

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2017

N° 199

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Madame Morgan Brofferio
née le 15 Juillet 1990 à Fréjus (83)

Présentée et soutenue publiquement le 28 Septembre 2017

**Recherche des lésions secondaires à un viol lors de l'examen
clinique médico-légal différé chez des victimes féminines de
plus de quinze ans**

Président : Madame le Professeur Clotilde Rougé-Maillart

Directeur de thèse : Docteur Lucia Barrios

REMERCIEMENTS

Au Professeur Clotilde ROUGE-MAILLART, pour avoir accepté d'apporter sa précieuse expertise à notre travail,

Au Docteur Lucia BARRIOS, pour avoir accepté d'encadrer ce travail, sur cette thématique qui nous tiens toutes les deux à cœur,

Au Docteur Renaud CLEMENT, pour nous avoir accompagnées tout au long de ce travail,

Au Professeur Remy SENAND, pour avoir guidé des générations de futurs médecins généralistes dans leurs parcours, et pour avoir accepté de faire parti de ce jury,

Au Docteur Véronique CARTON, pour avoir accepté de représenter l'expérience clinique indispensable des gynécologues dans cette thèse,

Au Docteur Ariane RICHARD, pour d'innombrables raisons, pour avoir été, pour moi et pour de nombreux autres internes, un maître de stage surprenant et unique, pas uniquement au cabinet, mais tout le long de notre parcours. Pour tout ce que tu as fait pour moi, merci.

A ma famille, Lauren, Vincent, Guillaume, Christophe, Catherine et Philippe, pour avoir été l'exemple le plus parfait de ce que quelqu'un peut attendre d'une famille, en espérant avoir l'occasion de vous le rendre bien assez tôt.

A Matthieu, pour tout ce que tu sais déjà mais que je ne te répèterai jamais assez.

Aux Nantais, Claude, Guillaume, Eva, Leslie, David, Caroline, Isabelle, Nadège, Bernadette et Mireille, pour votre soutien, non seulement au cours de ce travail, mais pendant les six mois passé à vos côtés.

Aux Angevins, Nathalie, Matthieu, Emmanuelle, Marion, Vincent, Guillaume, Nicolas, Stéphane, Cindy, Catherine(s), Stéphanie, Christine et Emilie, pour votre accueil, votre aide, votre écoute, tout ce que vous m'avez déjà apporté et que vous allez m'apporter pendant l'année à venir,

A Aurélie, Laurie, Charlotte, Julie, Cécile, Tiphaine, Alexia et Alizée, vous avez toujours été là pour moi, même (et surtout) dans les moments de doute, j'espère en être à la hauteur.

A mes amis de toujours, et ceux d'aujourd'hui,

Joie, Bonheur et Félicité !

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
MATERIEL ET METHODE	5
Méthodologie	5
Population étudiée.....	5
Interrogatoire	6
Recueil et description des lésions	7
Classification et sous-groupes	13
Aspect réglementaire.....	14
Analyse statistique.....	14
RESULTATS	15
Caractéristiques démographiques	15
Données de l'interrogatoire.....	17
Examen gynécologique	20
Réalisation de l'examen gynécologique	20
Lésions ano-génitales	21
Lésions hyménéales	26
Examen périphérique.....	34
Conclusion du rapport	40
DISCUSSION	43
Les caractéristiques démographiques.....	43
Incidence des lésions ano-genitales	44
Lésions périphériques.....	48
Suivi des patientes.....	49
Incapacité Totale de Travail	50
Limites de l'étude.....	51
Pour le futur	52
CONCLUSION	53
Bibliographie.....	54
Lexique	58
Annexes.....	59

ABREVIATIONS

AIVI : Association d'Aide aux Victimes d'Inceste

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CP : Code Pénal

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

ITT : Incapacité Totale de Travail

ONVF : Observatoire National des Violences faites aux Femmes (dépend du SCEHF)

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

SCEHF : Secrétariat en Charge de l'Egalité entre les Hommes et les Femmes

VIRAGE : Violences et Rapports de Genre

INTRODUCTION

Le droit Français a consacré une section spécifique du Code Pénal (CP) aux agressions sexuelles et aux viols.

Une agression sexuelle est ainsi définie par l'article 222-22 : « *Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise* ». L'article 222-22-1 précisant que la notion de « *contrainte* » prévue par le premier alinéa de l'article 222-22 peut être physique ou morale [1].

Le viol est défini par l'article 222-23 comme « *Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise...* » [2].

L'article 227-25 du CP fixe indirectement la majorité sexuelle à 15 ans comme étant l'âge à partir duquel il n'est plus répréhensible pour un majeur d'avoir des relations sexuelles avec un « *mineur* » [3].

En France, c'est le Code Pénal napoléonien de 1810 qui introduit l'interdit des violences sexuelles dans la loi (article 331). Cette première mention est complétée par l'arrêt Dubas (Cour de Cassation, 25 juin 1857), qui ajoute les éléments de surprise et de contrainte. La loi n° 80-1041 du 23 décembre 1980 définit la notion de « *viol* » telle que nous la connaissons aujourd'hui. Il n'est alors possible qu'en dehors du mariage, puisque le Code Civil mentionne un « *devoir conjugal* » entre les époux, qui ne permet pas la qualification de viol dans ce cadre.

L'article 11 de la loi du 4 avril 2006 ajoute à cette définition la notion de « *présomption de consentement entre époux* » dans l'alinéa 2 de l'article 222-22 du CP : « *le viol et les autres agressions sexuelles sont constituées (...) quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage. Dans ce cas, la présomption de consentement des époux à l'acte sexuel ne vaut que jusqu'à preuve du contraire* » [1].

En 2010, la présomption de consentement disparaît (loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples, article 222-22, alinéa 2, du CP).

L'existence de relations antérieures entre l'auteur d'une agression sexuelle et la victime (conjoint, concubin, liés par un pacte civil de solidarité) constitue, selon l'article 222-24 du CP, une circonstance aggravante, au même titre que l'existence d'une particulière vulnérabilité chez la victime ou lorsque le viol est commis par un ascendant ou tout autre personne ayant autorité sur la victime [4].

En 2015, plus de 33490 faits de violences sexuelles (toutes agressions sexuelles confondues) ont été recensés en France métropolitaine (19700 par la police nationale, et 13790 par la gendarmerie), ce qui représente une élévation de 10% en un an et de 22,8 % en deux ans pour la police nationale. La même année, en France métropolitaine, 6129 viols sur majeur(e) et 6827 viols sur mineur(e) ont été constatés (zone police et gendarmerie confondues) [5].

En 2000, une première enquête de victimation, l'ENVEFF, est commanditée par le

Service des Droits des Femmes et le Secrétariat d'État aux Droits des Femmes, coordonnée par l'Institut de démographie de l'Université de Paris-1. Pour actualiser ces résultats, l'enquête VIRAGE est conduite en 2015. Il s'agit d'un sondage en population générale, en France, réalisée par l'Institut National des Études Démographiques (INED). Les premiers résultats de cette enquête (en cours d'exploitation en février 2017) montrent que chaque année, 62000 femmes âgées de 20 à 69 ans déclarent avoir été victimes de viols ou de tentatives de viol. Les femmes jeunes, âgées de 20 à 34 ans semblent les plus exposées aux violences sexuelles. Par ailleurs, 35000 victimes mineures et majeures de violences sexuelles ont été recensées par les forces de sécurité (Gendarmerie Nationale et Police Nationale) en France hexagonale et d'Outre-mer en 2015 : parmi elles, 11910 auraient été victimes de viol. La même année, « seulement » 1048 condamnations ont été prononcées pour viol [6].

Les caractéristiques des agressions sexuelles dites « récentes », c'est à dire dans les 72 heures suivant l'agression, chez les victimes féminines, ont été étudiées à de multiples reprises dans la littérature internationale [7–15]. On connaît ainsi l'incidence des lésions ano-génitales (de 11.8% à 68% en fonction des techniques d'examen [7,8]) et celle des lésions extra-génitales (de 24.5% à 72% [11,12]) chez les patientes victimes d'agression sexuelle examinées précocement. En outre, l'incidence des lésions ano-génitales dans les 72 heures d'un rapport sexuel consenti varie, de 10% à 61,1% en fonction du délai écoulé depuis l'agression, du type de lésions incluses dans l'étude, et de la technique d'examen utilisé (macroscopique, colposcopique ou à l'aide d'un colorant loco-régional de type Bleu de Toluidine) [7,8,12,14–17].

Il est dès lors reconnu que la constatation de lésions ano-génitales à l'examen médico-légal n'est pas spécifique d'un viol et que, à l'inverse, l'absence de lésions ne l'exclut pas.

De plus, certaines études, portant sur des patientes vues à moins de soixante-douze heures de leur agression, ont étudié les caractéristiques démographiques des victimes et des agresseurs, les circonstances des agressions, les relations victimes/agresseurs et l'influence des toxiques sur la survenue des lésions génitales [8,11,12].

Cependant, à notre connaissance, aucune étude ne portait spécifiquement sur l'évaluation des lésions physiques (ano-génitales et extra génitales) chez des femmes ayant été victime d'un viol datant de plus de 72 heures. Trois auteurs ont abordé indirectement cette thématique, [8–10]. Slaughter a ainsi revu les mêmes patientes lors d'une deuxième consultation, avec un délai moyen de 25 jours après l'agression. Ces études ont montré que l'incidence des lésions était significativement plus élevée dans les premières soixante-douze heures qu'après, bien qu'il puisse persister des lésions passé ce délai. Malgré ces premières données, aucune étude n'a pour l'instant approfondi ces résultats.

En France, l'accueil et la prise en charge des victimes de viol sont inhomogènes. Ils dépendent de l'organisation du réseau de soins qui les accueille, en fonction du système de santé du territoire correspondant. Au Centre Hospitalo-universitaire de Nantes, les victimes de viol de plus de quinze ans et trois mois, dont l'agression remonte à moins de soixante-douze heures, sont orientées vers le service des urgences gynécologiques (afin de réaliser les prélèvements et les soins nécessaires en urgence). Lorsque le viol remonte à plus de 72 heures, les victimes de plus de quinze ans et trois mois sont orientées vers l'unité médico-judiciaire. Les patientes âgées de moins de 15 ans et 3 mois sont accueillies au sein du service de pédiatrie.

En France, il est fréquent que les plaintes pour viol soient déposées plusieurs jours,

voire plusieurs mois ou années après les faits. Les témoignages des victimes de viol mettent en avant des périodes de dissociation, de déni et de stress post-traumatique parfois très longues, responsables d'un allongement du délai de dépôt de plainte chez ce type de victime. Ainsi, une enquête de l'AIVI, réalisée en 2010, montre qu'il faut en moyenne 16 ans à une victime d'inceste avant de commencer à parler de son traumatisme [18].

On comprend ainsi que les Unités Médico-Judiciaires Françaises puissent recevoir des patientes victimes d'agressions sexuelles plusieurs jours, mois, voire des années après les faits.

L'objectif principal de ce travail est de déterminer l'incidence des lésions ano-génitales chez des patientes de plus de quinze ans et trois mois, examinées à l'Unité Médico-Judiciaire de Nantes, victimes d'un viol que nous qualifierons d'« ancien », c'est à dire dont le délai écoulé depuis l'agression est supérieur ou égal à soixante-douze heures. L'incidence des lésions extra-génitales, ou « périphériques », sera exposée dans un second temps.

MATERIEL ET METHODE

METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude de dossier, rétrospective, descriptive et mono centrique, portant sur la période du 1er juillet 2012 au 31 mars 2017.

Nous avons ainsi recueilli tous les comptes rendus médico-légaux, des consultations réalisées par cinq praticiens de l'Unité Médico-Judiciaire du Centre Hospitalo-universitaire de Nantes (Loire-Atlantique).

POPULATION ETUDIEE

1. Population source

Femmes âgées de plus de 15 ans et 3 mois, le jour de la consultation, en Loire-Atlantique, victimes d'une agression sexuelle.

Les inclusions s'effectuent à partir des réquisitions judiciaires émanant de la police et de la gendarmerie, et adressées à l'UMJ de Nantes, pour les motifs suivants : viol, viol conjugal, viol sur mineure de moins de 15 ans, viol sur mineure de plus de 15 ans, viol par ascendant, viol en réunion, viol sur personne vulnérable, tentative de viol, agression sexuelle, harcèlement sexuel, exhibition sexuelle, attouchements, violences intrafamiliales, violences conjugales, enregistrement à caractère pornographique, et les réquisitions sans motif, lorsqu'une agression sexuelle est relatée dans les commémoratifs.

2. Critères d'inclusions

Les patientes incluses dans l'étude répondaient aux critères d'éligibilité suivants :

- majorité sexuelle acquise, au sens légal du terme, soit quinze ans ou plus, à la date de l'examen médico-légal (âge de la majorité sexuelle défini par le CP) [3]. Selon le protocole d'accueil du CHU de Nantes, seules les patientes âgées de plus de 15 ans et 3 mois étaient adressées à l'UMJ.
- patientes déclarant avoir été victimes d'un viol,
- délai entre l'agression sexuelle et les constatations médico-légales supérieur ou égal à soixante-douze heures.

3. Critères d'exclusion

- patientes victimes d'agression sexuelle sans notion de viol,
- patientes dont l'examen gynécologique n'a pas été réalisé,
- patientes dont l'examen gynécologique a été réalisé par un praticien en dehors de l'UMJ du CHU de Nantes.

