

N° 183 - Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles
Décrire la prise en charge immédiate d'une personne victime de violences sexuelles
A. BLANC

1. Bases

1.1 Généralités

L'agression sexuelle représente un événement traumatisant pour la victime qui entraîne des effets psychologiques, médicaux et judiciaires. Le premier examen médical, à faire en urgence, doit répondre à cette triple exigence.

L'agression sexuelle = Urgence Médico-Judiciaire

- **Urgence Judiciaire** car en cas d'examen initial mal fait ou trop tardif, c'est l'ensemble de la procédure et donc de l'action judiciaire qui est rendu inefficace.

- **Urgence médicale** du fait de lourdes conséquences **psychiques** et organiques (**infectieuses, grossesse**).

L'examen doit être réalisé rapidement, dans les meilleures conditions possibles et par un **spécialiste des urgences médico-judiciaires**. La prise en charge est multidisciplinaire (police, justice, médecin, psychologue)

1.2 La loi : le nouveau code Pénal

1.2.1. Qualification ou « définition »

Les termes de "viol" et "d'agression sexuelle" sont des termes judiciaires et non médicaux.

L'agression sexuelle est définie par : *"toute **atteinte sexuelle** commise avec **violence, contrainte, menace ou surprise**"* (Article 222-22).

Le **viol** comme : *"tout acte de **pénétration sexuelle**, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par **violence, contrainte, menace ou surprise** est un viol"*.

Le viol est donc caractérisé par un acte de pénétration et une absence de consentement. C'est un **crime**, donc jugé devant la cour d'assises.

Il est puni de 15 ans de réclusion criminelle, de 20 ans en cas de circonstances aggravantes (par exemple sur un mineur), de 30 ans avec période de sûreté de 18 ans lorsque l'acte a entraîné la mort. En cas de torture ou d'actes de barbarie, la réclusion criminelle à perpétuité avec une peine de 18 à 22 ans de sûreté est prononcée.

1.2.2. Dérogations au secret professionnel (article 226-14)

Pour les **mineurs** ou **personnes qui ne sont pas en mesure de se protéger** en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique un signalement est possible quels que soient les sévices (physiques, sexuels) aux **autorités judiciaires, médicales ou administratives**.

Pour les **autres** (majeurs) un signalement est possible avec **l'accord de la victime** quels que soient les sévices (physiques, sexuels) au **procureur de la République**.

2. Accueil d'une victime majeure

2.1. L'examen de la victime

L'examen médical doit être **précoce, prudent et minutieux** et ne doit être pratiqué que par un **spécialiste**.

Il a pour but de déterminer **l'agression sexuelle** (pénétration ou non), le **non-consentement** de la victime ainsi que de faire un bilan des possibles **conséquences psychiques et physiques** de l'agression.

Il se décompose en un interrogatoire, un examen physique général et gynécologique (examen des orifices de pénétration sexuelle), de prélèvements indispensables, une information de la victime, la prescription de traitement éventuel et la rédaction d'un certificat médical.

Dans la mesure du possible, il est souhaitable d'obtenir préalablement une réquisition des autorités de justice permettant l'examen et les prélèvements qui seront alors des pièces à conviction. Réaliser l'examen sans réquisition risque d'entraîner un nouvel examen par un expert requis (risque traumatisme de l'examen, retard pour les prélèvements, disparition des preuves...)

2.1.1. L'interrogatoire

Il consistera à prendre les éléments d'identification de la victime et de préciser :

- la date et l'heure de l'agression et de l'examen,
- les circonstances de l'agression sexuelle : pénétration, pénienne ou autre, par voie vaginale, anale, buccale, avec ou sans préservatif, avec ou sans éjaculation, nombre de rapports et d'agresseurs,
- les ATCD médicaux, gynéco-obstétricaux,
- la date des derniers rapports sexuels consentis et leurs types, date des dernières règles, moyens de contraception utilisés
- S'il y a une notion de toilette intime depuis agression (peut faire disparaître des indices biologiques).
- rechercher des troubles du comportement ou de la mémoire pouvant faire évoquer une soumission médicamenteuse.

2.1.2. L'examen clinique

L'examen général : Il faut examiner l'ensemble des téguments et des muqueuses (recherche de lésions traumatiques).

