 %				20 %		6 %
<i>Lieu isolé</i>	14,4 %						
<i>Lieu public</i>	8,1 %	3,1 %	15,1 %	11,6 %			19 %

Par contre, dans d'autres études, c'est le domicile de l'agresseur qui vient en premier, c'est le cas pour :

- L'étude de *W. Thaljawi et al.* avec 43,8 %(109).
- L'étude de *Sharaf El-Din et al.*, avec 50,8 %(114).
- L'étude du Service de médecine légale de Monastir avec 34,5 % .
- L'étude de la région de Kairouan avec un taux plus élevé de 73,6 %(109).

Ces agressions ont concerné des victimes qui connaissaient leurs agresseurs dans la totalité des cas.

A l'instar des résultats obtenus dans notre étude, les agressions sexuelles survenues sur la voie publique présentaient le plus faible pourcentage dans l'étude de *W. Thaljawi et al.* : 3,1 %. Ce chiffre était plus élevé 15,1 % dans l'étude du service de médecine légale de Monastir et 11,6 % dans celle de Kairouan (109).

Dans notre étude, les mois d'été ont compté le plus grand nombre de consultations pour agression sexuelle (22,2 %) par rapport aux autres saisons : hiver (20,7 %), printemps (20,9 %) et automne (20,4 %).

Tableau 138 : Saison de l'agression dans les différentes études

<i>Etudes</i>	<i>Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021</i>	<i>Thaljawi al. Médecine légale Sidi Bouzid (Tunisie) 2018-2020</i>	<i>Sharaf El-Din et al. Qalyubiya (Egypte) 2009-2013</i>	<i>Cottler-Casanova et al. Lausanne/Genève (Suisse) 2018-2021</i>
<i>Echantillon</i>	2276	56	130	740 (>14ans)
<i>Cas/an</i>	190	19	26	185
<i>Saison de l'agression</i>	Eté : 22,2 %	Eté + Automne	Eté : 53,1 %	Eté : 34 %

Ces résultats sont proches de ceux de l'étude de *W. Thaljawy et al.*, où les cas d'agression sexuelle avaient tendance à se voir en été et en automne(109).

Pour *S. Cottler-Casanova et al.*, aussi, les mois d'été ont compté le plus grand nombre de consultations pour agression sexuelle (n = 248, 34%) par comparaison avec les autres saisons (hiver : 23 %, printemps: 20 %, automne : 23 %)(92).

Un rapport de *J.L. Laurinsten et al.* (Université de Missouri, Saint Louis, US Department of Justice) analysant le schéma saisonnier des crimes entre 1993 et 2010 aux États-Unis, identifie une tendance identique dans les taux de viol et d'agression sexuelle, également plus élevés en été qu'en hiver, au printemps et à l'automne(125).

On ignore la raison pour laquelle ces crimes surviennent plus souvent l'été et si cela est dû aux températures plus élevées, à l'allongement des journées, à des emplois du temps plus flexibles pendant les vacances ou au nombre moindre de couches de vêtements pour les victimes comme pour les agresseurs(126).

Le nombre d'agressions augmente en début de semaine, soit le dimanche 14 % et le lundi 13,4 % et 19,7 % de l'ensemble des agressions sont intervenues le week-end.

Pour S. Cottler-Casanova et al., c'est 45 % de l'ensemble des agressions sexuelles qui sont intervenues le week-end(92)

Tableau 139 : jour de l'agression dans les différentes études

<i>Etudes</i>	<i>Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021</i>	<i>Cottler-Casanova et al. (Suisse) 2018-2021</i>
<i>Echantillon</i>	2276	740 (>14ans)
<i>Cas/an</i>	190	185
<i>Jour de l'agression</i>	Dimanche + Lundi : 27,4 % Week-end : 19,7 %	Week-end : 45 %

Ainsi, les agressions sexuelles déclarées aux urgences sont fréquentes durant les mois d'été et le week-end. Ces résultats soulignent un élément clé qui peut aider à améliorer la mise à disposition des services aux victimes d'agression sexuelle, ainsi que les stratégies de prévention et d'éducation.

Les services d'urgence des hôpitaux devraient prendre les mesures nécessaires pour y faire face durant ces périodes (92,126).

Nous avons noté 80 cas d'agressions sexuelles (3,5 %) pendant le mois de Ramadan.

L'étude de Sidi Bouzid, quant à elle, n'en a constaté aucun, ceci peut être expliqué par la valeur religieuse et le respect de ce mois sacré pour les musulmans(109).

Tableau 140 : Agression le mois de Ramadan dans les différentes études

<i>Etudes</i>	<i>Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021</i>	<i>Thaljawi al. Médecine légale Sidi Bouzid (Tunisie) 2018-2020</i>
<i>Echantillon</i>	2276	56
<i>Cas/an</i>	190	19
<i>Agression le mois de Ramadan</i>	3,5 %	0 %

Nous avons constaté, comme types d'abus sexuels, l'attouchement dans 25 % des cas et la pénétration dans 85,3 % des cas.

Des actes d'attouchement ont également été signalés dans l'étude d'Annaba(27), l'étude de Sidi Bouzid et dans les autres études tunisiennes des services de médecine légale de Monastir et de Mahdia avec des taux, respectivement, de 30,8%, 21,4, 10,6 et 42,7 %.

Tableau 141 : Attouchements et pénétrations dans les différentes études

<i>Etudes</i>	<i>Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021</i>	<i>Zerairia Médecine légale Annaba (Algérie) 2012-2014</i>	<i>Thaljawi al. Médecine légale Sidi Bouzid (Tunisie) 2018-2020</i>	<i>Médecine légale Monastir (Tunisie) 2008-2017</i>	<i>Médecine légale Mahdia (Tunisie)</i>
<i>Echantillon</i>	2276	265 (3-17ans)	56		
<i>Cas/an</i>	190	88	19		
<i>Attouchements</i>	25 %	30,8%	21,4 %	10,6 %	42,7 %
<i>Pénétrations</i>	85,3 %	87,0%	78,5 %	89,4 %	59 %

Une pénétration a été rapporté par 88 patients (87%) dans l'étude de Y. Zerairia (27)et 44 patientes (78,5 %) dans l'étude de W. Thaljami et al.. Ces résultats sont similaires aux nôtres.

L'étude du Service de médecine légale de Monastir et de Mahdia a rapporté des taux proches, respectivement de 89,4 % et de 59 % (109).

La pénétration anale était l'acte le plus perpétré dans 44,1 % des cas (30,9 % pénétration avec le pénis et 13,2 % pénétration digitale ou autre), suivie par la pénétration vaginale dans 21,5 % et la pénétration orale dans 19,7%.

Nous avons retrouvé dans les agressions sexuelles par le pénis une éjaculation dans 5,3 % des cas de pénétration vaginale et dans 7,1 % des cas de pénétration anale.

Tableau 142 : zones de pénétration et éjaculation dans les différentes études

<i>Etudes</i>	<i>Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021</i>	<i>Thaljawi al. Médecine légale Sidi Bouzid (Tunisie) 2018-2020</i>	<i>Niort et al. Institut Médico-légal CHU Timome/Marseille (France) 2003-2013</i>	<i>Cottler-Casanova et al. Lausanne/Genève (Suisse) 2018-2021</i>
<i>Echantillon</i>	2276	56	592	740 (>14ans)
<i>Cas/an</i>	190	19	54	185
<i>Pénétration anale - Ejaculation</i>	44,1 % (7,1 %)	++	26 %	17 % (13 %)
<i>Pénétration vaginale - Ejaculation</i>	21,5 % (5,3 %)	+++	64,9 %	67 % (34 %)
<i>Pénétration orale</i>	19,7 %	+	23,9 %	21 %

Dans l'étude de *W. Thaljawi et al.*, la pénétration vaginale était l'acte le plus perpétré suivi par la pénétration anale et la pénétration buccale (109).

En 2014, *Niort et al.* (127), dans une étude réalisée sur les victimes de viol reçues au CHU de Marseille, retrouvaient un taux de pénétration vaginale de 64,9 %, anale de 26 % et buccale de 23,9 %. Ce qui ne concordait pas avec nos résultats où la pénétration anale était la plus fréquente, suivie par la vaginale, puis par la buccale.

S. Cottler-Casanova et al. quant à eux, ont rapporté que un quart des patient·e·s environ était dans l'incapacité de se souvenir ou de spécifier le type de pénétration (s'il y avait eu pénétration) subie, du fait d'une amnésie. Une pénétration vaginale a été rapportée par 67 % (n = 485), une pénétration anale par 17% (n = 122) et une pénétration orale par 21 % (n = 154) d'entre elles/ eux. Parmi les personnes ayant indiqué avoir subi une pénétration vaginale, il s'agissait dans 85 % des cas d'une pénétration avec le pénis et dans 40 % des cas d'une pénétration digitale. Il a été rapporté une éjaculation dans 34 % des agressions sexuelles avec pénétration vaginale par le pénis. Parmi les personnes ayant indiqué avoir subi une pénétration anale, il s'agissait dans 75 % des cas d'une pénétration avec le pénis et dans 33 % des cas d'une

pénétration digitale. Il a été rapporté une éjaculation dans 13 % des agressions sexuelles avec pénétration anale par le pénis(92).

Dans notre étude, 12,4 % des victimes ont rapporté avoir consommé une ou plusieurs drogues avant l'agression, de l'alcool (0,5%) ou même de l'alcool plus d'autres substances (0,4 %).

250 cas de soumission chimique (11%) ont été rapporté.

Des prélèvements à visée toxicologique ont été réalisés dans le sang : 8,5%, dans les urines : 9,1%.

De nombreuses études transversales (*Larsen et al.*, *Ricard et al.*, *Testa et al.*, *Henry et al.*) ont identifié un lien fréquent entre consommation d'alcool (par la victime, l'agresseur ou les deux) et agression sexuelle (128–131). L'alcool est considéré comme un facteur de risque dans les actes d'agression sexuelle. La consommation d'alcool et de drogue atténue la perception du risque par la victime et l'agresseur, et renforce la vulnérabilité à la violence (132).

Tableau 143 : Consommation d'alcool et/ou de drogues avant l'agression/Soumission chimique dans les différentes études

Etudes	Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021	Zerairia Médecine légale Annaba (Algérie) 2012-2014	Thaljawi al. Médecine légale Sidi Bouzid (Tunisie) 2018-2020	Richeton CAUVA Bordeaux (France) 2011-2014	Cottler- Casanova al. Lausanne- Genève (Suisse) 2018-2021
Echantillon	2276	265 (3-17ans)	56	56	740(>14ans)
Cas/an	190	88	19	14	185
Consommation de drogue.s	12,4 %	2,1%		17,8 %	16 %
Consommation d'alcool	0,5 %	1,1%		27 %	60 %
Consommation de drogue.s et alcool	0,4 %	-		44 %	20,5 %
Soumission chimique	11 %	-	1,8 %	17,9 %	
Prélèvements					
- Sang	8,5 %	-	Non fait (retard de consultation)		
- Urines	9,1 %	-			

Pour *S. Cottler-Casanova et al.*, la consommation de substances s'est avérée extrêmement fréquente dans leur échantillon : 442 patient·e·s (60 %) ont rapporté avoir consommé de l'alcool avant l'agression et 121 (16 %) ont dit avoir pris des substances illicites. Au total, la plupart des patient·e·s (63 %, n = 467) ont déclaré avoir absorbé des substances, dont 96 ont dit avoir

mélangé alcool et autres drogues(92). On peut imaginer que l'association de ces toxiques est privilégiée par leurs consommateurs afin d'accroître les effets recherchés. Quant à l'incidence moindre de consommation d'alcool dans notre échantillon nous pouvons l'expliquer par le fait qu'une grande proportion d'enfants (73,3%) était inclus à l'étude ou par des croyances religieuses.

En ce qui concerne le travail de *W. Thaljawi et al.*, les prélèvements toxicologiques n'ont pas été réalisés dans la majorité des cas vu le retard de consultation. Cependant, une victime leur a déclaré avoir subi une soumission chimique par l'agresseur (psychotropes).

Questel et al., eux, ont réalisé une étude en 2009 sur les victimes de violences dont l'histoire était évocatrice de soumission chimique(133). Sous l'emprise de cet état de vulnérabilité, les violences les plus fréquentes rapportées par les victimes ont été le vol et l'agression sexuelle. L'administration de modificateurs de comportement (alcool, barbiturique, benzodiazépine ...) a été rapportée par plusieurs autres auteurs (109,134,135).

Nous n'avons réalisé d'investigations toxicologiques que dans 10,2 % des cas. Nous ne sommes donc pas en mesure d'évaluer la consommation d'alcool et de drogue ni d'établir la preuve de soumission chimique. Cette difficulté se situe à plusieurs niveaux dont :

- La difficulté pour la victime de porter plainte,
- Le délai de détection court pour certaines substances : cet aspect fait suspecter qu'un certain nombre de soumissions chimiques reste difficile à prouver devant l'absence de preuve toxicologique du fait d'un délai de prélèvement trop long. Par conséquent, lors de la suspicion de soumission chimique, la victime, comme les professionnels de santé, sont confrontés à une véritable « course contre la montre » et la formation des professionnels demeurent essentielles, concernant ce paramètre,
- Le problème des nouveaux produits de synthèse : on assiste actuellement à une véritable explosion de nouvelles molécules mises sur le marché chaque année (plusieurs dizaines de cannabinoïdes de synthèse notamment) et les techniques de détection sont mises au point avec un certain délai. Il y a donc toujours une période de retard à la mise en évidence de ces molécules(136).

Certains chercheurs et chercheuses différencient entre victimes sous influence de substances ou viol en situation d'incapacité et viol forcé (92,137,138). Dans ces études, le viol forcé implique l'usage de la force physique ou de la menace du recours à la force physique et la menace de lésion. Le viol en incapacité est habituellement associé à une consommation

volontaire ou l'ingestion de substances sans en avoir conscience : viol facilité par la drogue ou l'alcool. Jugé utile pour une prévention et des campagnes d'information fondées, ce type de différenciation est considéré comme devant faire partie de l'ensemble minimal de données sur les agressions sexuelles (92,131,139).

Selon une analyse de *M. Testa et JA. Livingston* (2009, Consommation d'alcool et vulnérabilité des femmes à la victimisation sexuelle), « il apparaît que la plupart des événements de viol en incapacité suivent la consommation volontaire de grandes quantités d'alcool, et non une ingestion contrainte par la seule volonté délibérée de l'agresseur », en particulier parmi les jeunes femmes (92,131). Le risque augmente avec une forte consommation d'alcool(131). Nous ne pouvons toutefois pas tirer de conclusions dans notre échantillon et savoir quand et comment l'amnésie est liée à la consommation d'alcool ou d'autres substances, au traumatisme ou à l'association de plusieurs causes. La dissociation péritraumatique est définie comme « un faisceau complexe de réactions au moment du traumatisme, incluant la dépersonnalisation, la déréalisation, l'amnésie dissociative, les expériences « hors du corps », l'anesthésie émotionnelle et des altérations de la perception du temps » (92,140). De précédentes études ont trouvé des corrélations entre ce type de dissociations péritraumatiques et les troubles de stress aigu et de stress post-traumatique (92,140,141).

3.3.3.1 COVID-19

En 2020 et 2021, très probablement du fait de la COVID-19 et du confinement, les urgences médico-judiciaires ont vu baisser le nombre de personnes rapportant des agressions sexuelles (n = 173, 2020 et n = 167, 2021).

De nombreuses études ont relevé une baisse significative du nombre de patient·e·s se présentant aux urgences durant la pandémie, y compris de femmes réclamant des soins d'urgence suite à une agression sexuelle (92,142,143). La littérature montre que les cas rapportés d'agression sexuelle ont baissé de 30 % à 50 % au début de la pandémie (92,143,144).

Les hypothèses potentielles incluent la baisse de certaines formes de violence sexuelle durant cette période, la peur d'une exposition au COVID-19 aux urgences et le manque de connaissance de la disponibilité des services. S'il y a eu moins de cas absolus de constats d'agression sexuelle, l'agresseur tendait plus souvent à être le partenaire intime, l'ex-partenaire intime ou un membre de la famille(92,143,144).

De nombreux pays ont rapporté une hausse des violences domestiques, notamment une incidence et une sévérité plus importantes(92,145,146).

Bien que nous n'ayons pas de données sur les constats des violences domestiques durant le COVID-19, nos résultats montrent également qu'un nombre moindre de patient.e.s a déclaré une agression sexuelle aux urgences médico-judiciaires du C.H.U. de Constantine en 2020 qu'en 2018, 2019 et 2021.

3.3.4 Données de l'expertise médicale

3.3.4.1 Délai Agression-Consultation

Les consultations médico-légales pour agression sexuelle se font au sein des services de médecine légale, habituellement dans un délai assez court, et sont une opportunité unique de poser le diagnostic, de fournir aux patient.e.s les traitements nécessaires contre les IST, les grossesses non désirées et les symptômes de troubles psychiatriques et par la suite dans l'aboutissement des enquêtes judiciaires(92,109).

Dans notre échantillon, 39 % des patient.e.s se sont présenté.e.s aux urgences médico-judiciaires dans les 24 heures suivant l'agression sexuelle subie, et 16,1 % dans les 24 à 72 h, établissant à 55,1% le nombre de victimes faisant appel aux urgences dans les trois jours. 11,3 % se sont rendues à l'hôpital entre 72 heures et 7 jours après leur agression, 17,4 % ne se sont présentées qu'après une semaine.

Les délais observés dans notre étude restent cependant relativement meilleurs de ceux rapportés dans le travail de *W. Thaljawi et al.*, avec seulement 8,9 % des victimes qui ont consulté pendant les 24 premières heures et près du quart (24,4 %) qui ont consulté dans un délai supérieur à un mois(109).

Par contre, nous relevons un retard dans les délais de prise en charge initiale, qui est primordiale, et ceci par rapport aux résultats de l'étude de *S. Cottler-Casanova et al.*, qui eux ont rapporté que 83 % des patient.e.s ont demandé une consultation suite à leur agression sexuelle dans les 72 heures(92), ainsi qu'aux résultats de l'étude de *C. Richeton* qui a rapporté que la victime se rendait préférentiellement au commissariat de police ou à la gendarmerie (59%) et était orientée secondairement au CAUVA dans un délai de 24heures. Par conséquent, la réactivité des victimes pour entreprendre une démarche judiciaire était efficace(136).

Tableau 144 : Délai agression-consultation dans les différentes études

Etudes	Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021	Zerairia Médecine légale Annaba (Algérie) 2012-2014	Thaljawi al. Médecine légale Sidi Bouzid (Tunisie) 2018-2020	Richeton CAUVA Bordeaux (France) 2011-2014	Cottler-Casanova et al. Lausanne/Genève (Suisse) 2018-2021
Echantillon	2276	265 (3-17ans)	56	56	740 (>14ans)
Cas/an	190	88	19	14	185
Délai Consultation -agression	< 24h : 39 % < 72h:55,1% 1-7 jours : 27,4 % >7jours : 17,4% <1mois : 9 %	< 24h :10,6% < 72h :52,1% 1-7 jours : 48 % >7jours : 30,8%	< 24h :8,9% - 1-7 jours:57,8% - - >1mois :24,4 %	< 24h :59% - - - -	< 24h :50,6% < 72 h :83% - - -

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce retard de consultation (109,147,148):

- Le manque de soutien de la victime par son entourage ;
- La crainte de ne pas être crue ;
- Le sentiment de honte ;
- La présence de pressions ou de menaces, de la part des proches ou de l'agresseur ;
- L'ignorance des droits et des moyens de protection des victimes des agressions sexuelles.
- Parfois les faits sont révélés tardivement par une ou d'autres personnes que la victime, notamment chez l'enfant très jeune.

3.3.4.2 Examen clinique

Des lésions corporelles ont été constatées dans 31,4 % des rapports d'agression sexuelle, essentiellement des contusions (23,3 %), des plaies (10,6 %), des suçons (2,9 %), des brûlures (1,1 %) ou des lésions infligées par les parents (0,6 %).

Des lésions d'automutilation anciennes, d'âge différent ou récentes (plaies et/ou brûlure de cigarette) ont été retrouvées chez 98 victimes (4,4%).

Tableau 145 : Examen physique dans les différentes études

Etudes	Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021	Zerairia Médecine légale Annaba (Algérie) 2012-2014	Thaljawi al. Médecine légale Sidi Bouzid (Tunisie) 2018-2020	Médecine légale Monastir (Tunisie) 2008- 2017	Médecine légale Mahdia (Tunisie)	Sugar et al.	Cottler- Casanova et al. Lausanne/ Genève (Suisse) 2018-2021	Campbell Service d'urgences (USA) 2002
Echantillon	2276	265 (3-17ans)	56			819	740 (>14ans)	892
Cas/an	190	88	19				185	892
Lésions corporelles	31,4 %	25,5%	< 41 %			52 %	84 %	
Contusions	23,3 %	-	++	++	++			++
Plaies	10,6 %	-	++	++	++			
ITT > 15	0,8 %		3,5 %		4,7 %			

Nos résultats ne s'accordent pas avec ceux de *S. Cottler-Casanova et al.* où des lésions corporelles ont été enregistrées dans 84 % des constats d'agression sexuelle, mais sont similaires à ceux de beaucoup d'autres études, notamment ceux de *Y. Zerairia*, qui a rapporté que 25,5 % des victimes présentaient des lésions physiques associées aux violences sexuelles décrites (27) et ceux des autres études tunisiennes des services de médecine légale de Monastir, de Mahdia et de Kairouan(109). La grande majorité des stigmates observés étaient des lésions cutanées superficielles non spécifiques. Les lésions de violences les plus fréquentes étaient les ecchymoses et les écorchures. De manière similaire, Campbell, dans une étude américaine (148), réalisée dans un service d'urgences en 2002, a montré que les femmes ayant consulté pour une agression sexuelle (n= 892) ont présenté des lésions corporelles dont les plus fréquentes étaient les ecchymoses(109).

Ce constat peut s'expliquer par plusieurs raisons :

- Les agressions sexuelles sont parfois réalisées sans violence physique, notamment sous la menace ou grâce à une sédation par l'alcool ou d'autres substances psycho-actives, ce qui est le cas d'une seule victime dans notre série ;
- L'état de sidération au moment de l'agression, la victime est « tétanisée », sans défense, a peur d'être frappée ou tuée surtout face à un agresseur beaucoup plus fort physiquement ou ayant une certaine autorité sur elle ;
- Le délai de consultation, qui est parfois long, et qui laisse le temps aux lésions physiques de guérir. Elles ne seront plus visibles lors de l'examen médical.

Les lésions observées étaient rarement graves ou handicapantes, puisque seulement 0,8 % des victimes examinées ont eu au final une ITT de plus de 15 jours.

Nos résultats sont similaires à ceux de l'étude du service de médecine légale de Sidi Bouzid avec 3,5 % des victimes examinées qui ont eu des jours d'ITT et ceux de l'étude du service de médecine légale de Mahdia avec 4,7 %(109).

Sur les 2276 patient.e.s ayant été examiné pour une violence sexuelle, l'examen anal n'est pas disponible chez 113 patient.e.s (n=2163).

Dans 90,8 % des cas, la marge anale était normale et 7,8 % ont eu au moins une fissuration anale récente ou semi récente (Figures 96 à 98). Les plis radiaires étaient conservés dans 99,8 % des cas. L'orifice anal était fermé, non béant, dans 96,8 % des cas. Au toucher rectal, 0,1 des victimes ont présenté un sphincter anal contracté, douloureux et la tonicité du sphincter a été diminuée chez 0,8 % des victimes.

Plaie radiaire
(fissuration semi-récente)
à 4 heures,
position gènupectorale,
chez une fille de 11 ans
(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU
de Constantine)



Figure 96 : Plaie radiaire : Fissuration semi-récente

Plaie
radiaire
(fissuration récente),
ectorale et béance anale,
chez une fille de 13 ans
(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU
de Constantine)



Figure 97 : Plaie radiaire profonde : Fissuration semi-récente

Plaie
radiaire
(fissuration récente),
à 6 heures,
position gèneupectorale,
chez un jeune adulte de 19
ans
(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU
de Constantine)



Figure 98 : Plaie radiaire : Fissuration récente

Tableau 146 : Lésions anales dans les différentes études

Etudes	Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021	Zerairia Médecine légale Annaba (Algérie) 2012-2014	Thaljawi al. Médecine légale Sidi Bouzid (Tunisie) 2018-2020	Cottler- Casanova et al. (Suisse) 2018-2021	Sugar et al.	Buswell et al.	Niort et al. Institut Médico- légale CHU Timome Marseille (France) 2003-2013
Echantillon	2276	265 (3-17ans)	56	740 (>14ans)	819		592
Cas/an	190	88	19	185			54
Lésions anales/Pénétration anale rapportée	16,6 %			21 %	16 %		
Fissuration anale récente ou semi- récente	7,8 %	25,5%	3,5 %			22,3 %	20 %
Plis radiaires conservés	99,8 %	F :93,1% M : 87,5%					
Orifice anal fermé, non béant	96,8 %	F :82,8% M : 54,2%					
Sphincter anal contracté, douloureux	0,1 %						

D'autres études de la prévalence des lésions anales suite à une pénétration anale donnent des taux variant de 16 % (*Sugar et al.*), 21 % (*Cottler-Casanova et al.*), à 22,3 % (*Buswell et al.*) (92,149,150). Nos résultats sont dans cette fourchette, avec des lésions anales chez environ 16,6 % des patient·e·s ayant rapporté une pénétration anale de tous types (avec le pénis, le doigt ou un objet).

Nos résultats sont aussi similaires à ceux observés par *W. Thaljawi et al.*, où une fissuration récente ou semi-récente au niveau de la marge anale a été retrouvé chez 3,5 % des victimes. La présence d'une telle lésion, bien que pouvant être secondaire à une pénétration, n'est pas spécifique et peut se rencontrer dans d'autres cadres. Elle peut, par exemple, survenir en cas de constipation chronique. Elle ne signe pas non plus le caractère forcé du rapport sexuel. Ce type de lésion a déjà été observé dans la littérature(109). *Niort et al.* (127), dans leur étude, précisait que ce type de lésion était souvent retrouvé à l'examen clinique après des rapports sexuels consentis, et qu'elles ne sont pas spécifiques de violences ou de contrainte (fréquence relativement augmentée par rapport à nos résultats : 20 %). Ces résultats sont similaires à ceux d'autres études (*Cottler-Casanova et al.*, *Sugar et al.* et *Buswell et al.*) où la prévalence des lésions anales suite à une pénétration donnent des taux variant de 16 % à 22,3 % (92,149,150). Les lésions anales sont de moins en moins fréquentes lors d'une détection faite après 72 heures(92,132), ce à quoi notre étude fait aussi écho avec 55,6 % des lésions détectées dans les premières 72 heures, (17,7 % des premières 24 heures et 37,9 % entre 24 et 72 heures), contre 16,6 % de lésions détectées entre 72 heures et 1 semaine. La pénétration anale n'avait pas induit de lésions visibles dans la majorité des cas (90,8 %). L'examen anal externe peut être insuffisant pour identifier les lésions et une anoscopie peut être nécessaire. Les lésions anales peuvent aussi être minimisées du fait de l'usage de fluides corporels ou autres lubrifiants. On ne dispose d'aucune étude évaluant les traumatismes anaux résultant d'une pénétration consentie(92,150). Les tests au bleu de toluidine ont permis de détecter plus de déchirures au niveau de l'anus que les simples examens visuels, mais pas plus que l'anoscopie(92,151).

Parmi les 2276 patient·e·s ayant rapporté une agression sexuelle, les données de l'examen génital étaient indisponibles pour 7,7 % des participant·e·s à l'étude. Certaines n'ont pas souhaité d'examen gynécologique pour diverses raisons (5,0%), la plus fréquente étant simplement le refus de se soumettre à l'examen de la sphère génitale. Au total, 176 examens manquants dont 145 de sexe féminin et 31 de sexe masculin (n=2100).

Tableau 147 : Lésions génitales dans les différentes études

Etudes	Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021	Zeraïria Médecine légale Annaba (Algérie) 2012-2014	Thaljawi al. Médecine légale Sidi Bouzid (Tunisie) 2018-2020	Médecine légale Monastir (Tunise) 2008-2017	Médecine légale Mahdia (Tunisie)	Cottler-Casanova et al. Lausanne/Genève (Suisse) 2018-2021	Niort et al. Institut Médico- légale CHU Timome/M arseille (France) 2003-2013
Echantillon	2276	265 (3-17ans)	56			740 (>14ans)	592
Cas/an	190	88	19			185	54
Données indisponibles	7,7 %					4,7 %	
Lésions hyménales	38,9 %	82,7%	68,6 %	64,3 %	12,5 %		64,3 %
Défloration ancienne	85,9 %	91,7%	88,9 %	87,1 %	% plus faible		88,9 %
Lésions vulvaires	2,5 %						

S. Cottler-Casanova et al., a rapporté un taux similaire avec des données indisponibles pour 4,7 % des 740 participant·e·s à l'étude(92).