INTERROGATOIRE

Les données recueillies lors de l'interrogatoire sont les suivantes :

- date de la consultation,
- âge (en années),
- date de naissance,
- intitulé de la réquisition,
- situation de fragilité de la victime : tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, handicap.
- évaluation psychologique réalisée à l'UMJ,
- consultation gynécologique réalisée entre l'agression et la consultation médico-légale,
- date de l'agression,
- délai entre l'agression et la consultation (en jours),
 - o (NB : en cas de viols répétés, la date du dernier épisode était retenue)
- lieu de l'agression,
- nombre d'agresseur(s),
- relation avec l'agresseur :
 - o lien conjugal (Cf. Lexique)
 - o familial,
 - o connaissance,
 - o inconnu,
 - o non renseigné,
- circonstances de l'agression :
 - o déshabillage (complet ou incomplet),
 - o propos obscènes lors de l'agression,
 - o attouchements,
 - o exhibition,
- type de pénétration :
 - o pénienne, digitale, ou par corps étranger,
 - o vaginale, anale ou buccale,
- éjaculation,
- douleurs depuis l'agression (présence et localisation),
- pressions psychologiques exercées par l'agresseur après l'agression,
- antécédents gynécologiques :
 - o âge de la ménarche,
 - o âge des premiers rapports sexuels,
 - o contraception (si oui, quelle méthode),
 - o nombre de grossesse(s),
 - o nombre d'accouchement(s),
 - o épisiotomie,
 - o interruption volontaire de grossesse (si oui, par quelle méthode),
 - o utilisation de tampons,
- développement staturο-pondéral (selon le stade de Tanner),

RECUEIL ET DESCRIPTION DES LESIONS

1. Protocole d'examen ano-génital

Le recueil des lésions gynécologiques est basé sur les constatations de l'examen pratiqué selon le protocole suivant :

- inspection visuelle du périnée en position gynécologique : visualisation des lésions traumatiques sur la face interne des cuisses et sur le périnée,
- écartement des grandes lèvres et traction douce, sagittale et postéro-latérale sur les petites lèvres,

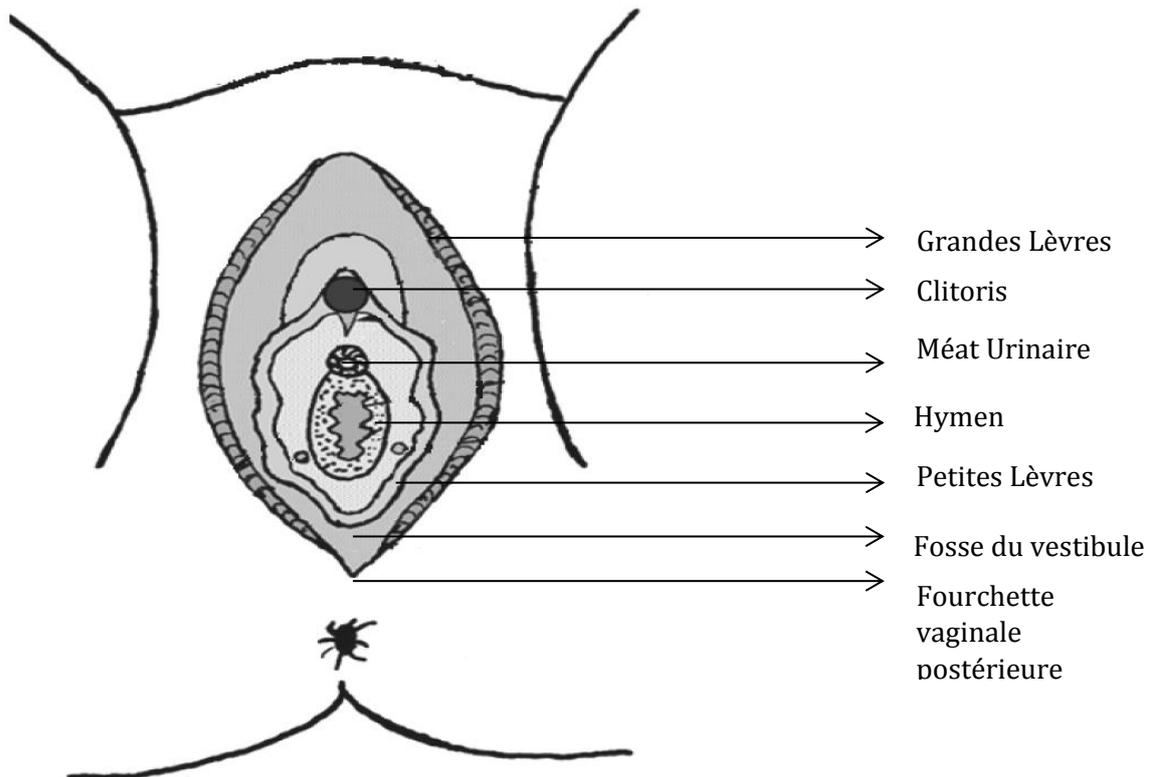


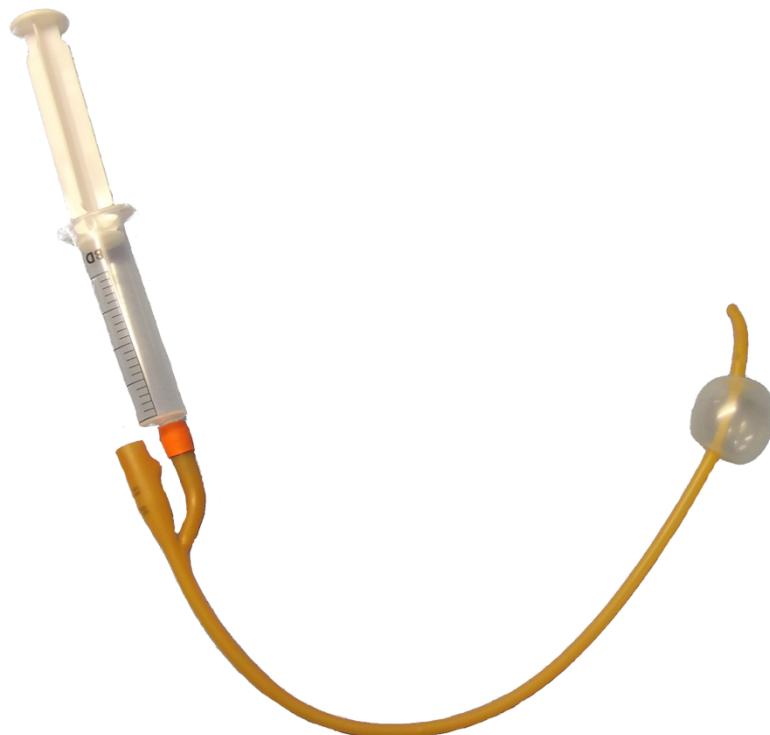
Figure n°1 : schématisation des organes génitaux externes féminins (©Service de médecine légale, CHU d'Angers)

- utilisation d'un écouvillon pour exposer les zones de replis (Cf. Photographie n°1),
- utilisation d'une sonde à ballonnet (Sonde de Foley® Cf. Photographie n°2) : visualisation des bords de l'hymen et mesure de l'orifice hyménéal.
- inspection anale en position gynécologique,
- traction douce pour un examen approfondi des plis radiés après un léger déplissage,
- appréciation de la tonicité du sphincter anal (contraction volontaire et effort de toux),
- il n'a été utilisé ni colposcopie, ni anoscopie, ni colorant au niveau locorégional.

Photographie n°1 : Ecouvillon simple pour déplissage de la membrane hyménéale ©G.VISSEAUX



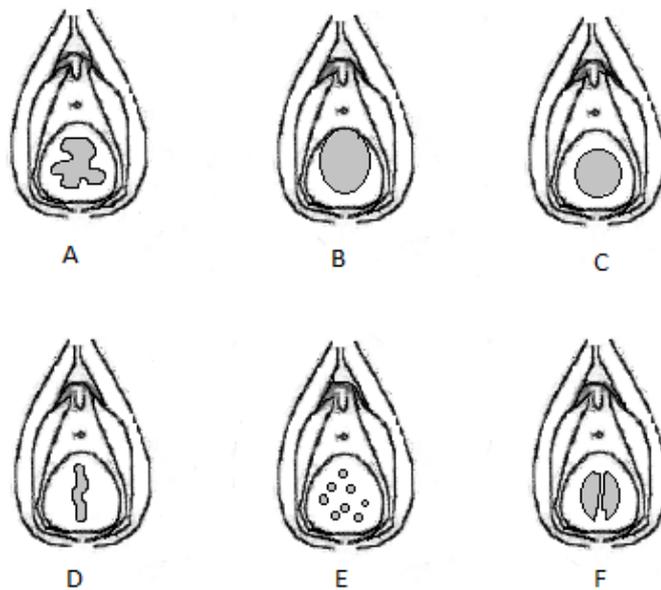
Photographie n°2 : Sonde à ballonnet gonflée à 10 cc d'air ©G.VISSEAUX.



2. Description hyménéale

Le praticien caractérise la forme hyménéale selon la classification suivante [19]:

- frangé : l'hymen présente de multiples « volets », se repliant les uns sur les autres,
- annulaire : le tissu hyménéal est présent tout autour de l'orifice vaginal, y compris à midi
- semi-lunaire ou falciforme: le tissu hyménéal est absent entre 10 heures et 2 heures
- hymen imperforé : aucune ouverture
- hymen micro-perforé (ou cribriforme) : une ou multiples perforation(s) hyménéale(s)
- hymen à brides: possédant un septum ou plusieurs septa au travers de l'ouverture



A : Hymen frangé
B : Hymen semi-lunaire
C : Hymen circulaire
D : Hymen labié
E : Hymen cribriforme
F : Hymen circulaire à bride

Figure n°2 : Schématisation des formes hyménéales

3. Définition des lésions

La classification des lésions génitales était basée sur la classification internationale « TEARS » [7,8] (Cf. Annexe 1) :

- cicatrice : lésion fibreuse résultant de l'évolution à moyen ou à long terme d'une effraction du derme (localisée et répertoriée en fonction de son ancienneté et de sa taille),
- pétéchie : lésions punctiformes, de couleur rouge vif, correspondant à des ruptures de vaisseaux de petit calibre,
- ecchymose : suffusion de sang sous-cutané secondaire à la rupture de vaisseaux de moyen calibre,
- hématome : collection de sang dans une cavité néoformée secondaire à la rupture de vaisseaux de moyen calibre,
- dermabrasions : excoriations cutanées causées par l'ablation de la couche épidermique de la peau ou des muqueuse, dont les bords sont définis,
- œdème : engorgement transitoire des tissus,
- érythème : revêtement cutané anormalement enflammé en raison d'une irritation ou d'une blessure, sans arête ou bordure définie.

Lésions hyménéales :

- encoche : rupture de la membrane hyménale inférieure à 50% de la largeur totale de l'hymen,
- déchirure : rupture de la membrane hyménale supérieure à 50% de la largeur totale de l'hymen, restant incomplète, n'atteignant pas le sillon nympho-hyménéal,
- déchirure complète (ou transsection) : rupture complète de la membrane hyménale, atteignant la paroi vaginale.

L'ancienneté de chaque lésion a été appréciée par le praticien en fonction des données de la science, et est reportée dans le dossier.

4. Localisation des lésions hyménales

La localisation des lésions sur l'hymen fait appel à une description selon un quadrant horaire : midi correspond à la partie haute en position gynécologique, (partie antérieure en position anatomique), et six heures correspondant à la partie basse en position gynécologique (partie postérieure en position anatomique).

Ce quadrant est ensuite divisé en trois secteurs :

- secteur antérieur : correspondant à la zone de 10 heures à 2 heures inclus,
- secteur moyen : correspondant aux zones de 8 heures à 10 heures inclus, et de 2 heures à 4 heures inclus,
- secteur postérieur : correspondant à la zone de 4 heures à 8 heures.

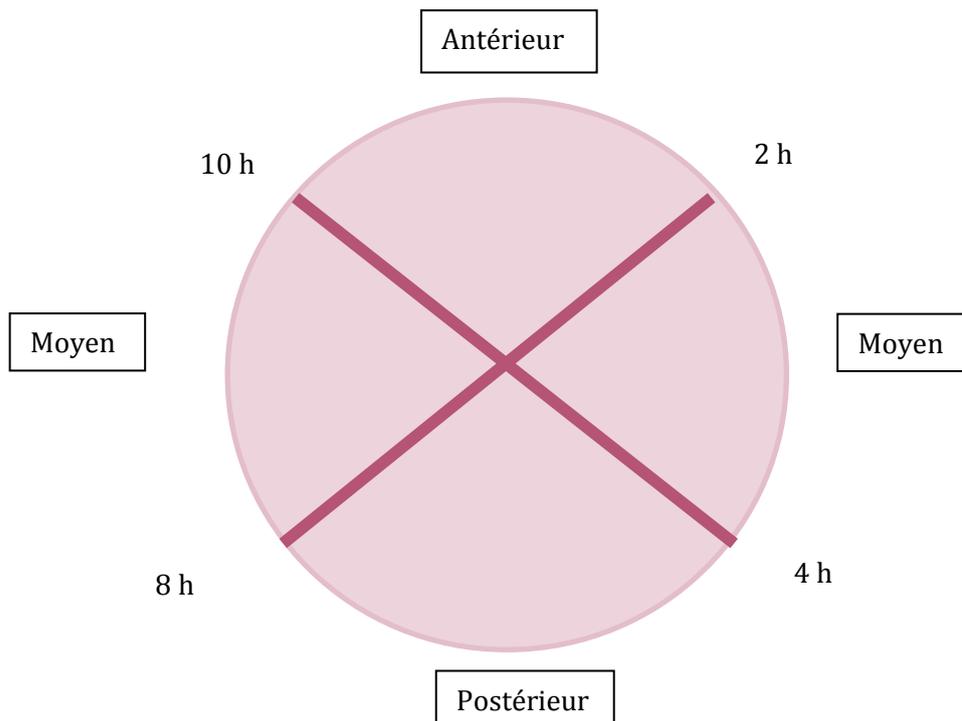


Figure n°3 : répartition des secteurs de l'hymen selon un quadrant horaire

5. Les lésions ano-génitales sont répertoriées selon leur localisation

- Petites lèvres,
- Grandes lèvres,
- Clitoris,
- Hymen,
- Fossa navicularis (fosse du vestibule)
- Fourchette vaginale postérieure,
- Parois vaginales,
- Anus :
 - o plis radiés,
 - o marge anale,
 - o tonicité.

6. Localisation des lésions anales

La localisation des lésions anales fait appel à une description selon un quadrant horaire :

- un axe médian en position gynécologique (axe 12-6 heures +/- 1 heure),
- un axe horizontal en position gynécologique (axe 9-3 heures).

7. Lésions périphériques

Les lésions périphériques sont répertoriées selon leur localisation :

- buccale,
- mammaire,
- mains,
- membres supérieurs,
- membres inférieurs :
 - o face interne des cuisses,
 - o autre localisation sur les membres inférieurs,
- thorax,
- abdomen,
- extrémité céphalique :
 - o face
 - o crâne

8. Consultations psychologiques

Ces consultations peuvent être couplées à une évaluation par les psychologues du service de médecine légale, soit sur demande de l'autorité requérante, soit sur appréciation personnelle du médecin légiste consultant.

9. Conclusion

Le nombre de jours d'Incapacité Totale de Travail, ainsi que la compatibilité de l'examen avec les faits déclarés sont rapportés dans le dossier.

