

## Prise en charge d'une victime de viol : médecine légale

P. CHARIOT

### Points essentiels

- Une agression sexuelle est une expérience traumatique profondément déshumanisante.
- L'examen médical d'une personne victime de violences sexuelles est, lui aussi, potentiellement traumatisant pour la personne examinée ; il nécessite donc une attention particulière du médecin.
- La dimension technique de préservation des preuves, du constat médical et de l'instauration de traitements éventuels ne doit pas se substituer à l'humanité et à la qualité de l'accueil des soignants intervenants.
- Dans toutes les situations de violence, l'absence de lésions traumatiques visibles au moment d'un examen médical, ne signifie pas qu'il n'y a pas eu de coups ; l'absence de coups ne signifie pas qu'il n'y a pas eu de viol, c'est même une situation fréquente.
- L'évaluation psychologique porte sur les antécédents psychiatriques, la notion de traitements psychotropes, la présentation de la victime, l'existence de signes de stress posttraumatique récents ou secondaires, l'existence de conduites délirantes, de confusion ou perplexité, de conduites addictives.
- Il n'existe pas de parallélisme entre la gravité de l'agression et l'expressivité du tableau clinique psychologique.
- La sévérité ou, au contraire, la discrétion des troubles psychiques initiaux n'a pas de valeur prédictive pour l'évolution ultérieure.

Correspondance : Patrick Chariot, Unité de médecine légale, hôpital Jean-Verdier, 93140 Bondy.  
E-mail : patrick.chariot@jvr.aphp.fr

- Dans le certificat médical rédigé à la suite de l'examen, la description de la situation de violence est celle faite par la victime et doit apparaître comme telle, séparée du reste du certificat.
- Un certificat médical peut être conclu par une interprétation des éléments descriptifs.
- Le médecin, qui n'est pas enquêteur, ne doit pas se prononcer sur la réalité des faits de violence.

## 1. Introduction

La présentation de l'activité de l'urgentiste dans un chapitre précédent s'est accompagnée d'un exposé détaillé des lois et règlements accompagnant la pratique médicale (code pénal, code de procédure pénale, code civil, code de déontologie). Ce texte se tiendra à distance de telles références pour privilégier des considérations d'intérêt pratique individuel, tant pour les personnes examinées que pour les soignants qui les reçoivent.

### 1.1. Données épidémiologiques

Les données statistiques ne permettent pas de connaître le phénomène des agressions sexuelles dans son ensemble, car la majorité des actes restent inconnus, en raison de l'absence de plainte ou de consultation médicale. Environ 10 000 viols et 15 000 autres agressions sexuelles sont enregistrés chaque année par la police et la gendarmerie, nombres en forte hausse depuis le début des années 1980. Les facteurs contribuant à expliquer cette augmentation incluent la facilitation du dépôt de plainte, la meilleure prise en considération des victimes par l'ensemble du système police-justice, l'attention portée à la maltraitance des mineurs, le rôle des mouvements féministes, la médiatisation de la question, la création des numéros verts, le développement des associations d'aide aux victimes, la féminisation et la formation de la police. Des signes donnés par le législateur et l'institution judiciaire manifestent la prise en compte, par la société, de la gravité des faits : aggravation des peines encourues, des peines prononcées et appliquées, report de la prescription en matière d'agressions sexuelles sur mineur, amélioration des procédures d'indemnisation des victimes (commission d'indemnisation).

L'enquête sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF), réalisée en 2000 sur un échantillon de 6 970 femmes représentatives de la population des 20-59 ans, a indiqué que 11 % avaient subi au moins une agression sexuelle au cours de leur vie (1). Les agressions sexuelles les plus souvent déclarées étaient les tentatives de rapport forcé (6 %), les attouchements (5 %), les rapports forcés (3 %). Environ la moitié des femmes qui avaient été victimes d'agression sexuelle au cours de leur vie n'en avaient jamais parlé avant l'enquête. Il y aurait en France entre 50 000 et 100 000 viols chaque année. Il n'y a pas d'enquête similaire à l'enquête ENVEFF pour la population masculine. Les plaintes pour agression

sexuelle chez l'homme adulte ou adolescent sont environ 10 fois moins fréquentes que chez les femmes (2). La plupart des études publiées sur les hommes victimes concernent les États-Unis (3). À l'échelle mondiale, selon les estimations, jusqu'à 20 % des femmes et 3 % des hommes seraient victimes d'un viol ou d'une tentative de viol au cours de leur vie (4, 5).