À l'examen gynécologique, 2,5 % des victimes de notre étude (n=56) ont présenté une lésion vulvaire (Figure 99) et 38,9 % (n = 518) ont présenté des lésions hyménales (Figure 100) , dont 85,9 % (n = 445) étaient en faveur d'une défloration ancienne (Figure 101). Le travail de Niort et al. (127) a d'ailleurs retrouvé un ordre similaire, à savoir une prédominance des lésions de l'hymen(127). Cependant, les lésions étaient plus fréquentes avec 64,3 % (n = 36) des victimes qui ont présenté un hymen déchiré, dont 88,9 % (n = 32) qui avaient des signes en faveur d'une défloration ancienne sans lésion ecchymotique ou hémorragique(109). Il peut être qualifié de « vestigial », quand il n'en persiste que quelques fibres, chez les patientes plus âgées ou ayant déjà accouché. Il est difficile chez cette catégorie de victimes de mettre en évidence des lésions de l'hymen en rapport avec l'agression subie(109).

Lésions vulvaire récentes
déchirures complètes de l'hymen
à 1 heure et à 6 heures -position
gynécologique-, lésions
hémorragiques des petites lèvres, du
méat urinaire, et de la fosse
vestibulaire°,
chez une fille de 11 ans
(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU de
Constantine)



Figure 99 : Lésions vulvaire récentes

Lésion hyménéale complète
(déchirure semi-récente),
à 5 heures,
position gynécologique,
chez une fille de 11 ans
(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU de
Constantine)



Figure 100 : Lésion hyménéale complète : déchirure semi-récente

Lésions anciennes de l'hymen
(hyménorrhaphie récente),
chez une fille de 17 ans
(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU de
Constantine)



Figure 101 : Lésions anciennes de l'hymen : hyménorrhaphie récente

Les études de Sidi Bouzid et de Monastir ont rapporté des résultats similaires à ceux de *Niort et al.*, avec des lésions hyménales dans 68,6 % et 64,3 %, alors que ce taux était plus faible et même plus bas que celui de notre travail (12,5 %) dans l'étude de Mahdia(109). Les lésions étaient anciennes chez la majorité des victimes de notre étude (85,9 %). Un taux similaire à ceux rapportés dans l'étude de Sidi Bouzid (88,9 %), et de Monastir (87,1 %), contrairement à celui nettement plus faible dans l'étude de Mahdia(109).

Dans notre étude, les lésions génitales ont été constatées par ordre décroissant d'incidence chez les victimes âgées de 19 à 49 ans avec 11,2 % (n=43), puis chez celles âgées de 14 à 18 ans avec 3,6 % (n=36) et en fin chez celles âgées de 0 à 13 ans avec 0,8 % (n=6). *Cottler-Casanova et al.*, qui ont exclus les enfants, adolescents et adolescentes < 14 de leur étude, ont noté des résultats contraires aux nôtres. Les lésions génitales ont été constatées surtout chez 33 % des patient·e·s de 50 à 93 ans, suivies des patient·e·s âgées de 14 à 19 ans (30 %), puis les 19 à 49 ans (21 %)(92).

Tableau 148 : Fréquence des lésions génitales selon l'âge des victimes

<i>Etudes</i>	<i>Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021</i>	<i>Cottler-Casanova et al. Lausanne/Genève (Suisse) 2018-2021</i>
<i>Echantillon</i>	2276	740 (>14ans)
<i>Cas/an</i>	190	185
<i>0-13 ans</i>	0,8 %	-
<i>14-18 ans</i>	3,6 %	30 %
<i>19-49 ans</i>	11,2 %	21 %
<i>50-93 ans</i>	-	33 %

Dans notre série, les lésions génitales ont été constatées chez 4 % (n=85) des patient.e.s et étaient plus fréquentes (n=38, 6,6 %) lorsque l'examen est intervenu dans les premières 72 heures après l'agression (<24 heures : n=8, 2,4 % ; de 24 à 72 heures : n=30, 4,2 %), pour décliner progressivement à 5,6 % (n=20) de détection de 72 heures à 1 semaine et à 4,7% (n=20) après 1 semaine et plus.

Nos résultats sont similaires à ceux de l'étude Suisse qui a objectivé que plus l'examen intervenait tôt après l'agression, plus les lésions génitales étaient fréquentes (<24 heures : 27 %, de 24 à 72 heures : 25 %), pour décliner progressivement à 16 % de détection de 72 heures à 1 semaine et enfin 12 % après 1 semaine et plus(92).

Tableau 149 : Fréquence des lésions selon le délai d'examen dans les études

<i>Etudes</i>	<i>Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021</i>	<i>Cottler-Casanova et al. Lausanne/Genève (Suisse) 2018-2021</i>
<i>Echantillon</i>	2276	740 (>14ans)
<i>Cas/an</i>	190	185
<i>Fréquence des lésions génitales</i>	4 %	
<i>Délai d'examen <24 heures</i>	2,4 %	27 %
<i>Délai d'examen 24-72 heures</i>	4,2 %	25 %
<i>Délai d'examen 72 heures-1 semaine</i>	5,6 %	16 %
<i>Délai d'examen > 1 semaine</i>	4,7 %	12 %

Ces lésions ont été relevées dans 67 % (n=57) des agressions sexuelles perpétrées par un unique auteur, et 12,9 % (n=11) des agressions sexuelles impliquant plus d'un agresseur. Dans 60 % des cas où des lésions ont été trouvées (n=51), l'agression sexuelle a été perpétrée par un agresseur connu de la victime. Les résultats de l'étude Suisse de S. Cottler-Casanova a relevé des lésions génitales dans 38 % des agressions sexuelles impliquant plus d'un agresseur, et 25 % des agressions sexuelles perpétrées par un unique auteur. Dans les cas où la/le survivant.e

connaissait l'agresseur, le pourcentage de lésions génitales était de 24 % contre 31 % quand elle ne connaissait pas l'auteur. Ces résultats ne sont pas concordants avec les nôtres(92)

Absence de lésions de l'hymen
(Hymen à languette),
chez une fille de 13 ans
(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU de
Constantine)



Figure 102 : Hymen intact

Absence de lésions de l'hymen
(hymen imperforé),
chez une fille de 5 ans
(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU de
Constantine)



Figure 103 : Hymen imperforé

Le pourcentage de lésions génitales était de 17,3 % (n=82) parmi les 490 pénétrations vaginales rapportées dans notre série. Nos résultats étaient proches de ceux rapportés par Cottler-Casanova et al., où le pourcentage des lésions génitales était de 28 % (n = 129) parmi les 467 pénétrations vaginales rapportées(92).

Tableau 150 : Lésions selon le nombre d'agresseurs

<i>Etudes</i>	<i>Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021</i>	<i>Cottler-Casanova et al. Lausanne/Genève (Suisse) 2018-2021</i>
<i>Echantillon</i>	2276	740 (>14ans)
<i>Cas/an</i>	190	185
<i>Fréquence des lésions et agresseur unique</i>	67 %	25 %
<i>Fréquence des lésions et agresseurs multiples</i>	12,9 %	38 %
<i>Fréquence des lésions et agresseur connu de la victime</i>	60 %	24 %
<i>Fréquence des lésions et agresseur inconnu de la victime</i>		31 %
<i>Lésions génitales parmi les pénétrations vaginales rapportées</i>	17,3 %	28 %

A Constantine, il n'est pas encore d'usage d'avoir des experts et expertes se consacrant exclusivement à documenter et traiter les victimes d'agression sexuelle. Un autre facteur contribuant à la sensibilité de la détection des lésions anogénitales est lié au processus utilisé - simple examen visuel, mise en évidence avec bleu de toluidine, colposcopie ou anoscopie. La colposcopie est également utilisée à des fins de documentation, d'interprétation et d'analyse par des experts et expertes, ainsi que dans un but d'éducation. Les études ont montré que des médecins légistes formé.e.s à la colposcopie obtiennent des preuves de lésions ano-génitales chez 71 % à 86 % des victimes de violences sexuelles (152,153), soit un chiffre bien supérieur aux 11,8 % de lésions ano-génitales détectés dans notre échantillon. Ces mêmes études ont montré qu'il y a peu de différence dans la détection des lésions ano-génitales par simple examen visuel ou colposcopie si le médecin effectuant l'examen dispose d'une solide formation en matière d'agression sexuelle (151,152). Dans notre étude, nous n'avons pas eu recours au colposcope et ceci par manque de moyens et l'examen gynécologique était effectué par des gynécologues chaque fois que c'était nécessaire.

3.3.4.3 Soins

2,7 % (n=40) des patientes avaient indiqué utiliser un contraceptif dans notre étude, soit un pourcentage très faible comparé à celui de *S. Cottler-Casanova et al.*, qui est de 31 % (92).

Tableau 151 : Soins dans les différentes études

<i>Etudes</i>	<i>Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021</i>	<i>Cottler-Casanova et al. Lausanne/Genève (Suisse) 2018-2021</i>	<i>Gilmore et al. (USA)</i>	<i>Amstadter et Zizow</i>
<i>Echantillon</i>	2276	740 (>14ans)		
<i>Cas/an</i>	190	185		
<i>Utilisation d'un contraceptif</i>	2,7 %	31 %		
<i>Utilisation d'un préservatif lors de l'agression</i>	1,8 %	6-11 %		
<i>Contraception d'urgence</i>	56,2 %		45,3 %	45 %
<i>Prophylaxie post- exposition</i>	16,6 % des patients enregistrés en infectieux depuis 2016	31 %	2,7 %	-

Un contraceptif d'urgence a été prescrit chez 56,2 % (n=830) des patientes en âge de procréer (n=1313). Les raisons pour lesquelles les patientes éligibles n'ont pas reçu de contraception d'urgence sont soit un refus de leur part soit un motif inconnu. À titre comparatif, ce taux reste relativement élevé par rapport à ceux rapportés par *Gilmore et al.*, (45,3 %) réalisée aux États-Unis (154) et ceux de *S. Cottler-Casanova et al.* (45 %)(92).

En outre, seules 1,8 % des victimes de notre série ont rapporté qu'un préservatif avait été utilisé lors de l'agression. Ces résultats restent très bas même en comparaison avec ceux de *S. Cottler-Casanova et al.*, qui ont rapporté un taux de 6 à 11 % (92).

Sur les 1377 patient.e.s examiné.e.s en médecine légale depuis 2016, année à laquelle nous avons commencé à les orienter vers le service des maladies infectieuses, 1057 (76,8 %) ont été adressé.e.s et seulement 157 (14,9 %) y ont été enregistré. 16,6 % des patient.e.s enregistré.e.s ont reçu le kit initial de Prophylaxie post-exposition. Ce taux est faible, comparé au 31% des patient.e.s qui ont reçu le kit initial de Prophylaxie post-exposition dans l'étude de *S. Cottler-Casanova*(92), cependant est nettement supérieur aux résultats de *Gilmore et al.*, où 2,7 % avaient reçu un médicament prophylactique antiviral post-exposition(154). Les études (*Amstadter ., et Zinzow et al.*), tout comme notre expérience clinique, montrent que des facteurs tels que les craintes d'IST, de VIH et de grossesse d'un.e patient.e sont liées à un comportement de recherche d'un traitement (117,155).

De futures études prospectives peuvent donner plus d'informations en termes d'indications, de prescriptions, d'acceptation et d'adhérence aux antibiotiques, antirétroviraux et contraception d'urgence, qui sont des éléments que nous ne pouvons pas explorer

actuellement. Nos protocoles ne contiennent pas de recommandations et d'informations sur le Papillomavirus humains (HPV). Toutefois, les personnes ayant été sexuellement agressées ont un risque de contracter une infection à HPV et la vaccination contre les HPV est très efficace. Compte tenu de l'âge de la population de cette cohorte, l'information et les soins pourraient également englober les HPV, les tests de dépistage cervicaux et, lorsque c'est pertinent, la vaccination contre les HPV (92).

3.3.4.4 Suivi et circuit de prise en charge

Les courbes de tendance sont décroissantes, elles montrent que :

- le délai entre la date de la dernière agression et celle de la réquisition diminue progressivement (Figure 59). Cela signifie que ce délai est assez court et ne dépasse pas les 24 heures dans 38,6% des cas.

- le délai entre la date de réquisition et la date de l'examen initial au niveau du service de médecine légale (Figure 60) ainsi que le délai entre la date de la dernière agression et la date de l'examen initial (Figure 61), ne dépassent pas les 24 heures, respectivement, dans 83,7% et 39 % des cas.

- le délai entre l'examen initial et la remise du rapport médico-légal qui est inférieur à 24 heures dans environ 40% des cas (Figure 65)

Calculer les moyennes de délais permet d'évaluer l'efficacité et la réactivité d'un processus ou d'une équipe. Dans notre étude, la moyenne des délais concernant le circuit de prise en charge des victimes de violences sexuelles était estimée pour chaque situation comme suit :

- le délai moyen entre les dates de l'examen en médecine légale et de la réquisition est de 1 jour avec un maximum de 32 jours

- le délai entre la date de la dernière agression et la date de la réquisition est de 11,7 jours ; ce qui rapproche le délai entre la dernière agression et l'examen en médecine légale estimé à 11,6 jours.

- le délai moyen de la remise du rapport médico-légal après l'examen était de 12 jours.

Ce retard pourrait être expliqué par le manque de soutien de la victime par son entourage, la crainte de ne pas être crue, le sentiment de honte, la présence de pressions ou de menaces, de la part des proches ou de l'agresseur, l'ignorance de ses droits et des moyens de protection. Parfois les faits sont révélés tardivement par une ou d'autres personnes que la victime, notamment chez l'enfant très jeune(109,147,148).

Le retard dans la remise du rapport pourrait aussi être dû à une demande de rectification de la réquisition suite à des erreurs ou des insuffisances (identité de la victime ou de l'autorité requérante,...), du fait d'une erreur de destinataire du rapport ou tout simplement par l'omission de récupération du rapport par l'autorité requérante.

Malheureusement, les délais entre la date de l'agression et l'examen au niveau des services d'épidémiologie, des maladies infectieuses et de psychologie (Figure 62, 63, 64) ainsi que le délai entre l'examen initial en médecine légale et la remise du complément (Figure 66) présentent une tendance croissante ou haussière, ce qui signifie qu'ils sont assez lents.

Les moyennes de délais entre la dernière agression et les examens aux services d'épidémiologie, des maladies infectieuses et de psychologie sont respectivement de l'ordre de 20,8 jours, 15,4 jours et 26 jours et donc sont prolongées. Le délai moyen de la remise du complément de rapport médico-légal était plus prolongé : 53jours. Cela pourrait être expliqué par le retard dans la réception des résultats des examens complémentaires,...

Ces délais sont d'une très grande importance car ils reflètent l'organisation du circuit de prise en charge des victimes de violences sexuelles dans le but de prévenir certaines conséquences qui peuvent être irréversibles.

En effet l'intervalle temporel de 72 heures est vital pour la victime car c'est à ce moment que l'on peut prévenir la survenue d'une grossesse non désirée, le risque d'une contamination aux IST/VIH et des complications de lésions traumatiques graves pouvant aller jusqu'à la chirurgie. Il faut en outre rappeler que la prise en charge médicale, même si elle est prioritaire, doit toujours se faire dans une approche globale qui intègre également l'accompagnement psychologique visant à prévenir la survenue d'un stress post traumatique.

3.3.5 Complications liées à l'agression

Les conséquences liées aux agressions sexuelles peuvent être une grossesse non désirée ou un avortement non médicalisé.

Dans notre étude, onze femmes avaient une grossesse évolutive (0,7 %). Le devenir de ces grossesses reste inconnu et le suivi des victimes n'a pas pu être fait (perdus de vues).

Tableau 152 : Grossesses et/ou avortements dans les différentes études

Etudes	Notre étude Médecine légale Constantine (Algérie) 2010-2021	Thaljawi al. Médecine légale Sidi Bouzid (Tunisie) 2018-2020	Médecine légale Monastir (Tunisie) 2008-2017	Médecine légale Kairouan (Tunisie)	Holmes et al.
Echantillon	2276	56			>4000
Cas/an	190	19			
Grossesse évolutive	0,7 %	1,8 %	21,9 %	7,4 %	5 %
Suivi de grossesse	(perdus de vues)				-
Demandes d'IVG en rapport avec des violences subies	-	-	-	-	23 %

Ce taux est similaire à celui de *W. Thaljaw* (1,8 %), cependant, il reste inférieur aux résultats de l'étude du service de médecine légale de Monastir (21,9 %) et de Kairouan (7,4 %)(109).

L'étude américaine de *Holmes et al.*, (156) portant sur plus de 4000 femmes a rapporté que le taux de grossesses imputables à des agressions sexuelles était de 5 % des viols. À savoir aussi que 23 % des demandes d'IVG étaient en rapport avec des violences subies (viol, violences conjugales, violences familiales)(109). Une telle complication doit être recherchée chez toute victime d'agression sexuelle en âge de procréer. La vérification de la présence ou non des signes cliniques d'une grossesse évolutive et la date des dernières règles doivent être vérifiées. En cas de suspicion, un dosage de β hCG ainsi qu'une échographie pelvienne doivent être réalisés. Ces examens confirment la grossesse et permettent de déterminer son âge et, par conséquent, sa cohérence avec la période de l'agression présumée(109).

En Algérie, seul l'avortement thérapeutique est admis et soumis à conditions. Pourtant, notre pays a adopté le protocole de Maputo qui admet l'avortement en cas de viol. Article 14 C « protéger les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus ».

Sans aucun traitement médical, les victimes risquent de développer dans les jours qui suivent des infections sexuellement transmissibles telles que la gonorrhée, la chlamydie, les trichomonoses... pouvant entraîner des complications comme la salpingite, des maladies pelviennes chroniques voire même la stérilité.

Le risque d'avoir été exposé au VIH-Sida ne doit surtout pas être négligé et si le traitement antirétroviral n'est pas pris dans les délais pour limiter les risques, la contamination devient irréversible et on se retrouve infecté à vie.

Ces risques sont présents d'une part au cours du rapport sexuel, mais sont également liés à un comportement à risque induit par le traumatisme psychologique de l'agression(109).

Dans notre étude, une seule victime (0,0 %) avait une infection sexuellement transmissible documentée (infection à VIH). Les examens complémentaires n'étaient pas réalisés d'une façon systématique, vu que sur les 86,9 % des victimes orientées au service d'épidémiologie seules 18,3 % y ont été prises en charge.

D'autre part, parmi les 3176 victimes autopsiées entre 2010 et 2021, nous avons retrouvé 16 victimes de violences sexuelles ce qui représente 0,5%, avec un sexe ratio de 1. La tranche d'âge la plus touchée était celle des 19-24 ans et les moins de 18 ans représentaient 25% des cas. Ils étaient célibataires dans 62,5% (10 cas), sans enfants dans 62,5% (10 cas), niveau intellectuel bas dans près de 50%, sans emploi dans 62,5% (10 cas). 3 victimes présentaient des troubles psycho-pathologiques et 5 consommaient de l'alcool ou d'autres substances psycho toxicomano-gènes. Le résultat de la recherche de spermatozoïdes était positive dans 8 cas de prélèvement anal, sans lésions apparentes à l'examen, et dans 1 cas de prélèvement vaginal avec des déchirures hyménales récentes. Des lésions d'automutilation ont été objectivées dans 3 cas, 06 cas dans les asphyxies mécaniques (pendaison, strangulation à la main ou au lien). 3 cas de polytraumatismes, 2 cas de brûlures thermiques. Plusieurs des lésions citées peuvent s'associer.

L'étude des violences sexuelles dans les autopsies joue un rôle crucial dans la reconnaissance, la documentation et la prévention et contribue à établir des statistiques fiables sur les caractéristiques de ces crimes odieux. Elle est indispensable à la justice en fournissant des réponses cruciales sur les circonstances du décès et les événements qui le précèdent et aide au processus de deuil des familles des victimes.

Les autopsies servent également à la formation des professionnels de santé, des forces de l'ordre et des juristes sur la reconnaissance des signes de violences sexuelles et la collecte des preuves médico-légales et aide aussi les chercheurs, les cliniciens et les décideurs à mieux comprendre l'étendue du problème et à formuler des politiques publiques appropriées.

Kidnapping, violence sexuelle et strangulation au lien d'un enfant de 9 ans, autopsié,

(Coll. Ser. Méd. Lég. CHU de Constantine)



Figure 104 : Violence sexuelle et strangulation au lien d'un enfant de 9 ans

Le principal résultat de cette étude est qu'il existe une proposition de prise en charge médico-psychologique immédiate destinée aux victimes de violences sexuelles ; cependant celle-ci est éparse. Nous n'avons pas trouvé de processus d'intervention structuré analogue aux Premiers Secours Psychologiques ou aux interventions des CUMP habituellement proposées. La revue de la littérature dans le domaine des interventions auprès des victimes, a mis en évidence certains consensus à propos d'éléments clefs, notamment le fait que cette prise en charge doit être intégrée dans une prise en charge globale, centrée sur la victime et faisant intervenir les différents services de santé (service d'urgence, de médecine légale, de psychiatrie, de gynécologie, de maladies infectieuses,...), les services de justice et les services sociaux. De même, il apparaît essentiel que les différents intervenants de la prise en charge devraient se déplacer auprès de la victime, et non l'inverse. Ces modalités visant à lui permettre de ne pas subir des déplacements multiples dans différents services et de ne pas favoriser potentiellement l'inconfort et le traumatisme secondaire (157,158).

D'autre part, il faudrait aussi que tous les professionnels susceptibles d'intervenir soient formés spécifiquement pour cela. Ces professionnels doivent avoir connaissance des besoins

immédiats des victimes sur le plan médical, psychologique, juridique et social dans le but de les préserver de l'exposition d'une « revictimisation » due à des attitudes négatives qu'ils pourraient percevoir des soignants et/ou d'un manque de compétence dans leur prise en charge globale(157–159).

Par conséquent, l'élaboration d'un dispositif comme les SART (Sexual Assault Response Team) aux Etats-Unis qui consiste en une équipe pluriprofessionnelle (infirmier(e) ou médecin, policier, procureur, défenseur des droits des victimes) qui intervient de manière coordonnée dans un lieu unique est nécessaire. En ce qui concerne les interventions médico-psychologiques immédiates à mettre en place précocement, on retrouve toutes les mesures qui figurent dans les prises en charge structurées destinées aux victimes d'évènements collectifs à potentialité traumatique. Ces mesures systématiques qui font consensus sont l'attitude empathique et sans jugement de la part des soignants, le fait de restaurer un sentiment de sécurité immédiat pour le patient, d'évaluer et d'assurer sa sécurité future, de restaurer un sentiment de contrôle, d'évaluer et de satisfaire les besoins qu'il pourrait avoir et de délivrer certaines informations avec un support écrit(157)

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

1 CONCLUSION

Les agressions sexuelles constituent un enjeu majeur de santé publique et de justice sociale. Il est impératif de continuer à sensibiliser, à éduquer et à réformer pour créer un environnement où chaque individu peut vivre en sécurité et avec dignité. Cette thèse se veut une contribution à cet effort collectif, dans l'espoir de bâtir un monde plus sûr et plus juste pour tous.

Pour cela l'objectif principal de notre travail a été la constitution de notre base de données après vérifications et corrections qui nous a permis de décrire les aspects médico-légaux de la prise en charge des violences de nature sexuelle à Constantine, les caractéristiques sociodémographiques, cliniques des victimes et des auteurs présumés et les différents types de ces violences, durant la période 2010-2021. Elle nous a également permis de décrire et d'évaluer les circuits existants de prise en charge et les situations à risque de passage à l'acte ou d'être victime ainsi que d'énumérer les liens entre les différents types de violences sexuelles, le genre et les situations de vulnérabilité.

Nous retiendrons pour notre part deux points essentiels :

- La proportion élevée de mineurs, tant parmi les victimes 73,3 %, que les agresseurs 10,7 % (qu'on ne peut ne pas considérer à cet âge comme victimes eux aussi, d'un certain point de vue), nous semble un sérieux facteur d'inquiétude qui devrait pousser à davantage d'investigation et de travail de prévention auprès des enfants et des adolescents, en milieu familial et scolaire.

- La nécessité d'établir des protocoles en termes de prise en charge médico-psychologique immédiate (évaluation, orientation, surveillance, thérapeutique, suivi) des personnes victimes d'agression sexuelle, dans un cadre médico-légal rigoureux.

Cependant, la grande majorité des professionnels de la santé ne sont toujours pas formés, et ne font pas de liens entre les symptômes présentés par leurs patients et d'éventuelles violences subies. Devant des enfants ou des adultes en grande souffrance, des adolescents en crise, s'auto-mutilant, ayant fait des fugues ou des tentatives de suicide, devant des personnes alcooliques, ou toxicomanes, ayant de graves troubles alimentaires, etc., chercher à savoir d'où vient une telle détresse, poser des questions précises pour rechercher des violences subies est indispensable. Les traitements proposés seront le plus souvent symptomatiques avec comme

CONCLUSION ET PERSPECTIVES----- CONCLUSION

unique but d'anesthésier la douleur sans en rechercher ni en traiter les causes, ni d'agir pour protéger les victimes et prévenir de futures violences, ce qui représente pour elles une perte de chance et une grave atteinte à leurs droits.

Nous savons enfin que laisser des victimes de violences traumatisées sans soin est un facteur de risque de reproduction de violences de proche en proche et de générations en générations, les victimes présentant un risque important de subir à nouveau des violences, et aussi d'en commettre pour un petit nombre d'entre elles dans le cadre de conduites dissociantes, comme c'est le cas pour certains enfants exposés.

Il ne faudrait pas méconnaître aussi la réalité des violences sexuelles commises par des proches (famille, couple, institutions), et qui touchent majoritairement les enfants et les personnes de sexe féminin. La sous-estimation de leur fréquence fait qu'elles sont perçues comme des « faits divers », alors qu'elles représentent un grave problème de société.

Il faut éveiller les consciences, lever les chapes de silence et de déni pesant sur les victimes de violences sexuelles, mobiliser les pouvoirs publics, les professionnels et le grand public pour que leurs droits fondamentaux soient enfin défendus, pour que les préjudices subis et la gravité de l'impact sur leur santé soient enfin reconnus, et pour qu'elles bénéficient d'une réelle protection, d'une véritable solidarité, d'un accès à la justice et à la réparation, ainsi qu'à des soins spécialisés.

Mettre en place une offre de soin adaptée et accessible, par des professionnels formés, est une urgence. « Il s'agit d'un problème mondial de santé publique, d'ampleur épidémique, qui appelle une action urgente », déclarait, en 2013, le *Dr. Margaret Chan*, directrice générale de l'OMS.

« Il s'écoule des années, parfois des décennies entre le moment où un enfant subit une violence sexuelle et celui où la femme ou l'homme qu'il est devenu, ose parler. Que de temps perdu ! Que de souffrances tues ! Nous ne pouvons plus accepter ce silence et ce déni et nous avons une responsabilité collective à agir efficacement » *Michèle Barzach*, Présidente de l'UNICEF France(160).

2 PERSPECTIVES

Il existe de nombreux protocoles bien structurés à travers le monde quant à la prise en charge précoce des victimes d'agression sexuelle. Ceux-ci abordent en particulier la prise en charge somatique et détaillent clairement les examens cliniques et complémentaires initiaux, la conduite à tenir quant à la prévention et la surveillance du risque d'infection sexuellement transmissible, et la prévention du risque de grossesse non désirée(161,162). Par contre, en ce qui concerne la prise en charge des conséquences médico-psychologiques des violences sexuelles lors de ce premier temps de soins, il semblerait de prime abord que leur formalisation soit moins la règle(157).

L'objectif du travail présent est de faire un état des lieux sur les recommandations et les protocoles de soins existants en termes de prise en charge médico-psychologique immédiate (évaluation, orientation, surveillance, thérapeutique) des personnes victimes d'agression sexuelle, dans un cadre médico-légal rigoureux. Les unités médico-judiciaires ou de médecine légale cliniques sont les plus à même de répondre à ces exigences(133,157).

A/ Il faudrait donc :

- Créer au sein de la structure hospitalière une Unité Médico-Judiciaire dotée de matériel aux normes, dédiée à la médecine légale et destinée à accueillir les victimes de violence.

- Prévoir un « Kit VS » comportant le matériel nécessaire à l'examen médical et à la réalisation des prélèvements médicaux et médico-légaux (prévention, dépistage, traitement des risques infectieux et de grossesse) de la victime et de l'auteur présumé s'il est présenté par les forces de l'ordre (61).

- Organiser un circuit de prise en charge optimale dans lequel le médecin légiste, d'un rôle de consultant jusque-là, prendra une place centrale :

- Une prise en charge par du personnel spécifiquement formé

Le personnel susceptible d'intervenir auprès d'une personne victime d'agression sexuelle doit être formé spécifiquement à cela(161–171), et notamment aux besoins psychologiques des victimes. Ceci pour éviter notamment des comportements non adaptés qui entraîneraient une survictimation(157).