Les traces de violence seront recherchées sous la forme de lésions traumatiques extra-génitales et des zones de défense. La contrainte sera recherchée sous forme de lésions traumatiques des zones de prise (membres supérieurs).

L'examen gynécologique recherche des signes de pénétration macroscopiquement mais également sous grossissement colposcopique (x15).

L'examen sera axé sur un examen de la vulve car la majorité des lésions est située dans cette région (tableau ci dessous).

Un examen au spéculum permet d'apprécier l'état des parois vaginales et du col et de réaliser les prélèvements.

Un Toucher Rectal peut être nécessaire pour tester le tonus sphinctérien s'il y a eu sodomie et une anoscopie est réalisée s'il existe un doute de rectorragie.

Localisation et types des lésions gynécologiques traumatiques après pénétration vaginale
(De Slaughter L., Brown CRV. : *Cervical findings in rape victims*, Am J Ob Gyn 164 : 528, 1991)

Site	Incidence des lésions	Type de lésion
Fourchette postérieure	70 %	Lacération, abrasion
Petites lèvres	53 %	Abrasion, ecchymose
Hymen	29 %	Ecchymose, lacération
Fossette naviculaire	25 %	Lacération, abrasion
Col	13 %	Ecchymose
Vagin	11 %	Lacération, ecchymose
Périnée	11 %	Lacération, abrasion
Région péri-urétrale	9 %	Ecchymose
Grandes lèvres	7 %	Erythème, abrasion

2.2. Les examens complémentaires

Ils ont plusieurs buts :

- recueillir des indices biologiques nécessaires à la documentation des enquêteurs :
 - documentation de la réalité des faits : preuve de la présence de sperme par examen cytologique : **présence de spermatozoïdes** (toutes cavités, tampon et autres) pendant 72 h à 96 h dans la cavité vaginale si pas de toilette intime importante, pendant 6 h au plus dans la cavité buccale et 48h dans la cavité rectale.
 - documentation d'une éventuelle soumission chimique : recherche toxicologique dans le sang ou les urines (alcool, psychotropes).
 - identification de l'agresseur :

- empreintes génétiques : écouvillons au niveau du cul de sac vaginal postérieur, vêtements, recherche de poils pubiens de l'agresseur ;
 - prélèvements de police scientifique : prélèvements sous- unguéaux, fibres trouvées sur la victime, écouvillonnage de taches suspectes.
- assurer le suivi des soins ultérieurs :
 - bactériologique : signes d'appel de MST,
 - sérologies : syphilis (VDRL, TPHA), VIH (avec accord de la victime à renouveler à 3 et 6 mois), VHB, VHC,
 - dosage des β -HCG.
 - bilan pré-traitement anti-rétroviral : NFS, plaquette, ionogramme, urée, créatininémie, bilan hépatique.

2.3. La prise en charge de la victime

2.3.1. La prévention des M.S.T.

Une **thérapeutique anti-rétrovirale** (circulaire DGS n°2003/165 du 3 avril 2003) doit être mise en place.

La prescription thérapie anti-rétrovirale doit être débutée si possible **dans les 48 heures** après l'agression (efficacité maximale dans les 6 premières heures). Au-delà de ce délai, le médecin reste cependant libre de l'effectuer sur demande de la victime compte tenu des circonstances d'exposition. Une trithérapie sera prescrite chaque fois que le risque sera reconnu soit sur la connaissance du statut sérologique de l'agresseur soit sur l'existence de facteurs de risques (rapport anal, vaginal, défloration, période menstruelle...). La prescription en urgence d'un traitement doit être limitée à une durée courte (3-4 jours) et nécessite une réévaluation du risque, des modalités de traitement, des effets secondaires par un médecin référent. Ce traitement initial peut associer COMBIVIR® (2 cp par jour) et VIRACEPT® (5cp 2 x fois par jour).

Elle peut également nécessiter la mise en route d'une **antibiothérapie efficace**, sans attendre le résultat des prélèvements bactériologiques : par exemple traitement oral par de la **DOXYCYCLINE** 100 mg 3 fois par jour pendant 8 jours.

Prévention de l'hépatite B par la réalisation d'une **vaccination** dans les 15 jours après l'agression.