Le constat du petit nombre de femmes portant plainte pour agression sexuelle par rapport au nombre supposé d'agressions commises (rapport de un à quatre environ) a fait prendre des mesures pour faciliter, d'une part, leur prise en charge médicale et, d'autre part, leur accès à la justice.

Le médecin peut ainsi, avec l'accord de la victime, effectuer un signalement auprès du procureur de la République, dès lors qu'il a constaté dans l'exercice de sa profession des sévices qui lui permettent de penser que des violences sexuelles ont été commises (code pénal, art. 226-14). De l'enquête ENVEFF menée en 2000 à l'enquête CSF menée en 2006 (6), le nombre de violences sexuelles déclarées a doublé, principalement parce qu'elles sont moins tues, selon les auteurs.

## 1.2. Cadre légal et réglementaire

L'examen peut être réalisé :

- **sur réquisition d'un officier de police judiciaire**, après que la victime a déposé plainte : chez l'adulte, les faits sont le plus souvent récents, datant de quelques heures à quelques jours. Parfois, en particulier chez l'adolescent(e) ou lors d'agressions intrafamiliales ou au sein du couple, ils sont anciens, avec un délai de plusieurs semaines à plusieurs années entre les faits et le dépôt de plainte ;
- **sans réquisition** : 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.

## 1.3. Conduite diagnostique pratique

La mention « diagnostic » peut prêter à confusion en matière d'agression sexuelle. Le médecin ou tout autre professionnel de santé ne peut parvenir à une conclusion diagnostique de viol. Son rôle est d'accueillir la victime, de décrire d'éventuelles lésions traumatiques, de procéder à des examens ou prélèvements biologiques et d'instaurer les mesures thérapeutiques utiles ou nécessaires. Il ne peut se prononcer sur l'existence de faits de violence, auxquels il n'a pas assisté. L'absence de lésions traumatiques visibles ne signifie pas qu'il n'y a pas eu de coups. L'absence de coups ne signifie pas qu'il n'y a pas eu de viol, c'est même le cas le plus fréquent. En d'autres termes, contrairement à une représentation fréquente, la plupart des viols ne sont pas précédés ou accompagnés par des violences physiques. Ainsi, dans une étude portant sur les 572 examens pratiqués

à l'unité médico-judiciaire de Seine-Saint-Denis en 2009, les violences sexuelles n'étaient accompagnées de violences physiques que dans 37 % des cas et de menaces par arme blanche sans violence physique directe dans 3 % des cas, les 60 % de cas restants concernant des victimes ne rapportant aucune violence physique associée. L'examen clinique ne montrait des lésions traumatiques que dans un cas sur cinq (2).

## 2. Accueil

### 2.1. Réception et accueil

L'accueil d'une personne se présentant comme victime d'agression sexuelle ne va pas de soi (7). On constate régulièrement que, de fait, les médecins de toutes spécialités – urgentistes et médecins légistes y compris – adoptent des conduites d'évitement conduisant à réorienter ces patients vers un ailleurs qui prend le nom, selon les cas, de service de police, d'unité médico-judiciaire, de service d'urgences, ou de service de gynécologie. On sait que seule la moitié des victimes de violences sexuelles en parlent (1) et qu'une minorité des victimes de viol s'adressent à un médecin. Ainsi, alors que la décision de cette révélation est, en soi, difficile, le refus d'accueillir ou l'absence d'accueil est une nouvelle épreuve, bien décrite par certaines victimes, dont la plupart n'écrivent pas de livre (8, 9).

Lorsqu'elles ne sont pas renvoyées, les victimes de violences sexuelles sont reçues, elles ne sont pas pour autant accueillies.