CLASSIFICATION ET SOUS-GROUPES

Nous avons classé l'ensemble des lésions ano-génitales retrouvées au cours de cette étude en trois catégories :

- les lésions anciennes sans rapport avec le traumatisme,
- les lésions anciennes dont on ne pouvait se prononcer sur l'origine,
- les lésions dites «anciennes» que nous avons considéré comme « significatives » d'un viol, et pour lesquelles aucune autre cause potentiellement à leur origine ne nous ont été rapportées.

Les cicatrices d'épisiotomie et les hymens « vestigiaux » ont été considérés comme des lésions dites « non significatives ».

Si la patiente ne rapportait aucun rapport sexuel, antérieur ou postérieur à l'agression, les déchirures hyménales étaient incluses dans notre calcul d'incidence en tant que lésions dites « significatives », c'est à dire compatibles avec les faits rapportés, sans autre cause potentiellement à leur origine retrouvée lors de la consultation.

Les érythèmes n'ont pas été inclus dans le calcul de l'incidence des lésions dites « significatives », pour plusieurs raisons :

- il n'était pas possible d'exclure formellement une pathologie médicale potentiellement à leur origine,
- le délai entre les faits allégués et la consultation médico-légale est supérieur au délai habituellement admis de disparition des érythèmes simples (24 à 48 heures),
- il n'existait pas d'autre élément médical, mentionné dans le compte-rendu, permettant d'étayer une éventuelle compatibilité, en dehors de l'érythème (absence de symptomatologie fonctionnelle ou d'autre lésion tégumentaire associée),
- il n'existe actuellement pas de consensus sur la survenue des érythèmes dans le cadre des agressions sexuelles.

Concernant les lésions anales, les lésions susceptibles d'être induites par une pathologie médicale (hémorroïdes) ont été exclues des calculs d'incidence. Une fissure anale a été incluse, en l'absence d'autre pathologie médicale rapporté dans le compte rendu susceptible d'entraîner ce type de lésion, et devant le caractère répété des pénétrations anales, à l'origine d'un entretien de cette lésion.

Les patientes ont été réparties puis étudiées en sous-groupe, en fonction de leur âge, comme suit :

- 15 ans et 3 mois à 18 ans inclus,
- de 18 ans à 25 ans inclus,
- de 25 ans à 50 ans inclus,
- plus de 50 ans.

Les patientes incluses dans l'étude ont été réparties en cinq sous-groupes de temps en fonction du délai écoulé entre l'agression sexuelle et l'examen médico-légal. Il n'existe pas de données, dans la littérature internationale, concernant les délais éventuels d'évolution des lésions après un mois. Les sous groupes « temps » ont donc été déterminés de manière empirique :

- 72 heures à 7 jours inclus,
- 7 jours à 30 jours inclus,
- 30 jours à 90 jours inclus,
- 90 jours à 352 jours inclus,
- supérieur à 352 jours.

ASPECT REGLEMENTAIRE

Cette étude est non interventionnelle.
Les données sont confidentielles et anonymes.

ANALYSE STATISTIQUE

Nous avons utilisé comme logiciel de travail le logiciel Microsoft EXCEL®.
Nos calculs et nos tableaux ont été réalisés à partir de ce même logiciel. Aucune analyse statistique n'a été réalisée.

RESULTATS

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

1. Inclusions

Les dossiers de 229 patientes, âgées de plus de 15 ans et 3 mois ont été retenus. 130 dossiers ont été exclus devant l'absence de viol relaté pendant l'agression.

Parmi les 99 dossiers restants, 34 ont été exclus du fait de l'absence d'examen gynécologique réalisé au sein de l'UMJ de Nantes:

- 8 patientes ont refusé l'examen gynécologique,
- 10 ont été réalisés aux urgences gynécologiques,
- 3 n'avaient pas d'objet (plainte pour fellation),
- pour 13 dossiers le motif n'était pas renseigné.

Au total, 65 patientes âgées de plus de 15 ans et 3 mois, rapportant avoir été victimes de viol, et examinées à plus de 72 heures de l'agression, ont été incluses dans cette étude.

2. Données démographiques

a) Le jour de l'agression

L'âge moyen le jour de l'agression est de 26,38 ans (médiane de 24 ans, extrêmes : 9-64 ans).

Les patientes ont été réparties en sous groupe « âge » :

- 21,5% (n=14) sont mineures,
- 78,4% (n=51) sont majeures : 38% âgées de 18 à 25 ans, 37% âgées de 25 à 50 ans et 3% ont plus de 50 ans.

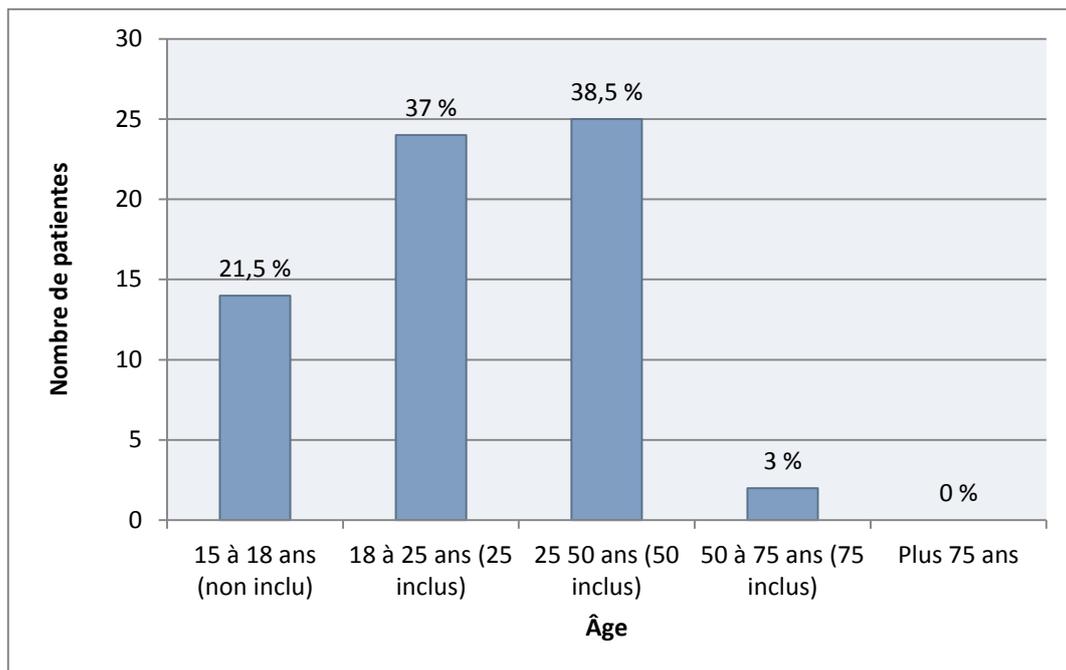


Figure n° 4: Âge des patientes le jour de l'agression

b) Le jour de la consultation

L'âge moyen le jour de la consultation est de 27,16 ans (médiane de 24 ans, extrêmes : 15-64 ans).

Les 14 patientes mineures lors de l'agression correspondent aux 14 patientes mineures lors de la consultation.

c) Vulnérabilité de la victime

3 patientes se trouvent en situation de handicap physique ou psychique lors de leur agression :

- une, présente un trouble du comportement,
- une autre, présente un handicap visuel associé à une hémiparésie gauche,
- la dernière présente une surdité associée à une obésité sévère.

Par ailleurs, deux patientes de notre étude sont placées sous tutelle et une sous curatelle.

DONNEES DE L'INTERROGATOIRE

1. Consultation gynécologique depuis l'agression

Seulement 6 patientes ont déjà bénéficié, entre l'agression et la consultation médico légale, d'un examen gynécologique :

- une à 3 jours, aux urgences gynécologiques pour un examen gynécologique et des prélèvements sur réquisition suite au viol,
- une à un jour après l'agression pour une fausse couche,
- une le jour de son agression, pour un motif non renseigné (revue en médecine-légale un mois après l'agression),
- une à 9 jours pour des démangeaisons (mycose),
- une à 10 jours pour un abcès des grandes lèvres,
- une à 6 mois de l'agression, pour un motif non précisé.

2. Consultation psychologique

36 patientes (55.3%) ont bénéficié d'une évaluation par les psychologues du service.

3. Données de l'agression

a) Agresseur

L'(ou les) agresseur(s) fait(font) parti de l'entourage de la victime dans 73,8 % des cas. On décompte ainsi 15 viols conjugaux (époux et ancien époux, concubin et conjoint) soit 23% de nos patientes, 4 viols intrafamiliaux (6%) et 29 viols par une ou des connaissances (44%, dont 2 petits amis sans vie commune).

Le (ou les) agresseur(s) est(sont) présumé(s) inconnu(s) dans 7 cas . Le(ou les) agresseur(s) n'est(ne sont) pas renseigné(s) pour 10 patientes.

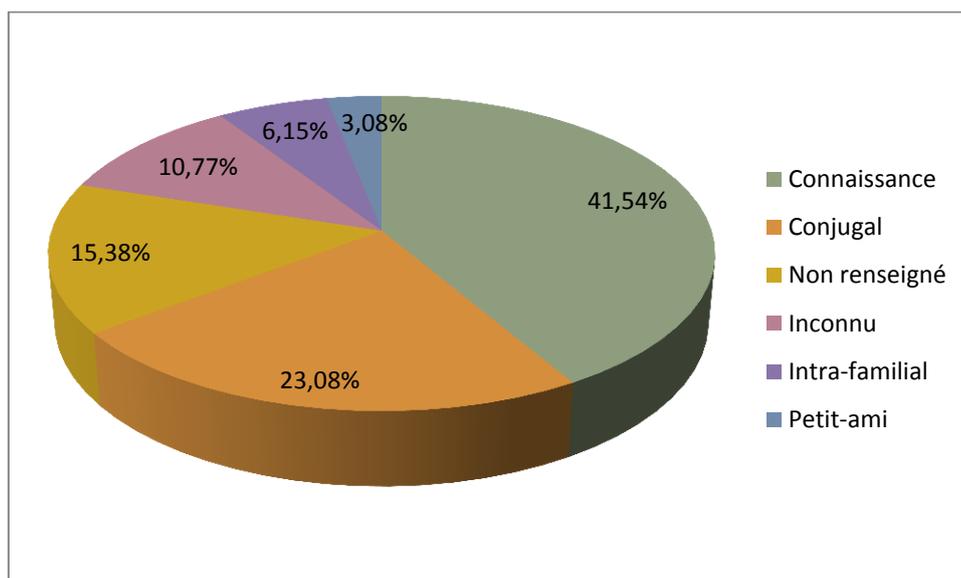


Figure n°5: Répartition des agresseurs

L'agresseur est seul dans 86% des cas, ils sont 2 dans 5% des cas, 3 dans 3% des cas et 4 dans 3% des cas. Le nombre d'agresseur(s) n'est pas précisé dans 2 cas.

b) Lieu de l'agression

Dans 25% des cas, l'agression avait lieu au domicile de la victime, dans 12% des cas, au domicile de l'agresseur et dans 10% des cas au domicile d'une connaissance.

Les autres lieux retrouvés dans notre étude sont: lieu de fête (5%), transport en commun (3%), voie publique (3%), parcs et forêts (3%), transport personnel et lieu de travail (1,5%).

c) Type de pénétration

Il s'agit d'une pénétration pénienne vaginale exclusive dans 34% des cas (n=22), pénienne anale exclusive dans 3% des cas (n=2), et d'une association pénienne vaginale et anale dans 5% des cas.

Dans 13 cas (20%), le viol est digital intra-vaginal exclusif. Un corps étranger a été utilisé dans 3 cas (4,5%).