CONCLUSION ET PERSPECTIVES----- CONCLUSION

Il faudrait former TOUS les professionnels de la santé dès leurs études(172)(82% des étudiants en médecine n'ont pas eu de formation (MTV/lpsos, 2019)) et en formation continue, à l'accueil, la protection et la prise en charge d'une victime ainsi qu'aux conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles(172). 79% des professionnels de la santé ne font pas le lien entre l'état de santé de leurs patients et les violences sexuelles qu'ils ont subies dans l'enfance (MTV/lpsos, 2019).

➤ Une prise en charge coordonnée

La personne victime d'agression sexuelle nécessite une prise en charge pluriprofessionnelle qui doit être coordonnée :

- entre les différents services de soins (service d'urgences, de gynécologie, de médecine légale, de psychiatrie, d'infectiologie, de pédiatrie)(61,161,166,173) afin que les patients aient un accès facilité à tous les soins spécialisés indispensables dans les suites d'une agression sexuelle.

- entre les services de santé et les services sociaux (aide aux victimes, aide juridique, aide à l'accès à un hébergement) et judiciaires (61,161,164,174,175) pour aborder les différents aspects dans une temporalité respectueuse des contraintes de chaque intervenant, tout en préservant la victime.

➤ Une prise en charge centralisée et dans un lieu unique

Plusieurs publications exposent l'intérêt de recevoir les victimes dans un lieu unique, calme, avec une salle d'examen dédiée (61,167,176), qui permettrait une prise en charge globale centralisée (161,162,167,174,175), où les différents intervenants de la prise en charge médico-légale, médicale, psychologique et judiciaire se déplaceraient auprès de la victime et non l'inverse(157). Unité isolée pour éviter que la victime ne soit confondue au reste des patients, accessible 24h/24 et 7jours/7, où les victimes pourront bénéficier de soins et d'un recueil de preuves médico-légales, et où elles pourront porter plainte si elles le souhaitent (61).

- Que les soignants au contact des victimes (161,162,165,167,168,170,176,177) aient une attitude d'écoute empathique sans jugement, calme et rassurante, par le lieu qui doit être sécurisant et par le fait de spécifier de manière explicite au patient qu'il est actuellement en sécurité. Il est recommandé de restaurer un sentiment de contrôle chez le

CONCLUSION ET PERSPECTIVES----- CONCLUSION

patient(161,162,164,165,167,168,170) en expliquant la prise en charge, en lui laissant le choix dans les décisions, et en ne le mettant pas dans une position d'objet, mais de sujet, en réhumanisant la relation, dans le but de redonner au patient la maîtrise sur ce qui lui arrive(157).

- Le soutien psychologique est important dans la prise en charge immédiate :

Le Defusing(61) (ou déchochage) est une intervention psychologique d'urgence à mettre en place initialement par des professionnels de santé mentale pour des personnes qui ont été confrontées à un événement traumatique. Le principe réside dans la verbalisation immédiate des émotions ayant été vécues durant et à la suite de l'événement. Cette technique thérapeutique souple s'appuie sur des entretiens généralement de courte durée et doit être non intrusive, c'est-à-dire que le vécu de l'événement doit être rapporté par le sujet de manière totalement volontaire sans injonction. L'objectif est de réduire les symptômes cliniques en favorisant la décharge émotionnelle pour permettre à l'individu d'intégrer l'événement dans son histoire (157,162,164,176).

L'intervention immédiate d'un professionnel de santé mentale – qu'il soit formé ou non à l'intervention de crise n'est pas systématique. Elle s'effectue en fonction de l'état clinique (état de stress dépassé, risque suicidaire) (61,157,173).

- Evaluer la sécurité future du patient :

L'objectif va donc être de s'assurer qu'à la sortie de l'hôpital le patient ait un lieu d'hébergement sûr dans lequel il puisse se sentir en sécurité.

En cas de risque suicidaire avéré, une évaluation par un professionnel spécialisé en santé mentale doit être proposée et aboutira selon la gravité à une hospitalisation en milieu spécialisé ou à une prise en charge ambulatoire (accompagnement par l'entourage, relai avec le médecin traitant) si le risque est moindre(157,169).

- Evaluer le soutien social :

Il est indispensable d'évaluer les ressources dont dispose le patient en termes d'aide et de soutien dans son quotidien de la part de son entourage immédiat, en gardant cependant à l'esprit que ce dernier peut se trouver dans une phase d'incompréhension et de jugement ou au contraire de culpabilité par rapport à ce qui vient de se passer et qu'il sera nécessaire aussi de l'accompagner(161,162,164,167,168,176–178).

CONCLUSION ET PERSPECTIVES----- CONCLUSION

L'orientation du patient vers les ressources d'aide sociale à disposition peut s'avérer pertinente (aide à l'hébergement, aide juridique, associations d'aides aux victimes)(157).

- Que les informations données aux patients leur soit remises par écrit car, dans ce moment de détresse, le patient peut ne pas intégrer ou fixer toutes les informations du fait du stress(157). Pour cela, nous proposons un modèle de « carnet de suivi patient » (Annexe 7), contenant les éléments médicaux essentiels (cliniques, paracliniques et traitements) tout en favorisant un recueil de preuves (partie médico-légale). Il sera remis à chaque patient au cours de la première consultation, favorisera son adhésion et sera disponible en version papier dans le « Kit VS » ainsi qu'en version dématérialisée à imprimer (si la version papier n'est plus disponible). Une version informatique sera en accès sur le serveur Intranet(61).

B/ Il faudrait penser à :

- S'assurer du respect impératif des droits, de la volonté et du consentement des personnes victimes de violences sexistes et sexuelles tout au long de leurs parcours de soin(172).

- Mettre en place une obligation de signalement des violences faites aux enfants et aux personnes vulnérables pour tous les professionnels sans exception(172) (Annexe 8).

- Former spécifiquement et de façon obligatoire les médecins experts auprès des tribunaux aux conséquences des violences sexuelles sur la santé, afin d'améliorer la qualité des expertises lors de procédures judiciaires pénales et civiles. Il est scandaleux que les psychotraumatismes et la gravité des conséquences à long terme sur la santé et la vie des victimes soient si peu prises en compte et donne lieu à des expertises qui ne s'y réfèrent pas et à des réparations qui ne couvrent pas l'ensemble des préjudices(172).

- Mettre en place un dépistage universel et systématique lors des consultations et des actes de prévention de tous les patients, et dans le cadre des médecines scolaires et préventives et du travail. Dépistage adapté à tous les enfants et les adultes en prenant en compte leurs handicaps et leurs difficultés de communication(172).

- Développer, améliorer et à sécuriser l'offre de soin, avec une prise en charge de la Sécurité Sociale à 100% avec des actes valorisés en fonction de prises en charge complexes et nécessitant un travail en réseau, les médecins du travail doivent être formés spécifiquement aux

CONCLUSION ET PERSPECTIVES----- CONCLUSION

conséquences des violences sexuelles sur la santé et aux psychotraumatismes pour sécuriser les demandes d'arrêt de travail, les congés longue maladie et longue durée, les demandes d'invalidité et d'allocation adulte handicapé(172).

- Améliorer l'application des lois existantes et redéfinir les différents crimes et délits sexuels pour être en accord avec les normes universelles suivant l'évolution socio-culturelle. Juguler la violence sexuelle en durcissant les peines infligées aux auteurs d'actes violents. Les étapes qui s'inscrivent dans cette démarche comprennent la sensibilisation et la formation des policiers et des juges à la violence sexuelle.

- Permettre aux victimes de pouvoir bénéficier du système juridique et d'avoir accès à des professionnels compétents et sensibles, qui leur viendront en aide dans le cas où elles décideraient d'engager des poursuites contre leur agresseur.

- Mettre en place des politiques propres à modifier les mentalités, les rôles des hommes et des femmes et les stéréotypes de genre qui tendent à rendre acceptable la violence à l'égard des femmes, coopérer avec les associations d'aide aux victimes, les médias, pour toucher l'ensemble de la population.

- Adopter des politiques globales et coordonnées qui articulent toutes les mesures autour des droits des victimes ; associer à cette démarche tous les acteurs compétents (organismes publics, pouvoirs nationaux, régionaux et locaux, organisations de la société civile).

Enfin, conclure ces propositions de recommandations par celle de Madame *Michèle Barzach*, Présidente de l'UNICEF France : « Il faudrait une vraie politique publique dans ce domaine et un plan d'action gouvernemental pour renforcer la prévention, le dépistage et la prise en charge des victimes de violences sexuelles dès le plus jeune âge. Renforcer la réponse judiciaire aussi à l'encontre des auteurs de violences » (160).

« Nous devons à nos enfants -les êtres plus vulnérables de notre société- une vie exempte de violence et de peur »

Nelson Mandela

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lemoine P. Santé Mentale. 2015 [cité 6 oct 2023]. Évolution du concept de violence sexuelle à travers l'histoire. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2015/04/evolution-du-concept-de-violence-sexuelle-a-travers-l-histoire/>
2. Scheil V. La loi de Hammourabi.
3. Kieffer_Morgane_2013_memoire.pdf [Internet]. [cité 30 août 2023]. Disponible sur: https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/10605/Kieffer_Morgane_2013_memoire.pdf?sequence=4&isAllowed=y
4. Lemonne A, Renard B, Stappers C. La Revue nouvelle. [cité 3 sept 2023]. Entre justice et soin. Disponible sur: <https://revuenouvelle.be/Entre-justice-et-soin>
5. WHO_RHR_12.43_fre.pdf [Internet]. [cité 5 sept 2023]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86256/WHO_RHR_12.43_fre.pdf
6. Devastatingly pervasive: 1 in 3 women globally experience violence [Internet]. [cité 1 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>
7. BOUAYAD-AGHA NN. LES NOUVELLES INCRIMINATIONS SEXUELLES CONTRE LES MINEURS. :17.
8. Masson E. EM-Consulte. 2021 [cité 30 août 2023]. Les auteurs de violences sexuelles sur mineurs. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1433923/alertePM>
9. WHO_RHR_12.37_fre.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2023]. Disponible sur: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/86236/WHO_RHR_12.37_fre.pdf?sequence=1
10. Les-Principes-de-la-Haye-sur-la-Violence-Sexuelle.pdf [Internet]. [cité 3 déc 2023]. Disponible sur: <https://4genderjustice.org/ftp-files/publications/Les-Principes-de-la-Haye-sur-la-Violence-Sexuelle.pdf>
11. Denis I, Brennstuhl MJ, Tarquinio C. Les conséquences des traumatismes sexuels sur la sexualité des victimes : une revue systématique de la littérature. *Sexologies*. 1 oct 2020;29(4):198-217.
12. Benbouriche M, Parent G. La coercition sexuelle et les violences sexuelles dans la population générale : définition, données disponibles et implications. *Sexologies*. 1 avr 2018;27(2):81-6.
13. Raiche AP. Construction et validation d'une échelle de mesure de la coercition sexuelle. 16 déc 2020 [cité 30 août 2023]; Disponible sur: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/24180>
14. psea-fr.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2023]. Disponible sur: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/ethics/psea-fr.pdf?sfvrsn=ec641a1b_11
15. Etude Violence sexuelle chez l'adolescente-NadiaAit-Zai-2_0.pdf [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: https://algeria.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Etude%20Violence%20sexuelle%20chez%20l%27adolescente-NadiaAit-Zai-2_0.pdf

-----REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

16. Violences sexuelles et basées sur le genre : un glossaire de A à Z - World | ReliefWeb [Internet]. 2020 [cité 15 déc 2023]. Disponible sur: <https://reliefweb.int/report/world/violences-sexuelles-et-bas-es-sur-le-genre-un-glossaire-de-z>
17. 20428.pdf [Internet]. [cité 4 déc 2023]. Disponible sur: <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/algerien/20428.pdf>
18. joradp.dz. Loi n°15-19 du 18 Rabie El Aouel 1437 correspondant au 30 décembre 2015 modifiant et complétant l'ordonnance n°66-156 du 8 juin 1966 portant code pénal. 71 déc 30, 2015 p. 3-4.
19. guillaume2vo. Droit du sexe [Internet]. Avocat Alexandra HAWRYLYSZYN. 1999 [cité 14 nov 2023]. Disponible sur: <https://legadroit.com/droit-du-sexe/>
20. Thorens M. Maîtrise universitaire interdisciplinaire en droits de l'enfant.
21. Sexting non-consensuel [Internet]. [cité 9 nov 2023]. Disponible sur: <https://childfocus.be/fr-be/Exploitation-Sexuelle/Sexting-non-consensuel>
22. joradp.dz. Loi n° 23-04 du 17 Chaoual 1444 correspondant au 7 mai 2023 relative à la prévention et à la lutte contre la traite des personnes. JO 32 mai 7, 2023 p. 4-12.
23. Djahanbani S. Prise en charge médico-psychologique immédiate aux urgences des personnes adultes victimes d'agressions sexuelles: revue systématique de la littérature [Internet] [DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE]. [U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES]: Bordeaux; 2019 [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02497428>
24. LES CHIFFRES TERRIFIANTS DU VIOL DANS LE MONDE Il se commet 903 viols par jour, soit plus de 250.000 viols chaque année dans le monde (viols déclarés), dont 84 667 aux Etats-Unis, 66.196 en Afrique du Sud et 22 172 en Inde. Ces chiffres proviennent des 65 pays dont les Nations Unies ont accès aux données policières. Selon le dernier rapport des Nations Unies, qui date de 2010, voici le classement des 14 pays où l'on commet le plus de viols par an: 1- Etats-Unis: 84 767 2- Afrique du Sud: 66 196 3- Inde: 22 172 4-Mexique: 14 993 5-Bangladesh: 11 682 6-France: 10 108 7- Allemagne: 7 724 8- Pérou: 6 751 9- Australie: 6 378 10- Corée du Sud: 6 321 11- Suède: 5 960 12- Philippines: 5 803 13 -Russie: 4 913 14- Thaïlande: 4 633 Source:... - Mouvement de lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles [Internet]. [cité 2 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.facebook.com/MLCVFF/posts/les-chiffres-terrifiants-du-viol-dans-le-mondeil-se-commet-903-viols-par-jour-so/928040208045529/>
25. Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes: rapport succinct [Internet]. [cité 12 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9241593512>
26. Attrous S. Violences sexuelles sur mineurs: aspects médico-légaux, juridiques et épidémiologiques dans la région de Rouiba. [Rouiba]; 2017.
27. ZERAIRIA Y. Etude épidémiologique et médico-légale des abus sexuels à l'égard des enfants à travers l'expérience du service de médecine légale du CHU d'Annaba Années 2012, 2013, 2014. [Internet] [PhD Thesis]. [Annaba/Algérie]: Université de Annaba-Badji Mokhtar; 2020 [cité 4 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.pnst.cerist.dz/detail.php?id=907239>

-----REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

28. BELHADJ R. Algérie360.com. 2018 [cité 2 janv 2024]. Alger : Plus de 3.000 victimes de violences en 2017. Disponible sur: <https://www.algerie360.com/alger-plus-de-3-000-victimes-de-violences-2017/>
29. Noun. Les violences sexuelles au niveau de la wilaya de Sidi Bel Abbès. Sidi Bel Abbès; 2023.
30. <https://www.kreo-agency.com>. Des syndicalistes et membres de la société civile les attendent à l'aéroport : [Vidéo] Les enseignantes victimes d'un viol collectif à Bordj Badji Mokhtar évacuées à Adrar - L'Actualité : Liberté [Internet]. [cité 2 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.liberte-algerie.com/actualite/video-les-enseignantes-victimes-d-un-viol-collectif-a-bordj-badji-mokhtar-evacuees-a-adrar-358967>
31. TSA [Internet]. 2023 [cité 2 janv 2024]. Agressions sexuelles en Algérie : un phénomène masqué par l'omerta. Disponible sur: <https://www.tsa-algerie.com/agressions-sexuelles-en-algerie-des-chiffres-choquants/>
32. Collin-Vézina D, Cyr M. La transmission de la violence sexuelle: description du phénomène et pistes de compréhension. *Child Abuse Negl.* 1 mai 2003;27(5):489-507.
33. violences_sexuelles_0.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2023]. Disponible sur: https://cnvif.fr/sites/default/files/violences_sexuelles_0.pdf
34. Dossier « Violences sexuelles » [Internet]. Sofelia. [cité 2 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.sofelia.be/nos-dossiers-thematiques/dossier-violences-sexuelles/>
35. James J, Proulx J, Bouchard JP. Les auteurs d'homicides sexuels : psychopathologie, processus de passage à l'acte et prise en charge clinique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 mai 2021;179(5):469-77.
36. Thomas-JLT-2015-Revue-du-dommage-corporel-Revue-lit-somatization-droitdiffusion.pdf [Internet]. [cité 17 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/Thomas-JLT-2015-Revue-du-dommage-corporel-Revue-lit-somatization-droitdiffusion.pdf>
37. Lähdepuro A, Savolainen K, Lahti-Pulkkinen M, Eriksson JG, Lahti J, Tuovinen S, et al. The Impact of Early Life Stress on Anxiety Symptoms in Late Adulthood. *Sci Rep.* 13 mars 2019;9(1):4395.
38. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* juill 2010;85(7):618-29.
39. Walsh K, Danielson CK, McCauley JL, Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick HS. National Prevalence of PTSD Among Sexually Revictimized Adolescent, College, and Adult Household-Residing Women. *Arch Gen Psychiatry.* sept 2012;69(9):935-42.
40. Ojardias E, Perrot C, Chalencon C, Lafaie L, Castro-Lionard K, Bertoletti G, et al. État de stress post-traumatique du sujet âgé : d'une douleur abdominale stressante à une souffrance mentalisable. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* juin 2019;19(111):169-73.
41. Thomas-JLT-2015-Revue-du-dommage-corporel-Revue-lit-somatization-droitdiffusion.pdf [Internet]. [cité 31 août 2023]. Disponible sur: <https://lemondeatraversunregard.org/wp->

-----REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

content/uploads/2022/03/Thomas-JLT-2015-Revue-du-dommage-corporel-Revue-lit-somatisation-droitdiffusion.pdf

42. Solé LI, Bolino MC, Lueso M, Caro L, Cerisoli C, Castiglia N, et al. Prevalence of sexual and physical abuse in patients with obstructed defecation: impact on biofeedback treatment. *Rev Esp Enfermedades Dig* [Internet]. juill 2009 [cité 17 nov 2023];101(7). Disponible sur: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082009000700003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
43. Cederholm M, Jinghede A. INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AND IRRITABLE BOWEL SYNDROME IN ADULT LIFE AFTER EXPERIENCING CHILDHOOD ABUSE.
44. Bussi eres A, Hartvigsen J, Ferreira ML, Ferreira PH, Hancock MJ, Stone LS, et al. Adverse childhood experience and adult persistent pain and disability: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 17 sept 2020;9:215.
45. Irish L, Kobayashi I, Delahanty DL. Long-term Physical Health Consequences of Childhood Sexual Abuse: A Meta-Analytic Review. *J Pediatr Psychol*. juin 2010;35(5):450-61.
46. Chandler HK, Ciccone DS, Raphael KG. Localization of Pain and Self-Reported Rape in a Female Community Sample. *Pain Med*. juill 2006;7(4):344-52.
47. Bargibant M, de Vrieze J, K onig C, Heine A. Protocoles de prise en charge des victimes de violences sexuelles à destination des professionnels de la santé et de la justice.
48. Arnow BA. Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl 12:10-5.
49. Chariot P. Prise en charge d'une victime de viol : médecine légale. 2011;
50. Rougé-Maillart C, Saint-Martin P. EM-Consulte-Urologie. 2020 [cité 28 nov 2023]. Prise en charge des victimes de violences sexuelles. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1353713/prise-en-charge-des-victimes-de-violences-sexuelle>
51. NDAHIMANANJARA J. GUIDE PRATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE MADAGASCAR; 2012 mai p. 92.
52. Dabadie K. Le médecin légiste, interface entre la victime et la justice. *Rev Nouv*. 2023;5(5):34-42.
53. Venier P, Rigaud P, Leveleux G. Rôle du médecin face à une victime d'agression | Conseil départemental de la Mayenne de l'Ordre des médecins [Internet]. [cité 2 janv 2024]. Disponible sur: <https://conseil53.ordre.medecin.fr/content/role-du-medecin-face-victime-dagression>
54. Faict TW, Neel S, Massoubre C. Médecine sociale Médecine légale éthique et déontologie. Ellipses. France: Ellipses Edition Marketing; 2003. 239 p. (Réussir l'internat).
55. Hauet-Wiedemann M. Agressions sexuelles sur mineurs:  tude d'une population d'enfants ayant consulté à l'unité médico-judiciaire du centre hospitalier régional universitaire de Nancy entre 2011 et 2015. [FACULTE DE MEDECINE DE NANCY]: LORRAINE; 2016.

-----REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

56. Fougas J. Agents infectieux mis en évidence chez les victimes de violences sexuelles: étude rétrospective descriptive menée au Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Aggression du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux.
57. Lejeune J, Martrille L, Guillet-May F, Marchand E. Étude médico-légale prospective sur la caractérisation de l'examen génital chez des femmes ayant une activité sexuelle consentie. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 mars 2022;50(3):261-5.
58. joradp.dz. Loi n° 18-11 du 18 Chaoual 1439 correspondant au 2 juillet 2018 relative à la santé. JO 46 juill 2, 2018 p. 3-38.
59. joradp.dz. Décret exécutif n°92-276 du 6 juillet 1992 portant code de déontologie médicale. 52 juill 8, 1992 p. 1160-75.
60. Erin G, Clifton PhD. Édition professionnelle du Manuel MSD. 2022 [cité 28 nov 2023]. Examen médical d'une victime d'un viol - Gynécologie et obstétrique. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gyn%3%A9cologie-et-obst%3%A9trique/violence-domestique-et-agression-sexuelle/examen-m%3%A9dical-une-victime-un-viol>
61. WINCHENNE AE. ÉLABORATION ET MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE DES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE À MAYOTTE [DES de Médecine Générale]. PARIS DIDEROT - PARIS 7 FACULT É DE M É DECINE; 2016.
62. these-WINCHENNE-2016-09-16.pdf [Internet]. [cité 26 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/theses/these-WINCHENNE-2016-09-16.pdf>
63. joradp.dz. Loi n° 16-03 du 14 Ramadhan 1437 correspondant au 19 juin 2016 relative à l'utilisation de l'empreinte génétique dans les procédures judiciaires et l'identification des personnes. JO 37 juin 22, 2016 p. 4-7.
64. Galaber P, Benali L, Gromb S. La prise en charge des victimes d'agression sexuelle au CAUVA : une urgence psychologique. *Rev Médecine Légale*. 1 mars 2010;1(1):22-6.
65. Campana JP, Fornes P. Principes de médecine légale. 2ème édition. France: Arnette; 2010. 449 p.
66. joradp.dz. Loi n° 24-02 du 16 Chaâbane 1445 correspondant au 26 février 2024 relative à la lutte contre le faux et l'usage de faux. JO 15 févr 29, 2024 p. 4-13.
67. joradp.dz. Loi n° 15-12 du 28 Ramadhan 1436 correspondant au 15 juillet 2015 relative à la protection de l'enfant. JO 39 juill 15, 2015 p. 4-18.
68. Beauthier JP. Traité de médecine légale. Bruxelles: De Boeck Université; 2008. 837 p.
69. Baccino E. Médecine légale clinique Médecine de la violence Prise en charge des victimes et agresseurs. Elsevier Masson SAS; 2015. 308 p.
70. S. Harsch et al. Prevalence of mental disorders among sexual offenders in forensic psychiatry and prison - ScienceDirect [Internet]. 2006 [cité 28 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0160252706000537>

-----REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

71. R. Karl Hanson et Kelly Morton-Bourgon. Sécurité Publique Canada. 2018 [cité 28 déc 2023]. Les prédicteurs de la récidive sexuelle : une méta-analyse à jour 2004-02. Disponible sur: <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/2004-02-prdctrs-sxl-rcdvsm-pdtd/index-fr.aspx>
72. Le Dare B, Jehannin A, Lanoe F, Philippe F, Tassel C, Abondo M, et al. Prise en charge thérapeutique des auteurs d'agressions sexuelles. *Ann Pharm Fr.* 1 juill 2015;73(4):257-65.
73. Plaidoyer_MariageEnfants_fr.pdf [Internet]. [cité 15 déc 2023]. Disponible sur: https://ciddef-dz.com/wp-content/uploads/2021/04/Plaidoyer_MariageEnfants_fr.pdf
74. joradp.dz. Décret présidentiel n°92-461 du 19 décembre 1992 portant ratification, avec déclarations interprétatives, de la Convention relatives aux droits de l'enfant, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989. *JO* 91 déc 23, 1992 p. 1885-94.
75. joradp.dz. Ordonnance n°96-03 du 19 Chaabane 1996 correspondant au 10 janvier portant approbation, avec réserve, de la convention de 1979 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. *JO* 3 janv 14, 1996 p. 12.
76. joradp.dz. Décret présidentiel n° 03-417 du 14 Ramadhan 1424 correspondant au 9 novembre 2003 portant ratification, avec réserve, du protocole additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée, visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants, adopté par l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies le 15 novembre 2000. *JO* 69 nov 12, 2003 p. 3-8.
77. joradp.dz. Décret présidentiel n° 06-299 du 9 Chabane 1427 correspondant au 2 septembre 2006 portant ratification du protocole facultatif à la convention relative aux droits de l'enfant concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants, adopté à New York, le 25 mai 2000. *JO* 55 sept 6, 2006 p. 3-6.
78. La-Convention-de-Lanzarote.pdf [Internet]. [cité 3 déc 2023]. Disponible sur: <https://ecpat.org/wp-content/uploads/2021/05/La-Convention-de-Lanzarote.pdf>
79. joradp.dz. Décret n°87-37 du 3 février 1987 portant ratification de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, adoptée à Nairobi en 1981. *JO* 6 févr 4, 1987 p. 127.
80. convention MAPUTO VIOLENCES SEXUELLES - Recherche Google [Internet]. [cité 3 déc 2023]. Disponible sur: https://www.google.com/search?q=convention+MAPUTO+VIOLENCES+SEXUELLES&sca_esv=587494963&ei=qMtsZejXLeCAi-gPj9aQuAc&ved=0ahUKEwjoy9609fOCAxVgwAIHHQ8rBHcQ4dUDCBA&oq=convention+MAPUTO+VIOLENCES+SEXUELLES&gs_lp=Egxnd3Mtdl6LXNlcnAiJWNvbnZlbnRpb24gTUFQVVRPIFZJT0xFTkNFUyBTRVhVRUxMRVNIAFAAWABwAHgBkAEAmAEAoAEAqgEAuAEMyAEA4gMEGAAGQQ&sclient=ws-wiz-serp
81. protocole-de-maputo-fiche-d-information.pdf [Internet]. [cité 4 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2019/12/protocole-de-maputo-fiche-d-information.pdf>
82. joradp.dz. Décret présidentiel n° 16-254 du 25 Dhou El Hidja 1437 correspondant au 27 septembre 2016 portant ratification avec déclarations interprétatives, du protocole à la charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits de la Femme en Afrique, adopté

-----REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- par la 2ème session ordinaire de la conférence de l'Union africaine, † Maputo (Mozambique) le 11 juillet 2003. JO 58 oct 5, 2016 p. 4-12.
83. Conventions et accords internationaux – وزارة العدل [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.mjustice.dz/fr/conventions-et-accords-internationaux/>
84. joradp.dz. Décret présidentiel n° 14-252 du 13 Dhou El Kaada 1435 correspondant au 8 septembre 2014 portant ratification de la convention arabe pour la lutte contre la cybercriminalité, faite au Caire, le 21 décembre 2010. JO 57 sept 28, 2014 p. 4-13.
85. joradp.dz. Décret présidentiel n° 20-442 du 15 Joumada El Oula 1442 correspondant au 30 décembre 2020 relatif à la promulgation au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire de la révision constitutionnelle, adoptée par référendum du 1er novembre 2020. JO 82 p. 12.
86. دار البيضاء الجزائر: داز. طباش ع. شرح القسم الخاص من قانون العقوبات جرائم ضد الاشخاص و الاموال بلقيس; 271 p.
87. joradp.dz. Ordonnance n°75-47 du 17 juin 1975 modifiant et complétant l'ordonnance n°66-156 du 8 juin 1966 portant code pénal. JO 53 juill 4, 1975 p. 612-8.
88. Cybersécurité : mesures de protection des mineurs (des enfants) [Internet]. [cité 2 déc 2023]. Disponible sur: [https://legal-doctrine.com/edition/Cybersécurité-mesures-de-protection-des-mineurs-\(des-enfants\)](https://legal-doctrine.com/edition/Cybersécurité-mesures-de-protection-des-mineurs-(des-enfants))
89. joradp.dz. Loi n° 20-15 du 15 Joumada El Oula 1442 correspondant au 30 décembre 2020 relative à la prévention et à la lutte contre les infractions d'enlèvement des personnes. JO 81 déc 30, 2020 p. 4-9.
90. AMA-Code Homepage [Internet]. [cité 5 juill 2024]. Disponible sur: <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/>
91. UNODC_Handbook_on_Justice_for_victims.pdf [Internet]. [cité 5 juill 2024]. Disponible sur: https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/UNODC_Handbook_on_Justice_for_victims.pdf
92. Cottler-Casanova S, Lourenço V, Guillot C, Poncet A, Mathevet P, Petignat P, et al. C O N S T A T D'AGRESSION SEXUELLE. 11 oct 2023;32.
93. European Institute for Gender Equality. Administrative data collection on violence against women: good practices. [Internet]. LU: Publications Office; 2016 [cité 11 mai 2024]. Disponible sur: <https://data.europa.eu/doi/10.2839/737256>
94. Krug EG. Rapport mondial sur la violence et la santé [Internet]. World Health Organization; 2002 [cité 1 juin 2024]. Disponible sur: https://books.google.com/books?hl=fr&lr=&id=AwS4ttEEp_IC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Krug+EG,+World+Health+Organization.+Rapport+mondial+sur+la+violence+et+la+sant%C3%A9.+Gen%C3%A8ve%3B+2002.&ots=ZAzxua3tcH&sig=Z9tw-rxr_TDtgpPh94VPsiqW6po
95. Bourgou S, Meddouri SL, Ben Hamouda A, Ben Mustapha H, Charfi F, Hamza M, et al. Enfants victimes de violences sexuelles en consultation de pédopsychiatrie. L'Encéphale. 1 juin 2021;47(3):221-6.