Autant le dire franchement, nous apprécions les bonnes victimes : celles qui s'expriment bien, qui n'ont pas bu d'alcool avant d'être violées, qui n'ont jamais été déprimées, qui ne connaissaient pas leur agresseur, qui ont été menacées avec une arme ou même frappées. Elles n'hésitent pas à porter plainte et le font rapidement, sont amenées par la police avec une réquisition. Après leur description précise – et concise – de l'agression, nous les examinerons, ce qui ne les effraiera pas, nous ferons tous les prélèvements qui nous paraîtront utiles, ce qu'elles ne remettront pas en question, nous pourrions leur prescrire une trithérapie antirétrovirale, traitement qu'elles suivront scrupuleusement, sans effets secondaires, ce qui nous donnera l'impression de bien les traiter. Elles nous poseront quelques questions, pour montrer qu'elles attendent quelque chose de nous, mais pas trop, pour ne pas nous gêner. Elles auront leur carte Vitale, ce qui permettra la délivrance du traitement sans se demander qui doit payer. Elles auront quelqu'un pour venir les chercher après l'examen, quelqu'un de discret, aimable, prévenant mais sachant rester à sa place, qui nous remerciera en partant – nous faisons un métier si difficile, mais si noble. Elles reviendront chercher leurs résultats d'examens, aux heures de bureau, et se soumettront aux prises de sang voulues, à la date voulue. Elles seront choquées lors du premier examen, juste après l'agression, pensant quand même à nous remercier de notre accueil. Les fois d'après, pour chercher les résultats ou pour les autres prélèvements, elles iront beaucoup mieux, nous reconnaîtront, seront jeunes, jolies et souriantes.

Le médecin s'est-il présenté ? A-t-il expliqué le déroulement de l'entretien, de l'examen et des prélèvements, leur intérêt ? A-t-il demandé à la victime si elle était d'accord pour tout, si elle avait des questions ? Si ceci n'est pas fait, à quoi sert le médecin ? Est-il une sorte de préleveur, qui se tient à ce qui est écrit dans la mission (toute la mission, rien que la mission, dit l'expert) ? Cela expliquerait pourquoi nous avons tant de difficultés à examiner les victimes qui n'ont pas porté plainte : il n'y a pas de mission. La réquisition rassure le médecin. Elle offre aussi un cadre mieux défini pour la transmission des résultats d'examen à l'autorité judiciaire.

Chez les femmes atteintes de maladies psychiatriques sévères, la prévalence des violences sexuelles au cours de la vie est particulièrement élevée, atteignant 50 à 97 % des patientes selon les études (10). Comment accueillir un patient hospitalisé en psychiatrie chez qui des violences sexuelles sont suspectées ? Quelqu'un qui a dénoncé des faits mais pas toujours, qui ne s'exprime pas toujours clairement, qui ne comprend pas toutes les explications qu'on voudrait lui donner. Le patient psychotique obèse, incurique, incohérent, anxieux et non muni d'une réquisition aux fins d'examen dérange le médecin somaticien. Pour ce qui est du psychiatre, je ne me prononcerai pas.

Adresser un patient aux fins d'examen aux urgences ou en médecine légale lors d'une suspicion de violences sexuelles permet à l'équipe psychiatrique de faire appel à un tiers, de faire sortir les agressions (rapportées) d'un milieu institutionnel qui pourrait être tenté de ne pas ébruiter une affaire susceptible d'induire la suspicion sur les conditions de surveillance des patients. Parfois aussi, de faire mieux la part des choses entre une idée délirante à thème érotomane, un rapport sexuel et une agression : si on trouve du sperme, il n'y a pas que des idées folles.

## 2.2. Que faudrait-il pour que nous accueillions les victimes de violences sexuelles ?

Chacun aura compris qu'il ne s'agit pas en premier lieu d'argent ou de conditions matérielles. Ce qui ne signifie pas qu'on peut travailler n'importe où. Il faut en effet un lieu ; un lieu que les victimes de violences ne quittent pas sans attendre la consultation, tellement la salle d'attente est bruyante, exigüe et parfois scène de violences verbales ou physiques, qui leur sont insupportables et on les comprend. Il faut aussi du personnel d'accueil.

## 2.3. Quelle urgence ?

Énoncer sans nuance et sans prendre en compte la situation individuelle de la personne qui se présente, que l'examen d'une victime de violences sexuelles est une urgence n'a pas grand intérêt pratique : De quand datent les faits rapportés ? L'urgence éventuelle est-elle somatique, un traitement médicamenteux étant susceptible d'être instauré ? Est-elle psychologique, par rapport aux révélations des faits par la victime ? Est-elle judiciaire, pour préservation d'indices ou parce

qu'un suspect est placé en garde à vue ? N'est-elle que ressentie à une heure tardive par un entourage familial pressant, dans le cas d'un enfant ou d'un adolescent, pour lequel à l'inverse un examen différé, pendant la journée, pourrait être plus adapté ? En d'autres termes, l'accueil est une urgence, l'examen pas toujours. Dans l'étude, déjà citée, réalisée dans une unité médico-judiciaire spécialisée, le délai médian d'examen était de 3 jours et l'examen a eu lieu plus d'une semaine après les faits rapportés dans 34 % des cas (2).