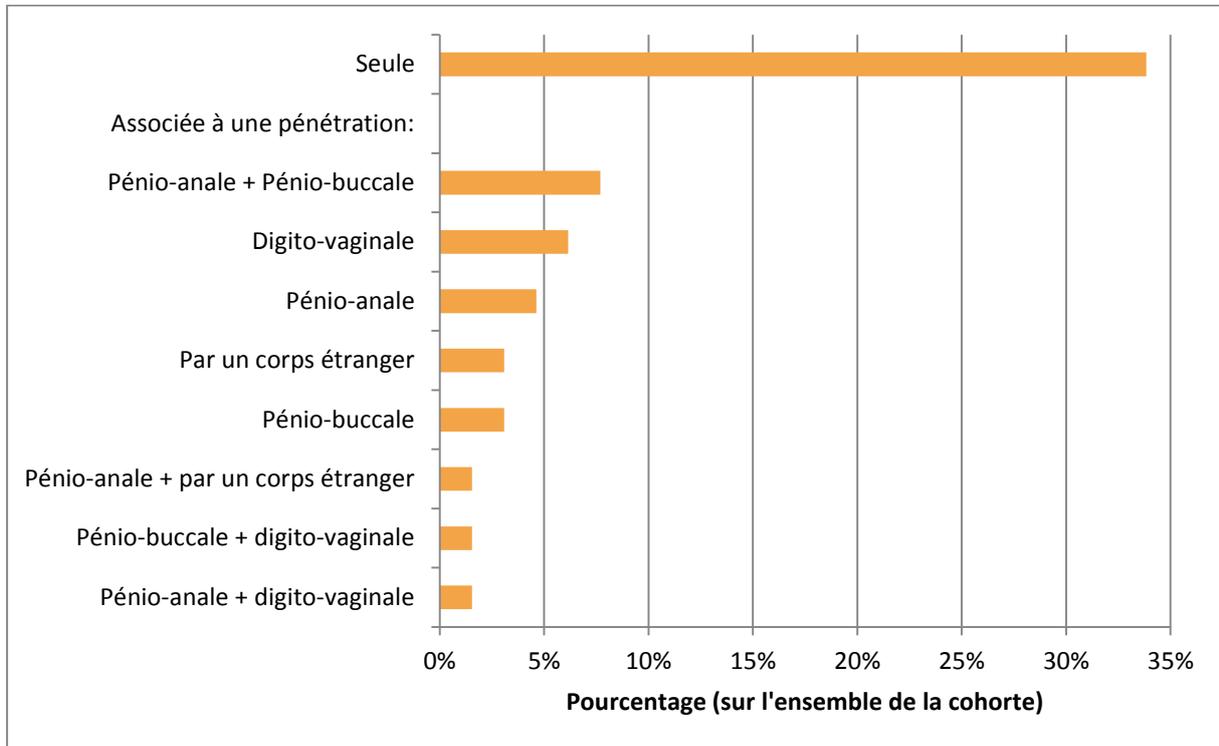


Figure n°6 : Répartition des pénétrations pénio-vaginales

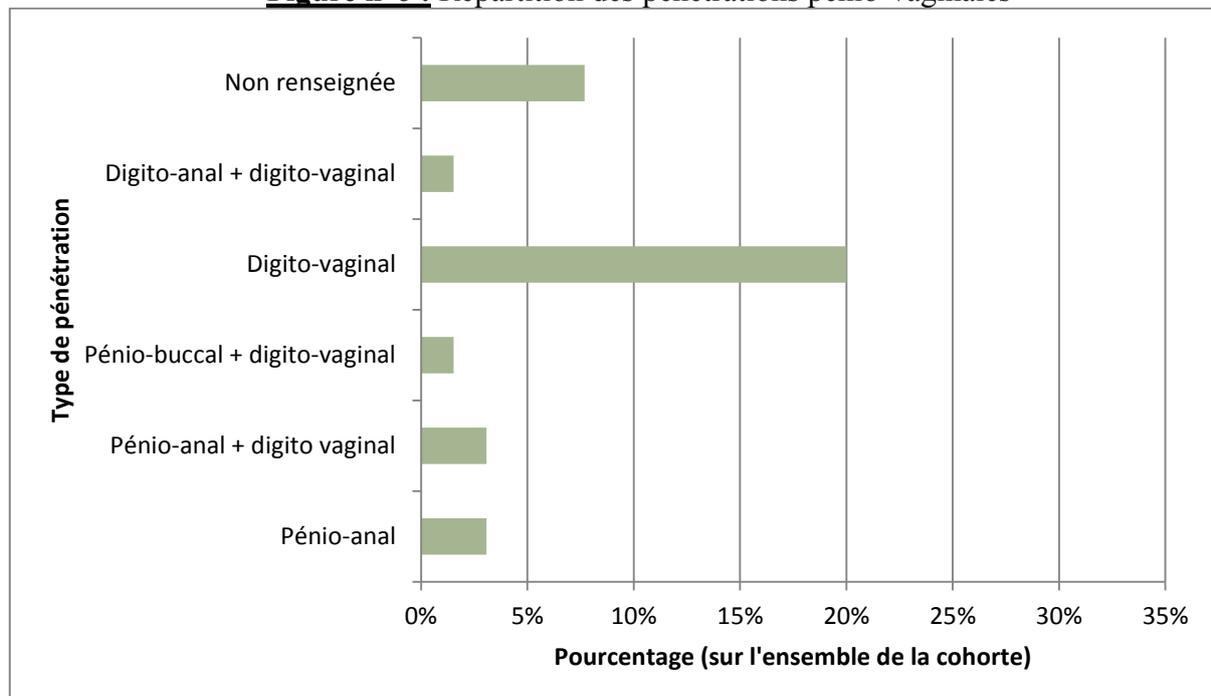


Figure n°7 : Répartition des autres types de pénétrations

EXAMEN GYNECOLOGIQUE

REALISATION DE L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE

Au total sur les 65 examens gynécologiques :

24 examens gynécologiques sont complets.

41 examens gynécologiques ont été considérés comme incomplets :

- examen hyménéal incomplet chez 10 patientes (lésion sans localisation chez 1 patiente, pas de description des lésions chez 1 patiente, pas de diamètre de l'orifice hyménéal ni de description des lésions chez 2 patientes, 6 patientes pour lesquelles il n'était mentionné que « hymen défloré » ou « défloration ancienne »),
- examen hyménéal absent chez 3 patientes
- technique d'examen non renseignée pour 11 patientes,
- diamètre de l'orifice hyménéal non renseigné pour 8 patientes,
- technique d'examen et diamètre de l'orifice hyménéal non renseigné pour 7 patientes,
- examen génital (hors examen hyménéal) non renseigné pour 1 patiente,
- examen hyménéal et examen génital incomplètement détaillé pour 1 patiente.

Technique d'examen hyménéal :

L'examen est réalisé par traction simple des grandes lèvres pour 26% (n=17) des patientes. Aucune lésion dite « significative » n'a été retrouvée.

L'examen est réalisé à l'aide d'une sonde à ballonnet (type sonde de Foley®) pour 24% (n=16) des patientes. 3 sont porteuses de lésions dites « significatives ».

L'examen est réalisé à l'aide d'un écouvillon chez 6% (n=4) des patientes. Aucune lésion « significative » n'a été retrouvée.

La technique d'examen n'est pas précisée pour 43% (n=28) des patientes. Aucune patiente porteuse de lésion dite « significative » n'a été retrouvée. 23 patientes sont porteuses de lésions dites « non significatives », et deux patientes n'ont aucune lésion hyménéale (les constatations de l'examen ne sont pas détaillées pour les 3 patientes restantes).

LESIONS ANO-GENITALES

1. Lésions « significatives »

Nous avons retrouvé au cours de cette étude, 92,3% (n=60) de lésions génitales, et 81,5% (n=53) de lésions hyménales, tout types de lésions confondues.

Au total, l'incidence des lésions dites «significatives» dans notre étude était de 4,6% (n=3) :

- une fissure anale à 2 heures, associée à une fissure anale à 6 heures, (à 32 jours de la dernière agression, dans le cadre de viols pénio-vaginaux et pénio-anaux à répétition par son époux),
- une déchirure complète à 7 heures, associée à deux encoches à 5 et 3 heures (à 163 jours d'un viol par un inconnu, par pénétration pénio-vaginal et digito-vaginale), sans autre rapport sexuel (ni avant ni après l'agression),
- une déchirure complète à 11 heures, associée à trois encoches à 3,2 et 9 heures, (à 157 jours d'un viol pénio-vaginal par un camarade de classe), sans autre rapport sexuel (ni avant ni après l'agression).

2. Lésions génitales

Au moins une lésion génitale (toutes lésions confondues) est présente chez 92,3% (n=60) des patientes de notre étude. 2 patientes sont indemnes de toute lésion génitale.

i. Grandes lèvres

2 lésions ont été retrouvées:

- une tuméfaction glandulaire chez une patiente à 300 jours de l'agression,
- une cicatrice inflammatoire récente chez une patiente opérée récemment d'une bartholinite.

95% des patientes sont indemnes de lésions des grandes lèvres.

ii. Petites lèvres

Une lésion des petites lèvres a été retrouvée: un érythème, situé à 9 heures, à cinq jours de l'agression (sans autre information disponible).

98% des patientes sont indemnes de lésions des petites lèvres.

iii. Fourchette vaginale postérieure

10 patientes sont porteuses d'une ou plusieurs lésions de la fourchette vaginale postérieure :

- une zone érythémateuse, à 7 heures, chez une patiente examinée à six jours d'un viol en réunion,
- 8 patientes présentent des cicatrices d'épisiotomie,
- 1 patiente présente deux lésions anciennes de la fourchette vaginale postérieure, de 0,7 cm située en bas à gauche, et l'autre de 0,5 cm de long située en bas à droite.

iv. Autre

Une seule patiente présente une lésion de la paroi vaginale. Il s'agit d'une cicatrice ancienne et profonde de la paroi vaginale postérieure, chez une patiente ayant déjà eu des accouchements par voie basse.

La seule lésion clitoridienne retrouvée est une excision grade I, réalisée dans l'enfance.

Aucune lésion de la fosse du vestibule n'a été retrouvée.

3. Incidence des lésions génitales en fonction des sous-groupes « temps »

Dans le groupe vu entre 72 heures et 7 jours : 0% de lésion dite « significative », 60% de lésions génitales toutes lésions confondues,

Dans le groupe vu entre 7 et 30 jours : aucune lésion dite « significative », 100% de lésions génitales toutes lésions confondues,

Dans le groupe vu entre 30 et 90 jours : 5,8% de lésions dites « significatives », 100% de lésions génitales toutes lésions confondues,

Dans le groupe vu entre 90 jours et 364 jours : 12,5% de lésions dites « significatives », 81% de lésions génitales toutes lésions confondues,

Dans le groupe vu à plus de 364 jours : 0% de lésion dite « significative », 91% de lésions génitales toutes lésions confondues.

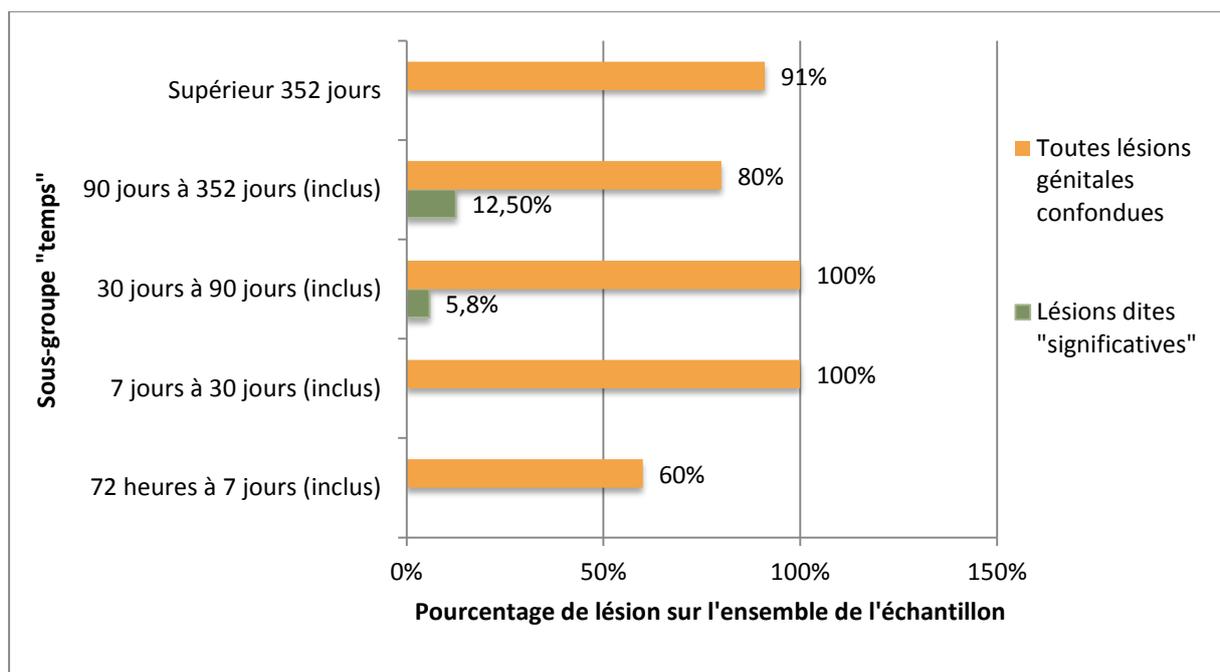


Figure n°8: Répartition des lésions génitales en fonction des sous groupe « temps »

4. Incidence des lésions génitales en fonction des sous-groupes « agresseurs » (en nombre de patientes présentant au moins une lésion gynécologique)

Viol conjugal : 6,6% de lésions dites « significatives », 93% de lésions génitales toutes lésions confondues,

Viol par un petit-ami : aucune lésion dite « significative », 100% de lésions génitales toutes lésions confondues,

Viol intrafamilial : aucune lésion dite « significative », 50% de lésions génitales toutes lésions confondues,

Viol par une connaissance : 3,7% de lésions dites « significatives », 100% de lésions génitales toutes lésions confondues,

Viol par un inconnu : 14,3% de lésions dites « significatives », 85% de lésions génitales toutes lésions confondues,

Agresseur non renseigné : Aucune lésion dite « significative », 70% de lésions génitales toutes lésions confondues.

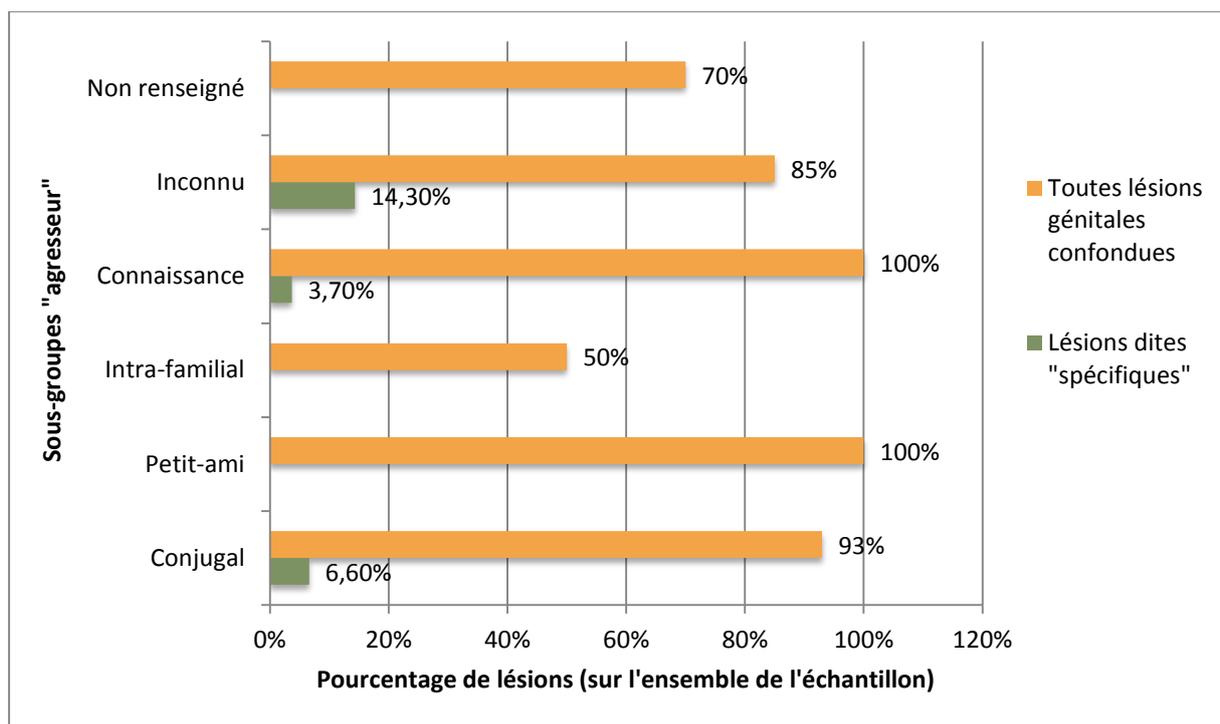


Figure n°9: Répartition des lésions génitales en fonction des sous-groupes « agresseurs »

5. Incidence des lésions gynécologiques par sous-groupe « âge » (le jour de l'agression)

Moins de 18 ans (inclus) : 14,3% de lésions dites « significatives », 87,5 % de lésions génitales toutes lésions confondues,

18 à 25 ans (25 inclus) : 4% de lésions dites « significatives », 91% de lésions génitales toutes lésions confondues,

25 50 ans (50 inclus) : aucune lésion dite « significative », 87,5% de lésions génitales toutes lésions confondues,

50 à 65 ans (75 inclus) : aucune lésion dite « significative », 100% de lésions génitales toutes lésions confondues

6. Incidence des lésions anales dans les viols par pénétration anale

23% (n=15) de viols par pénétration anale ont été constatés (14 pénétrations péniennes et une digitale).