-----REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

96. World Health Organization: Report of the consultation... - Google Scholar [Internet]. [cité 1 juin 2024]. Disponible sur:
https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Report%20of%20the%20consultation%20on%20child%20abuse%20prevention%2C%2029%E2%80%9331%2C%A0March%201999%2C%20WHO%2C%20Geneva&author=World%20Health%20Organization&publication_year=1999
97. Unicef: A familiar face: Violence in the lives of... - Google Scholar [Internet]. [cité 1 juin 2024]. Disponible sur:
https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=A%20familiar%20face%3A%20violence%20in%20the%20lives%20of%20children%20and%20adolescents&author=UNICEF&publication_year=2017
98. INSPIRE: Seven strategies for Ending Violence Against Children | UNICEF [Internet]. [cité 1 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.unicef.org/documents/inspire-seven-strategies-ending-violence-against-children>
99. Nature of sexual assault by rape or penetration, England and Wales - Office for National Statistics [Internet]. [cité 2 juin 2024]. Disponible sur:
<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/crimeandjustice/articles/natureofsexualassaultbyrapeorpenetrationenglandandwales/yearendingmarch2020>
100. Hébert M, Amédée LM, Blais M, Gauthier-Duchesne A. Child Sexual Abuse among a Representative Sample of Quebec High School Students: Prevalence and Association with Mental Health Problems and Health-Risk Behaviors. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. déc 2019;64(12):846-54.
101. Littleton H, Layh M, Rudolph K. Unacknowledged Rape in the Community: Rape Characteristics and Adjustment. *Violence Vict*. 1 févr 2018;33(1):142-56.
102. Wilson LC, Miller KE. Meta-Analysis of the Prevalence of Unacknowledged Rape. *Trauma Violence Abuse*. avr 2016;17(2):149-59.
103. Delage P. This is what feminisms look like Lutter contre les violences sexuelles, (re)présenter un sujet politique. *Miranda Rev Pluridiscip Monde Angloph Multidiscip Peer-Rev J Engl-Speak World* [Internet]. 24 févr 2016 [cité 1 juin 2024];(12). Disponible sur:
<https://journals.openedition.org/miranda/8618>
104. United Nations Peacekeeping [Internet]. [cité 1 juin 2024]. Communities urged to support survivors of sexual violence rather than blaming and shaming them. Disponible sur:
<https://peacekeeping.un.org/en/communities-urged-to-support-survivors-of-sexual-violence-rather-blaming-and-shaming-them>
105. Zaccour S, Lessard M. La culture du viol dans le discours juridique : soigner ses mots pour combattre les violences sexuelles. *Can J Women Law*. 1 nov 2021;33(2):175-205.
106. egypt_women_final_english.pdf [Internet]. [cité 1 juin 2024]. Disponible sur:
https://www.fidh.org/IMG/pdf/egypt_women_final_english.pdf
107. Gaddour N, Mechri A, Lahbib S, Gaha L. Epidemiological and Criminological Profile of Sexual Abuse in the Eastern Midland of Tunisia. *J Med Leg Droit Med*. 1 nov 2003;46:517-23.
108. Thériault C, Cyr M, Wright J. Facteurs contextuels associés aux symptômes d'adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale. *Child Abuse Negl*. 1 nov 2003;27(11):1291-309.

-----REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

109. Thaljawi W, Guiga A, Bahloul AR. Les femmes victimes d'agression sexuelle à Sidi Bouzid : profil épidémiologique et intervention médico-judiciaire. *Rev Médecine Légale*. 1 déc 2023;14(4):100377.
110. Masson E. EM-Consulte. [cité 11 mai 2024]. Profil épidémioclinique et prise en charge des victimes d'abus sexuels à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/166435/figures/profil-epidemioclinique-et-prise-en-charge-des-vic>
111. Soumah MM, Olendo GR, Ndiaye M, Sow ML. Agressions sexuelles à Port-Gentil. *Pan Afr Med J*. 28 août 2013;15:152.
112. Traore Y, Mounkoro N, Teguede I, Djire MY, Diallo A, Bagayogo M, et al. [Clinical and medico - legal aspects of sexual aggressions at Gabriel Toure teaching hospital]. *Mali Med*. 2010;25(3):27-30.
113. Marzouki M, Fredj AH, Chelli M. L'enfant battu et les attitudes culturelles: L'exemple de la tunisie. *Child Abuse Negl*. janv 1987;11(1):137-41.
114. Sharaf El-Din AAI, Elkholy SMS, Metwally ES, Farag HA. Pattern of Female Sexual Assault in Qalyubia Governorate, Egypt, During the Period From 2009 to 2013: A Retrospective Study. *Am J Forensic Med Pathol*. déc 2015;36(4):276-84.
115. document_travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.fr.pdf [Internet]. [cité 2 juin 2024]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26153/document_travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.fr.pdf
116. Walker HE, Freud JS, Ellis RA, Fraine SM, Wilson LC. The Prevalence of Sexual Revictimization: A Meta-Analytic Review. *Trauma Violence Abuse*. janv 2019;20(1):67-80.
117. Amstadter AB, Elwood LS, Begle AM, Gudmundsdottir B, Smith DW, Resnick HS, et al. Predictors of physical assault victimization: findings from the National Survey of Adolescents. *Addict Behav*. août 2011;36(8):814-20.
118. Kraus SW, Krueger RB, Briken P, First MB, Stein DJ, Kaplan MS, et al. Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. févr 2018;17(1):109-10.
119. Fontanesi L, Marchetti D, Limoncin E, Rossi R, Nimbi FM, Mollaioli D, et al. Hypersexuality and Trauma: a mediation and moderation model from psychopathology to problematic sexual behavior. *J Affect Disord*. 15 févr 2021;281:631-7.
120. Silva WDS, Barroso-Junior U de O. Child Sexual Abuse Confirmed by Forensic Examination in Salvador, Bahia, Brazil. *Am J Forensic Med Pathol*. mars 2017;38(1):54-8.
121. Morgan L, Long L. Female perpetrated sexual offences reported to a London sexual assault referral centre. *J Forensic Leg Med*. févr 2018;54:130-5.
122. Bilan d'activité de l'unité de prise en charge des femmes et des enfants victimes de violences au centre hospitalier universitaire Ibn Sina de Rabat au cours de l'année 2016. *Rev Médecine Légale*. 1 mai 2019;10(2):63-9.

-----REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

123. Loinaz I, Bigas N, de Sousa AM. Comparing intra and extra-familial child sexual abuse in a forensic context. *Psicothema*. août 2019;31(3):271-6.
124. Elgendy IS, Hassan NA. Medicolegal study of child sexual abuse in greater Cairo, Egypt, during a 7-year period: 2005-2011. *Am J Forensic Med Pathol*. déc 2013;34(4):335-41.
125. Lauritsen JL. Seasonal Patterns in Criminal Victimization Trends. 2014;
126. McLean I. Climatic effects on incidence of sexual assault. *J Forensic Leg Med*. janv 2007;14(1):16-9.
127. Niort F, Delteil C, Capasso F, Torrents R, Leonetti G, Piercecchi-Marti MD. Étude rétrospective épidémioclinique sur 10 ans des victimes de viols reçues en consultation à l'Institut médico-légal de Marseille, CHU de Timone. Analyse de 592 cas de victime de viol. *Rev Médecine Légale*. 1 juin 2014;5(2):62-9.
128. Henry AP, Perillo AD, Reitz-Krueger CL, Perillo JT. Reflecting the Times? Reexamining the Effect of Alcohol Intoxication on Perceptions of Campus Sexual Assault. *Violence Women*. janv 2022;28(1):49-72.
129. Larsen ML, Hilden M, Lidgaard Ø. Sexual assault: a descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. mars 2015;122(4):577-84.
130. Care of women and girls after sexual assault in Geneva: A descriptive study between 2005 and 2014 - PubMed [Internet]. [cité 3 juin 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34600188/>
131. Alcohol Consumption and Women's Vulnerability to Sexual Victimization: Can Reducing Women's Drinking Prevent Rape? - PMC.
132. Abbey A, Zawacki T, Buck PO, Clinton AM, McAuslan P. Sexual assault and alcohol consumption: what do we know about their relationship and what types of research are still needed? *Aggress Violent Behav*. 1 mai 2004;9(3):271-303.
133. F. Questel, G. Kierzek, L. Fournier, J.-L. Pourriat E. EM-Consulte. 2017 [cité 31 août 2023]. Aspects médico-légaux du traumatisme sexuel. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/59481/aspects-medico-legaux-du-traumatisme-sexuel>
134. Alleged drug facilitated sexual assault (DFSA) in Northern Ireland from 1999 to 2005. A study of blood alcohol levels - PubMed [Internet]. [cité 3 juin 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18926501/>
135. Lewis D, Hutton HE, Agee TA, McCaul ME, Chander G. Alcohol use and unintended sexual consequences among women attending an urban sexually transmitted infections clinic. *Womens Health Issues* 2015;25(5):450—7.
136. Richeton C. Soumission chimique: bilan de quatre années d'admissions au Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Agressions (CAUVA) du CHU de Bordeaux.
137. Lieber M, Greset C, Perez Rodrigo S. Le traitement pénal des violences sexuelles à Genève: une étude exploratoire [Internet]. Université de Genève; 2019 [cité 3 juin 2024]. Disponible sur:

-----REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

<https://www.unige.ch/sciences-societe/socio/fr/publications/workingpapers/irs-working-paper-n14/>

138. statistique O fédéral de la. Office fédéral de la statistique. 2023 [cité 3 juin 2024]. Consultations de victimes selon l'infraction - 2000-2022 | Tableau. Disponible sur: <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/25465207>
139. Eshelman LR, Messman-Moore TL, Sheffer N. The Importance of Substance-Related Sexual Victimization: Impact on Substance Use and Risk Perception in Female College Students. *J Interpers Violence*. sept 2015;30(15):2616-35.
140. Thompson-Hollands J, Jun JJ, Sloan DM. The Association Between Peritraumatic Dissociation and PTSD Symptoms: The Mediating Role of Negative Beliefs About the Self. *J Trauma Stress*. avr 2017;30(2):190-4.
141. Garcia-Esteve L, Torres-Gimenez A, Canto M, Roca-Lecumberri A, Roda E, Velasco ER, et al. Prevalence and risk factors for acute stress disorder in female victims of sexual assault. *Psychiatry Res*. déc 2021;306:114240.
142. Hartnett KP, Kite-Powell A, DeVies J, Coletta MA, Boehmer TK, Adjemian J, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Emergency Department Visits - United States, January 1, 2019-May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 12 juin 2020;69(23):699-704.
143. Kane D, Maher N, Eogan M. Assessment of the impact of the COVID-19 pandemic on Sexual Assault Treatment Unit activity. *BMJ Sex Reprod Health*. oct 2021;47(4):301-3.
144. Muldoon KA, Denize KM, Talarico R, Fell DB, Sobiesiak A, Heimerl M, et al. COVID-19 pandemic and violence: rising risks and decreasing urgent care-seeking for sexual assault and domestic violence survivors. *BMC Med*. 5 févr 2021;19(1):20.
145. Gosangi B, Park H, Thomas R, Gujrathi R, Bay CP, Raja AS, et al. Exacerbation of Physical Intimate Partner Violence during COVID-19 Pandemic. *Radiology*. janv 2021;298(1):E38-45.
146. Barbara G, Albertini V, Tagi VM, Maggioni L, Gorio MC, Cattaneo C, et al. Characteristics of Sexual Violence Against Adolescent Girls: A 10 Years' Retrospective Study of 731 Sexually Abused Adolescents. *Int J Womens Health*. 3 mars 2022;14:311-21.
147. Jones JS, Rossman L, Wynn BN, Dunnuck C, Schwartz N. Comparative analysis of adult versus adolescent sexual assault: epidemiology and patterns of anogenital injury. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. août 2003;10(8):872-7.
148. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet Lond Engl*. 13 avr 2002;359(9314):1331-6.
149. Buswell H, Majeed-Ariss R, Rajai A, White C, Mills H. Identifying the prevalence of genito-anal injuries amongst clients attending St Mary's Sexual Assault Referral Centre following an allegation of anal penetration. *J Forensic Leg Med*. août 2022;90:102392.
150. Sugar NF, Fine DN, Eckert LO. Physical injury after sexual assault: findings of a large case series. *Am J Obstet Gynecol*. janv 2004;190(1):71-6.

-----REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

151. Zink T, Fargo JD, Baker RB, Buschur C, Fisher BS, Sommers MS. Comparison of Methods for Identifying Ano-Genital Injury After Consensual Intercourse. *J Emerg Med.* juill 2010;39(1):113-8.
152. Rogers A, McIntyre SL, Rossman L, Solis S, Bacon-Baguley TA, Jones J. The forensic rape examination: Is colposcopy really necessary? *Am J Emerg Med.* mai 2019;37(5):999-1000.
153. Slaughter L, Brown CR. Colposcopy to establish physical findings in rape victims. *Am J Obstet Gynecol.* janv 1992;166(1 Pt 1):83-6.
154. Medications at the Emergency Department After Recent Rape - PubMed [Internet]. [cité 7 juin 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33736532/>
155. Zinzow HM, Resnick HS, Barr SC, Danielson CK, Kilpatrick DG. Receipt of Post-Rape Medical Care in a National Sample of Female Victims. *Am J Prev Med.* août 2012;43(2):183-7.
156. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol.* août 1996;175(2):320-4; discussion 324-325.
157. Djahanbani S, Spodenkiewicz M, Bruneau L, Mascarel P, Rene E, Gillet C, et al. Prise en charge médico-psychologique immédiate aux urgences des personnes adultes victimes d'agression sexuelle : revue systématique de la littérature. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 juin 2022;180(6):533-42.
158. Campbell R. The psychological impact of rape victims. *Am Psychol.* nov 2008;63(8):702-17.
159. Ullman SE, Peter-Hagene LC. Longitudinal Relationships of Social Reactions, PTSD, and Revictimization in Sexual Assault Survivors. *J Interpers Violence.* mars 2016;31(6):1074-94.
160. 2015-Synthese-enquete-AMTV.pdf [Internet]. [cité 26 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2015/2015-Synthese-enquete-AMTV.pdf>
161. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women [Internet]. [cité 3 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241548595>
162. 924154628X.pdf [Internet]. [cité 3 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.un.org/sexualviolenceinconflict/wp-content/uploads/2019/05/report/guidelines-for-medico-legal-care-for-victims-of-sexual-violence/924154628X.pdf>
163. Appui à la santé mentale et soutien psychosocial en cas de violence sexuelle liée aux conflits – Résumé [Internet]. [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO_RHR_HRP_12.18
164. satuguidelines3rded.pdf [Internet]. [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: <https://aran.library.nuigalway.ie/bitstream/handle/10379/4947/satuguidelines3rded.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
165. Ledray LE. Sexual Assault Nurse Examiner (SANE). *Dev Oper Guide Wash DC Off Vict Crime US Dep Justice* [Internet]. 1998 [cité 8 janv 2024]; Disponible sur: https://www.ncjrs.gov/ovc_archives/reports/saneguide.pdf.

-----REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

166. Kilonzo N, Theobald SJ, Nyamato E, Ajema C, Muchela H, Kibaru J, et al. Delivering post-rape care services: Kenya's experience in developing integrated services. *Bull World Health Organ.* juill 2009;87(7):555-9.
167. Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: Guidelines for the management of female survivors of sexual assault - PubMed [Internet]. [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20206349/>
168. Decker SE, Naugle AE. Immediate Intervention for Sexual Assault: A Review with Recommendations and Implications for Practitioners. *J Aggress Maltreatment Trauma.* 21 mai 2009;18(4):419-41.
169. Cochran CB. An Evidence-Based Approach to Suicide Risk Assessment After Sexual Assault. *J Forensic Nurs.* juin 2019;15(2):84-92.
170. Campbell R, Patterson D, Adams AE, Diegel R, Coats S. A participatory evaluation project to measure SANE nursing practice and adult sexual assault patients' psychological well-being. *J Forensic Nurs.* 2008;4(1):19-28.
171. Vrees RA. Evaluation and Management of Female Victims of Sexual Assault. *Obstet Gynecol Surv.* janv 2017;72(1):39-53.
172. Mémoire traumatique et victimologie [Internet]. [cité 1 janv 2024]. 2023 - Campagne Stop à la mise en danger des victimes. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/campagnes-et-colloques/2023-campagne-stop-a-la-mise-en-danger-des-victimes.html>
173. Warembourg F. Place de la consultation de psychotraumatologie dans l'accueil des victimes d'agression sexuelle. 2011; Disponible sur: https://www.sfmu.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2011/donnees/fs_conf.htm].
174. H R, R A, M H, M D, D K. Emergency evaluation and intervention with female victims of rape and other violence. *J Clin Psychol* [Internet]. oct 2000 [cité 8 janv 2024];56(10). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11051061/>
175. Eogan M, McHugh A, Holohan M. The role of the sexual assault centre. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* févr 2013;27(1):47-58.
176. Osterman JE, Barbiaz J, Johnson P. Emergency psychiatry: emergency interventions for rape victims. *Psychiatr Serv Wash DC.* juin 2001;52(6):733-4, 40.
177. McConkey TE, Sole ML, Holcomb L. Assessing the female sexual assault survivor. *Nurse Pract.* juill 2001;26(7 Pt 1):28-30, 33-4, 37-9; quiz 40-1.
178. Harrison JM, Murphy SM. A care package for managing female sexual assault in genitourinary medicine. *Int J STD AIDS.* mai 1999;10(5):283-9.

Liste des acronymes, sigles et abréviations

ADN : Acide DésoxyriboNucléique

AGNU : Assemblée Générale des Nations Unies

Ag P24 : Antigène P24

AIS : Avis Interservices

ALAT : Alanine aminotransférase

Ac Anti-HBc : Anticorps Anti-HBc

Ac Anti-HBs : Anticorps Anti-HBs

AS : Abus Sexuel

ASM : Agression Sexuelle sur Mineur

ASEAN : Association des Nations de l'Asie du Sud-Est

ATP : Attentat à la Pudeur

CADBE : Charte Africaine des Droits et du Bien-être des Enfants

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CAUVA : Centre d'Accueil en Urgences de Victimes d'Agression

CBV : Coups et Blessures Volontaires

CDC : Conference on Decision and Control

CdE : Convention du Conseil de l'Europe

CEDAW : Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

CENEAP : Centre National d'Etudes et d'Analyses

CHUC : Centre Hospitalier Universitaire de Constantine

CHUV : Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (Lausanne-Suisse)

CICR : Comité International de la Croix Rouge

CIM : Classification internationale des maladies

CPI : Cour pénale internationale

CPLCIC : Centre de Prévention et de Lutte contre la Criminalité Informatique et la Cybercriminalité

CPVS : Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles

----- Liste des acronymes, sigles et abréviations

CSEW : Crime Survey for England and Wales
CSNU : Conseil de sécurité des Nations unies
CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
CV : Contact Vaginal
DA : Dinar Algérien
DAMPM : Direction des Affaires Médicales et Paramédicales
DGSN : Direction Générale de la Sûreté Nationale
EDTA : Ethylène-Diamine TétrAcétique
EHS : Etablissement Hospitalier Spécialisé
FBI : Federal Bureau of Investigation
FGM : Mutilations Génitales Féminines
FNS : Numération formule sanguine
FV : Frottis Vaginaux
G7 : Groupe des sept
GGT : Gamma Glutamyl Transférases
hCG : Hormone Chorionique Gonadotrope Humaine
HMICFR : Her Majesty's Inspectorate of Constabulary and Fire & Rescue Services
HSH : Hommes qui ont des rapports Sexuels avec des Hommes
HSV : Virus Herpes Simplex
HTLV : Human T-lymphotropic
HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève
IgG : ImmunoGlobulines G
IgM : ImmunoGlobulines M
IICI : Institute for International Criminal Investigations
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
IPP : Incapacité Permanente Partielle
ITT : Incapacité Totale de Travail (au sens pénal)
JO : Journal Officiel
NICE CG : NICE Clinical Guidelines

----- Liste des acronymes, sigles et abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONU : Organisation des Nations Unies
ONUDC : Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime
OPJ : Officier de Police Judiciaire
ORL : Otorhinolaryngologie
PCR : Polymerase Chain Reaction
PPE : Prophylaxie Post-Exposition
SANE : Sexual Assault Nurse Examiner
SART : Sexual Assault Response Team
SEACO : Société de l'Eau et de l'Assainissement de Constantine
SPSS : Statistical Package for the Social Sciences
SSPT : Syndrome de Stress Post-Traumatique
TPHA : Treponema Pallidum Hemagglutininations Assay
UE : Union Européenne
UMJ : Unité Médico-Judiciaire
UNICEF : Fonds des Nations Unis pour l'Enfance
UV : Ultra Violet
VDRL : Venereal Disease Research Laboratory
VHB : Virus de l'Hépatite B
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHO : World Health Organization

Liste des tableaux

Tableau 1 : Rappel des troubles psychiques et comportementaux pouvant être induits par les violences sexuelles(36).....	23
Tableau 2 :Risque relatif (RR) de diabète et d'hypertension artérielle associé aux violences sexuelles dans la cohorte des infirmières américaines (Nurse Health Study).....	28
Tableau 3 :Signes d’alerte clinique de violences sexuelles chez l’enfant (33).....	41
Tableau 4 :Stades du développement pubertaire chez la fille(55)	52
Tableau 5 :Stades du développement pubertaire chez le garçon	54
Tableau 6 :Recommandations concernant la prévention V.I.H.....	61
Tableau 7 :Bilan en cas d’exposition sexuelle à risque. D’après le rapport Morlat (2013) (56)	62
Tableau 8 :Protocole pour la contraception d’urgence	64
Tableau 9 : Législation algérienne en matière d’outrage public à la pudeur.....	85
Tableau 10 : Législation algérienne en matière d’outrage public à la pudeur.....	86
Tableau 11 : Législation algérienne en matière de viol	87
Tableau 12: Législation algérienne en matière d’inceste	88
Tableau 13 : Fréquence des violences sexuelles durant la période 2010-2019	104
Tableau 14 : Caractéristiques socio-démographiques et médicaux des victimes de 2010 à 2019	105
Tableau 15 : Fréquence des violences sexuelles durant la période 2020-2021	106
Tableau 16 : Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des victimes de 2010 à 2021	107
Tableau 17 : Fréquence des violences sexuelles par année de 2010 à 2021	109
Tableau 18 : Caractéristiques socio-démographiques et médicaux des victimes de 2010 à 2021	110
Tableau 19:Victimes de violences sexuelles- Contexte de l’examen; CHUC ; 2010-2021	111
Tableau 20:Victimes de violences sexuelles - Délai de l’examen initial ; CHUC ; 2010-2021	112
Tableau 21 : Age des victimes de violences sexuelles ; CHUC ; 2010-2021	113
Tableau 22 : Représentation paramétrique de l’âge des victimes de violences sexuelles; CHUC ; 2010-2021	113
Tableau 23 : Victimes de violences sexuelles - Wilaya de résidence ; CHUC ; 2010-2021	115
Tableau 24 : Victimes de violences sexuelles - Communes de résidence ; CHUC ; 2010-2021	116
Tableau 25 : Victimes de violences sexuelles - Profession ; CHUC ; 2010-2021	118
Tableau 26 : Victimes de violences sexuelles- Antécédents gynéco-obstétricaux et sexuels ; CHUC ; 2010-2021.....	120
Tableau 27 : Victimes de violences sexuelles-Médication et/ou l’usage de drogue(s);CHUC;2010-2021	121
Tableau 28 : Victimes de violences sexuelles- Antécédents judiciaires ; CHUC ; 2010-2021	122
Tableau 29 : Communes de résidence des auteurs présumés ; CHUC ; 2010-2021	127
Tableau 30 : Auteurs présumés de violences sexuelles - Antécédents judiciaires ; CHUC ; 2010-2021	130
Tableau 31 :Victimes de violences sexuelles- Année de l’agression; CHUC ; 2010-2021	131
Tableau 32 :Victimes de violences sexuelles- Mois de l’agression ; CHUC ; 2010-2021	132
Tableau 33 :Victimes de violences sexuelles - Jour de l’agression ; CHUC ; 2010-2021	133
Tableau 34 : Victimes de violences sexuelles - Lieu de l’agression ; CHUC; 2010-2021	136
Tableau 35 : Victimes de violences sexuelles - Agresseur connu ; CHUC ; 2010-2021	137
Tableau 36 : Victimes de violences sexuelles - Violence rapportée ; CHUC ; 2010-2021	138
Tableau 37 :Victimes de violences sexuelles - Facteur(s) aggravant(s)/situation(s) de vulnérabilité ; CHUC ; 2010-2021	139
Tableau 38 : Répartition selon la violence sexuelle; CHUC; 2010-2021	140
Tableau 39 : Victimes de violences sexuelle- Zones et types de pénétrations; CHUC; 2010-2021	141

----- Liste des tableaux

Tableau 40 : Victimes de violences sexuelles - Lésion(s) objectivée(s) à l'examen physique ; CHUC ; 2010-2021.....	145
Tableau 41 : Victimes de violences sexuelles - Lésion(s) ano-génitale(s) selon la zone ; CHUC ; 2010-2021.....	146
Tableau 42 : Victimes de violences sexuelles - Lésion(s) objectivée(s) à l'examen de la sphère anale ; CHUC ; 2010-2021.....	147
Tableau 43 : Victimes de violences sexuelles - Lésion(s) ano-génitale(s) selon la zone ; CHUC ; 2010-2021.....	148
Tableau 44 : Victimes de violences sexuelles - Prélèvements effectués ; CHUC ; 2010-2021.....	150
Tableau 45 : Victimes de violences sexuelles- Prélèvements conservatoires ; CHUC ; 2010-2021 ...	153
Tableau 46 : Victimes de violences sexuelles-Prévention/prescriptions ; CHUC ; 2010-2021.....	154
Tableau 47 : Victimes de violences sexuelles - Suites médico-légales ; CHUC ; 2010-2021.....	155
Tableau 48 : Victimes de violences sexuelles- Résultats des examens complémentaires anatomo-pathologiques, biochimiques, virologiques et parasitologiques ; CHUC ; 2010-2021.....	157
Tableau 49 : Victimes de violences sexuelles - Résultats des examens toxicologiques; CHUC ; 2010-2021.....	158
Tableau 50 : Victimes de violences sexuelles - Prise en charge au service d'épidémiologie ; CHUC ; 2010-2021.....	161
Tableau 51 : Victimes de violences sexuelles - Prise en charge au service des maladies infectieuses ; CHUC ; 2010-2021.....	162
Tableau 52 : Victimes de violences sexuelles - Prise en charge à l'unité de psychologie ; CHUC ; 2010-2021.....	163
Tableau 53 : Victimes de violences sexuelles - Données relatives aux complications ; CHUC ; 2010-2021.....	164
Tableau 54 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de la réquisition ; CHUC ; 2010-2021.....	164
Tableau 55 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de la réquisition et la date de l'examen initial au service de médecine légale CHUC ; 2010-2021.....	166
Tableau 56 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial au service de médecine légale ; CHUC ; 2010-2021.....	167
Tableau 57 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial au service d'épidémiologie ; CHUC ; 2010-2021.....	168
Tableau 58 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial au service des maladies infectieuses ; CHUC ; 2010-2021.....	169
Tableau 59 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'examen initial à l'unité de psychologie ; CHUC ; 2010-2021.....	170
Tableau 60 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de l'examen initial et la date de remise du rapport médico-légal ; CHUC ; 2010-2021.....	171
Tableau 61 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de l'examen initial et la date de remise du complément de rapport médico-légal ; CHUC ; 2010-2021.....	172
Tableau 62 : Circuit de prise en charge des victimes de violences sexuelles à Constantine.....	173
Tableau 63 : Caractéristiques socio-démographiques et lieu d'agression selon le sexe.....	177
Tableau 64 : Caractéristiques socio-démographiques et lieu d'agression selon l'âge.....	178
Tableau 65 : Auteurs de violences sexuelles durant la période 2010-2019.....	179
Tableau 66 : Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des auteurs présumés de 2010 à 2019.....	180
Tableau 67 : Auteurs de violences sexuelles durant la période 2020-2021.....	182
Tableau 68 : Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des auteurs présumés ; 2020-2021.....	183