## 2.4. Comment procéder ? Recommandations générales

La conduite à tenir ne peut être codifiée de façon stéréotypée et devrait chaque fois s'adapter au contexte. Tout au plus peut-on énoncer quelques recommandations générales (11, 12) :

- lors de l'entretien, le médecin doit expliquer le déroulement de l'examen et ses différentes étapes et prendre le temps d'écouter la victime. 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. Elles seront abordées dans un autre chapitre.

Il est tellement facile d'être maladroit et de prononcer des paroles à l'effet durablement dévastateur (8) que les quelques exemples qui suivent peuvent être utiles à tout intervenant auprès d'une personne victime de violences sexuelles :

**Ce qu'il ne faut pas dire...** (d'après (13)) :

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

## 2.5. Examen somatique général

La présence d'un témoin 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.

L'examen commence par un examen général, orienté par les caractéristiques des violences décrites par la victime et par ses doléances. L'examen cherche 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 photographiées.

## 2.6. Particularités des examens biologiques pratiqués

Contrairement à ce que peut légitimement penser la personne examinée, certains examens n'ont pas pour but de déterminer les conséquences de l'agression, mais le statut sérologique préalable de la victime : c'est le cas pour les sérologies d'infections sexuellement transmissibles ou le test de grossesse dans le cas de faits de violence récents. Il est déloyal de ne pas l'expliquer à la victime, qui lorsqu'elle aura communication des résultats de ces examens sera faussement rassurée sur un risque de contamination ou de grossesse.

**Test de grossesse.** Un dosage de bêta-HCG plasmatique doit être systématiquement réalisé chez la femme en âge de procréer. Certaines dénonciations de faits de viol, en particulier chez des adolescentes, correspondent

à une tentative de masquer un début de grossesse faisant suite à un rapport sexuel librement consenti, perçu comme inavouable à la famille. Si cette dernière situation est également source de souffrance, parfois majeure, pour la jeune femme et doit être prise en compte, il est préférable d'utiliser les moyens diagnostiques disponibles pour que les soignants en soient informés.

**Sérologie VIH.** Les patients doivent être informés des prélèvements effectués et d'accord avec leur pratique. Pour autant, faire signer un consentement écrit avant une prise de sang pour sérologie VIH, ce qui est malheureusement encore de pratique courante de la part de certains soignants – se sentent-ils ainsi dispensés de fournir toute explication orale adaptée à la personne et à la situation ? – est source de perplexité supplémentaire chez le patient, sans aucun bénéfice pour lui. Rappelons qu'en la matière, l'obligation déontologique concerne ce que le patient comprend des examens qu'il subit, et non la production d'un document écrit signé, souvent sans savoir.

### 3. Certificat, ce que le médecin écrit

Contrairement aux attentes de tous ses interlocuteurs, le médecin ne dira ni n'écrira jamais (enfin je l'espère) si une relation sexuelle était ou non librement consentie. Précisons aussi que le médecin 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 de 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, décrite plus bas.

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. Comme dans tout certificat médical, le jour et l'heure de l'examen doivent être indiqués. 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.

#### 3.1. Rédaction

– Première partie : la description de la situation de violence suspectée (commémoratifs) est celle faite par la victime et doit apparaître comme telle, et séparée du reste du certificat.



– Deuxième partie : plaintes de la victime (doléances). La mention des doléances précise, de manière complémentaire à celle des éléments commémoratifs, le contexte de l'examen médical.

– Troisième partie : résultats de l'examen clinique (constatations). Les éléments descriptifs doivent concerner les signes positifs (lésions traumatiques récentes ou anciennes) et des signes négatifs selon les commémoratifs et les doléances. Par exemple, pour quelqu'un disant être tombé sur un genou ou disant avoir mal au genou, la partie descriptive doit préciser le résultat de l'examen clinique du genou, qu'il soit normal ou non.

– Quatrième partie : prélèvements effectués. Il s'agit ici de permettre une traçabilité des actes médicaux. Dans les examens complémentaires réalisés, il importe de préciser et de distinguer ceux pour lesquels on dispose du résultat au moment de la rédaction du certificat, ceux dont on n'a vu qu'une mention du résultat dans un certificat médical établi préalablement (cas fréquent des radiographies non présentées par la victime et considérées comme normales aux urgences d'un autre hôpital) et ceux pour lesquels le résultat est attendu, pouvant ou non modifier certaines conclusions du certificat.