1 patiente présente une lésion dite « significative » : il s'agit de fissures anales à 2 heures et 6 heures (patiente examinée à 32 jours de sa dernière agression, dans le cadre de viols pénio-vaginaux et pénio-anaux à répétition par son époux),

Par ailleurs, 2 patientes présentent des hémorroïdes (examinées à 426 et 270 jours de l'agression).

LESIONS HYMENEALES

Au moins une lésion hyménéale (toutes lésions confondues) est présente chez 81% (n=53) des patientes.

Aucune lésion hyménéale récente n'a été retrouvée au cours de notre étude.
21 patientes présentent un hymen « vestigial » ou « anciennement défloré ».

Dans notre étude, seules 2 patientes (3%), présentent des lésions hyménéales considérées comme « significatives » :

- une déchirure complète à 7 heures, associée à deux encoches à 3 et 5 heures, chez une patiente sans autre rapport sexuel (ni avant ni après l'agression),
- une déchirure complète à 11 heures, associée à trois encoches à 3,2 et 9 heures, chez une patiente sans autre rapport sexuel (ni avant ni après l'agression).

2 patientes ne présentent aucune lésion hyménéale : une seule ne rapporte pas de rapport sexuel avant l'agression. Cette patiente de 37 ans aurait été victime d'un viol digito-vaginal, sans autre renseignement disponible.

45,5% (n=30) patientes présentent au moins une déchirure hyménéale ancienne. Le nombre de déchirures par patiente se répartissait comme suit :

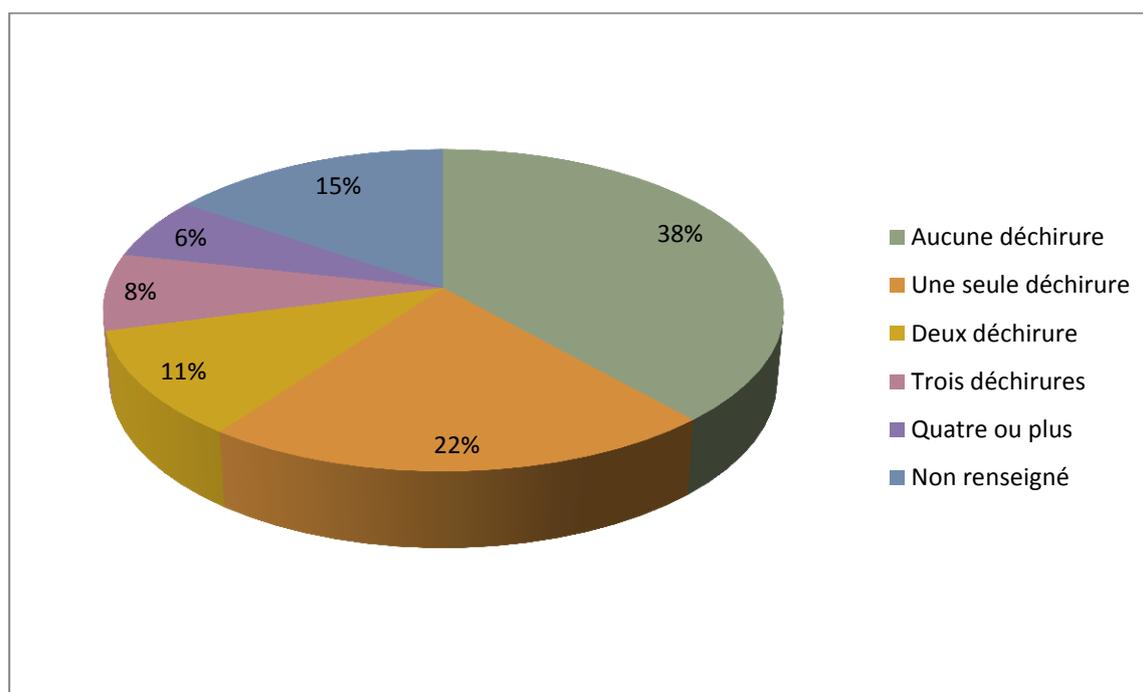


Figure n°10 : Nombre de déchirures par patiente

42% (n=27) des patientes présentent au moins une encoche.

L'examen de l'hymen est incomplet chez 2 patientes (déchirure et encoches sans localisation) et non renseigné chez 10 patientes.

1. Lésions hyménales en fonction des antécédents gynécologiques

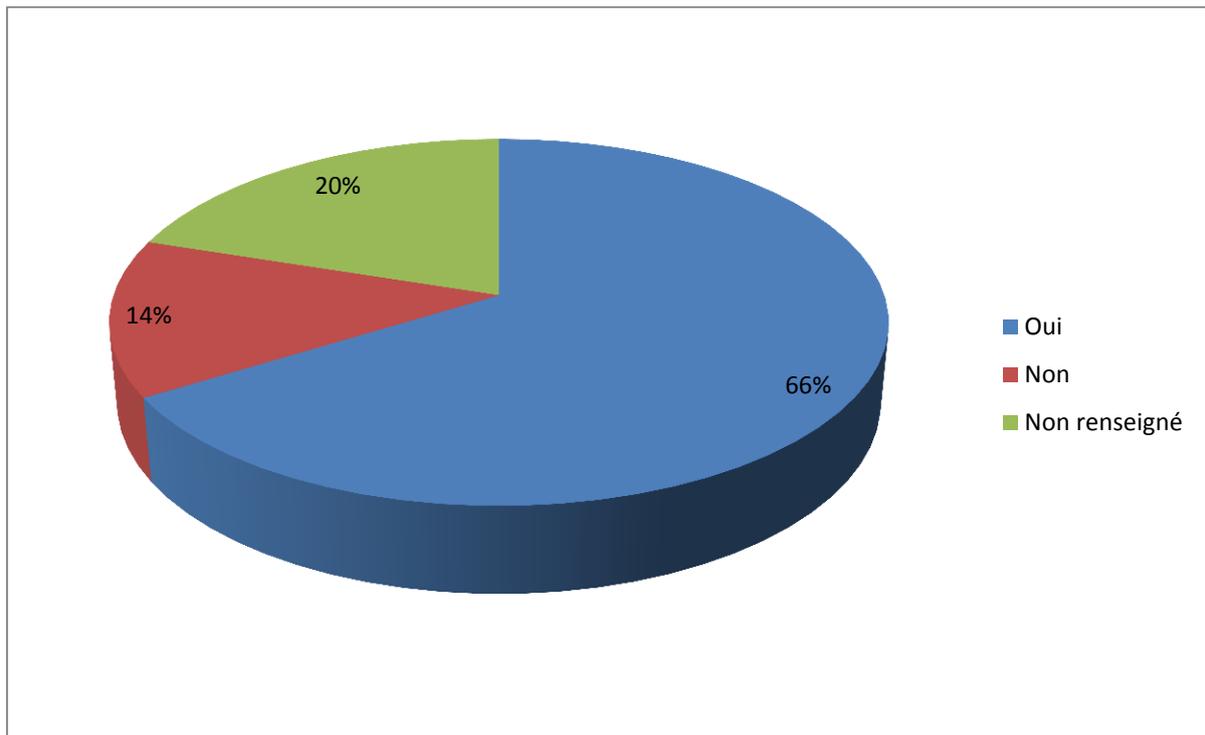


Figure n°11 : Rapports sexuels antérieurs à l'agression sur l'ensemble de la cohorte

13.8% (n=9) des patientes déclarent ne jamais avoir eu de rapport sexuel avant l'agression :

- 1 seule ne présente pas de lésion hyménéale : patiente qui aurait été victime d'un viol digito-vaginal et d'attouchements (seins et organes génitaux externes), par un seul agresseur (sans autre détail). L'hymen est circulaire, intègre et ne présente aucune déchirure. Son diamètre est de 1.5 cm. Il ne persiste aucune lésion tégumentaire périphérique (vue à 515 jours de l'agression).
- Les 8 autres présentent toutes au moins une encoche hyménéale, et quatre d'entre elles présentent également une déchirure hyménéale (Cf Tableau I).

Tableau I : répartition des lésions hyménéales chez les patientes ne rapportant aucun rapport sexuel avant l'agression, et présentant au moins une lésion hyménéale

Caractéristiques de l'agression	Déchirure : localisation selon quadrant horaire	Encoche : localisation selon quadrant horaire
Viol Pénio-vaginal + digito-vaginal	7	5+3
Viol Pénio-buccal + digito-vaginal	aucune	3+4
Viol Pénio-anal	9	3+4
Viol Pénio-vaginal	12	11+3
Viol Pénio-vaginal	aucune	6
Viol Pénio-vaginal	11	3+2+9
Viol Digito-vaginal	aucune	2+9
Viol Digito-vaginal	aucune	9+11

Parmi ces 9 patientes, 5 ne rapportent aucun rapport sexuel depuis l'agression (Cf Tableau II)

Tableau II : répartition des lésions hyménéales chez les patientes ne rapportant aucun rapport avant ou après l'agression et présentant au moins une lésion hyménéale

Caractéristiques de l'agression	Déchirure : localisation selon quadrant horaire	Encoche : localisation selon quadrant horaire
Viol Pénio-vaginal + digito-vaginal	7	5+3
Viol Pénio-buccal + digito-vaginal	aucune	3+4
Viol Pénio-vaginal	11	3+2+9
Viol Digito-vaginal	aucune	2+9
Viol Pénio-vaginal	aucune	6

45 patientes rapportent au moins un rapport sexuel avant l'agression :

Sur l'ensemble de notre échantillon, 38% (n=25) des patientes rapportent au moins une grossesse, et 33% (n=22) rapportent au moins une parité.

Les modalités d'accouchement (voie basse ou césarienne) ne sont pas toujours précisées.

3 patientes rapportent une grossesse sans parité (une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse, une par aspiration, et une de technique non précisée). Ces 3 patientes présentent toutes au moins une déchirure hyménéale (une patiente dans le secteur postérieur, les deux autres dans le secteur moyen).

12 patientes ne déclarent aucune grossesse :

- 3 présentent des déchirures uniquement,
- 7 des déchirures associées à des encoches,
- 2 des encoches uniquement.

Les grossesses et parités ne sont pas renseignées pour huit des patientes :

- 1 présente des déchirures uniquement,
- 4 présentent des déchirures associées à des encoches,
- l'examen hyménéal n'est pas renseigné pour 3 patientes.

L'existence de rapports sexuels avant l'agression n'est pas renseignée pour 11 patientes.

Parmi elles :

- 3 présentent soit des déchirures, soit des encoches.
- 1 ne présente aucune lésion hyménéale (âgée de 17 ans, elle aurait été victime d'un viol digito-vaginal à l'âge de 16 ans),
- l'examen hyménéal n'est pas renseigné pour 7 patientes.

2. Lésions hyménales en fonction des sous-groupes « temps »

Le délai moyen écoulé entre l'agression et la consultation médico-légale est de 307.3 jours (médiane : 67 jours, extrêmes : 3 jours à 4745 jours).

Les deux patientes sans lésion hyménale ont été examinées à 150 jours et 515 jours.

Dans le groupe examiné entre 72 heures et 7 jours : n=5 patientes

1 patiente rapportant deux grossesses sans accouchement présente plusieurs déchirures (dont une postérieure) et plusieurs encoches (dont une postérieure) anciennes, ainsi qu'une excision clitoridienne.

Une patiente rapportant des rapports sexuels antérieurs sans grossesse ni accouchement présentait deux déchirures (7 et 1 heures) et deux encoche, associée à un érythème de la fourchette vaginale postérieure.

L'examen hyménéal n'est pas détaillé chez trois patientes.

Dans le groupe examiné entre 7 et 30 jours : n=16 patientes

Aucune patiente ne présente de lésion dite « significative ».

5 patientes présentent des déchirures complètes, isolées.

5 autres patientes présentent des déchirures complètes associées à des encoches.

Les 2 dernières patientes présentent des encoches des secteurs moyen et postérieur associés.

Elles rapportent toutes des rapports sexuels antérieurs à l'agression.

2 patientes présentant un hymen vestigial, associé à une cicatrice d'épisiotomie pour l'une d'entre elle.

L'examen hyménéal est incomplet chez deux patientes.

Dans le groupe examiné entre 30 et 90 jours : n=17 patientes

Une patiente est porteuse de lésions dite « significatives » :

- il s'agit d'une patiente présentant deux fissures anales, à 6 heures et 2 heures, associées à une déchirure hyménéale postérieure (à 6 heures), une encoche à 9 heures, et une cicatrice ancienne, profonde, de la paroi vaginale postérieure. Elle aurait été victime de viol pénio-vaginaux et anaux, à répétition, pendant deux ans, par son époux. Le dernier épisode remonte à 32 jours. Elle rapporte un accouchement par voie basse.

3 patientes ne rapportent aucun rapport sexuel avant l'agression :

- une, vue à 75 jours de son agression, présente une déchirure complète à 12h et deux encoches à 11h et 3h. Elle déclare avoir été victime d'un viol pénio-vaginal par son ex petit-ami. L'existence de rapport sexuel depuis l'agression n'est pas renseigné.

- une, vue à 32 jours de son agression, présente deux encoches, à 2 heures et à 9 heures. Elle aurait été victime d'une pénétration digito-vaginal unique, par un collègue de travail. Elle ne rapporte pas de rapports sexuels depuis les faits.

- la dernière, vue à 55 jours de son agression, présente une encoche à 6 heures. Elle aurait été victime d'un viol pénio-vaginal incomplet, unique, par son petit-ami. Elle ne rapporte pas de rapports sexuels depuis les faits.

5 patientes, porteuses de déchirures et/ou d'encoches, rapportent des rapports sexuels ou des antécédents d'accouchement par voie basse avant l'agression.

Une patiente, dont les antécédents sexuels n'étaient pas renseignés, présente une encoche à 9 heures. Il s'agit d'une patiente handicapée psychique et motrice, qui aurait été victime de viols digito-vaginaux à répétition par un agresseur non précisé.

5 patientes présentent un hymen vestigial (dont trois associés à une cicatrice d'épisiotomie ancienne).

L'examen hyménéal est incomplet chez deux patientes (dont une défloration ancienne sans autre détail).