----- Liste des tableaux

Tableau 69 : Auteurs de violences sexuelles durant la période 2010-2021	184
Tableau 70 : Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des auteurs présumés 2010-2021 .	185
Tableau 71 : Violences sexuelles : Auteurs présumés ; Délai de passage en médecine légale	187
Tableau 72 : Violences sexuelles : Auteurs présumés ; Représentation paramétrique de l'âge ; CHUC ; 2010-2021	188
Tableau 73 : Violences sexuelles : Répartition selon la médication et/ou l'usage de drogue(s) des auteurs présumés ; CHUC ; 2010-2021	192
Tableau 74 : Violences sexuelles : Auteurs présumés ; Prévention / Prescription ; CHUC ; 2010-2021	194
Tableau 75 : Violences sexuelles : Auteurs présumés ; Résultats des examens complémentaires ; CHUC ; 2010-2021	195
Tableau 76 : Fréquence des violences sexuelles -victimes décédées- durant la période 2010-2019...	198
Tableau 77 : caractéristiques socio-démographiques et cliniques des victimes décédées de 2010-2019	199
Tableau 78 : Fréquence des violences sexuelles -victimes décédées- durant la période 2020-2021 ...	200
Tableau 79 : Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des victimes décédées de 2010-2021	201
Tableau 80 : Fréquence des violences sexuelles -victimes décédées- de 2010 à 2021.....	202
Tableau 81 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des victimes de 2010 à 2021	203
Tableau 82 : Victimes décédées ; Délai entre le jour de l'agression et le jour de l'autopsie ; CHUC ; 2010-2021.....	205
Tableau 83 : Victimes décédées ; Représentation paramétrique de l'âge ; CHUC ; 2010-2021	206
Tableau 84 : Victimes décédées ; Répartition selon l'origine géographique ; CHUC ; 2010-2021	208
Tableau 85 : Victimes décédées ; Répartition selon la profession ; CHUC ; 2010-2021	208
Tableau 86 : Victimes décédées ; Répartition selon les antécédents gynéco-obstétricaux et sexuels ; CHUC ; 2010-2021	210
Tableau 87 : Victimes décédées ; Répartition selon la médication et/ou l'usage de drogue(s) ; CHUC ; 2010-2021.....	212
Tableau 88 : Victimes décédées ; Répartition selon les antécédents judiciaires ; CHUC ; 2010-2021	213
Tableau 89 : Victimes décédées ; Répartition selon le retard/l'échec scolaire ; CHUC ; 2010-2021..	213
Tableau 90 : Répartition selon le sexe des auteurs présumés des violences - Victimes décédées ; CHUC ; 2010-2021	214
Tableau 91 : Répartition selon l'âge des auteurs présumés des violences -Victimes décédées ; CHUC ; 2010-2021.....	214
Tableau 92 : Victimes décédées -Statut civil des auteurs présumés; CHUC ; 2010-2021.....	215
Tableau 93 : Victimes décédées- Nombre d'enfants des auteurs présumés; CHUC ; 2010-2021	215
Tableau 94 : Victimes décédées- Wilaya de résidence des auteurs présumés; CHUC ; 2010-2021	215
Tableau 95 : Victimes décédées - Antécédents des auteurs présumés; CHUC ; 2010-2021.....	216
Tableau 96 : Victimes décédées - Année de l'agression ; CHUC ; 2010-2021	217
Tableau 97 : Victimes décédées - Mois de l'agression ; CHUC ; 2010-2021	218
Tableau 98 : Victimes décédées- Jour de l'agression ; CHUC ; 2010-2021.....	219
Tableau 99 : Victimes décédées - Agression au cours des week-end et/ou des jours fériés ; CHUC ; 2010-2021	219
Tableau 100 : Victimes décédées- Agression au cours du mois de Ramadan ; CHUC ; 2010-2021 ...	220
Tableau 101 : Victimes décédées - Répartition selon la saison de l'agression ; CHUC ; 2010-2021	220
Tableau 102 : Victimes décédées - Lieu de l'agression ; CHUC ; 2010-2021	220
Tableau 103 : Victimes décédées - Nombre d'agresseurs ; CHUC ; 2010-2021.....	221

----- Liste des tableaux

Tableau 104 :Victimes décédées- Agresseur connu ; CHUC ; 2010-2021	221
Tableau 105 :Victimes décédées - Violences rapportées ; CHUC ; 2010-2021.....	221
Tableau 106 :Victimes décédées -Facteurs aggravants/situation(s) de vulnérabilité ; CHUC ; 2010-2021	222
Tableau 107 : Victimes décédées - Prise de toxique avant l'agression ; CHUC ; 2010-2021	222
Tableau 108 : Victimes décédées - Zone et le type de pénétration ; CHUC ;2010-2021	223
Tableau 109 :Victimes décédées- Utilisation ou non de préservatif ; CHUC ; 2010-2021	224
Tableau 110 :Victimes décédées -Menstruations ; CHUC ; 2010-2021	224
Tableau 111 :Victimes décédées - Corps lavé avant l'examen ; CHUC ; 2010-2021	224
Tableau 112 : Victimes décédées- Lésion(s) objectivée(s) à l'examen corporel ; CHUC ; 2010-2021	225
Tableau 113 : Victimes décédées- Lésion(s) objectivée(s) à l'examen anal ; CHUC ; 2010-2021	226
Tableau 114 : Victimes décédées - Lésions objectivées à l'examen ano-génital ; CHUC ; 2010-2021	226
Tableau 115 :Victimes décédées - Lésions ano-génitales ; CHUC ; 2010-2021	227
Tableau 116 Victimes décédées - Prélèvements effectués ; CHUC ; 2010-2021	227
Tableau 117 :Victimes décédées - Conservation des prélèvements ; CHUC ; 2010-2021	229
Tableau 118 :Victimes décédées - Suites médicolégales ; CHUC ; 2010-2021	229
Tableau 119 : Victimes décédées- Examens complémentaires ; CHUC ; 2010-2021	230
Tableau 120 :Victimes décédées- Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de la réquisition; CHUC ; 2010-2021	232
Tableau 121 :Victimes décédées - Délai entre la date de la réquisition et la date de l'autopsie réalisée au service de médecine légale ; CHUC ; 2010-2021.....	233
Tableau 122 :Victimes décédées - Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l'autopsie réalisée au service de médecine légale ; CHUC ; 2010-2021.....	233
Tableau 123 : Victimes décédées - Délai entre la date de réalisation de l'autopsie et la date de remise du rapport médico-légal ; CHUC ; 2010-2021	234
Tableau 124 : Victimes décédées - Délai entre la date de la réalisation de l'autopsie et la date de remise du complément de rapport médico-légal ; CHUC ; 2010-2021.....	234
<i>Tableau 125 : Population de l'étude</i>	<i>240</i>
<i>Tableau 126 : Sexe de la victime dans les différentes études</i>	<i>241</i>
Tableau 127 : Age de la victime dans les différentes études.....	242
Tableau 128 : Situation matrimoniale de la victime dans les différentes études	243
Tableau 129 : Origine géographique de la victime dans les différentes études.....	244
Tableau 130 : Antécédents des victimes dans les différentes études	245
Tableau 131 : Sexe de l'agresseur dans les différentes études	246
<i>Tableau 132 : Age de l'agresseur dans les différentes études</i>	<i>247</i>
Tableau 133 : Nombre des agresseurs dans les différentes études	248
Tableau 134 : Identité connue de l'agresseur dans les différentes études.....	248
Tableau 135 : Lien entre la victime et l'agresseur connu dans les différentes études	249
Tableau 136 : Profession de l'agresseur dans les différentes études	251
Tableau 137 : Lieu de l'agression dans les différentes études.....	252
Tableau 138 : Saison de l'agression dans les différentes études	253
Tableau 139 : jour de l'agression dans les différentes études.....	253
Tableau 140 : Agression le mois de Ramadan dans les différentes études	254
Tableau 141 : Attouchements et pénétrations dans les différentes études.....	254
Tableau 142 : zones de pénétration et éjaculation dans les différentes études	255

Liste des tableaux

Tableau 143 : Consommation d'alcool et/ou de drogues avant l'agression/Soumission chimique dans les différentes études	256
Tableau 144 : Délai agression-consultation dans les différentes études.....	260
Tableau 145 : Examen physique dans les différentes études.....	260
Tableau 146 : Lésions anales dans les différentes études	263
Tableau 147 : Lésions génitales dans les différentes études.....	265
Tableau 148 : Fréquence des lésions génitales selon l'âge des victimes.....	268
Tableau 149 : Fréquence des lésions selon le délai d'examen dans les études	268
Tableau 150 : Lésions selon le nombre d'agresseurs	270
Tableau 151 : Soins dans les différentes études	271
Tableau 152 : Grossesses et/ou avortements dans les différentes études	274

Liste des figures

Figure 1 : Evolution du nombre de violences sexuelles enregistrées par les forces de sécurité (UE 28), entre 2014 et 2018	16
Figure 2 : Evolution du nombre de violences sexuelles enregistrées par les forces de sécurité (UE 28), entre 2014 et 2018	17
Figure 3 : Mécanismes physiopathologiques impliqués dans la genèse des troubles métaboliques et cardiovasculaires induits par les violences sexuelles (36,41).....	29
Figure 4 : Etat de stress post-traumatique (six premiers mois) (47).....	31
Figure 5 : L'étalement de la cloison rectovaginale par l'examen bimanuel(51)	49
Figure 6 : Classification de Simonin et Billard	49
Figure 7 : Anatomie de la vulve Figure 8 : Schéma horaire, l'hymen étant décrit.....	50
Figure 9 : Examen de l'hymen à l'aide d'un ballonnet introduit dans la cavité vaginale	50
Figure 10 : Les lésions de la défloration : Zone de prédilection des déchirures hyménales : à gauche, déchirure complète à 7h ; à droite, déchirure incomplète à 5h.....	51
Figure 11 : Examen génital de la petite fille en position grenouille	52
Figure 12 : Appréciation de la maturation pubertaire selon les stades de Tanner.....	54
Figure 13: Diagramme de flux de la sélection des dossiers des victimes vivantes	103
Figure 14 : Fréquence des violences sexuelles durant la période 2010-2019.....	104
Figure 15 : Fréquence des violences sexuelles durant la période 2020-2021	107
Figure 16: Fréquence des violences sexuelles par année de 2010 à 2021	109
Figure 17 : Sexe des victimes de violences sexuelles ; CHUC ; 2010-2021	112
Figure 18: Statut civil des victimes de violences sexuelles; CHUC ; 2010-2021	113
Figure 19: Nombre d'enfants des victimes de violences sexuelles; CHUC ; 2010-2021.....	114
Figure 20 : Victimes de violences sexuelles - Localisation géographique ; CHUC ; 2010-2021.....	114
Figure 21 : Victimes de violences sexuelles - Wilaya de résidence ; CHUC ; 2010-2021.....	115
Figure 22 : Victimes de violences sexuelles- Communes de résidence; CHUC ; 2010-2021	116
Figure 23 : Victimes de violences sexuelles - Provenance ; CHUC ; 2010-2021	117
Figure 24 : Victimes de violences sexuelles - Niveau d'instruction ; CHUC ; 2010-2021	117
Figure 25 : Victimes de violences sexuelles - Antécédents médicaux ; CHUC ; 2010-2021.....	118
Figure 26 : Victimes de violences sexuelles- Antécédents chirurgicaux ; CHUC ; 2010-2021	119
Figure 27 : Victimes de violences sexuelles - Antécédents psychiatriques; CHUC; 2010-2021	119
Figure 28 : Victimes de violences sexuelles- Retard et/ou l'échec scolaire ; CHUC; 2010-2021	122
Figure 29 : Sexe des auteurs présumés de violences sexuelles; CHUC ; 2010-2021	123
Figure 30 : Age des auteurs présumés de violences sexuelles ; CHUC ; 2010-2021	123
Figure 31 : Statut civil des auteurs présumés de violences sexuelles; CHUC; 2010-2021	124
Figure 32 : Nombre d'enfants des auteurs présumés de violences sexuelles; CHUC ; 2010-2021.....	124
Figure 33 : Auteurs présumés de violences sexuelles – Localisation géographique ; CHUC ; 2010-2021	125
Figure 34 : Wilayas de résidence des auteurs présumés; CHUC ; 2010-2021	125
Figure 35 : Wilayas de résidence des auteurs présumés; CHUC ; 2010-2021	126
Figure 36 : Commune de résidence des auteurs présumés	126
Figure 37 : Auteurs présumés de violences sexuelles- Niveau d'instruction ; CHUC ; 2010-2021....	127
Figure 38 : Auteurs présumés de violences sexuelles- Profession; CHUC; 2010-2021	128
Figure 39 : Auteurs présumés de violences sexuelles- Antécédents médicochirurgicaux ; CHUC ; 2010-2021.....	128
Figure 40 : Auteurs présumés de violences sexuelles- Antécédents psychiatriques ; CHUC ; 2010-2021	129

----- Liste des figures

Figure 41 : Auteurs présumés de violences sexuelles - Médication et l’usage de drogue(s) ; CHUC ; 2010-2021.....	129
Figure 42 :Auteurs présumés de violences sexuelles - Retard/l’échec scolaire ; CHUC ; 2010-2021	130
Figure 43 :Victimes de violences sexuelles - Année de l’agression ; CHUC ; 2010-2021.....	131
Figure 44 :Victimes de violences sexuelles - Mois de l’agression ; CHUC ; 2010-2021	132
Figure 45 :Victimes de violences sexuelles - Jour de l’agression ; CHUC ; 2010-2021.....	133
Figure 46 : Victimes de violences sexuelles- Agression les weekends et jours fériés ; CHUC ; 2010-2021	134
Figure 47 :Victimes de violences sexuelles - Agression le mois de Ramadan ; CHUC ; 2010-2021..	134
Figure 48 :Victimes de violences sexuelles - Saison de l’agression ; CHUC ; 2010-2021	135
Figure 49 :Victimes de violences sexuelles - Nombre d’agresseurs ; CHUC ; 2010-2021	137
Figure 50 :Victimes de violences sexuelles - Prise d’alcool et/ou de drogue(s) avant l’agression ; CHUC ; 2010-2021	139
Figure 51 : Victimes de violences sexuelles- Utilisation de préservatif ; CHUC ; 2010-2021	141
Figure 52 :Victimes de violences sexuelles - Contact sexuel buccal consentant récent ; CHUC ; 2010-2021.....	142
Figure 53 :Victimes de violences sexuelles - Contact sexuel vaginal consentant récent ; CHUC ; 2010-2021.....	142
Figure 54 : Victimes de violences sexuelles - Contact sexuel anal consentant récent ; CHUC ; 2010-2021.....	143
Figure 55 :Victimes de violences sexuelles - Menstruations ; CHUC ; 2010-2021	143
Figure 56 :Victimes de violences sexuelles - Corps lavé avant l'examen ; CHUC ; 2010-2021.....	144
Figure 57 : Victimes de violences sexuelles – Vêtements changés avant l'examen ; CHUC ; 2010-2021	144
Figure 58 : Lésions ano-génitales selon la zone, chez les patient·e·s ayant fait l’objet d’un examen gynécologique (n = 1477). Illustration : Romain Dewaele© www.unige.ch/ssi	149
Figure 59 : Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de la réquisition ; CHUC ; 2010-2021	165
Figure 60 :Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de la réquisition et la date de l’examen initial au service de médecine légale CHUC ; 2010-2021	166
Figure 61 :Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l’examen initial au service de médecine légale ; CHUC ; 2010-2021	167
Figure 62 :Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l’examen initial au service d’épidémiologie ; CHUC ; 2010-2021.....	168
Figure 63 :Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l’examen initial au service des maladies infectieuses ; CHUC ; 2010-2021	169
Figure 64 :Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de début de la dernière agression et la date de l’examen initial au service de psychologie ; CHUC ; 2010-2021	170
Figure 65 :Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de l’examen initial et la date de remise du rapport médico-légal ; CHUC ; 2010-2021	171
Figure 66 :Victimes de violences sexuelles - Délai entre la date de l’examen initial et la date de remise du complément de rapport médico-légal ; CHUC ; 2010-2021.....	172
Figure 67 :Circuit de prise en charge des victimes de violences sexuelles à Constantine	176
Figure 68 : Diagramme de flux de la sélection des dossiers des auteurs présumés.....	179
Figure 69 : Auteurs de violences sexuelles durant la période 2010-2019	180
Figure 70 : Auteurs de violences sexuelles durant la période 2020-2021	182
Figure 71: Auteurs de violences sexuelles durant la période 2010-2021	185
Figure 72 :Violences sexuelles : Auteurs présumés ; Contexte de l’examen ; CHUC ; 2010-2021	187

----- Liste des figures

Figure 73 :Violences sexuelles : Auteurs présumés ; Répartition selon l'âge ; CHUC ; 2010-2021	188
Figure 74 :Violences sexuelles : Auteurs présumés ; Répartition selon le statut civil ; CHUC ; 2010-2021	189
Figure 75 :Violences sexuelles : Auteurs présumés ; Répartition selon le nombre d'enfants ; CHUC ; 2010-2021	189
Figure 78 :Violences sexuelles : Répartition selon la Wilaya de résidence des auteurs présumés ; CHUC ; 2010-2021	190
Figure 76 :Violences sexuelles : Auteurs présumés ; Répartition selon le niveau d'instruction ; CHUC ; 2010-2021	190
Figure 77 : <i>Violences sexuelles : Auteurs présumés ; Répartition selon la profession ; CHUC ; 2010-2021</i>	191
Figure 79 : Violences sexuelles : Répartition selon les antécédents des auteurs présumés ; CHUC ; 2010-2021	191
Figure 80 :Violences sexuelles : Répartition selon les antécédents judiciaires des auteurs présumés ; CHUC ; 2010-2021	193
Figure 81 :Violences sexuelles : Répartition selon le retard et/ou l'échec scolaire des auteurs présumés ; CHUC ; 2010-2021	193
Figure 82 : Diagramme de flux de la sélection des dossiers des victimes décédées	197
Figure 83 : Fréquence des violences sexuelles- victimes décédées- durant la période 2010-2019	198
Figure 84 : Fréquence des violences sexuelles -victimes décédées- durant la période 2020-2021	200
Figure 85 : Fréquence des violences sexuelles -victimes décédées- de 2010 à 2021	203
Figure 86 : Victimes décédées ; Répartition selon le sexe ; CHUC ; 2010-2021	206
Figure 87 :Victimes décédées ; Répartition selon l'âge ; CHUC ; 2010-2021	206
Figure 88 : Victimes décédées ; Répartition le statut civil ; CHUC ; 2010-2021	207
Figure 89 : Victimes décédées ; Répartition selon le nombre d'enfants ; CHUC ; 2010-2021	207
Figure 90 : Victimes décédées ; Répartition selon le niveau d'instruction ; CHUC ; 2010-2021	209
Figure 91 : Victimes décédées ; Répartition selon la profession ; CHUC ; 2010-2021	209
Figure 92 :Victimes décédées ; Répartition selon les antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques ; CHUC ; 2010-2021	210
Figure 93 : Victimes décédées - Année de l'agression ; CHUC ; 2010-2021	217
Figure 94 :Victimes décédées - Mois de l'agression ; CHUC ; 2010-2021	218
Figure 95 :Victimes décédées - Répartition selon le jour de l'agression ; CHUC ; 2010-2021	219
Figure 96 : Plaie radiaire : Fissuration semi-récente	262
Figure 97 : Plaie radiaire profonde : Fissuration semi-récente	262
Figure 98 : Plaie radiaire : Fissuration récente	263
Figure 99 : Lésions vulvaire récentes	266
Figure 100 : Lésion hyménéale complète : déchirure semi-récente	266
Figure 101 : Lésions anciennes de l'hymen : hyménorrhaphie récente	267
Figure 102 : Hymen intact	269
Figure 103 : Hymen imperforé	269
Figure 104 : Violence sexuelle et strangulation au lien d'un enfant de 9 ans	276

Annexes

Annexe 1 : Formulaire de renseignements sur les victimes de violences de nature sexuelle.

Annexe 2 : Formulaire de renseignements sur les auteurs présumés de violences de nature sexuelle.

Annexe 3 : Fiche d'information en français.

Annexe 4 : Fiche d'information en arabe.

Annexe 5 : Formulaire de recueil de consentement en français.

Annexe 5bis : Fiche de consentement de participation à une étude.

Annexe 6 : Formulaire de recueil de consentement en arabe.

Annexe 7 : Carnet de suivi patient.

Annexe 8 : Fiche de signalement des violences faites aux enfants et aux personnes vulnérables.

Annexe 9 : Recommandations informations utiles

A/ Renseignements administratifs et caractéristiques générales des victimes d'agression sexuelle

Référence: /.../... Date d'arrivée: Heure d'arrivée: h...

Sexe: F M

Date de naissance: NP

Lieu de naissance: Algérie Etranger NP

Nationalité: Algérienne Autre NP

Age de la victime au jour des faits :

<16 ans	[16 -18 [ans	[18 -19 [ans	[19-35[ans	[35-50[ans	[50-65[ans	≥ 65 ans	NP
<input type="text"/>							

Niveau d'instruction :

Analphabète	primaire	moyen	secondaire	C.A.P.	universitaire	NP
<input type="text"/>						

Catégorie socio-professionnelle :

agriculteur exploitant	artisan, commerçant, chef d'entreprise	cadre et professions intellectuelles supérieures	employé	ouvrier	retraité	sans profession	NP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lieu de résidence :

commune	wilaya	NP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Contexte familial :

- *Statut marital :*

célibataire	marié	séparé	divorcé	veuf	NP
<input type="text"/>					

- *Nombre d'enfants :*

0	1-2	≥3	NP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

B/ Circonstances de l'agression

Heure:

07h-18h	18h-21h	21h-00h	00h-07h	NP
<input type="text"/>				

Lieu:

domicile victime	espace public	espace de travail	espace d'études	institution publique	autre	NP
<input type="text"/>						

Type d'agression :

physique	sexuelle	psychologique	soumission chimique	vol	autre	NP
<input type="text"/>						

ANNEXE 1 : FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS SUR LES VICTIMES DE VIOLENCES DE NATURE SEXUELLE

Circonstances aggravantes :

		OUI	NON	NP
vulnérabilité apparente ou connue de l'auteur	victime <16ans au jour des faits			
	maladie			
	grossesse			
	infirmité			
	déficience physique ou psychique			
auteur parent ou personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions				
en présence de mineur(s) (âge < 18 ans)				
utilisation d'une arme				
menace, surprise, chantage, pression, intimidation				
blessures, mutilation, infirmité permanente				
homicide involontaire				
Meurtre				
Assassinat				

C/ Caractéristiques de l'agresseur présumé et lien avec la victime
Caractéristiques générales

Nombre : 01 02 ≥03 NP

Sexe: F M

Date de naissance: NP

Age de l'auteur au jour des faits :

<10ans	[10-13[ans	[13-16[ans	[16-18[ans	[18-19[ans	[19-35[ans	[35-50[ans	[50-65[ans	≥65ans	NP

Lieu de naissance: Algérie Etranger NP

Nationalité: Algérienne Autre NP

Niveau d'instruction :

analphabète	primaire	moyen	secondaire	C.A.P.	universitaire	NP

Catégorie socio-professionnelle :

agriculteur exploitant	artisan, commerçant, chef d'entreprise	cadre, professions intellectuelles supérieures	employé	ouvrier	retraité	sans profession	NP

Lieu de résidence :

commune	wilaya	NP

Contexte familial :

- **Statut marital :**

célibataire	marié	séparé	divorcé	veuf	NP

- **Nombre d'enfants :**

0	1-2	≥3	NP

C.H.U. de Constantine / Service de médecine légale / Unité d'Urgences médico-judiciaires
 Médecin Chef : Pr. Z. BOUDRAA

ANNEXE 1 : FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS SUR LES VICTIMES DE VIOLENCES DE NATURE SEXUELLE

Lien avec l'auteur :		OUI	NON	NP
aucun (inconnus l'un pour l'autre)				
auteur connu	ascendant, proche parent (mahrim)			
	de la classe de ceux qui ont autorité sur la victime			
	instituteur			
	serviteur à gages			
	serviteurs à gages des ascendants, de ceux qui ont autorité sur elle, ses instituteurs			
	fonctionnaire ou ministre d'un culte			
	aidé par une ou plusieurs personnes			
	ami			
	voisin			
Autre				

❖ cas d'inceste :		OUI	NON	NP
	Grand-père/Grand-mère			
	Père/Mère/Kafil			
	Fils/Fille			
	Petit-fils/Petite-fille			
	Arrière petit-fils/ Arrière petite-fille			
	Frère/Sœur			
	Oncle/Tante			
	Beau-père/Belle-mère			
	Parâtre/Marâtre			
Beau-frère/Belle-sœur				

D/ Prise en charge médico-légale initiale de la victime (1^{ère} consultation)

Mode de consultation:

initiative victime	accompagné(e) / tuteur légal	réquisition judiciaire	autre, avis interservices	NP

Interrogatoire:

	≤72 heures	>72 heures	>01 semaine	>15 jours	NP
Délai de consultation:					

Infraction présumée (définition pénale) / Type de contact sexuel:		OUI	NON	NP
Viol / Tentative de viol	Pénétration du sexe par le sexe	tenté		
		consommé		
Attentat à la Pudeur/ Tentative d'attentat à la pudeur	Pénétration de l'anus par le sexe	tenté		
		consommé		
	Pénétration de l'anus par les doigts ou un objet	tenté		
		consommé		
	Pénétration de la bouche par le sexe	tenté		
		consommé		
Pénétration que vous aviez due faire				
Atouchement du sexe subi (y compris avec la langue)				
Atouchement du sexe que vous aviez due faire (y compris avec la langue)				
Etre forcé de montrer vos seins, votre sexe, de vous dénuder				
Inceste				
Incitation à la débauche /Prostitution				
Cyberprédation				
Exposition à du matériel pornographique				
Chantage à l'aide de photos ou d'enregistrements à caractère sexuel				

C.H.U. de Constantine / Service de médecine légale / Unité d'Urgences médico-judiciaires
 Médecin Chef : Pr. Z. BOUDRAA

ANNEXE 1 : FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS SUR LES VICTIMES DE VIOLENCES DE NATURE SEXUELLE

	douleur	saignement	éjaculation					rapport protégé	toilette, alimentation, défécation...
			buccale, génitale, anale	reste du corps	vêtements	lit	autre		
OUI									
NON									
NP									

Présence de tiers pendant l'acte : OUI NON NP

Répétition de l'acte : OUI NON NP

- Si oui (répétition) :	OUI	NON	NP
avec la même personne			
avec des personnes différentes			
acte régulier			
acte occasionnel			

Prise de toxique avant l'acte:		tabac	alcool	cannabis	psychotropes	héroïne/cocaïne	prégabaline	autre
victime	OUI							
	volontaire							
	involontaire							
	NON							
	NP							
Auteur	OUI							
	NON							
	NP							

Reconnaissance des faits par l'auteur présumé:

OUI totalement	OUI partiellement	NON	NP

Antécédents de la victime:

- Antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques	OUI	NON	NP
médicaux			
chirurgicaux			
psychiatriques			
vaccination			
	Anti hépatite B		
	Ani-tétanique		
transfusions sanguines			
blessures physiques préexistantes			
automutilation			

- Médication/usage de drogues	de	tabac	alcool	cannabis	psychotropes	Héroïne/cocaïne	prégabaline	Autre
OUI								
NON								
NP								

ANNEXE 1 : FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS SUR LES VICTIMES DE VIOLENCES DE NATURE SEXUELLE

- **Antécédents gynéco-obstétricaux**

	ménarches	date des dernières règles		grossesse	ménopause	contraception	virginité antérieure aux faits
		≤10 jours	> 10 jours				
OUI							
NON							
NP							

- **Antécédents sexuels**

✓ Orientation sexuelle :

	hétérosexuelle	homosexuelle	habitudes de fréquentation de travailleurs (euses) du sexe
OUI			
NON			
NP			

✓ Antécédents d'agression sexuelle subie, au cours de l'enfance ou de l'adolescence :

OUI NON NP

si Oui :	OUI	NON	NP
avant l'âge de 10 ans			
unique			
multiple ou répétée			
par un membre de la famille			
par une personne connue mais étrangère à la famille			
par une personne inconnue			
dépôt de plainte			

✓ Date du plus récent rapport sexuel consentant :	buccal			vaginal			Anal		
	OUI	NON	NP	OUI	NON	NP	OUI	NON	NP
remonte à ≤ 72 heures									
remonte à > 72 heures									
éjaculation									
rapport protégé									
utilisation de lubrifiant									
avant les faits en cause									
après les faits en cause									