– Cinquième partie : conclusion concernant la compatibilité des données de l'entretien et de l'examen clinique avec l'agression rapportée. Il s'agit d'un avis technique médical d'intérêt judiciaire. Rien ne s'oppose à ce qu'un certificat médical soit conclu par une interprétation des éléments descriptifs, pourvu que la description et l'interprétation ne soient pas intriquées. La description devrait être la même pour tous les médecins pratiquant le même examen. L'interprétation, comparable à la partie discussion dans un article scientifique, peut varier selon le rédacteur. Rappelons que l'origine traumatique d'une béance anale ne peut être retenue qu'en cas de vacuité de l'ampoule rectale. Enfin, il n'appartient pas au médecin de qualifier l'infraction éventuellement commise.

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. En Seine-Saint-Denis en 2009, cette réévaluation, qui n'a eu lieu que dans 3 % des cas, aboutissait à des durées de 8 à 60 jours (médiane : 30 jours, contre 4 jours pour ces personnes lors de la première consultation) (2).

Il est souhaitable, dans le cas d'une suspicion de pénétration vaginale, que le médecin se prononce, dans son compte-rendu, sur la compatibilité de l'examen

hyménal avec une pénétration sexuelle. En revanche, chez l'adolescente ou la femme adulte, l'absence de lésion hyménale traumatique ne permet pas, sauf particularité anatomique, d'éliminer une pénétration sexuelle, comme en témoignent les cas de grossesse survenant chez des jeunes femmes dont l'hymen est intact (15) et l'absence fréquente de toute lésion hyménale traumatique constatée chez des jeunes filles chez lesquelles l'existence de multiples rapports sexuels consentis avec pénétration vaginale complète était avérée (16).

Ainsi, les termes de vierge ou de virginité, non descriptifs mais connotés moralement et socialement, n'ont-ils aucune place dans un certificat médical d'intérêt judiciaire, quelles que soient les demandes des autorités requérantes ou d'entourages familiaux pressants. Le médecin devrait limiter ses conclusions en la matière à mentionner l'existence ou l'absence de lésions hyménales traumatiques, récentes ou anciennes.

### 3.2. À qui transmettre le certificat ?

Si l'examen médical est pratiqué sur réquisition judiciaire, le certificat doit être transmis à l'autorité requérante. Dans le cas contraire, le certificat doit être remis à la victime, qui en fera l'usage qu'elle souhaite. 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 (2), 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 (17)) ou de possibles agressions en série, le dépôt de plainte présente l'intérêt collectif de limiter les risques de récidive avec d'autres victimes. Dans les cas de soumission chimique, il y a parfois des complicités dans les discothèques elles-mêmes ; qu'il s'agisse réellement de soumission chimique ou d'un état de vulnérabilité lié à une intoxication volontaire, par l'alcool ou par d'autres psychotropes, l'intervention de la police, par la mauvaise publicité qu'elle leur fait, peut aussi inciter les patrons de discothèques à être plus vigilants sur les situations à risque dans leur établissement.

Dans tous les cas (examen sur réquisition ou non), le médecin doit conserver un double du certificat rédigé.

## 4. Parcours, les suites de la consultation

Il ne s'agit pas, dans un document à destination de praticiens de l'urgence, de présenter les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique et psychique de la personne qui en est victime, ni de détailler les étapes du parcours

administratif et judiciaire qui peut suivre la révélation de faits de violence sexuelle. Ce parcours a fait l'objet d'un chapitre spécifique dans un ouvrage récent (18). Les éléments qui suivent se veulent des indications sur ce qui, lors de l'intervention des médecins urgentistes, peut se révéler ultérieurement utile pour la personne victime de violence sexuelle qui s'est présentée devant eux.

#### 4.1. Suivi à court terme

Dans tous les cas, l'accompagnement psychologique débute par la qualité relationnelle de l'accueil de la victime par le médecin. Le médecin devrait établir un lien avec un réseau d'accompagnement des victimes et proposer, si elle lui semble utile, une prise en charge psychologique ou psychiatrique, de préférence par un intervenant ayant une expérience dans ce domaine. La victime est revue 2 à 3 jours après l'examen initial pour communication des premiers résultats et réévaluation de l'indication du traitement antirétroviral éventuellement prescrit. Les consultations de suivi biologique et clinique peuvent être de nouvelles occasions d'initier une prise en charge psychologique ou psychiatrique.