Dans le groupe examiné entre 90 et 365 jours : n=16 patientes

2 patientes présentent des lésions hyménales dites « significatives ». Elles ne rapportent pas de rapport sexuel avant l'agression :

- une, vue à 163 jours d'un viol pénio-vaginal et digito-vaginal par un inconnu, était porteuse d'une déchirure dans le secteur postérieur (7H) et d'encoches des secteurs postérieur et moyen (5H et 3H),
- une vue à 157 jours d'un viol pénio-vaginal par un camarade de classe était porteuse d'une déchirure à 11H et de plusieurs encoches (à 2h,3h et 9h).

Une patiente présente des déchirures associées à des encoches et rapporte des rapports sexuels avant les faits.

2 patientes ne présentent pas de lésion hyménales :

- une, de 16 ans, examinée à 150 jours de son agression, déclarait un viol digito-vaginal intrafamilial. L'hymen est circulaire, estimé à environ 1,5 cm de diamètre.
- une, sans aucun autre renseignement clinique disponible,
- la présence de rapport sexuel antérieur à l'agression n'est pas renseigné pour ces 2 patientes,

Une patiente présentant deux encoches (postérieure et moyenne), et 2 patientes présentant des déchirures complètes sans encoche associée, rapportent des rapports multiples depuis les faits.

L'examen hyménal est incomplet chez deux patientes.

6 patientes présentent un hymen vestigial ou absent. Elles rapportent toutes des accouchements par voie basse avant l'agression. 2 d'entre elles présentent une cicatrice d'épisiotomie. L'une d'entre elles présente deux cicatrices de la fourchette postérieure, de 0,5 et 0,7 cm.

Dans le groupe examiné à plus de 365 jours : n=11 patientes

Aucune patiente ne présente de lésion dite « significative ».

Une patiente de 37 ans, ne rapportant pas d'antécédent sexuel avant les faits, présente un hymen circulaire, complet. Il s'agit d'une patiente qui aurait été victime d'un viol digito-vaginal par un agresseur non renseigné, vue à 515 jours de l'agression.

6 patientes présentent des déchirures, isolées ou associées à des encoches :

- 5 rapportent des rapports sexuels ou des grossesses avant l'agression, dont une qui déclarait avoir été victime d'un viol pénio-vaginal par un homme inconnu et présente deux déchirures dans le secteur antérieur. Elle aurait subi une interruption volontaire de grossesse instrumentale à un mois de son agression (doute sur la paternité avec le conjoint).

- 1 rapporte des rapports sexuels depuis l'agression.

3 patientes présentent des encoches isolées :

- 1 rapporte avoir été victime d'une pénétration digito-vaginal par son cousin à l'âge de 4 ans, (deux encoches à 9h et 11heures). Les rapports sexuels depuis l'agression ne sont pas précisés,

- 1 rapporte des pénétrations digito-vaginales de l'âge de 5 ans à 7 ans, puis un autre épisode à 11 ans (deux encoches à 3 heures et 4 heures). Elle ne décrit aucune rapport, ni avant ni après les agressions.

- 1 rapporte des rapports sexuels et des accouchements antérieurs à l'agression.

Une présentait un hymen vestigial associé à une cicatrice d'épisiotomie.

EXAMEN PERIPHERIQUE

1. Incidence des lésions périphériques

Dans cette étude, 18,46% (n=12) des patientes présentent au moins une lésion dite « périphérique ».

a) Lésions du thorax et de l'abdomen

Une présente plusieurs lésions d'allure semi-récente, du thorax et de l'abdomen. Il s'agit d'une patiente vue à 4 jours d'une agression par deux inconnus, dans un train. Ont été constatées : des ecchymoses de la fosse iliaque droite et des faces antérieures et latérales des épaules. Le reste de l'examen retrouve des ecchymoses diffuses des zones de prises (faces internes des bras), des zones de défense (face postérieure de l'avant-bras gauche), des faces antérieures des deux cuisses, du visage (menton), du sein droit, et des excoriations linéaires du cou.

Une patiente, examinée à 300 jours de la dernière agression rapportant un viol conjugal, présente trois cicatrices anciennes, linéaires, (à la face postérieures des deux épaules). Elle décrit de multiples épisodes de violences physiques au cours des viols conjugaux, pendant lesquels elle aurait été jetée au sol et aurait reçu de multiples coups de poings et de pieds.

Une patiente vue à 150 jours, présente une cicatrice ancienne et aspécifique de l'hypochondre droit, associée à des cicatrices anciennes de la face postérieure du bras gauche.

Soixante patientes ne présentent aucune lésion de cette région.
L'examen clinique n'est pas détaillé pour deux patientes.

b) Lésions mammaires

Une patiente présente une lésion du sein droit (associée à des lésions du thorax et de l'abdomen).

62 patientes ne présentent aucune lésion de cette région.
L'examen clinique n'est pas détaillé pour deux patientes.

c) Lésions des membres supérieurs

3 patientes présentent des lésions non cicatricielles des membres supérieurs :

- une, examinée à 3 jours de l'agression (viol par un inconnu dans la rue), est porteuse d'ecchymoses semi-récentes de la face antérieure de l'avant-bras droit, ainsi que d'ecchymoses semi-récentes de la face interne de la cuisse gauche et de la face externe de la cuisse droite.

- une, examinée à 4 jours de l'agression (viol en réunion dans les transports publics), présente des ecchymoses des faces antéro-interne et antéro-externe du bras gauche, de la face postérieure du bras gauche, et de la face antéro-interne du bras droit.

- une, examinée à 20 jours de l'agression (viol par un inconnu dans son appartement), présente une ecchymose semi-récente de la face externe du bras droit.

3 patientes présentent des cicatrices anciennes des membres supérieurs:

- une, examinée à 93 jours de son agression (viol conjugal), présente une cicatrice ancienne, fine, régulière, de 3,8 cm de long, située à la face postéro-interne de l'avant bras gauche. Elle rapporte un épisode de violences à l'aide d'un couteau, infligée par son mari, au cours de l'agression sexuelle.
- une, examinée à 150 jours de l'agression (viol intrafamilial), présente une cicatrice ancienne, linéaire, de la face postérieure du bras gauche. Elle décrit la présence d'une arme blanche (couteau) au cours de son agression.
- une, examinée à 426 jours de l'agression (viol conjugal), présente une cicatrice ancienne, plane, de 0,7 cm de diamètre, du bord interne de l'avant-bras gauche, et rapporte un épisode de violences physiques à type de brûlure de cigarette.

57 patientes ne présentent aucune lésion de cette région.

L'examen clinique n'est pas détaillé pour 2 patientes.

d) Lésions des membres inférieurs

4 patientes présentent des lésions non cicatricielles de la face interne des cuisses:

- une, examinée à 180 jours du dernier épisode de viol conjugal et à 24 heures du dernier épisode de violences physiques, présente une dermabrasion linéaire de la face interne de la cuisse gauche, associée à des hématomes récents des faces latérale et antérieure de la jambe gauche, de la face dorsale du pied gauche, des troisième et quatrième métatarsiens,
- une, examinée à 67 jours de l'agression (viol par une connaissance), présente une ecchymose semi-récente de la face antéro-interne de la cuisse droite,
- une, examinée à 8 jours de l'agression (viol conjugal), présente des ecchymoses anciennes, en voie de disparition, à la face interne de la cuisse droite, et à la face interne de la jambe droite.
- une, examinée à 3 jours de l'agression (viol par un inconnu dans la rue), présente deux ecchymoses semi-récentes de la face externe de la cuisse droite, et du bord interne de la cuisse gauche (associées à des lésions des membres supérieurs).

3 patientes présentent des lésions non cicatricielles des membres inférieurs (autre localisation):

- une, examinée à 5 jours de l'agression (viol avec la présence d'une arme à feu par un inconnu), présente des dermabrasions croûteuses de la cheville et du pied gauches, de l'hallux gauche, de la cuisse gauche et du genou gauche.
- une, examinée à 20 jours de l'agression (viol par un inconnu dans son appartement), présente une ecchymose semi-récente de la face antérieure de la cuisse gauche (associée à des lésions des membres supérieurs).
- une, examinée à 4 jours de l'agression (viol par 2 inconnus dans un train), présente des ecchymoses diffuses de la face antérieure des deux cuisses (associées à des lésions du thorax et de l'abdomen).

Une patiente présente des cicatrices anciennes, linéaires, du genou et de la jambe droite. Elle aurait été victime d'un viol conjugal (dont un épisode de violences physiques avec du verre).

e) Lésions du crâne et du visage

4,6% (n=3) des patientes présentent au moins une lésion de l'extrémité céphalique.

Une, examinée à 180 jours de l'agression sexuelle et 24 heures de l'agression physique par son époux, présente une ecchymose pétéchiale, occipitale, associée à une ecchymose pétéchiale, du visage (associées à des lésions des membres inférieurs).

Une patiente présente une excoriation de la face antérieure du cou et une ecchymose pétéchiale sous le menton (associées à des lésions du thorax et de l'abdomen).

f) Autres lésions

Il est à noter qu'aucune patiente n'est porteuse de lésions buccales ou de lésions des mains.

2. Répartition des lésions physiques périphériques en fonction des sous-groupe « âge » (au jour de l'agression)

Moins de 18 ans (inclus) : 6,25% (n=1),

18 à 25 ans (25 inclus) : 13% (n=3),

25 à 50 ans (50 inclus) : 29% (n=7),

50 à 65 ans (65 inclus) : aucune lésion.

3. Répartition des lésions physiques périphériques, en fonction des sous-groupes « temps »

Les lésions physiques ont été réparties par sous groupe en fonction du temps écoulé depuis l'agression.

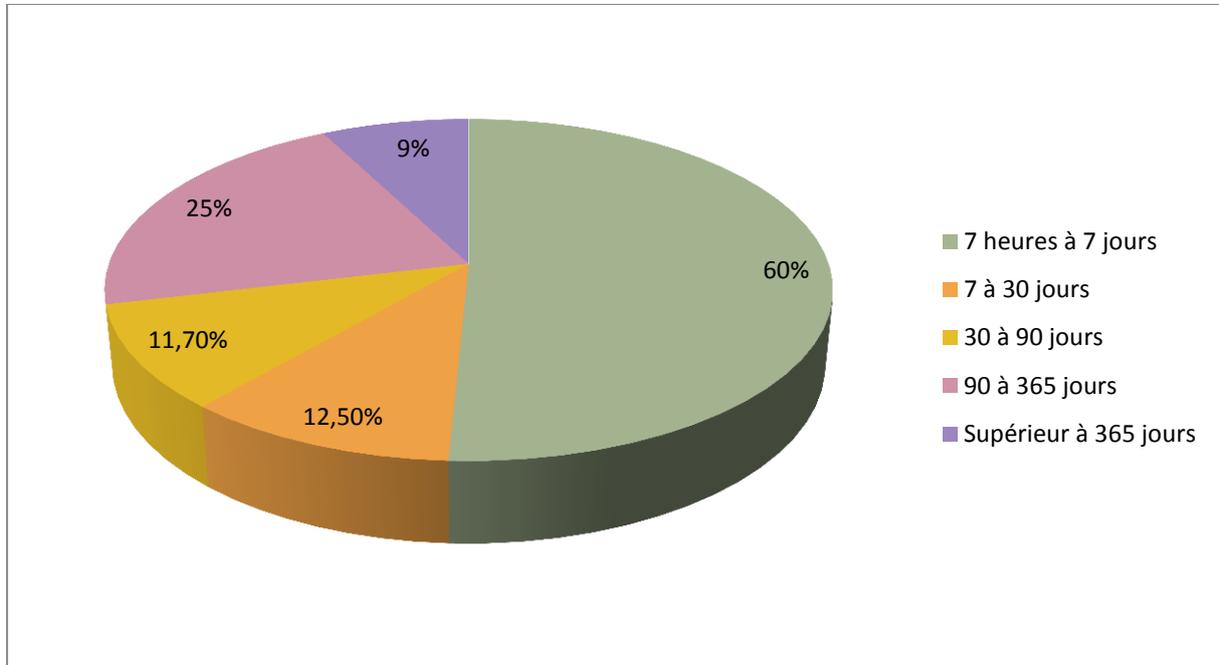


Figure n°12 : Répartition des lésions périphériques en fonction des sous-groupes « temps »

De 72 heures à 7 jours inclus : 60% (n=3/5),

De 7 jours à 30 jours inclus : 12,5% (n=2/16),

De 30 jours à 90 jours inclus : 11,7% (n=2/17),

De 90 jours à 365 jours inclus : 25% (n=4/16),

Plus de 365 jours : 9% (n=1/11).

4. Incidence des lésions physiques en fonction des agresseurs

(en nombre de patientes présentant au moins une lésion physique extra-génitale)

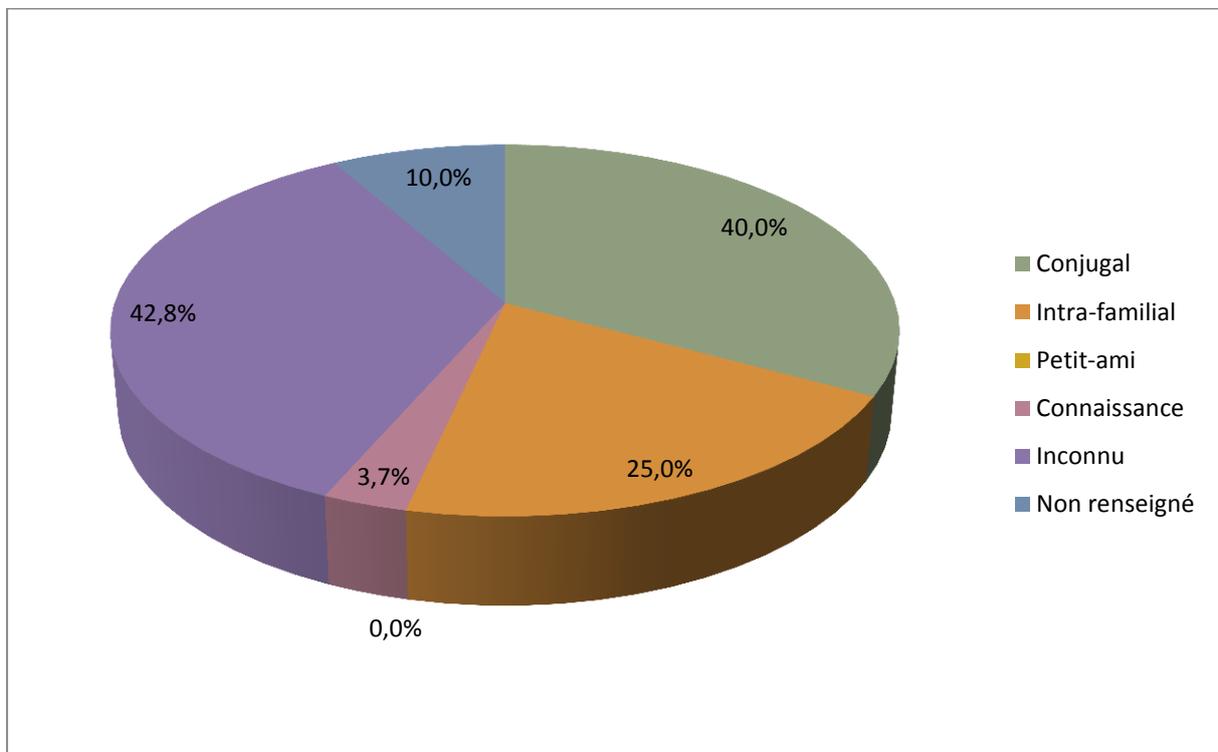


Figure n°13: Répartition des lésions périphériques en fonction des sous-groupes « agresseur »

Viol conjugal : 40% (n=6/15),

Viol par un petit-ami : 0% (n=0/2),

Viol intrafamilial : 25% (n=1/4),

Viol par une connaissance : 3,7% (n=1/27),

Viol par un inconnu : 42,8% (n=3/7),

Agresseur non renseigné : 10% (n=1/10).