- **Antécédents judiciaires :**

infraction	OUI			NON	NP
	01	02	>02		
sexuelle					
non sexuelle					

- **Antécédents d'échec ou retard scolaire :**

OUI NON NP

Examen clinique

Etat psychologique:

Calme	choc	refus	peur	confusion	anxiété	retrait	culpabilité	irritabilité	méfiance	NP

Aspect extérieur, troubles apparents :

diminution de la vigilance	possibilité de présence de lésions internes	consommation d'alcool et de drogues	signes de grossesse	stades de la puberté			co-morbidités	NP
				pré-pubertaire	pubertaire	adulte		

C.H.U. de Constantine / Service de médecine légale / Unité d'Urgences médico-judiciaires
 Médecin Chef : Pr. Z. BOUDRAA

ANNEXE 1 : FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS SUR LES VICTIMES DE VIOLENCES DE NATURE SEXUELLE

Etat des vêtements:

déchirures	traces de sang	traces de sperme	poils	débris de terre	changés	lavés	NP

Lésions éventuelles retrouvées au cours de l'examen :

- **examen physique**

lésions à différents stades de guérison	lésions délibérément cachées ou non cohérentes avec l'histoire	contusions	plaies	griffures morsures	brulures	fractures	autre	NP

- **examen génital**

✓ **fémnin :**

hymen intact	hymen complaisant	lésions hyménales anciennes	lésions hyménales récentes	déchirures ou contusions					signes en faveur d'une I.S.T.	menstruations-débris trophoblastiques	NP
				périnée	vulvo-périnéales	vagin	culs-de sac	col			

✓ **masculin :**

circoncision	lésion de la verge	lésion du gland	lésion du prépuce	lésion du scrotum	stigmates en faveur d'une I.S.T.	NP

- **examen anal**

contusions	plaies	effacement plis radiaires	béance anale	déformation entonnoir	contracture du sphincter	relâchement du sphincter	stigmates en faveur d'une I.S.T.	NP

Photographies : OUI NON NP

Prélèvements

Locaux :

	traces			poils et cheveux	substances étrangères	échantillons de référence (poils et cheveux)	débris trophoblastiques	frottis (recherche de spermatozoïdes)		
	salive	sperme	sang séché					buccal	vaginal	anal
OUI										
NON										
NP										

Sanguins :

	β HCG	recherche I.S.T.	à visée toxicologique	à visée génétique	bilan biologique standard
à notre niveau prescription (orientation)					
NON					
NP					

Urinaires :

	β HCG	à visée toxicologique
à notre niveau prescription (orientation)		
NON		
NP		

C.H.U. de Constantine / Service de médecine légale / Unité d'Urgences médico-judiciaires
 Médecin Chef : Pr. Z. BOUDRAA

ANNEXE 1 : FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS SUR LES VICTIMES DE VIOLENCES DE NATURE SEXUELLE

Conservatoires :

nombre tubes/ écouvillons	sang		urines	frottis			cheveux	vêtements	autres : cils, ongles, empreinte morsure...
	à visée génétique	à visée toxicologique		buccal	vaginal	anal			
00 – 04									
NON									
NP									

Prévention / Prescriptions

Traitement préconisé :		OUI			NON	NP
		Administré / Fait	Prescrit	Orientation		
Contraception d'urgence						
Antibioprofylaxie	Ceftriaxone					
	Azithromycine					
	Métronidazole					
	Benzathine benzylpenicilline					
Traitement anti-rétroviral						
Vaccin anti-VHB (1 ^{ère} dose/3)						
Immunoglobuline VHB (1 ^{ère} dose/2)						
Vaccin anti-tétanos (1 ^{ère} dose/3)						
Immunoglobuline tétanos						
Sutures						

Arrêt de travail :

01 jour	02 jours	03 jours	01 semaine	10 jours	> 10 jours	Aucun	NP

Orientations / Avis:

Epidémiologue	Infectiologue	Gynécologue / Urologue	Pédiatre	Gastro- entérologue	Equipe de liaison psychiatrique	Chirurgien/ Chirurgien pédiatre	Psychologue	Assistante sociale
OUI								
NON								
NP								

Suites médico-légales

Demande de réquisition :

Signalement aux autorités judiciaires:

ITT : ≤ 15 jours > 15 jours Non fixée

Rapport remis à : Intéressé Tuteur légal Autorité requérante

Intention de porter plainte ou l'a déjà fait: OUI NON NP

Suivi et résultats des examens complémentaires

Suivi par l'équipe de médecine légale (résultats ramenés par le patient ou à défaut consultés au niveau des autres services)	2 ^{ème} consultation : 72 h RDV le..... à..... Avec DR..... Notes :	<table border="1"> <tr> <th>Résultat</th> <th>NFS</th> <th>ALAT/ASAT</th> <th>β HCG</th> <th>V I H</th> <th>V H B</th> <th>V H C</th> <th>Syphilis</th> <th>Chlamydia</th> <th>Gonocoque</th> <th>Trichomonas</th> </tr> <tr> <td>Normal ou négatif</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Perturbé ou positif</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Résultat	NFS	ALAT/ASAT	β HCG	V I H	V H B	V H C	Syphilis	Chlamydia	Gonocoque	Trichomonas	Normal ou négatif										Perturbé ou positif										Non fait										NP																																										
	Résultat	NFS	ALAT/ASAT	β HCG	V I H	V H B	V H C	Syphilis	Chlamydia	Gonocoque	Trichomonas																																																																											
	Normal ou négatif																																																																																					
	Perturbé ou positif																																																																																					
	Non fait																																																																																					
NP																																																																																						
Bilan effectué ou prescrit ce jour :																																																																																						
3 ^{ème} consultation : 15 jours RDV le..... à..... Avec DR..... Notes :	<table border="1"> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="4">Bilan prélevé ou prescrit</th> <th colspan="4">Conduite à tenir</th> </tr> <tr> <th>NFS</th> <th>Créatinine</th> <th>ALAT</th> <th>BHCG plasmatique</th> <th>VIH</th> <th>VHB</th> <th>VHC</th> <th>Grossesse</th> </tr> <tr> <td>Fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Bilan prélevé ou prescrit				Conduite à tenir				NFS	Créatinine	ALAT	BHCG plasmatique	VIH	VHB	VHC	Grossesse	Fait									Non fait									NP																																																	
	Bilan prélevé ou prescrit				Conduite à tenir																																																																																	
	NFS	Créatinine	ALAT	BHCG plasmatique	VIH	VHB	VHC	Grossesse																																																																														
Fait																																																																																						
Non fait																																																																																						
NP																																																																																						
4 ^{ème} consultation : 01 mois RDV le..... à..... Avec DR..... Notes :	<table border="1"> <tr> <th>Résultat bilan 3^{ème} consultation</th> <th>NFS</th> <th>Créatinine</th> <th>ALAT</th> <th>βHCG plasmatique</th> </tr> <tr> <td>Normal ou négatif</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Perturbé ou positif</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Bilan prélevé ce jour :</p> <table border="1"> <tr> <th>NFS</th> <th>Créatinine</th> <th>ALAT</th> <th>βHCG selon risque</th> <th>PCR Chlamydia</th> <th>Sérologie VIH : Ac anti-VIH, Ag P24 ou ARN VIH</th> <th>Sérologie VHB : Ag -HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc</th> <th>Sérologie VHC</th> <th>Sérologie Syphilis selon risque</th> </tr> <tr> <td>Fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Conduite à tenir pour :</p> <table border="1"> <tr> <th>VIH</th> <th>VHB</th> <th>VHC</th> <th>Grossesse</th> </tr> <tr> <td>Fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NP</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Traitements administrés :</p> <table border="1"> <tr> <th>Immunoglobuline VHB (2^{ème} dose/2)</th> <th>Vaccin VHB (2^{ème} dose /3)</th> </tr> <tr> <td>Fait</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non fait</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NP</td> <td></td> </tr> </table>	Résultat bilan 3 ^{ème} consultation	NFS	Créatinine	ALAT	βHCG plasmatique	Normal ou négatif					Perturbé ou positif					Non fait					NP					NFS	Créatinine	ALAT	βHCG selon risque	PCR Chlamydia	Sérologie VIH : Ac anti-VIH, Ag P24 ou ARN VIH	Sérologie VHB : Ag -HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc	Sérologie VHC	Sérologie Syphilis selon risque	Fait									Non fait									NP									VIH	VHB	VHC	Grossesse	Fait				Non fait				NP				Immunoglobuline VHB (2 ^{ème} dose/2)	Vaccin VHB (2 ^{ème} dose /3)	Fait		Non fait		NP	
Résultat bilan 3 ^{ème} consultation	NFS	Créatinine	ALAT	βHCG plasmatique																																																																																		
Normal ou négatif																																																																																						
Perturbé ou positif																																																																																						
Non fait																																																																																						
NP																																																																																						
NFS	Créatinine	ALAT	βHCG selon risque	PCR Chlamydia	Sérologie VIH : Ac anti-VIH, Ag P24 ou ARN VIH	Sérologie VHB : Ag -HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc	Sérologie VHC	Sérologie Syphilis selon risque																																																																														
Fait																																																																																						
Non fait																																																																																						
NP																																																																																						
VIH	VHB	VHC	Grossesse																																																																																			
Fait																																																																																						
Non fait																																																																																						
NP																																																																																						
Immunoglobuline VHB (2 ^{ème} dose/2)	Vaccin VHB (2 ^{ème} dose /3)																																																																																					
Fait																																																																																						
Non fait																																																																																						
NP																																																																																						
5 ^{ème} consultation : 03 mois RDV le..... à..... Avec DR..... Notes :	<table border="1"> <tr> <th>Résultat bilan 4^{ème} consultation</th> <th>NFS</th> <th>Créatinine</th> <th>ALAT</th> <th>Sérologie syphilis</th> <th>Sérologie VIH</th> <th>Sérologie VHB</th> <th>Sérologie VHC</th> <th>PCR chlamydia</th> </tr> <tr> <td>Normal ou négatif</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Perturbé ou positif</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Bilan prélevé ce jour :</p> <table border="1"> <tr> <th>ALAT</th> <th>Sérologie VIH : Ac anti-VIH</th> <th>Sérologie VHB : Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc</th> <th>Sérologie VHC si risque</th> <th>PCR-VHC si séroconversion ou ↑ALAT</th> </tr> <tr> <td>Fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Conduite à tenir pour :</p> <table border="1"> <tr> <th>VIH</th> <th>VHB</th> <th>VHC</th> <th>Tétanos Vaccin (2^{ème} dose/3)</th> <th>Grossesse</th> </tr> <tr> <td>Fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Résultat bilan 4 ^{ème} consultation	NFS	Créatinine	ALAT	Sérologie syphilis	Sérologie VIH	Sérologie VHB	Sérologie VHC	PCR chlamydia	Normal ou négatif									Perturbé ou positif									Non fait									NP									ALAT	Sérologie VIH : Ac anti-VIH	Sérologie VHB : Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc	Sérologie VHC si risque	PCR-VHC si séroconversion ou ↑ALAT	Fait					Non fait					NP					VIH	VHB	VHC	Tétanos Vaccin (2 ^{ème} dose/3)	Grossesse	Fait					Non fait					NP				
Résultat bilan 4 ^{ème} consultation	NFS	Créatinine	ALAT	Sérologie syphilis	Sérologie VIH	Sérologie VHB	Sérologie VHC	PCR chlamydia																																																																														
Normal ou négatif																																																																																						
Perturbé ou positif																																																																																						
Non fait																																																																																						
NP																																																																																						
ALAT	Sérologie VIH : Ac anti-VIH	Sérologie VHB : Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc	Sérologie VHC si risque	PCR-VHC si séroconversion ou ↑ALAT																																																																																		
Fait																																																																																						
Non fait																																																																																						
NP																																																																																						
VIH	VHB	VHC	Tétanos Vaccin (2 ^{ème} dose/3)	Grossesse																																																																																		
Fait																																																																																						
Non fait																																																																																						
NP																																																																																						

C.H.U. de Constantine / Service de médecine légale / Unité d'Urgences médico-judiciaires
 Médecin Chef : Pr. Z. BOUDRAA

ANNEXE 1 : FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS SUR LES VICTIMES DE VIOLENCES DE NATURE SEXUELLE

	6 ^{ème} consultation : 04 mois	Résultat bilan 5 ^{ème} consultation	Sérologie VIH	Sérologie VHB	Sérologie VHC	ALAT	
	RDV le..... à.....	Normal ou négatif					
	Avec DR.....	Perturbé ou positif					
	Notes :	Non fait					
		NP					
		Bilan prélevé ce jour :					
		Sérologie VIH : Ac anti-VIH	Sérologie VHB : AgHBs, Ac anti-HBS, Ac anti-HBc	ALAT	Sérologie VHC si risque	PCR -VHC si séroconversion ou ↑ALAT	
		Fait					
		Non fait					
	Conduite à tenir pour :						
	Fait	VIH	VHB	VHC			
	Non fait						
NP							
	7 ^{ème} consultation : 06 mois	Résultat bilan 6 ^{ème} consultation	Sérologie VIH	Sérologie VHB	Sérologie VHC	ALAT	
	RDV le..... à.....	Normal ou négatif					
	Avec DR.....	Perturbé ou positif					
	Notes :	Non fait					
		NP					
		Bilan prélevé ce jour :					
		Sérologie VIH : Ac anti-VIH	Sérologie VHB : AgHBs, Ac anti-HBS, Ac anti-HBc	ALAT	Sérologie VHC si risque	PCR -VHC si séroconversion ou ↑ALAT	
		Fait					
		Non fait					
	Conduite à tenir pour :						
	Fait	VIH	VHB	VHC			
	Non fait						
NP							
	8 ^{ème} consultation : Après M6	Résultat bilan 7 ^{ème} consultation	ALAT	Sérologie VIH	Sérologie VHB	Sérologie VHC	
	RDV le..... à.....	Normal ou négatif					
	Avec DR.....	Perturbé ou positif					
	Notes :	Non fait					
		NP					
		Bilan prélevé ce jour :					
		Sérologie VIH : Ac anti-VIH	Sérologie VHB : AgHBs, Ac anti-HBS, Ac anti-HBc	ALAT	Sérologie VHC si risque	PCR -VHC si séroconversion ou ↑ALAT	
		Fait					
		Non fait					
	Conduite à tenir pour :						
	Fait	VIH	VHB	VHC	Tétanos : Vaccin (3 ^{ème} dose/3) à prévoir à M12 ?		
	Non fait						
NP							
Suivi par équipe de liaison psychiatrique	RDV le..... à.....						
	Avec DR.....						
	RDV le..... à.....						
Suivi par le service social	Avec DR.....						
	RDV le..... à.....						
	Avec DR.....						

Signature et cachet du médecin

A/ Renseignements administratifs et caractéristiques générales des auteurs présumés d'agression sexuelle

Référence: /...../..... Date d'arrivée: Heure d'arrivée: h ...

Sexe: F M

Date de naissance: NP

Lieu de naissance: Algérie Etranger NP

Nationalité: Algérienne Autre NP

Age du présumé auteur au jour des faits :

<10ans	[10-13] ans	[13-16] ans	[16-18] ans	[18-19] ans	[19-35] ans	[35-50] ans	[50-65] ans	≥65ans	NP
<input type="checkbox"/>									

Niveau d'instruction :

analphabète	primaire	moyen	secondaire	C.A.P.	universitaire	NP
<input type="checkbox"/>						

Catégorie socio-professionnelle :

agriculteur exploitant	artisan, commerçant, chef d'entreprise	cadre et professions intellectuelles supérieures	employé	ouvrier	retraité	sans profession	NP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lieu de résidence :

commune	wilaya	NP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Contexte familial :

- Statut marital :

célibataire	marié	séparé	divorcé	veuf	NP
<input type="checkbox"/>					

- Nombre d'enfants :

0	1-2	≥3	NP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B/ Circonstances de l'agression présumée

Heure:

07h-18h	18h-21h	21h-00h	00h-07h	NP
<input type="checkbox"/>				

Lieu:

domicile victime	espace public	espace de travail	espace d'études	institution publique	autre	NP
<input type="checkbox"/>						

Type d'agression :

physique	sexuelle	psychologique	soumission chimique	vol	autre	NP
<input type="checkbox"/>						

Circonstances aggravantes :

	OUI	NON	NP
vulnérabilité apparente ou connue de l'auteur	victime <16ans au jour des faits		
	maladie		
	grossesse		
	infirmité		
	déficience physique ou psychique		
auteur parent ou personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions			
en présence de mineur(s) (âge<18 ans)			
utilisation d'une arme			
menace, surprise, chantage, pression, intimidation			
blessures, mutilation, infirmité permanente			
homicide involontaire			
Meurtre			
Assassinat			

C/ Caractéristiques de la victime présumée et lien avec l'auteur

Caractéristiques générales

Sexe: F M

Date de naissance: NP

Age de la victime présumée au jour des faits :

<16 ans	[16 -18 [ans	[18 -19 [ans	[19-35[ans	[35-50[ans	[50-65[ans	≥ 65 ans	NP
<input type="checkbox"/>							

Lieu de naissance: Algérie Etranger NP

Nationalité: Algérienne Autre NP

Niveau d'instruction :

analphabète	primaire	moyen	secondaire	C.A.P.	universitaire	NP
<input type="checkbox"/>						

Catégorie socio-professionnelle :

agriculteur exploitant	artisan, commerçant, chef d'entreprise	cadre, professions intellectuelles supérieures	employé	ouvrier	retraité	sans profession	NP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lieu de résidence :

commune	wilaya	NP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Contexte familial :

- **Statut marital**

célibataire	marié	séparé	divorcé	veuf	NP
<input type="checkbox"/>					

- **Nombre d'enfants**

0	1-2	≥3	NP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS SUR LES AUTEURS PRESUMES DE VIOLENCES DE NATURE SEXUELLE

Antécédents :

- <i>Antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques</i>	OUI	NON	NP
médicaux			
chirurgicaux			
psychiatriques			
blessures physiques préexistantes			
automutilation			

- <i>Médication/usage de drogues</i>	tabac	alcool	cannabis	psychotropes	Héroïne/cocaïne	prégabaline	autre
OUI							
NON							
NP							

- *Antécédents gynéco-obstétricaux*

	grossesse antérieure	ménopause	contraception	virginité antérieure aux faits
OUI				
NON				
NP				

- *Antécédents sexuels*

Orientation sexuelle :

hétérosexuelle	homosexuelle	habitudes de fréquentation de travailleurs (euses) du sexe	NP

- *Antécédents judiciaires*

infraction	OUI			NON	NP
	01	02	>02		
sexuelle					
non sexuelle					

- *Parcours scolaire :*

	OUI	NON	NP
échec ou retard scolaire			

Lien avec l'auteur

		OUI	NON	NP
aucun (inconnus l'un pour l'autre)				
auteur connu	ascendant, proche parent (mahrim)			
	de la classe de ceux qui ont autorité sur la victime			
	instituteur			
	serviteur à gages			
	serviteurs à gages des ascendants, de ceux qui ont autorité sur elle, ses instituteurs			
	fonctionnaire ou ministre d'un culte			
	aidé par une ou plusieurs personnes			
	ami			
	voisin			
Autre				

	OUI	NON	NP	
❖ cas d'inceste :	Grand-père/Grand-mère			
	Père/Mère/Kafil			
	Fils/Fille			
	Petit-fils/Petite-fille			
	Arrière petit-fils/Arrière petite-fille			
	Frère/Sœur			
	Oncle/Tante			
	Beau-père/Belle-mère			
	Parâtre/Marâtre			
Beau-frère/Belle-sœur				

D/ Prise en charge médico-légale initiale de l'auteur (1^{ère} consultation)

Mode de consultation:

initiative auteur	accompagné(e) / tuteur légal	réquisition judiciaire	autre, avis interservices	NP

Interrogatoire:

	≤72 heures	>72 heures	>01 semaine	>15 jours	NP
Délai de consultation:					

Infraction présumée (définition pénale) / Type de contact sexuel:		OUI	NON	NP
Viol / Tentative de viol	Pénétration du sexe de la victime par le sexe	tenté		
		consommé		
Attentat à la Pudeur/ Tentative d'attentat à la pudeur	Pénétration de l'anus de la victime par le sexe	tenté		
		consommé		
	Pénétration de l'anus de la victime par les doigts ou un objet	tenté		
		consommé		
	Pénétration de la bouche de la victime par le sexe	tenté		
		consommé		
Pénétration que la victime avait due faire				
Attouchement du sexe subi par la victime (y compris avec la langue)				
Attouchement du sexe que la victime avait due faire (y compris avec la langue)				
La victime a été forcé de montrer ses seins, son sexe, de se dénuder				
Inceste				
Incitation à la débauche /Prostitution				
Cyberprédation				
Exposition à du matériel pornographique				
Chantage à l'aide de photos ou d'enregistrements à caractère sexuel				

	éjaculation					rapport protégé
	buccale, génitale, anale	reste du corps	vêtements	lit	autre	
OUI						
NON						
NP						

Présence de tiers pendant l'acte : OUI NON NP

Répétition de l'acte : OUI NON NP

ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS SUR LES AUTEURS PRESUMES DE VIOLENCES DE NATURE SEXUELLE

- Si oui :	OUI	NON	NP
avec la même personne			
avec des personnes différentes			
acte régulier			
acte occasionnel			

Prise de toxique avant l'acte:		tabac	alcool	cannabis	psychotropes	héroïne/cocaïne	prégabaline	autre
victime	OUI							
	volontaire							
	involontaire							
	NON							
	NP							
Auteur	OUI							
	NON							
	NP							

Reconnaissance des faits:

OUI totalement	OUI partiellement	NON	NP

Antécédents de l'auteur:

✓ **Antécédents psychiatriques :**

	déficit intellectuel	troubles obsessionnels compulsifs	dépression	troubles du comportement	état de stress post-traumatique	tentative de suicide
OUI						
Suivi						
hospitalisation						
NON						
NP						

✓ **Médication et/ou usage de drogues:**

	tabac	alcool	cannabis	psychotropes	Héroïne/cocaïne	prégabaline	Autre
OUI							
NON							
NP							

✓ **Antécédents sexuels :**

- Orientation sexuelle :

hétérosexuelle	homosexuelle	habitudes de fréquentation de travailleurs (euses) du sexe	NP

- Antécédents d'agression sexuelle subie, au cours de l'enfance ou de l'adolescence :

OUI NON NP

si Oui :	OUI	NON	NP
avant l'âge de 10 ans			
Unique			
multiple ou répétée			
par un membre de la famille			
par une personne connue mais étrangère à la famille			
par une personne inconnue			

✓ **Antécédents judiciaires :**

infraction	OUI			NON	NP
	01	02	>02		
Sexuelle					
non sexuelle					

✓ **Parcours scolaire :**

	OUI	NON	NP
échec ou retard scolaire			

✓ **Problèmes d'intégration dans le tissu social :**

OUI			NON	NP
discontinuité précoce des relations avec le père	dysfonctionnement familial	mésadaptation sociale et associabilité		

Examen clinique

Etat psychologique:

culpabilité, honte, empathie	compréhension des faits	confusion	non reconnaissance des faits	minimalisation des faits	anxiété	irritabilité agressive	méfiance	NP

Aspect extérieur, troubles apparents :

diminution de la vigilance	consommation d'alcool et de drogues	signes de grossesse	stades de la puberté			co-morbidités	NP
			pré-pubertaire	pubertaire	adulte		

Etat des vêtements:

déchirures	traces de sang	traces de sperme	poils	débris de terre	changés	lavés	NP

Lésions éventuelles retrouvées au cours de l'examen :

- **examen physique :**

lésions délibérément cachées ou non cohérentes avec l'histoire	contusions	plaies	griffures / morsures	brulures	fractures	autre	NP

- **examen génital :**

✓ **fémnin :**

hymen intact	hymen complaisant	lésions hyménales anciennes	lésions hyménales récentes	contusions			signes en faveur d'une I.S.T.	menstruations- débris trophoblastiques	NP
				périnéales	vulvo-périnéales	vaginales			

✓ **masculin :**

circoncision	lésion de la verge	lésion du gland	lésion du prépuce	lésion du scrotum	stigmates en faveur d'une I.S.T.	NP

- **examen anal :**

contusions	plaies	effacement plis radiaires	béance anale	déformation entonnoir	contracture du sphincter	relâchement du sphincter	stigmates en faveur d'une I.S.T.	NP

Photographies : OUI NON NP

Prélèvements

Locaux :

	traces			poils et cheveux	substances étrangères	échantillons de référence (poils et cheveux)	débris trophoblastiques	frottis (recherche de spermatozoïdes)		
	salive	sperme	sang séché					buccal	vaginal	Anal
OUI										
NON										
NP										

Sanguins :

	β HCG	recherche I.S.T.	à visée toxicologique	à visée génétique	bilan biologique standard
à notre niveau					
prescription (orientation)					
NON					
NP					

Urinaires :

	β HCG	à visée toxicologique
à notre niveau		
prescription (orientation)		
NON		
NP		

Conservatoires :

nombre tubes/écouvillons	sang		urines	frottis			cheveux	vêtements	autres : cils, ongles, empreinte morsure...
	à visée génétique	à visée toxicologique		buccal	vaginal	anal			
00 - 04									
NON									
NP									

Prévention / Prescriptions

Traitement préconisé :	Administré / Fait	Prescrit	Orientation	NON	NP
Contraception d'urgence					
Antibioprophylaxie	Ceftriaxone				
	Azithromycine				
	Métronidazole				
	Benzathine benzylpenicilline				
Traitement anti-rétroviral					
Vaccin anti-VHB (1 ^{ère} dose/3)					
Immunoglobuline VHB (1 ^{ère} dose/2)					
Vaccin anti-tétanos (1 ^{ère} dose/3)					
Immunoglobuline tétanos					
Sutures					

Orientations / Avis:

Epidémiologue	Infectiologue	Gynécologue / Urologue	Pédiatre	Gastro-entérologue	Equipe de liaison psychiatrique	Chirurgien/Chirurgien pédiatre	Psychologue	NP

Suites médico-légales

Demande de réquisition :

Signalement aux autorités judiciaires:

ITT : ≤ 15 jours > 15 jours Non fixée

Rapport remis à : Intéressé Tuteur légal Autorité requérante

Suivi et résultats des examens complémentaires

Suivi par l'équipe de médecine légale (résultats ramenés par le patient ou à défaut consultés au niveau des autres services)	2 ^{ème} consultation : 72 h RDV le..... à..... Avec DR..... Notes :	<table border="1"> <tr> <th>Résultat</th> <th>NFS</th> <th>ALAT/ASAT</th> <th>β HCG</th> <th>V I H</th> <th>V H B</th> <th>V H C</th> <th>Syphilis</th> <th>Chlamydia</th> <th>Gonocoque</th> <th>Trichomonas</th> </tr> <tr> <td>Normal ou négatif</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Perturbé ou positif</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Bilan effectué ou prescrit ce jour :	Résultat	NFS	ALAT/ASAT	β HCG	V I H	V H B	V H C	Syphilis	Chlamydia	Gonocoque	Trichomonas	Normal ou négatif										Perturbé ou positif										Non fait										NP																																																		
	Résultat	NFS	ALAT/ASAT	β HCG	V I H	V H B	V H C	Syphilis	Chlamydia	Gonocoque	Trichomonas																																																																																			
	Normal ou négatif																																																																																													
	Perturbé ou positif																																																																																													
	Non fait																																																																																													
NP																																																																																														
3 ^{ème} consultation : 15 jours RDV le..... à..... Avec DR..... Notes :	<table border="1"> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="4">Bilan prélevé ou prescrit</th> <th colspan="3">Conduite à tenir</th> </tr> <tr> <th>NFS</th> <th>Créatinine</th> <th>ALAT</th> <th>BHCG plasmatique</th> <th>VIH</th> <th>VHB</th> <th>VHC</th> <th>Grossesse</th> </tr> <tr> <td>Fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Bilan prélevé ou prescrit				Conduite à tenir			NFS	Créatinine	ALAT	BHCG plasmatique	VIH	VHB	VHC	Grossesse	Fait									Non fait									NP																																																										
	Bilan prélevé ou prescrit				Conduite à tenir																																																																																									
	NFS	Créatinine	ALAT	BHCG plasmatique	VIH	VHB	VHC	Grossesse																																																																																						
Fait																																																																																														
Non fait																																																																																														
NP																																																																																														
4 ^{ème} consultation : 01 mois RDV le..... à..... Avec DR..... Notes :	<table border="1"> <tr> <th>Résultat bilan 3^{ème} consultation</th> <th>NFS</th> <th>Créatinine</th> <th>ALAT</th> <th>βHCG plasmatique</th> </tr> <tr> <td>Normal ou négatif</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Perturbé ou positif</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Bilan prélevé ce jour : <table border="1"> <tr> <th>NFS</th> <th>Créatinine</th> <th>ALAT</th> <th>βHCG selon risque</th> <th>PCR Chlamydia</th> <th>Sérologie VIH : Ac anti-VIH, Ag P24 ou ARN VIH</th> <th>Sérologie VHB : Ag -HBS, Ac anti-HBS, Ac anti-HBc</th> <th>Sérologie VHC</th> <th>Sérologie Syphilis selon risque</th> </tr> <tr> <td>Fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Conduite à tenir pour : <table border="1"> <tr> <th></th> <th>VIH</th> <th>VHB</th> <th>VHC</th> <th>Grossesse</th> </tr> <tr> <td>Fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Traitements administrés : <table border="1"> <tr> <th></th> <th>Immunoglobuline VHB (2^{ème} dose/2)</th> <th>Vaccin VHB (2^{ème} dose /3)</th> </tr> <tr> <td>Fait</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non fait</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NP</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Résultat bilan 3 ^{ème} consultation	NFS	Créatinine	ALAT	βHCG plasmatique	Normal ou négatif					Perturbé ou positif					Non fait					NP					NFS	Créatinine	ALAT	βHCG selon risque	PCR Chlamydia	Sérologie VIH : Ac anti-VIH, Ag P24 ou ARN VIH	Sérologie VHB : Ag -HBS, Ac anti-HBS, Ac anti-HBc	Sérologie VHC	Sérologie Syphilis selon risque	Fait									Non									NP										VIH	VHB	VHC	Grossesse	Fait					Non fait					NP						Immunoglobuline VHB (2 ^{ème} dose/2)	Vaccin VHB (2 ^{ème} dose /3)	Fait			Non fait			NP		
Résultat bilan 3 ^{ème} consultation	NFS	Créatinine	ALAT	βHCG plasmatique																																																																																										
Normal ou négatif																																																																																														
Perturbé ou positif																																																																																														
Non fait																																																																																														
NP																																																																																														
NFS	Créatinine	ALAT	βHCG selon risque	PCR Chlamydia	Sérologie VIH : Ac anti-VIH, Ag P24 ou ARN VIH	Sérologie VHB : Ag -HBS, Ac anti-HBS, Ac anti-HBc	Sérologie VHC	Sérologie Syphilis selon risque																																																																																						
Fait																																																																																														
Non																																																																																														
NP																																																																																														
	VIH	VHB	VHC	Grossesse																																																																																										
Fait																																																																																														
Non fait																																																																																														
NP																																																																																														
	Immunoglobuline VHB (2 ^{ème} dose/2)	Vaccin VHB (2 ^{ème} dose /3)																																																																																												
Fait																																																																																														
Non fait																																																																																														
NP																																																																																														
5 ^{ème} consultation : 03 mois RDV le..... à..... Avec DR..... Notes :	<table border="1"> <tr> <th>Résultat bilan 4^{ème} consultation</th> <th>NFS</th> <th>Créatinine</th> <th>ALAT</th> <th colspan="4">Sérologie</th> <th>PCR chlamydia</th> </tr> <tr> <td>Normal ou négatif</td> <td></td> <td></td> <td></td> <th>syphilis</th> <th>VIH</th> <th>VHB</th> <th>VHC</th> <td></td> </tr> <tr> <td>Perturbé ou positif</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Bilan prélevé ce jour : <table border="1"> <tr> <th>ALAT</th> <th>Sérologie VIH : Ac anti-VIH</th> <th>Sérologie VHB : Ag HBS, Ac anti-HBS, Ac anti-HBc</th> <th>Sérologie VHC si risque</th> <th>PCR-VHC si séroconversion ou ↑ALAT</th> </tr> <tr> <td>Fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Conduite à tenir pour : <table border="1"> <tr> <th></th> <th>VIH</th> <th>VHB</th> <th>VHC</th> <th>Tétanos Vaccin (2^{ème} dose/3)</th> <th>Grossesse</th> </tr> <tr> <td>Fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non fait</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NP</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Résultat bilan 4 ^{ème} consultation	NFS	Créatinine	ALAT	Sérologie				PCR chlamydia	Normal ou négatif				syphilis	VIH	VHB	VHC		Perturbé ou positif									Non fait									NP									ALAT	Sérologie VIH : Ac anti-VIH	Sérologie VHB : Ag HBS, Ac anti-HBS, Ac anti-HBc	Sérologie VHC si risque	PCR-VHC si séroconversion ou ↑ALAT	Fait					Non					NP						VIH	VHB	VHC	Tétanos Vaccin (2 ^{ème} dose/3)	Grossesse	Fait						Non fait						NP									
Résultat bilan 4 ^{ème} consultation	NFS	Créatinine	ALAT	Sérologie				PCR chlamydia																																																																																						
Normal ou négatif				syphilis	VIH	VHB	VHC																																																																																							
Perturbé ou positif																																																																																														
Non fait																																																																																														
NP																																																																																														
ALAT	Sérologie VIH : Ac anti-VIH	Sérologie VHB : Ag HBS, Ac anti-HBS, Ac anti-HBc	Sérologie VHC si risque	PCR-VHC si séroconversion ou ↑ALAT																																																																																										
Fait																																																																																														
Non																																																																																														
NP																																																																																														
	VIH	VHB	VHC	Tétanos Vaccin (2 ^{ème} dose/3)	Grossesse																																																																																									
Fait																																																																																														
Non fait																																																																																														
NP																																																																																														

C.H.U. de Constantine / Service de médecine légale / Unité d'Urgences médico-judiciaires
 Médecin Chef : Pr. Z. BOUDRAA

ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS SUR LES AUTEURS PRESUMES DE VIOLENCES DE NATURE SEXUELLE

	6 ^{ème} consultation : 04 mois	Résultat bilan 5 ^{ème} consultation	Sérologie VIH	Sérologie VHB	Sérologie VHC	ALAT	
	RDV le..... à.....	Normal ou négatif					
	Avec DR.....	Perturbé ou positif					
	Notes :	Non fait					
		NP					
		Bilan prélevé ce jour :					
		Sérologie VIH : Ac anti-VIH	Sérologie VHB : AgHBS, Ac anti-HBS, Ac anti-HBc	ALAT	Sérologie VHC si risque	PCR –VHC si séroconversion ou ↑ALAT	
		Fait					
		Non fait					
	Conduite à tenir pour :						
		VIH	VHB	VHC			
	Fait						
Non fait							
NP							
	7 ^{ème} consultation : 06 mois	Résultat bilan 6 ^{ème} consultation	Sérologie VIH	Sérologie VHB	Sérologie VHC	ALAT	
	RDV le..... à.....	Normal ou négatif					
	Avec DR.....	Perturbé ou positif					
	Notes :	Non fait					
		NP					
		Bilan prélevé ce jour :					
		Sérologie VIH : Ac anti-VIH	Sérologie VHB : AgHBS, Ac anti-HBS, Ac anti-HBc	ALAT	Sérologie VHC si risque	PCR –VHC si séroconversion ou ↑ALAT	
		Fait					
		Non fait					
	Conduite à tenir pour :						
		VIH	VHB	VHC			
	Fait						
Non fait							
NP							
	8 ^{ème} consultation : Après M6	Résultat bilan 7 ^{ème} consultation	ALAT	Sérologie VIH	Sérologie VHB	Sérologie VHC	
	RDV le..... à.....	Normal ou négatif					
	Avec DR.....	Perturbé ou positif					
	Notes :	Non fait					
		NP					
		Bilan prélevé ce jour :					
		Sérologie VIH : Ac anti-VIH	Sérologie VHB : AgHBS, Ac anti-HBS, Ac anti-HBc	ALAT	Sérologie VHC si risque	PCR –VHC si séroconversion ou ↑ALAT	
		Fait					
		Non fait					
	Conduite à tenir pour :						
		VIH	VHB	VHC	Tétanos : Vaccin (3 ^{ème} dose/3) à prévoir à M12 ?		
	Fait						
Non fait							
NP							
Suivi par équipe de psychiatrie	RDV le..... à.....						
	Avec DR.....						
	RDV le..... à.....						
	Avec DR.....						
	RDV le..... à.....						
	Avec DR.....						
	RDV le..... à.....						
	Avec DR.....						

Signature et cachet du médecin

C.H.U. de Constantine / Service de médecine légale / Unité d'Urgences médico-judiciaires
Médecin Chef : Pr. Z. BOUDRAA
ANNEXE 3 : Fiche d'information

Madame, Monsieur,

Vous avez été victime d'une agression.

Vous allez être pris en charge par un médecin.

Vous avez pu être exposé(e) à un risque de transmission d'infections virales et bactériennes ou de grossesse.

Après un interrogatoire qui évaluera le risque de transmission, un examen clinique et pelvien, sera réalisé en privé, en présence de deux autres soignants, dans le respect du secret médical.

Pour prévenir une éventuelle grossesse, dans les 72 heures suivant l'exposition, une contraception d'urgence vous sera prescrite. Les effets secondaires possibles sont : nausées, vomissements, céphalées, douleurs abdominales, vertiges, tension mammaire.

Il est nécessaire que vous vous présentiez aux services d'épidémiologie et de maladies infectieuses du C.H.U. de Constantine dans les plus brefs délais pour assurer la poursuite du traitement et de la prise en charge (traitement antirétroviral, traitement antibiotique, vaccin hépatite B et vaccin antitétanique si nécessaire et prélèvements à la recherche d'Infections Sexuellement Transmissibles).

En attendant les résultats des prélèvements et les effets du traitement, l'usage du préservatif est recommandé en cas de rapports sexuels.

Vous pouvez refuser tout examen auquel vous ne désirez pas vous soumettre.

Il vous sera demandé de signer un formulaire indiquant que vous avez reçu toutes les informations nécessaires et quelles sont les procédures que vous avez choisi de suivre.

Votre venue pour ce motif n'est pas anodine. Il est nécessaire que vous vous représentiez à tout vos rendez-vous, afin d'assurer la poursuite de la prise en charge.

La loi nous interdit de vous remettre personnellement le rapport d'examen réalisé à la demande des autorités judiciaires, sauf notification contraire sur la réquisition.

Un soutien psychologique vous est proposé. Vous pouvez aussi contacter différentes associations dont les coordonnées sont les suivantes :

- ✓ Association RACHDA Section Locale Constantine «Rassemblement contre la Hogra et pour les Droits des Algériennes» (Tél/Fax : 031 94 94 76 : Tous les jours du Dimanche au Jeudi de 09 h 00 à 16 h00)
- ✓ Réseau Nada de défense des droits de l'enfant : programme «Nous sommes à l'écoute» (numéro vert 33-30)
- ✓ Réseau Wassila - AVIFE : Association contre les violences faites aux femmes et aux enfants (ligne d'écoute : 021 93 03 03 fonctionnelle du samedi au mercredi de 9h à 17h)

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement qui pourrait vous être utile :

Tel. C.H.U.C. : 031 87 06 34 / 031 87 09 72

Service de Médecine légale : Secrétariat : Poste 20 84 / Consultation : Poste 20.80 de 08h à 16h

Nuit, Weekend et Jours fériés : Poste 20.76

المركز الاستشفائي الجامعي بقسنطينة/مصلحة الطب الشرعي/وحدة الطوارئ الطبية القضائية
رئيسة المصلحة : البروفيسور ز. بودراع
التذييل 4: ورقة المعلومات

سيدي، سيديتي،

لقد كنت ضحية لهجوم.

سوف يعتني بك طبيب.

قد تكون معرضًا لخطر نقل العدوى الفيروسية والبكتيرية أو الحمل.

بعد استجواب لتقييم مخاطر انتقال العدوى ، سيتم إجراء الفحص السريري والحوض على أفراد بحضور اثنين من مقدمي الرعاية الآخرين ، امتثالاً بالسرية الطبية.

لمنع حدوث حمل محتمل ، سيتم وصف وسائل منع الحمل الطارئة لك في غضون 72 ساعة من التعرض. الآثار الجانبية المحتملة هي: غثيان ، قيء ، صداع ، آلام في البطن ، دوار ، إيلام الثدي.

يجب أن تذهب إلى أقسام الأوبئة والأمراض المعدية في المستشفى الجامعي قسنطينة في أقرب وقت ممكن لضمان استمرار العلاج والرعاية(العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية ، العلاج بالمضادات الحيوية ، لقاح التهاب الكبد B ولقاح الكزازو إذا لزم الأمر عينات للبحث عن العدوى المنقولة جنسيا).

أثناء انتظار نتائج العينات وتأثيرات العلاج ، يوصى باستخدام الواقي الذكري في حالة الجماع.

يمكنك رفض أي اختبار لا ترغب في أدائه.

سيطلب منك التوقيع على نموذج يشير إلى أنك قد تلقيت جميع المعلومات اللازمة والإجراءات التي اخترت اتباعها.

مجيبك لهذا السبب ليس بالأمر الهين. من الضروري أن تعود إلى جميع مواعيدك ، من أجل ضمان استمرار الرعاية.

يحظر القانون علينا تسليم تقرير الفحص الذي تم إجراؤه بناءً على طلب السلطات القضائية شخصياً ، ما لم يتم إخطارنا بخلاف ذلك في الطلب.

يتم تقديم الدعم النفسي. يمكنك أيضاً الاتصال بالجمعيات المختلفة

نحن في الخدمة للحصول على أي معلومات قد تكون مفيدة لك :

رقم هاتف المستشفى الجامعي: 031 87 06 34 / 031 87 09 72

مصلحة الطب الشرعي:

الأمانة : تحويل 20.84

المعاينات الطبية : تحويل 20.80 (من الساعة 8 صباحا الى الساعة 16 مساء)

الليل و عطلات نهاية الأسبوع و العطلات الرسمية : تحويل 20.76

المواد: 43 ، 44 ، 52 ، من المرسوم التنفيذي رقم 276/92 المؤرخ 6 يوليو 1992 بشأن مدونة آداب مهنة الطب

المواد: 23 ، 25 ، 343 ، 344 من القانون رقم 18-11 المؤرخ 2 يوليو 2018 بشأن الصحة.

C.H.U. de Constantine / Service de médecine légale / Unité d'Urgences médico-judiciaires
Médecin Chef : Pr. Z. BOUDRAA
ANNEXE 5 : Fiche de consentement

Madame, Monsieur,

Vous avez été victime d'une agression.

Vous allez être pris en charge par un médecin.

Vous avez pu être exposé(e) à un risque de transmission d'infections virales et bactériennes ou de grossesse.

Après un interrogatoire qui évaluera le risque de transmission, un examen clinique et pelvien, sera réalisé en privé, en présence de deux autres soignants, dans le respect du secret médical.

Pour prévenir une éventuelle grossesse, dans les 72 heures suivant l'exposition, une contraception d'urgence vous sera prescrite. Les effets secondaires possibles sont : nausées, vomissements, céphalées, douleurs abdominales, vertiges, tension mammaire.

Il est nécessaire que vous vous présentiez aux services d'épidémiologie et de maladies infectieuses du C.H.U. de Constantine dans les plus brefs délais pour assurer la poursuite du traitement et de la prise en charge (traitement antirétroviral, traitement antibiotique, vaccin hépatite B et vaccin antitétanique si nécessaire et prélèvements à la recherche d'Infections Sexuellement Transmissibles).

En attendant les résultats des prélèvements et les effets du traitement, l'usage du préservatif est recommandé en cas de rapports sexuels.

Vous pouvez refuser tout examen auquel vous ne désirez pas vous soumettre.

Il vous sera demandé de signer un formulaire indiquant que vous avez reçu toutes les informations nécessaires et quelles sont les procédures que vous avez choisi de suivre.

Votre venue pour ce motif n'est pas anodine. Il est nécessaire que vous vous représentiez à tout vos rendez-vous, afin d'assurer la poursuite de la prise en charge.

La loi nous interdit de vous remettre personnellement le rapport d'examen réalisé à la demande des autorités judiciaires, sauf notification contraire sur la réquisition.

Un soutien psychologique vous est proposé. Vous pouvez aussi contacter différentes associations dont les coordonnées sont les suivantes :

- ✓ Association RACHDA Section Locale Constantine «Rassemblement contre la Hogra et pour les Droits des Algériennes» (Tél/Fax : 031 94 94 76 : Tous les jours du Dimanche au Jeudi de 09 h 00 à 16 h00)
- ✓ Réseau Nada de défense des droits de l'enfant : programme «Nous sommes à l'écoute» (numéro vert 33-30)
- ✓ Réseau Wassila - AVIFE : Association contre les violences faites aux femmes et aux enfants (ligne d'écoute : 021 93 03 03 fonctionnelle du samedi au mercredi de 9h à 17h)

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement qui pourrait vous être utile :

Tél. C.H.U.C. : 031 87 06 34 / 031 87 09 72

Service de Médecine légale : Secrétariat : Poste 20 84 / Consultation : Poste 20.80 de 08h à 16h

Nuit, Weekend et Jours fériés : Poste 20.76

C.H.U. de Constantine / Service de médecine légale / Unité d'Urgences médico-judiciaires
 Médecin Chef : Pr. Z. BOUDRAA
 ANNEXE 05 bis : FICHE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A UNE ETUDE

Je soussigné (e) Mme/Mr.....

Mère / Père / Tuteur légal de :

	OUI	NON
<p>accepte de participer anonymement à une enquête pour étudier les violences sexuelles dans le cadre d'une thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Sciences médicales menée par le Docteur M. AMIAR sous la direction de Madame le Professeur Z. BOUDRAA. Le caractère confidentiel et anonyme de ces données sera assuré par la codification des données qui seront conservées en lieu sûr et sous clé. Cette étude n'a aucun intérêt financier et n'est sponsorisée par aucun laboratoire pharmaceutique.</p>		

Je reconnais pouvoir refuser de participer à cette enquête anonyme

Je déclare avoir reçu les informations nécessaires pour donner mon accord.

Fait à, le.../.../.....

Nom et signature du patient ou du Tuteur légal	Nom et signature du médecin	Nom et signature du soignant témoin

المركز الاستشفائي الجامعي بقسنطينة/مصلحة الطب الشرعي/وحدة الطوارئ الطبية القضائية
رئيسة المصلحة : البروفيسور ز. بودراع
التذييل 6 : ورقة القبول

أنا / السيد(ة) الموقع(ة) أدناه.....
الأم / الأب / الوصي القانوني على.....
أذن للمرفق الصحي المذكور أعلاه بالقيام بالتدخلات التالية (ضع علامة في المربعات المقابلة):

لا	نعم	
		إجراء فحص طبي
		إجراء فحص الحوض
		جمع الأدلة مثل عينات سوائل الجسم ، والملابس ، الشعر ، قصاصات الأظافر ، عينات الدم والصور
		تقديم أدلة ومعلومات طبية بخصوص حالتني إلى الشرطة و / أو إلى المحاكم ؛ ستقتصر هذه المعلومات على نتائج الفحص عينه وأي متابعة طبية.

أقر بأنه يمكنني رفض أي فحص لا أرغب في تقديمه.

أقر بأنني تلقيت المعلومات اللازمة لإعطاء موافقتي.

حرر في...../...../..... ب.....

اسم وتوقيع المساعد الشاهد	اسم وتوقيع الطبيب	اسم وتوقيع المريض أو الوصي القانوني



REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE CONSTANTINE
SERVICE DE MEDECINE LEGALE

CARNET DE SUIVI (Proposition)

Nom.....

Prénom.....

Date de naissance.....

SOMMAIRE

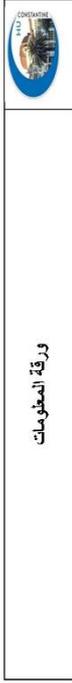
NUMEROS UTILES		Page 4
INFORMATION / CONSENTEMENT	Fiche d'information en français	Page 5
	Fiche d'information en arabe	Page 6
	Fiche de consentement en français	Page 7
	Fiche de consentement en arabe	Page 8
1 ^{ère} CONSULTATION	Prise en charge initiale	Page 9
2 ^{ème} CONSULTATION	48-72 heures	Page 17
3 ^{ème} CONSULTATION	15 jours	Page 18
4 ^{ème} CONSULTATION	1 mois	Page 21
5 ^{ème} CONSULTATION	3 mois	Page 25
6 ^{ème} CONSULTATION	4 mois	Page 29
7 ^{ème} CONSULTATION	6 mois	Page 33
8 ^{ème} CONSULTATION		Page 37
EQUIPE DE LIAISON PSYCHIATRIQUE	Suivi	Page 41
SERVICE SOCIAL	Suivi	Page 43

Numéros utiles

DENONCER	
Brigade	
Commissariat	

ORIENTATION - ACCOMPAGNEMENT	
Service social	
BALSAM - RÉSEAU NATIONAL DES CENTRES D'ÉCOUTE	
• CIDDEF, Alger	Tel/Fax : (213) (0) 21 74 34 47
5, Rue Ibn Hazm, Sacré cœur –Alger	Tel/Fax : 031 94 94 76
• Maison Nedjma (association Rachda), Constantine	(du dimanche au jeudi de 09h à 16h)
«Rassemblement contre la Hogra et pour les Droits des Algériennes»	Numero vert : 33-30
RESEAU NADA DE DEFENSE DES DROITS DE L'ENFANT	programme «Nous sommes à l'écoute»
RESEAU WASSILA -AVIFE	Ligne d'écoute : 021 93 03 03 (fonctionnelle du samedi au mercredi de 9h à 17h)
Association contre les violences faites aux femmes et aux enfants	

ÉCOUTE-SOINS-EVALUATION	
Centre Hospitalo-Universitaire de Constantine	031 87 06 34 / 031 87 09 72
Standard	
Service de Médecine légale :	Poste 20 84
Secrétariat :	Poste 20.80 (de 08h à 16h)
Consultation :	Poste 20.76
Nuit, Weekend et Jours fériés :	



Fiche d'information

Madame, Monsieur,

Vous avez été victime d'une agression.

Vous allez être pris en charge par un médecin.

Vous avez pu être exposé(e) à un risque de transmission d'infections virales et bactériennes ou de grossesse.

Après un interrogatoire qui évaluera le risque de transmission, un examen clinique et pelvien, sera réalisé en privé, en présence de deux autres soignants, dans le respect du secret médical.

Pour prévenir une éventuelle grossesse, dans les 72 heures suivant l'exposition, une contraception d'urgence vous sera prescrite. Les effets secondaires possibles sont : nausées, vomissements, céphalées, douleurs abdominales, vertiges, tension mammaire.

Il est nécessaire que vous vous présentiez aux services d'épidémiologie et de maladies infectieuses du C.H.U. de Constantine dans les plus brefs délais pour assurer la poursuite du traitement et de la prise en charge (traitement antirétroviral, traitement antibiotique, vaccin hépatite B et vaccin antitétanique si nécessaire et prélèvements à la recherche d'Infections Sexuellement Transmissibles).

En attendant, les résultats des prélèvements et les effets du traitement, l'usage du préservatif est recommandé en cas de rapports sexuels.

Vous pouvez refuser tout examen auquel vous ne désirez pas vous soumettre.

Il vous sera demandé de signer un formulaire indiquant que vous avez reçu toutes les informations nécessaires et quelles sont les procédures que vous avez choisi de suivre.

Votre venue pour ce motif n'est pas anodine. Il est nécessaire que vous vous représentiez à tout vos rendez-vous, afin d'assurer la poursuite de la prise en charge.

La loi nous interdit de vous remettre personnellement le rapport d'examen réalisé à la demande des autorités judiciaires, sauf notification contraire sur la requisição.

Un soutien psychologique vous est proposé. Vous pouvez aussi contacter différentes associations.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement qui pourrait vous être utile :

Tel. C.H.U.C. : 031 87 06 34 / 031 87 09 72

Service de Médecine légale : Secrétariat : Poste 20 84 / Consultation : Poste 20.80 de 08h à 16h
Nuit, Weekend et Jours fériés : Poste 20.76

Articles : 43, 44 et 52 du Décret exécutif n°92/276 du 06 juillet 1992 portant Code de Déontologie médicale.
Articles : 23, 25, 343, 344 de la Loi n°18-11 du 02 juillet 2018 relative à la santé.

سيدي، سيدي،

لقد كنت ضحية لهجوم.

سوف يعتني بك طبيب.

قد تكون معرضًا لخطر نقل العدوى الفيروسية والبكتيرية أو الحمل.

بعد استجواب تقييم مختلر انتقال العدوى ، سيتم إجراء الفحص السريري والحوض على أفراد بحضور اثنين من مقدمي الرعاية الآخرين ، امتثالاً بالسريرية الطبية.

لمنع حدوث حمل محتمل ، سيتم وصف وسائل منع الحمل الطارئة لك في غضون 72 ساعة من التعرض. الآثار الجانبية المحتملة هي: غثيان ، قيء ، صداع ، إلام في البطن ، نوار ، إلام الثدي.

يجب أن تذهب إلى أقسام الأوبئة والأمراض المعدية في المستشفى الجامعي. قسطنطينة في أقرب وقت ممكن لضمان استمرار العلاج والرعاية/العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية ، العلاج بالمضادات الحيوية ، قنح التهاب الكبد B وقنح الكزازو إذا لزم الأمر عينات للبحث عن العدوى المنقولة جنسياً.

أثناء انتظار نتائج العينات وتأثيرات العلاج ، يوصى باستخدام الواقي الذكري في حالة الجماع.

يمكنك رفض أي اختبار لا ترغب في إداة.

سيطلب منك التوقيع على نموذج يشير إلى أنك قد تلقيت جميع المعلومات اللازمة ولإجراء ات التي أخطرت أياها.

سيطلب لهذا السبب ليس بالأمر الهين. من الضروري أن تعود إلى جميع مواعيدك ، من أجل ضمان استمرار الرعاية.

يحظر القانون علينا تسليم تقرير الفحص الذي تم إجراؤه بناءً على طلب السلطات القضائية شخصياً ، ما لم يتم إخطارنا بخلاف ذلك في الطلب.

يتم تقديم الدعم النفسي. يمكنك أيضاً الاتصال بالجمعيات المختلفة

نحن في الخدمة للحصول على أي معلومات قد تكون مفيدة لك :

رقم هاتف المستشفى الجامعي: 031 87 09 72/ 031 87 06 34

مصلحة الطب الفرجعي:

الأمانة : تحویل 20.84

المعاينات الطبية : تحویل 20.80 (من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 16 مساءً)

الليل و عطلات نهاية الأسبوع و العطلات الرسمية : تحویل 20.76

المراد: 43 ، 44 ، 52 من المرسوم التنفيذي رقم 276/92 المؤرخ 06 يوليو 1992 بشأن مدونة انداب مهنة الطب
المراد: 23 ، 25 ، 343 ، 344 من القانون رقم 18-11 المؤرخ 2 يوليو 2018 بشأن الصحة.

	ورقة الرضا
---	------------

أنا / السيد(ة) الموقع(ة) أدناه.....
 الأم / الأب / الوصي القانوني على.....
 أذن المرفق الصحي المذكور أعلاه بالتدخلات التالية (ضع علامة في المربعات المقبلة):

نعم	لا
إجراء فحص طبي	
إجراء فحص الحوض	
جمع الأدلة مثل عينات سوائل الجسم ، والملابس ، الشعر ، قصاصات الأظفار ، عينات الدم والصور	
تقديم أدلة ومعلومات طبية بخصوص حالتي إلى الشرطة و / أو إلى المحاكم ؛ استنصر هذه المعلومات على نتائج الفحص عليه وأي متابعة طبية.	

أقر بأنه يمكنني رفض أي فحص لا أريغب في تقديمه.
 أقر بأنني تقيمت المعلومات اللازمة لإعطاء موافقتي.
 حرر في:...../...../..... ب

اسم وتوقيع المريض أو الوصي القانوني	اسم وتوقيع الطبيب	اسم وتوقيع المساعد الشاهد

المرات: 43 ، 44 ، 44 ، 52 من المرسوم التنفيذي رقم 276992 المؤرخ 06 يونيو 1992 بشأن مبررة اداب مهنة الطب
 المرات: 23 ، 25 ، 343 ، 344 من القانون رقم 18-11 المؤرخ 2 يونيو 2018 بشأن الصحة.

8

	Fiche de consentement
---	-----------------------

Je soussigné(e) Mme/Mr.....
 Mère / Père / Tuteur légal de :
 autorise la structure sanitaire nommée ci-dessus à effectuer les interventions suivantes (cocher les cases correspondantes) :

	OUI	NON
Pratiquer un examen médical		
Pratiquer un examen pévien		
Collecter des preuves , tels que des échantillons de liquide corporel, des vêtements, des cheveux, des rognures d'ongles, des échantillons de sang et des photos		
Fournir les preuves et l'information médicale concernant mon affaire à la police et/ou aux tribunaux ; ces informations se limiteront aux résultats de l'examen en question et à tout suivi médical.		

Je reconnais pouvoir refuser tout examen auquel je ne désire pas me soumettre.
Je déclare avoir reçu les informations nécessaires pour donner mon accord.

Fait à/...../.....

Nom et signature du patient ou du Tuteur légal	Nom et signature du médecin	Nom et signature du soignant témoin

Articles : 43, 44 et 52 du Décret exécutif n°92/276 du 06 juillet 1992 portant Code de Déontologie médicale.
 Articles : 23, 25, 343, 344 de la Loi n°18-11 du 02 juillet 2018 relative à la santé.