2.3.2. La prévention de la grossesse

Si la femme n'utilise pas de contraception efficace et que l'agression ne remonte pas à plus 72H avant la consultation et quelle que soit la date du cycle et après avoir reçu les résultats des β -HCG négatifs, l'on peut prescrire une « **pilule du lendemain** », même si ce n'est pas une garantie absolue d'efficacité, soit NORLEVO® 0,75mg dont le 1^{er} comprimé doit être pris le plus tôt possible, si possible dans les 12 heures, après le rapport sexuel non protégé, et dans les 72 heures au plus tard après le rapport. Le 2nd comprimé devra être pris 12 heures au plus tôt et 24 heures au plus tard après la prise du 1^{er} comprimé.

2.3.3. La prise en charge psychologique

Elle est essentielle et doit être précoce puis relayée par des spécialistes ayant l'expérience des entretiens avec ces victimes surtout si elles sont mineures.

Ce qu'il faut savoir : le viol n'est pas un rapport ou une relation sexuelle. C'est une agression physique intéressant les zones sexuelles. Le viol est un acte vécu comme porteur de mort.

Les premiers symptômes : attitude mutique, méfiance, refus du contact, état de stress aigu, comportement anxio-dépressif (avec risque de passage à l'acte), sentiment de culpabilité++, de honte, de colère...

Des présentations atypiques à connaître : dissociation péri-traumatique (impression d'avoir rêvé), attitude inadapté (exubérance, désinhibition paradoxale), attitude de mise en danger perpétuelle (ATCD d'agression)

Ce qu'il faut faire : écouter avec empathie, pas de jugement personnel, ne pas chercher à dédramatiser, reconnaître la personne en tant que Victime et non Malade, éviter la sur-victimation (aggravation de l'état psychologique d'une victime traumatisée quand elle est confrontée à l'incompréhension de l'entourage)

Une information complète médicale (explication sur l'examen et les prélèvements, risques infectieux, suivi...) ainsi que les modalités d'accompagnement doivent être délivrées.

2.4. L'examen de l'agresseur

Parfois le médecin peut être requis pour examiner l'agresseur notamment pour effectuer des constatations physiques à la recherche de lésions de défense ou pour effectuer des prélèvements biologiques aux fins d'identification ou pour déterminer son statut sérologique.

3. Accueil des enfants

Il s'agit d'une agression habituellement sans violence. Les éléments recueillis lors du premier examen sont capitaux car ils permettent de démarrer une enquête.

La parole de l'enfant est fondamentale car il y a souvent peu d'éléments physiques (50% des victimes). Il faut faire attention à l'utilisation de termes techniques incompréhensible pour l'enfant et préférer un langage adapté.

L'examen général doit rechercher les **stigmates d'enfants battus** qui peuvent être associés.

L'examen gynécologique se fait en position de la grenouille ou en position genupectorale ;

L'hymen toujours présent chez les filles est de 3 grands types :

* semi-lunaire : 40%,

* annulaire à bords réguliers : 33%,

* hymen frangé : 17%,

La pénétration au niveau vaginal d'un élément de taille suffisante va entraîner un étirement de l'hymen puis sa rupture sous forme d'une déchirure.

La cicatrisation de la muqueuse hyménéale se fait en 9 jours (7-14 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 entre 4h et 8h. L'ouverture hyménéale (diamètre transverse hyménéal) doit être mesurée si l'hymen n'est pas déchiré :

L'anus doit être examiné pour rechercher des fissures profondes, des érosions et de l'œdème (la cicatrisation moyenne est réalisée en 6 semaines) ;

En général il n'est pas réalisé d'exploration endo-cavitaire chez l'enfant sauf si on découvre une MST, la présence de sperme ou des signes évoquant une hémorragie.

Des prélèvements à la recherche de maladies sexuellement transmissibles peuvent être effectués chez l'enfant. La présence de gonocoque ou d'une syphilis signe l'abus sexuel, l'herpès 2, le chlamydia, des trichomonas ou des condylomes sont évocateurs d'abus sexuel sans en être pathognomoniques.

4. Rédaction du certificat médical

Un certificat médical initial complet descriptif complète la plainte. Il décrit les déclarations de la victime, les lésions retrouvés et les éléments du retentissement psychologique, les prélèvements réalisés, et peut comporter la fixation d'une I.T.T.