5. Rapport entre lésions hyménéales et lésions périphériques

Sur les 12 patientes présentant des lésions dites « périphériques », aucune ne présente de lésions ano-génitales considérées comme « significatives ».

2 d'entre elles présentent des encoches hyménéales isolées, 2 présentent des déchirures hyménéales anciennes et aspécifiques (rapports sexuels antérieurs).

5 présentent un hymen vestigial ou absent.

L'examen hyménéal n'était pas détaillé pour trois patientes.

CONCLUSION DU RAPPORT

1. Compatibilité de l'examen gynécologique avec les faits

Dans la majorité des réquisitions judiciaires adressées à l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Nantes, pour un examen de personne victime de viol, il est demandé au médecin de se prononcer sur la compatibilité de l'examen médico-légal avec les faits décrits par la victime et les enquêteurs.

Dans notre étude, dans 84,6% (n=55) des cas, le rapport conclu : « *Les éléments décrits ne permettent ni d'affirmer ni d'infirmer les faits rapportés.* »

Les éléments cliniques avancés par les médecins, les empêchant d'affirmer ou d'infirmer les faits énoncés, sont les suivants:

- « *l'absence de lésions constatées ce jour n'élimine pas le traumatisme* »,
- « *la normalité de l'examen n'élimine pas le traumatisme* »,
- « *une pénétration (digitale ou pénienne) ayant entraîné des lésions ayant cicatrisé depuis l'agression est possible* »,
- « *une pénétration (digital ou pénienne) n'ayant pas entraîné de lésion est possible* »,
- « *la complaisance de l'hymen permet une pénétration (digitale ou pénienne) sans entraîner de lésion hyménéale* »,
- « *les antécédents de rapports sexuels et d'accouchement par voie basse ne permettent pas de conclure sur l'origine des lésions anciennes constatées* ».

3 rapports se prononcent en faveur d'une compatibilité de l'examen clinique médico-légal avec les faits décrits par la patiente.

Un rapport conclu à une compatibilité partielle de l'examen clinique médico-légal avec les faits décrits.

Un rapport se prononce en faveur d'une incompatibilité de l'examen avec les faits décrits par la patiente.

5 rapports ne présentent pas de conclusion sur la compatibilité.

2. Sur l'incapacité Totale de Travail

La durée de l'incapacité totale de travail dans notre étude est de 22,5 jours (médiane : 10 jours, extrêmes : 0-200 jours), et se répartit comme suit :

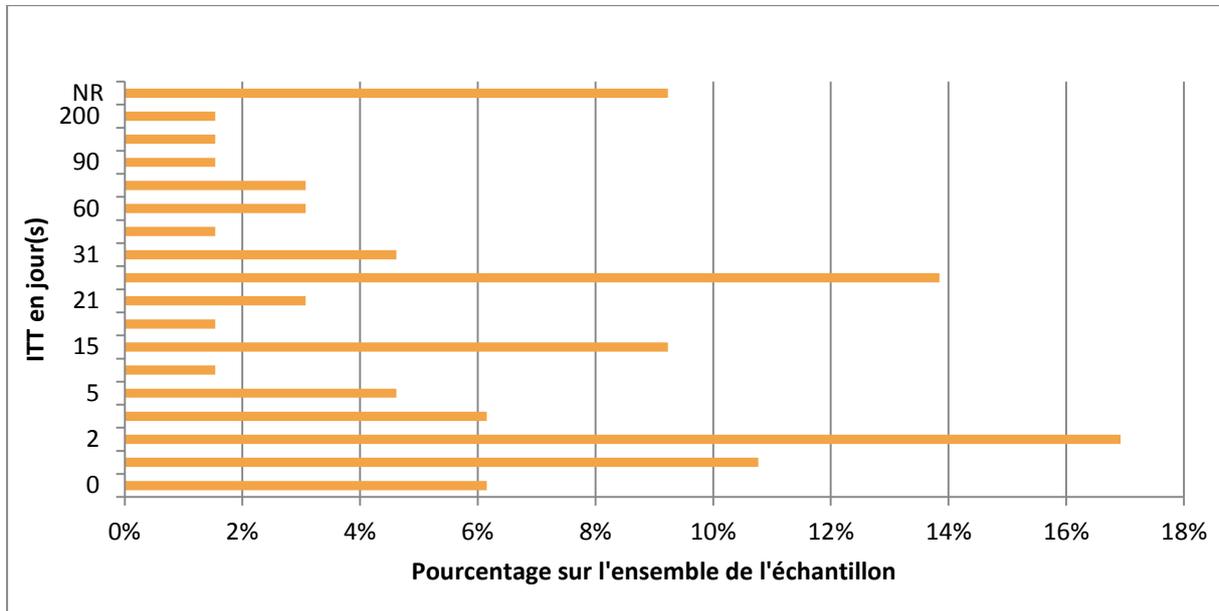


Figure n°14 : Durée d'Incapacité Totale de Travail sur l'ensemble de l'échantillon

a) Incapacité Totale de Travail et évaluation psychologique

36 patientes (55%) ont bénéficié d'une consultation avec une psychologue dans le service. La durée moyenne d'Incapacité Totale de Travail chez ces patientes est de 34 jours (médiane : 30 jours, extrêmes : 0-200 jours).

Pour les 29 patientes n'en ayant pas bénéficié, la durée moyenne d'Incapacité Totale de Travail est de 7,75 jours, (médiane : 2 jours, extrêmes : 0-90 jours).

26 patientes bénéficient d'une Incapacité Totale de Travail supérieure ou égale à 30 jours, toutes étant de nature psychologique.

b) Incapacité Totale de Travail en fonction de l'âge le jour de la consultation

Pour les 14 patientes mineures, la durée moyenne d'Incapacité Totale de Travail est de 7,3 jours (médiane : 2 jours, extrêmes : 0-31 jours).

Pour les 51 patientes majeures, la durée moyenne d'Incapacité Totale de Travail est de 26 jours (médiane : 15 jours, extrêmes : 0-200 jours).

c) Incapacité Totale de Travail en fonction des sous-groupes « agresseur »

Les durées d'Incapacité Totale de Travail ont été étudiées pour chacun des sous-groupes suivants :

- Viols conjugaux : moyenne : 30,2 jours (médiane : 30 jours, extrêmes : 1-155 jours),
- Viols intra-familiaux : moyenne et médiane : 1 jour (extrême : 0-2 jours),
- Viol par connaissances (dont 2 petits amis sans vie commune) : moyenne : 20,8 jours (médiane : 3 jours, extrêmes 0-200 jours)
- Agresseurs présumés inconnus : moyenne : 22,4 jours, (médiane : 21 jours, extrêmes : 2-61 jours),
- Agresseurs non spécifiés : moyenne : 22 jours (médiane : 15 jours, extrêmes 0-90 jours).

d) Incapacité Totale de Travail et lésions périphériques

La durée moyenne d'Incapacité Totale de Travail chez les patientes porteuses de lésions périphériques est de 15 jours (médiane : 8 jours, extrêmes : 1-60 jours).

7 de ces ITT sont en lien avec un retentissement physique (de 1 à 6 jours maximum), et 5 sont en lien avec un retentissement psychologique (de 10 à 60 jours maximum).

DISCUSSION

Selon l'Observatoire National des Violences faites aux Femmes, en France, 14,5% des femmes déclarent avoir subi au moins une agression sexuelle au cours de leur vie, et 3,7 % des femmes françaises déclarent avoir subi au moins un viol ou une tentative de viol. Ces agressions se déroulent essentiellement dans un cercle familial ou de connaissances. Toujours selon l'ONVF, seulement 14% des victimes de violences conjugales, y compris sexuelles, porteraient plainte chaque année.

Le délai moyen de dépôt de plainte est, dans cette population, plus élevé que pour les autres types de violences physiques.

La plupart des études internationales publiées sur l'examen médico-légal des victimes de viol portent sur l'examen précoce de ces victimes (c'est-à-dire à moins de 72 heures).

LES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

L'âge moyen de notre population le jour de l'agression est de 26 ans (extrêmes d'âge de 9 à 64 ans). Ces données sont en accord avec celles retrouvées par Maguire (24,2 ans en moyenne avec des extrêmes de 13 à 74 ans), et Slaughter (24 ans en moyenne) [8,9].

Il est important de noter que si certaines patientes étaient âgées de moins de quinze ans le jour de leur agression, toutes étaient âgées de plus de quinze ans et trois mois lors de la consultation.

Les patientes ont été divisées en sous-groupe « âge », de 18 à 25 ans (en accord avec plusieurs études, dont le rapport de Andy Myhill and Jonathan Allen, avançant que les femmes les plus à risque de viol étaient âgées de 16 à 24 ans), et de 25 à 50 ans (à partir de l'étude de Maguire, qui démontrait une absence de différence significative dans l'incidence des lésions ano-génitales et périphériques entre les groupes 30/40 ans et 40/50 ans) [9,20]. Enfin, l'âge de 50 ans a été retenu comme borne du dernier groupe, comme étant celui de l'âge moyen du début de la ménopause.

Concernant l'agresseur, notre étude n'a retrouvé que très peu de viols intra-familiaux (6% dans notre étude contre 28% d'agressions dans le cercle familial retrouvé dans l'étude Marseillaise de Niort) [11]. L'agresseur est seul dans la majorité des agressions (86% des cas de notre étude), rejoignant ainsi les données de Grossin et al, (un seul assaillant pour 90% des patientes vues après 72 heures) [10].

De plus, conformément aux données rapportées par Niort et Grossin, l'agression avait lieu principalement au domicile de la victime (dans 25 % des cas), ou au domicile de l'agresseur (12 % des cas) [10,11]. Très peu d'agressions (9,2%) avaient lieu dans des zones dites « publiques » (voie publique, transport en commun, parcs et forêts).

Dans notre étude, 9,2% (n=6) des patientes se trouvaient en situation de vulnérabilité. Ce chiffre est légèrement en deçà du résultat retrouvé par Grossin dans son étude (31% de patientes en situation de vulnérabilité dans le sous groupe examiné après 72 heures).

Ces données confirment les tendances des études internationales et viennent contredire la vision du viol véhiculée dans l'imaginaire collectif (viol par un inconnu, sur la voie publique, la nuit).

INCIDENCE DES LÉSIONS ANO-GENITALES

L'objectif principal de notre étude était de déterminer l'incidence des lésions ano-génitales chez des patientes de plus de quinze ans et trois mois, examinées à l'Unité-Médico Judiciaire de Nantes, déclarant avoir été victimes de viol, et dont le délai écoulé depuis l'agression est supérieur ou égal à soixante douze heures.

L'implication majeure de notre étude repose sur l'analyse de l'imputabilité des lésions constatées lors de l'examen médico-légal, à l'agression relatée. Il convient de souligner que nos calculs d'incidence sont à mettre en corrélation avec les délais écoulés souvent très longs depuis l'agression, à l'origine d'un risque de disparition des lésions par des phénomènes de cicatrisation.

Dans certains cas, les lésions dites « anciennes » (datant de plus de soixante-douze heures), constatées lors de l'examen clinique médico-légal, ne peuvent pas être imputées de façon certaine à l'agression sexuelle, et ce pour plusieurs raisons:

- l'intervalle libre entre l'agression et l'examen médico-légal peut être trop important pour avancer la compatibilité entre les lésions constatées et l'agression relatée. D'autres événements traumatiques, pourvoyeurs de lésions génitales, ayant pu survenir depuis.
- la population générale concernée par cette étude est une population de femmes majeures, dans l'ensemble sexuellement actives, et ayant, pour certaines, déjà mené une grossesse à terme. C'était le cas pour quarante-cinq patientes de notre étude, qui rapportaient au moins un rapport sexuel antérieur à l'agression. Parmi ces 45 patientes, 22 rapportaient également une parité. L'ensemble de ces antécédent gynécologiques, également pourvoyeurs de lésions hyménales (encoche et déchirure) et génitales (notamment de la fourchette vaginale postérieure), introduit une autre cause potentielle à l'origine des lésions observées et ne permet donc pas au médecin légiste d'affirmer ou d'infirmier les faits rapportés.

Il est alors du ressort du médecin légiste qui pratique l'examen, de se prononcer sur la compatibilité des lésions constatées avec les faits rapportés, mais également de souligner l'éventualité d'une autre cause potentiellement à leur origine.

Nous avons retrouvé au cours de cette étude, 92,3% (n=60) de lésions génitales, et 81,5% (n=53) de lésions hyménales, toutes lésions confondues. Parmi elles, on peut distinguer trois type de lésions:

- les lésions anciennes, sans rapport avec l'agression sexuelle (les cicatrices d'épisiotomie par exemple),
- les lésions anciennes dont on ne peut affirmer l'origine avec certitude (pour lesquelles une autre cause potentielle nous est rapportée, par exemple des déchirures hyménales chez des patientes rapportant des accouchements par voie basse),
- enfin, les lésions anciennes que nous avons considéré comme « significatives » dans le cadre d'une agression sexuelle, c'est à dire compatibles avec le mécanisme rapporté et pour lesquelles aucune autre origine ne nous est rapportée. Il s'agit dans notre étude de:
 - o une fissure anale à 2 heures (associée à une fissure anale à 6 heures),
 - o une déchirure complète à 7 heures, chez une patiente rapportant n'avoir eu aucun rapport sexuel ni avant ni après l'agression,
 - o une déchirure complète à 9 heures, chez une patiente rapportant n'avoir eu aucun

rapport sexuel ni avant ni après l'agression.