#### 4.2. Suivi à distance

La pratique est devenue systématique depuis 3 ans en Seine-Saint-Denis, de proposer à toutes les victimes de violences sexuelles de les revoir un mois après le premier examen. En moyenne, 45 % se sont rendues à cette consultation, parmi lesquelles plus de 80 % présentaient des signes de stress posttraumatique d'intensité marquée (2). De 10 à 30 % des victimes d'agression présentent encore à un an des signes de souffrance psychique nets en rapport avec le traumatisme. Le taux est bien plus élevé pour les victimes d'agressions sexuelles. Le viol surtout, est statistiquement associé à un risque très élevé d'apparition d'un état de stress posttraumatique, qui peut atteindre 50 % des cas (19).

La longueur des enquêtes et des procédures aboutissant, pour certaines seulement, à un procès d'assises, la lassitude ou la perplexité devant la multiplicité des interlocuteurs judiciaires et administratifs (8) rend utile l'accompagnement des victimes par un juriste et, souvent, par un avocat.

### 5. Conclusion. Quels suivis ?

L'intervention des soignants, et en particulier des médecins, auprès d'une victime d'agression sexuelle ne se limite pas à l'accueil médical initial. Elle devrait inclure un suivi somatique, selon les blessures constatées, le risque de grossesse et le risque de récurrence des violences, un suivi psychologique, un suivi social, en particulier dans le cas de violences sexuelles au sein du couple, si une séparation est décidée ou envisagée, un suivi de la situation des enfants éventuels et un suivi judiciaire de l'éventuelle plainte, dans le long parcours de la victime.

## Références

1. Jaspard M., Brown F., Condon S. et al. Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale. Paris : La Documentation française, 2003.
2. Chariot P., Scius M., Lorin, A.S., Belmenouar O., Tedlaouti M., Boraud C. Violences sexuelles : examen médical des victimes ayant déposé plainte en 2009 en Seine-Saint-Denis (France). Bull Epidemiol Hebd 2010 ; 40-41 : 418-21.
3. Masho S.W., Anderson L. Sexual assault in men: a population-based study of Virginia. Violence Vict 2009 ; 24 : 98-110.
4. Mein J.K., Palmer C.M., Shand M.C. et al. Management of acute adult sexual assault. Med J Austr 2003 ; 178 : 226-30.
5. Welch J., Mason F. Rape and sexual assault. BMJ 2007 ; 334 : 1154-8.
6. Bajos N., Bozon M., équipe CSF. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. Population & Sociétés, N° 445, mai 2008. Accessible sur [www.ined.fr](http://www.ined.fr)
7. Chariot P. Viol. Bonnes ou mauvaises victimes ? Médecine Légale & Société 2003 ; 6 : 40.
8. Feroé F. De l'inconvénient d'avoir été violée. Paris : Albin Michel, 2002.
9. Le Boulaire M.A. Le viol. Paris : Flammarion, 2002.
10. Goodman L.A., Rosenberg S.D., Mueser K.T., Drake R.E. Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment, and future research directions. Schizophrenia Bulletin 1997 ; 23 : 685-96.
11. Chariot P. Accueil d'une victime de violences sexuelles. Rev Prat (Paris) 2009 ; 59 : 111-6.
12. Chariot P., Dantchev N. Agressions sexuelles chez l'adulte. In : Traité de médecine légale et de droit de la santé. Paris : Vuibert, 2010 : 216-24.
13. Le praticien face aux violences sexuelles. Ministère chargé de la Santé. Imprimerie de France, 2000.
14. Chariot P., Tedlaouti M., Debout M. L'incapacité totale de travail et la victime de violences. Actualité Juridique Pénal (Dalloz) 2006 ; 7-8 : 300-3.
15. Kellogg N.D., Menard S.W., Santos A. Genital anatomy in pregnant adolescents: « Normal » does not mean « Nothing happened ». Pediatrics 2004 ; 113 : e67-9.
16. Anderst J., Kellogg N., Jung I. Reports of repetitive penile-genital penetration often have no definitive evidence of penetration. Pediatrics 2009 ; 124 : e403-9.
17. Djezzar S., Questel F., Burin E. et al. Chemical submission: results of 4-year French inquiry. Int J Legal Med 2009 ; 123 : 213-9.
18. Duband S., Debout M. Le parcours médical et judiciaire d'une victime de violences. In : Traité de médecine légale et de droit de la santé. Paris : Vuibert, 2010 : 194-204.
19. Darvez-Bornoz J.M., Pierre F., Lépine J.P., Degiovanni A., Gaillard P. Screening for psychologically traumatized rape victims. Eur J Obst Gynecol Reprod Biol 1998 ; 77 : 71-5.