7

1^{ère} CONSULTATION : Prise en charge initiale



Service de médecine légale	Service des maladies infectieuses
Examen le :/...../20..... àh.....	Examen le :/...../20..... àh.....
Dossier référence :	Dossier référence :
Médecin :	Médecin :

Constantes	
Poids : Kg	Taille : cm
TA :/..... mmHg	Fc :/mn
	Température : °C
	Saturation (O ₂) : %

Avis / Circuit victime <input type="checkbox"/> Réquisition judiciaire <input type="checkbox"/> Examen médical <input type="checkbox"/> Examen par Gynécologue <input type="checkbox"/> Examen par Pédiatre <input type="checkbox"/> Examen par équipe de liaison psychiatrique <input type="checkbox"/> Examen autres :	Prélèvements de santé publique <input type="checkbox"/> Bilan biologique standard <input type="checkbox"/> βCCG plasmatiques <input type="checkbox"/> Scrologie VIH <input type="checkbox"/> Scrologie VHB <input type="checkbox"/> Scrologie VHC <input type="checkbox"/> Scrologie syphilis <input type="checkbox"/> PCR chlamydia <input type="checkbox"/> PCR gonocoque <input type="checkbox"/> Trichomonas
	Prélèvements judiciaires <input type="checkbox"/> Toxicologie <input type="checkbox"/> Génétique

Traitements administrés et/ou préconisés
<input type="checkbox"/> Ceftriaxone <input type="checkbox"/> Azithromycine <input type="checkbox"/> Métronidazole <input type="checkbox"/> Traitement anti-rétroviral VIH <input type="checkbox"/> Benzathine benzylpenicilline <input type="checkbox"/> Contraception d'urgence <input type="checkbox"/> Vaccin anti-VHB (1 ^{ère} dose/3) <input type="checkbox"/> Immunoglobuline VHB (1 ^{ère} dose/2) <input type="checkbox"/> Vaccin anti-tétanos (1 ^{ère} dose/3) <input type="checkbox"/> Immunoglobuline tétanos

Notes :



Service :
 Date :
 Nom et prénom du (de la) patient(e) :
 Age :
 Poids :

ENFANT < 2 ANS (<15Kg)

Epirivir® solution buvable 4mg/Kg matin et soir pendant 3 jours
 Soitmg =ml matin et soir pendant 3 jours

ET

Enfant de moins de 2 ans (si vraiment nécessaire)
 Viramune® solution buvable : 4 mg/Kg en une prise pendant 3 jours
 Soitmg=ml matin pendant 3 jours

ET

De 8 à 9 Kg
 Rétrovir® solution buvable 12 mg/Kg matin et soir pendant 3 jours
 Soitmg=ml matin et soir pendant 3 jours
 De 9 à 15 Kg
 Rétrovir® solution buvable 9 mg/Kg matin et soir pendant 3 jours
 Soitmg=ml matin et soir pendant 3 jours

NB : Si la première prise est faite la nuit, prendre la deuxième prise le matin, quelque soit l'heure de la première prise.

Nom et prénom du médecin prescripteur :
 Signature et cachet :



Service :
Date :
Nom et prénom du (de la) patient(e) :
Age :
Poids :

Nom et prénom du médecin prescripteur :
Signature et cachet :

	ORDONNANCE
---	-------------------

Service :

Date :

Nom et prénom du (de la) patient(e) :

Age :

Poids :

Nom et prénom du médecin prescripteur :

Signature et cachet :

	2^{ème} CONSULTATION : 48-72 heures
---	--

Service de médecine légale	Service des maladies infectieuses
Examen le :/...../20..... àh.....	Examen le :/...../20..... àh.....
Dossier référence :	Dossier référence :
Médecin :	Médecin :

Constantes			
Poids :Kg	Taille :cm	Température :°C	
TA :/.....mmHg	Fc :/mm	Saturation (O ₂) :%	

Résultats du bilan initial	
<input type="checkbox"/> NFS : <input type="checkbox"/> ASAT : <input type="checkbox"/> ALAT : <input type="checkbox"/> VIH : <input type="checkbox"/> VHB : <input type="checkbox"/> VHC :	<input type="checkbox"/> βhCG : <input type="checkbox"/> Syphilis : <input type="checkbox"/> Chlamydia : <input type="checkbox"/> Gonocoque : <input type="checkbox"/> Trichomonas :

Bilan effectué (ou préconisé) ce jour

Notes :

	3^{ème} CONSULTATION : J15
---	---

Service de médecine légale	Service des maladies infectieuses
Examen le :/...../20..... àh.....	Examen le :/...../20..... àh.....
Dossier référence :	Dossier référence :
Médecin :	Médecin :

Constantes			
Poids :Kg	Taille :cm	Température :°C	
TA :/.....mmHg	Fc :/mm	Saturation (O ₂) :%	

Bilan prélevé (ou préconisé) ce jour	
<input type="checkbox"/> NFS <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> ALAT <input type="checkbox"/> βhCG plasmatiques	

Conduite à tenir pour
<ul style="list-style-type: none"> - VIH : - VHB : - VHC : - Grossesse :

Notes :



Service :
Date :
Nom et prénom du (de la) patient(e) :
Age :
Poids :

Nom et prénom du médecin prescripteur :
Signature et cachet :

4^{ème} CONSULTATION : MI



Service de médecine légale	Service des maladies infectieuses
Examen le :/20..... àh.....	Examen le :/20..... àh.....
Dossier référence :	Dossier référence :
Médecin :	Médecin :

Constantes			
Poids :Kg	Taille :cm	Température :°C	
TA :/.....mmHg	Fc :/mm	Saturation (O ₂) :%	

Résultats du bilan de la 3^{ème} consultation

- NFS :
- Créatinine :
- ALAT :
- βhCG plasmatiques :

Bilan prélevé (ou préconisé) ce jour

<input type="checkbox"/> NFS <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> ALAT <input type="checkbox"/> βhCG plasmatiques selon le risque	<input type="checkbox"/> PCR chlamydia <input type="checkbox"/> Sérologie VIH : Ac anti-VIH, Ag P24 ou ARN ou ARN VIH <input type="checkbox"/> Sérologie VHB : Ag-HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc <input type="checkbox"/> Sérologie VHC <input type="checkbox"/> Sérologie syphilitis selon risque
--	---

Conduite à tenir pour

- VIH :
- VHB :
- VHC :
- Grossesse :

Traitements administrés

Immunoglobuline VHB (2^{ème} dose/2)
 Vaccin VHB (2^{ème} dose/3)

Notes :

	ORDONNANCE
---	-------------------

Service :

Date :

Nom et prénom du (de la) patient(e) :

Age :

Poids :

Nom et prénom du médecin prescripteur :

Signature et cachet :

5^{ème} CONSULTATION : M3

Service des maladies infectieuses

Examen le :/20..... àh.....

Dossier référence :

Médecin :

Constantes			
Poids :	Kg	Taille :	cm
TA :	/.....	FC :	/mn
		Température :	°C
		Saturation (O ₂) :	%

Résultats du bilan de la 4^{ème} consultation

- NFS :
- Créatinine :
- ALAT :
- Sérologie syphilitis :
- Sérologie VIH :
- Sérologie VHB :
- Sérologie VHC :
- PCR chlamydia :

Bilan prélevé (ou préconisé) ce jour

- Sérologie VIH : Ac anti-VIH ALAT
- Sérologie VHB : Ag-HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc Sérologie VHC si risque
- PCR-VHC si séroconversion ou ↑ ALAT

Conduite à tenir pour

- VIH :
- VHB :
- VHC :
- Tétanos : Vaccin (2^{ème} dose/3) :
- Grossesse :

Notes :

	ORDONNANCE
---	-------------------

Service :

Date :

Nom et prénom du (de la) patient(e) :

Age :

Poids :

Nom et prénom du médecin prescripteur :

Signature et cachet :

6^{ème} CONSULTATION : M4



Service des maladies infectieuses

Examen le :/20..... àh.....

Dossier référence :

Médecin :

Constantes			
Poids :	Kg	Taille :	cm
TA :	/.....	FC :	/mn
		Température :	°C
		Saturation (O ₂) :	%

Résultats du bilan de la 5^{ème} consultation

- ALAT :
- Sérologie VIH :
- Sérologie VHB :
- Sérologie VHC :

Bilan prélevé (ou préconisé) ce jour

- Sérologie VIH : Ac anti-VIH ALAT
- Sérologie VHB : Ag-HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc Sérologie VHC si risque
- PCR-VHC si séroconversion ou ↑ALAT

Conduite à tenir pour

- VIH :
- VHB :
- VHC :

Notes :

	ORDONNANCE
---	-------------------

Service :

Date :

Nom et prénom du (de la) patient(e) :

Age :

Poids :

Nom et prénom du médecin prescripteur :

Signature et cachet :

7^{ème} CONSULTATION : M6



Service des maladies infectieuses

Examen le :/20..... àh.....

Dossier référence :

Médecin :

Constantes			
Poids :	Kg	Taille :	cm
TA :	/.....	FC :	/mn
		Température :	°C
		Saturation (O ₂) :	%

Résultats du bilan de la 5^{ème} consultation

- Sérologie VIH :
- Sérologie VHB :
- Sérologie VHC :
- ALAT :

Bilan prélevé (ou préconisé) ce jour

- Sérologie VIH : Ac anti-VIH ALAT
- Sérologie VHB : Ag-HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc Sérologie VHC si risque PCR-VHC si séroconversion ou ↑ ALAT

Conduite à tenir pour

- VIH :
- VHB :
- VHC :

Traitements administrés

- Vaccin VHB (3^{ème} dose/3)

Notes :



Service :

Date :

Nom et prénom du (de la) patient(e) :

Age :

Poids :

Nom et prénom du médecin prescripteur :

Signature et cachet :

	8^{ème} CONSULTATION
---	-------------------------------------

Service des maladies infectieuses	
Examen le :	àh.
Dossier référence :	
Médecin :	

Constantes			
Poids :	Kg	Taille :	cm
TA :	mmHg	FC :	/mn
		Température :	°C
		Saturation (O ₂) :	%

Résultats du bilan de la 7^{ème} consultation
<ul style="list-style-type: none"> - ALAT : - Sérologie VIH : - Sérologie VHB : - Sérologie VHC :

Bilan prélevé (ou préconisé) ce jour	
<input type="checkbox"/> Sérologie VIH : Ac anti-VIH	<input type="checkbox"/> ALAT
<input type="checkbox"/> Sérologie VHB : Ag-HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc	<input type="checkbox"/> Sérologie VHC si risque
	<input type="checkbox"/> PCR-VHC si séroconversion ou ↑ALAT

Conduite à tenir pour	
- VIH :	
- VHB :	
- VHC :	
- Tétanos : Vaccin (3 ^{ème} dose/3) à prévoir à M12 ?	

Notes :

	ORDONNANCE
---	-------------------

Service :

Date :

Nom et prénom du (de la) patient(e) :

Age :

Poids :

Nom et prénom du médecin prescripteur :

Signature et cachet :



EQUIPE DE LIAISON PSYCHIATRIQUE : suivi

RDV le :/...../20.....	à :h.....
Dossier référence :	
Médecin :	

RDV le :/...../20.....	à :h.....
Dossier référence :	
Médecin :	

RDV le :/...../20.....	à :h.....
Dossier référence :	
Médecin :	

RDV le :/...../20.....	à :h.....
Dossier référence :	
Médecin :	

RDV le :/...../20.....	à :h.....
Dossier référence :	
Médecin :	

RDV le :/...../20.....	à :h.....
Dossier référence :	
Médecin :	

 SERVICE SOCIAL : suivi
--

RDV le :/...../20.....	à :h.....
Dossier référence :	
Avec Mme/Mr :	

RDV le :/...../20.....	à :h.....
Dossier référence :	
Avec Mme/Mr :	

RDV le :/...../20.....	à :h.....
Dossier référence :	
Avec Mme/Mr :	

RDV le :/...../20.....	à :h.....
Dossier référence :	
Avec Mme/Mr :	

RDV le :/...../20.....	à :h.....
Dossier référence :	
Avec Mme/Mr :	

RDV le :/...../20.....	à :h.....
Dossier référence :	
Avec Mme/Mr :	

Constantine le .. / .. / 20..

**A Monsieur (Juge des mineurs ou Procureur de la république)
du Tribunal de Constantine.**

Réf : .. /ML/ 20..

Objet : Signalement.

Je soussigné(e) Docteur (nom :, prénom :.....), (grade :.....) au Service de Médecine Légale du CHU de Constantine, certifie avoir reçu le/20.., à .. h., Madame/Monsieur/l'enfant (nom :....., prénom :.....), né(e) le/... , à, (nationalité :.....), demeurant à, qui s'est présenté(e) à la consultation des urgences médico- judiciaires du service de médecine légale du CHUC disant avoir été victime de (ou selon le tuteur légal).....le/20.., vers ...h... par, qui l'aurait.....

L'EXAMEN CLINIQUE REALISE MONTRE :

Examen de la région anale :

En position, sous unéclairage, objective
..... Le sphincter anal
Le toucher rectal.....

Examen de la région génitale :

En position, sous un éclairage, objective
..... hyménéales.

Examen du reste du corps objective :

CONCLUSION :

Les lésions constatées ce jour justifient (/ ne justifient pas) une I.T.T ; (incapacité totale de travail) de
(...) jours.

Compte tenu de ce qui précède et conformément aux articles 198 et 199, de la loi n° 18-11 du 02 juin 2018 relative à la santé, nous vous adressons ce signalement.

Dr. (nom, prénom, grade)

Cachet et signature

La prise en charge doit être globale et multidisciplinaire

Respectez à chaque moment :

- L'autonomie du patient
- Son droit à prendre des décisions
- Son droit à être correctement informé au sujet de l'examen médico-légal

Attitude préconisée du dispensateur de soin :

- N'émettez pas de jugement
- Respectez la confidentialité
- Soyez empathique et respectueux
- Respectez la dignité en tenant compte des normes culturelles et sociales, adaptez vos actions
- Posez des questions ouvertes (demander quoi, quand, où, comment mais pas pourquoi...)
- Respectez les silences
- Interrogez au sujet du ressenti de la personne et des sentiments
- Reformulez avec vos propres mots ce que la personne vous a dit
- Les questions fermées sont utilisées pour éclaircir un point peu clair
- Fournir un maximum d'informations lors de la première visite qui pourrait être aussi la dernière. Il est possible que la victime ne veuille ou ne puisse pas retourner au centre pour un suivi.

Le dossier doit comporter les informations subjectives et objectives

Protocoles pour la contraception d'urgences :

Régime	Composition de la pilule ^a (par dose)	Dénominations commerciales communes	Première dose (nombre de comprimés)	Deuxième dose 12 heures après (nombre de comprimés)
Lévonorgestrel seul	750µg	Levonelle, NorLevo, Plan B, Postinor-2, Vikela	2	0
	30µg	Microlul, Microval, Norgeston	50	0
	37,5µg	Ovrette	40	0
combiné	EE 50 µg + LNG 250µg ou EE 50 µg + NG 500µg	Eugynon 50, Fertilan, Neogynon, Noral, Nordiol, Ovidon, Ovral, Ovran, Tetragynon /PC-4, Preven, E-Gen-C, Neo-Primovlar 4	2	2
	EE 30 µg + LNG 150µg ou EE 30 µg + NG 300µg	Lo/Femenal, Microgynon , Nordete, Ovral L, Rigevidon	4	4

^aEE= éthynyl-estradiol ; LNG=lévonorgestrel ; NG=norgestrel.

(Adapté de : Consortium for Emergency Contraception, *Emergency contraceptive pills, medical and service delivery guidelines*, deuxième édition. Washington, DC, 2004).

Recommandations concernant la prévention V.I.H. :

	Viol, A.T.P.* (sauf si agression > 72 heures ou si auteur V.I.H. négatif)
Anal réceptif	Recommander
Anal insertif	Non Applicable
Vaginal réceptif	A considérer (CV V.I.H. élevée, traumatisme)
Vaginal insertif	Non Applicable
Oral réceptif avec éjaculation	Non recommandé sauf si (CV V.I.H. élevée, traumatisme)
Oral réceptif sans éjaculation	Non recommandé sauf si (CV V.I.H. élevée, traumatisme)
Oral insertif	Décourager
Oral - Vaginal	Non Applicable

* : Attentat à la pudeur

Résumés

Résumé

Introduction : Les violences de nature sexuelle, qu'il s'agisse de viols ou d'autres formes d'atteintes sexuelles, sont des crimes et des délits qui causent de graves préjudices aux droits, à la sécurité, à la dignité et à l'intégrité des victimes. Les consultations se font au sein des services de médecine légale, habituellement dans un délai assez court.

Notre étude a pour objectifs de décrire les aspects médico-légaux de la prise en charge de ces violences à Constantine de 2010 à 2021, de fournir une compréhension globale de ce phénomène et des propositions concrètes afin de les prévenir et d'améliorer la prise en charge des victimes.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle à visée descriptive dont le recueil a été fait rétrospectivement de janvier 2010 à décembre 2019 et de façon prospective de janvier 2020 à décembre 2021 sur des formulaires pour pallier au manque d'information. Elle a porté sur les victimes vivantes (n=2276), les défunts présumés victimes de violences sexuelles (n=16) et les auteurs présumés (n=15). La saisie des données a été faite sur Excel et leurs analyses et traitement à l'aide du logiciel SPSS. Le test de Khi2 a été utilisé pour la comparaison de certains paramètres.

Principaux résultats : 64,9 % des victimes étaient de sexe féminin et 35,1 % de sexe masculin (sex ratio = 0,54). Leur moyenne d'âge était de $15,28 \pm 7,4$, l'âge médian (16 ans) avec des extrêmes allant de 0 à 71 ans. 73,3 % avaient moins de 18 ans. 9,8 % des victimes présentaient des troubles psychopathologiques divers et 20% ont rapporté avoir été victime d'agression sexuelle antérieure ; multiple (77,2%), avant l'âge de dix ans (20,6%).

L'auteur présumé, était de sexe masculin (74,3%), sans emploi (9,2 %), âgé de 19 à 34 ans (42,7%), mineur (10,7 %), unique (53,7%), connu de la victime (64,5%), issu du cercle familial (6,3 %), partenaire intime actuel (25,4 %), voisin (20,2%), membre de la famille (6,3%) ou connaissance des réseaux sociaux/internet (5,9 %). Les agressions étaient incestueuses dans 2,4% des cas, perpétrées par le père (48,1 %), la victime de sexe féminin (76 %) âgée de moins de 16 ans (85,1 %), essentiellement des attouchements (70,4 %) ou une pénétration anale (42,6 %).

30,3 % des agressions ont eu lieu dans un domicile, 14,4 % dans un lieu isolé et 8,1 % dans un lieu public. Les mois d'été ont compté 22,2 % des cas.

12,4 % des victimes ont rapporté avoir consommé de l'alcool seul (0,5 %) ou avec des substances (0,4 %).

En 2020 et 2021, très probablement du fait de la COVID-19 et du confinement, le nombre de consultations pour agressions sexuelles a baissé d'environ 10%.

Des lésions corporelles (31,4 %), anales (7,8 %), génitales (4 %) ont été constatées, occasionnées par un auteur unique (67 %), plus d'un agresseur (12,9 %), connu (60 %).

Une contraception d'urgence a été prescrite chez 56,2 % des victimes.

Depuis 2016, 76,8 % d'entre elles ont été orientées vers le service des maladies infectieuses. Seulement 14,9 % ont été enregistrées et 16,6 % ont reçu le kit initial de prophylaxie post-exposition.

Le délai moyen entre les dates de l'examen en médecine légale et de la réquisition est de 1 jour avec un maximum de 32 jours et le délai entre la date de la dernière agression et la date de la réquisition est de 11,7 jours. Le délai moyen de la remise du rapport médico-légal était de 12 jours. Les moyennes de délais entre la dernière agression et les examens aux services d'épidémiologie, des maladies infectieuses et de psychologie sont lents, respectivement de l'ordre de 20,8 - 15,4 et 26 jours.

L'intervalle temporel de 72 heures est vital pour la victime car c'est à ce moment que l'on peut prévenir la survenue d'une grossesse non désirée, le risque d'une contamination aux IST/VIH.

Conclusion : Le principal résultat de cette étude est de prévoir au sein de la structure hospitalière, une UMJ dotée de matériel aux normes, d'organiser un circuit de prise en charge pluridisciplinaire dans lequel le médecin légiste, d'un rôle de consultant jusque-là, prendra une place centrale et en faisant intervenir les différents services de santé, de justice et sociaux.

Mots clés : violences sexuelles, profil socio-démographique victime-auteur, aspects médico-légaux, circuit de prise en charge.

Summary

Introduction: Violence of a sexual nature, whether rape or other forms of sexual assault, are crimes and offences that cause serious harm to the rights, safety, dignity and integrity of victims. Consultations are carried out in forensic medicine departments, usually within a fairly short timeframe.

The aim of our study is to describe the forensic aspects of the management of such violence in Constantine from 2010 to 2021, to provide an overall understanding of this phenomenon and to make concrete proposals for preventing it and improving the management of victims.

Method: This is an observational study with a descriptive aim. Data were collected retrospectively from January 2010 to December 2019 and prospectively from January 2020 to December 2021 on forms to make up for the lack of information.

It covered living victims (n=2276), deceased presumed victims of sexual violence (n=16) and presumed perpetrators (n=15). The data was entered in Excel and analysed and processed using SPSS software. The Chi2 test was used to compare certain parameters.

Main results: 64.9% of the victims were female and 35.1% male (sex ratio = 0.54). Their average age was 15.28 ± 7.4 , the median age 16, with extremes ranging from 0 to 71. 73.3% were under 18. 9.8% of the victims had various psychopathological disorders and 20% reported having been the victim of a previous sexual assault; multiple (77.2%), before the age of ten (20.6%).

The alleged perpetrator was male (74.3%), unemployed (9.2%), aged between 19 and 34 (42.7%), a minor (10.7%), the only perpetrator (53.7%), known to the victim (64.5%), from the family circle (6.3%), a current intimate partner (25.4%), a neighbour (20.2%), a family member (6.3%) or known from social networks/internet (5.9%). The assaults were incestuous in 2.4% of cases, perpetrated by the father (48.1%), the female victim (76%) under the age of 16 (85.1%), essentially touching (70.4%) or anal penetration (42.6%).

30.3% of assaults took place in the home, 14.4% in a secluded place and 8.1% in a public place. The summer months accounted for 22.2% of cases.

12.4% of victims reported drinking alcohol alone (0.5%) or with substances (0.4%).

In 2020 and 2021, most likely as a result of COVID-19 and confinement, the number of consultations for sexual assaults fell by around 10%.

Bodily harm (31.4%), anal harm (7.8%) and genital harm (4%) were observed, caused by a single perpetrator (67%), more than one perpetrator (12.9%) and a known perpetrator (60%).

Emergency contraception was prescribed for 56.2% of victims.

Since 2016, 76.8% of victims have been referred to the infectious diseases department. Only 14.9% were registered and 16.6% received the initial post-exposure prophylaxis kit.

The average time between the date of the forensic medical examination and the requisition was 1 day, with a maximum of 32 days, and the time between the date of the last attack and the date of the requisition was 11.7 days. The average time taken to submit the forensic report was 12 days. The average times between the last attack and the examinations by the epidemiology, infectious diseases and psychology departments were slow, at 20.8 - 15.4 and 26 days respectively.

The 72-hour interval is vital for the victim, as it is at this time that we can prevent the occurrence of an unwanted pregnancy and the risk of contamination with sexually transmitted infections/HIV.

Conclusion: The main outcome of this study is to set up a medico-judicial unit within the hospital, with equipment that complies with standards, and to organise a multidisciplinary care circuit in which the forensic pathologist, who has hitherto played a consultative role, will take on a central role, involving the various health, legal and social services.

Key words: sexual violence, victim-perpetrator socio-demographic profile, medico-legal aspects, treatment circuit.

ملخص

مقدمة: إن العنف ذو الطابع الجنسي، سواء كان اغتصاباً أو غيره من أشكال الاعتداء الجنسي، هي جرائم وجنح تسبب ضرراً جسيماً لحقوق الضحايا وسلامتهم وكرامتهم وسلامتهم. يتم إجراء الاستشارات في أقسام الطب الشرعي، وعادةً ما تتم الاستشارات في إطار زمني قصير إلى حد ما.

الهدف من دراستنا هو وصف جوانب الطب الشرعي في إدارة مثل هذا العنف في قسنطينة في الفترة من 2010 إلى 2021، لتقديم فهم شامل لهذه الظاهرة وتقديم مقترحات ملموسة لمنعها وتحسين إدارة الضحايا.

المنهجية: هذه دراسة قائمة على الملاحظة ذات هدف وصفي. جُمعت البيانات بأثر رجعي من يناير 2010 إلى ديسمبر 2019 واستطلاعي من يناير 2020 إلى ديسمبر 2021 على استمارات لتعويض نقص المعلومات.

وشملت الضحايا الأحياء (العدد = 2276) وضحايا العنف الجنسي المفترضين المتوفين (العدد = 16) والجناة المفترضين (العدد = 15). أدخلت البيانات في برنامج إكسل وتم تحليلها ومعالجتها باستخدام برنامج SPSS. استُخدم اختبار Chi2 لمقارنة بعض المعايير

النتائج الرئيسية: كان 64.9% من الضحايا من الإناث و35.1% من الذكور (نسبة الجنس = 0.54). كان متوسط أعمارهن 15.28 ± 7.4 عامًا، ومتوسط العمر 16 عامًا، وتراوح الحدود القصوى للعمر بين 0 و71 عامًا. 73.3% من الضحايا كنّ دون سن 18 عامًا. 9.8% من الضحايا كنّ يعانين من اضطرابات نفسية مرضية مختلفة، و20% منهن أفدن بأنهن كنّ ضحايا اعتداء جنسي سابق؛ متعدد (77.2%)، قبل سن العاشرة (20.6%)،

كان الجاني المزعوم ذكرًا (74.3%)، عاطلاً عن العمل (9.2%)، تتراوح أعمارهم بين 19 و34 عامًا (42.7%)، قاصرًا (10.7%)، الجاني الوحيد (53.7%)، معروفًا للضحية (64.5%)، من محيط الأسرة (6.3%)، شريك حميم حالي (25.4%)، جاريًا (20.2%)، أحد أفراد الأسرة (6.3%) أو معروفًا من شبكات التواصل الاجتماعي/الإنترنت (5.9%). كانت الاعتداءات من سفاح القربى في 2.4% من الحالات، وارتكبتها الأب (48.1%) أو الضحية الأنثى (76%) تحت سن 16 عامًا (85.1%)، أو الملمس بشكل أساسي (70.4%) أو الإيلاج في الشرح (42.6%). 30.3% من الاعتداءات وقعت في المنزل و14.4% في مكان منعزل و8.1% في مكان عام. استحوذت أشهر الصيف على 22.2% من الحالات.

أبلغ 12.4% من الضحايا عن شرب الكحول بمفرده (0.5%) أو مع مواد مخدرة (0.4%) في عامي 2020 و2021، على الأرجح نتيجة لجائحة كوفيد-19 والحبس، انخفض عدد الاستشارات المتعلقة بالاعتداءات الجنسية بنحو 10%.

ولوحظ حدوث أذى جسدي (31.4%) وأذى شرطي (7.8%) وأذى تناسلي (4%)، تسبب فيه جاني واحد (67%) وأكثر من جاني (12.9%) وجاني معروف (60%)

وُصفت وسائل منع الحمل الطارئة لـ 56.2% من الضحايا منذ عام 2016، تمت إحالة 76.8% من الضحايا إلى قسم الأمراض المعدية. تم تسجيل 14.9% فقط من الضحايا، وتلقى 16.6% منهم مجموعة العلاج الوقائي الأولي بعد التعرض للفيروس.

بلغ متوسط الوقت المستغرق بين تاريخ الفحص الطبي الشرعي وتقديم الطلب يومًا واحدًا، بحد أقصى 32 يومًا، وبلغ متوسط الوقت المستغرق بين تاريخ آخر هجوم وتاريخ تقديم الطلب 11.7 يومًا. كان متوسط الوقت المستغرق لتقديم تقرير الطب الشرعي 12 يومًا. كان متوسط الوقت المستغرق بين الهجوم الأخير والفحوصات التي أجرتها أقسام اللبائيات والأمراض المعدية وعلم النفس بطبيًا، حيث بلغ 20.8 - 15.4 و26 يومًا على التوالي.

تعتبر فترة الـ 72 ساعة حيوية بالنسبة للضحية، حيث يمكن في هذا الوقت منع حدوث حمل غير مرغوب فيه وخطر التلوث بالأمراض المنقولة جنسيًا/فيروس نقص المناعة البشرية.

الخلاصة: تتمثل النتيجة الرئيسية لهذه الدراسة في إنشاء وحدة طبية قضائية طبية داخل المستشفى، مزودة بمعدات تتوافق مع المعايير، وتنظيم دائرة رعاية متعددة التخصصات يقوم فيها الطبيب الشرعي، الذي كان يلعب حتى الآن دورًا استشاريًا، بدور مركزي يشمل مختلف الخدمات الصحية والقانونية والاجتماعية.

الكلمات المفتاحية: العنف الجنسي، الملامح الاجتماعية والديموغرافية للضحية والجاني، الجوانب الطبية والقانونية، دائرة الرعاية.