Au total, l'incidence des lésions ano-génitales dites «significatives», constatées lors de l'examen des patientes rapportant avoir été victimes de viol et examinées à plus de 72 heures est de 4,6% (n=3).

En ce qui concerne les deux érythèmes retrouvés (sur la fourchette vaginale postérieure et les petites lèvres), ils n'ont pas été inclus dans le calcul de l'incidence des lésions dites « significatives », pour plusieurs raisons :

- on considère actuellement que les érythèmes simples, disparaissent au niveau cutané en 24 à 48 heures. Sachant que les muqueuses ont un potentiel régénératif plus important, il est probable que les érythèmes muqueux simples puissent disparaître dans un délai similaire,
- ces lésions, constatées à plus de 72 heures du rapport non consenti décrit, étaient localisées, sans autre signe fonctionnel associé. On pourrait ainsi formuler trois hypothèses : soit il existait une lésion initiale plus importante, permettant, malgré les phénomènes de cicatrisation, la visualisation d'un érythème persistant à distance (à 5 et 6 jours) ; soit, il s'agirait d'érythèmes sans lien avec l'agression ; soit, il s'agirait d'une mauvaise interprétation de l'opérateur le jour de la consultation (hyper vascularisation localisée ou pathologie médicale évolutive non connue de la patiente ou asymptomatique par exemple).

En l'absence de consensus sur ce sujet, les études internationales divergent : certaines ont pris le parti d'exclure ces érythèmes, considérés comme non spécifiques d'une agression sexuelle (c'est le cas de Maguire par exemple), d'autres continuent de les inclure [8]. Comme l'avaient souligné White dans sa revue de la littérature et Sugar et al., ce type de lésion doit être d'interprétation prudente, car elles ne sont pas spécifiques et peuvent fausser l'interprétation de l'observateur (elles sont par exemple retrouvées dans les vulvites, les agressions sexuelles, ou d'origine iatrogène après l'utilisation d'un spéculum) [21,22].

La prise en compte des lésions érythémateuses reste un sujet discutable : s'agit-il de lésions à exclure de manière systématique, car d'évolution rapide et non spécifiques, difficilement imputable à un traumatisme dit ancien ? Ou pourraient-elles être le témoin d'une lésion initiale plus importante, et en l'excluant, ne conclurait-on pas à tort à l'absence de lésion?

Nous n'avons pas retrouvé d'article ayant pour objectif principal l'étude des lésions dites «anciennes» chez des patientes vues à plus de 72 heures. Trois études l'abordaient indirectement :

Slaughter et al., en 1997, retrouvaient 46% de lésions génitales après 72 heures. Dans son article, le délai moyen n'était pas précisé, et les examinateurs utilisaient un colposcope [8]. Les lésions incluses dans ce calcul d'incidence étaient basées sur la Classification internationale « TEARS » (Cf Annexe 1). Il est intéressant de noter que ces patientes ont été revues en consultation de contrôle entre 4 jours et 56 jours (avec une moyenne de 25 jours) : 87% des lésions constatées à la première consultation avaient disparues, sans laisser de lésion cicatricielle.

Maguire et al, en 2009, retrouvaient 7% de lésions génitales après 72 heures, (exclusion faite des érythèmes et des œdèmes, à l'aide d'un colposcope) [9].

Cécile GROSSIN et al. retrouvaient 19,5% de lésions génitales après 72 heures (le type de lésions incluses n'était pas détaillé) [10].

Comparativement à ces trois études, nos résultats montrent une incidence légèrement inférieure de lésions génitales dites « significatives ».

Cette faible incidence des lésions génitales, à distance d'une agression sexuelle, peut s'expliquer par plusieurs facteurs, d'ordre méthodologique:

- Aucune des trois études retrouvées sur ce sujet ne semble porter sur un délai écoulé depuis l'agression aussi important que le notre (bien que les délais précis entre l'agression et le premier examen médico-légal ne soit pas précisé pour les études de Maguire et Grossin). Le délai moyen écoulé entre l'agression sexuelle et la consultation médico-légale dans notre cohorte est de 307 jours. Ceci rend complexe l'interprétation de nos résultats, mais souligne l'intérêt d'ouvrir un peu plus ce champ de recherche très peu exploré.

- Ceci peut également s'expliquer par le type de lésions incluses, notamment les érythèmes et les œdèmes, dont le lien avec les agressions sexuelles est toujours discuté,

- Un dernier élément concerne l'utilisation de matériel de détection tel qu'un colposcope ou un anoscope, qui augmenterait de 15% (selon Astrup et al.) et de 6% à 24% selon la revue de la littérature de Sommers, la probabilité de découvrir une lésion génitale après un traumatisme) [7,16]. Nous n'en n'avons malheureusement pas utilisé dans notre étude (l'UMJ de Nantes n'étant pas équipée d'un colposcope), contrairement à Slaughter et Maguire. Outre l'augmentation de la détection des lésions génitales, l'examen colposcopique permet de réaliser des captures photographiques au cours de l'examen. Il est devenu, depuis 2004, le standard de la prise en charge médico-légale des victimes d'agressions sexuelles aux Etats-Unis [7].

Il n'existe pas de données disponibles dans la littérature concernant l'incidence des lésions hyménéales dites « anciennes », aspécifiques, dans la population générale des femmes de plus de quinze ans et trois mois, auxquelles nous aurions pu confronter nos résultats. Il semble en effet complexe d'étudier des lésions considérées comme physiologiques (potentiellement secondaires à des rapports sexuels consentis ou des accouchements) dans ce type de population.

Dans notre étude, toutes les lésions génitales considérées comme « significatives » ont été retrouvées chez des patientes de moins de 25 ans. L'âge moyen de notre population étant de 26 ans le jour de l'agression, ces données peuvent simplement refléter le caractère « jeune » de la population étudiée.

Concernant les deux patientes pour lesquelles il n'a été retrouvé aucune lésion hyménéale, les récits restaient compatibles avec l'examen. En effet, elles rapportaient toutes les deux un épisode unique de pénétration digitale intra vaginale, et la compliance de leurs hymens, ainsi que leurs diamètres spontanés (évalués tous deux à 1,5 cm) permettaient au praticien de conclure à la compatibilité de l'examen avec une pénétration digitale intra vaginale susceptible de ne pas avoir entraîné de lésion, ou d'avoir occasionné des lésions ayant cicatrisé depuis les faits.

Sugar et al. dont 96% des patientes avaient été examinées avant 72 heures, avaient constaté que l'incidence des lésions génitales était plus importante chez les patientes de plus de 50 ans [22]. Ils avançaient pour cela l'hypothèse d'une fragilité muqueuse, liée à la carence oestrogénique de la ménopause, étant plus à risque de lésions génitales lors de rapports sexuels. Cela ne représente que deux patientes de notre étude, qui par ailleurs présentaient des hymens vestigiaux et dont le reste de l'examen gynécologique était normal. Il nous semble donc difficile de nous prononcer sur cette hypothèse.

Au cours de notre étude, nous avons souhaité mettre en avant l'analyse des lésions locorégionales, qui nous semble d'un intérêt comparable.

Ainsi, plusieurs auteurs ont décrits que les lésions génitales les plus fréquemment retrouvées chez les patientes victimes de viol et examinées dans les soixante-douze premières heures, se situaient au niveau de la fourchette vaginale postérieure, des petites lèvres et de la fosse du vestibule (fossa navicularis) [8,12].

Dans notre étude, dix lésions de la fourchette vaginale postérieure ont été retrouvées. Parmi celles-ci, seulement deux ne correspondent pas à des cicatrices d'épisiotomies (une cicatrice ancienne chez une patiente multipare et un érythème à 7 heures).

Par ailleurs, une seule lésion des petites lèvres a été retrouvée, et aucune de la fossa navicularis.

Ceci peut laisser supposer que, soit le rapport sexuel non consenti ai pu avoir lieu sans entraîner de lésion (comme constaté dans certaines études internationales portant sur des agressions sexuelles datant de moins de 72 heures), soit que ce rapport non consenti ai pu causer des lésions secondaires, ayant cicatrisé ad intergum, sans laisser de cicatrice objectivable à distance [13,15].

Les deux lésions des grandes lèvres retrouvées dans notre étude, n'ont pas été retenues dans nos analyses, du fait de leur origine médicale rapportée par les patientes.

La faible incidence des lésions cicatricielles retrouvées dans les zones anatomiques les plus porteuses de lésions dites «récentes» dans la littérature internationale portant sur des patientes vues à moins de 72 heures (fourchette vaginale postérieures, fossette naviculaire et petites lèvres) méritent une attention particulière. La littérature se concentre en grande partie sur l'analyse des lésions hyménales. Il serait cependant intéressant d'ouvrir ce domaine de recherche à d'autres types de lésions traumatiques (lésions loco-régionales et périphériques).

L'incidence des lésions anales dans notre étude était de 1,5%, pour 23% (n=13) de viols par pénétration anale.

Nous avons retenu dans nos calculs d'incidence la patiente présentant une fissure anale à 2 heures, en accord avec l'étude de Rougé-Maillart et al. qui précisait que les lésions anales survenant en dehors de la ligne médiane entre 12h et 6h (plus ou moins une heure), surtout lorsqu'elles étaient multiples, étaient évocatrices de violences sexuelles [23].

Aucune étude retrouvée dans la littérature n'ayant démontré la survenue d'hémorroïdes dans les agressions sexuelles, nous avons choisi d'exclure ces lésions de nos analyses.

Comme l'avait déjà souligné Sugar et al., les pénétrations anales ne semblent pas être le type de pénétration le plus pourvoyeur de lésions [22]. Cette étude soulignait déjà la nécessité d'utiliser un anoscope dans ce type d'examen afin d'améliorer la détection des lésions anales.

LESIONS PERIPHERIQUES

Un autre aspect majeur de notre travail porte sur l'analyse des lésions périphériques, c'est-à-dire extra-génitales, dont l'incidence était de 18,46%.

Dans leur étude, Grossin et al, avaient retrouvé 6,5% de lésions extra génitales après 72 heures, et Maguire en retrouvait 33% [9,10].

Cette variation pourrait s'expliquer par plusieurs éléments:

- l'âge moyen des différentes populations retrouvées dans la littérature est très variable. Il pourrait expliquer, par des différences de vulnérabilité, les écarts de résultat concernant les lésions périphériques.

- le délai moyen écoulé entre l'agression et l'examen médico-légal : si ce délai n'était pas précisé dans les études de Grossin et Maguire, il semble toutefois plus court (85% des patientes de Maguire ayant été vues avant 72 heures),

- la qualité de l'agresseur :

- o dans notre étude, très peu d'agressions ont été perpétrées par un agresseur inconnu (10,7%), mais 43% des patientes de ce sous-groupe étaient porteuses de lésions périphériques. Ceci correspond aux données nationales (10% d'agresseurs inconnus selon le Secrétariat en charge de Entre les Hommes et les Femmes), et celles retrouvées par Grossin (8% d'agresseurs inconnus dans le sous-groupe vu à plus de 72 heures), mais est très en deçà des résultats retrouvés par Maguire (45,6% d'agresseurs inconnus). Ces données ne sont pas disponibles dans l'article de Slaughter et al. Sugar et al., avaient mis en évidence un risque statistiquement plus élevé de survenue de lésions périphériques en cas d'agression par un inconnu (OR=2,38, IC 1,65-3,43 p<0,05) [22].

- o Ceci nous permet d'émettre deux hypothèses : premièrement, que les victimes d'agresseurs « inconnus » puissent développer des mécanismes de défense plus importants et donc, plus pourvoyeurs de lésions ; ou bien que les agresseurs puissent faire preuve d'une violence plus importante à l'égard de victimes inconnues. Ainsi, dans l'étude de Maguire, on retrouve un taux plus élevé de lésions dites « périphériques » (33%), associé à un taux plus élevé d'agresseur inconnus (45,6%).

- o a contrario, nous avons retrouvé un grand nombre d'agresseurs connus de la victime (73,8%), associé à un faible taux de lésions périphériques (12%). Ces données sont supérieures aux chiffres nationaux (36% d'agressions sexuelles par une connaissance selon le SCEHF) et ceux retrouvés dans les études internationales (13,1% de viol par une connaissance dans l'étude de Slaughter, 25% dans l'article 18 Mclean, et 35,7% dans l'étude de Grossin) [8,10,12].

- o le taux de lésions périphériques retrouvées dans notre étude pourrait s'expliquer par la vulnérabilité des patientes face à un agresseur de leur connaissance, susceptible d'exercer une certaine « emprise » psychologique, et non physique, sur la victime.

- o cependant, la présence d'une relation de couple était pourvoyeuse de lésions physiques dans notre étude, avec une incidence de 40% retrouvée dans ce sous groupe (9,2 % sur l'ensemble de notre échantillon). Ce résultat rejoint celui de Slaughter et al. qui retrouvaient 56% de lésions périphériques dans ce sous-groupe.

[NB : à noter que les 15,3% d'agresseurs non détaillés dans cette discussion n'étaient pas renseignés dans les comptes rendus consultés.]

Lors de notre étude, il a été constaté une incidence de lésions périphériques plus

importante dans le sous-groupe examiné entre 90 jours et 364 jours que dans les sous-groupes examinés plus précocement.

Cela peut s'expliquer par le fait que l'une des patientes, examinée dans le cadre d'une plainte pour viol conjugal, rapportait un dernier épisode de violences sexuelles remontant à 180 jours, mais un dernier épisode de violence physique remontant à seulement 3 jours. Elle présentait donc de multiples lésions tégumentaires.

Trois autres patientes de ce sous-groupe présentent des cicatrices anciennes : deux présentent des cicatrices fines et linéaires, dans des zones dites « de défense », dans le cadre d'une agression avec l'utilisation d'une arme blanche de type couteau. La dernière présentait des cicatrices linéaires du dos et rapportait de multiples épisodes de coups portés. L'aspect évocateur de ces cicatrices anciennes nous a permis de les retenir dans nos calculs d'incidence.

Les lésions cranio-céphaliques ont été étudiées de façon isolée, conformément aux résultats de Niort (qui avait individualisé dans son étude 21,5% de lésions de cette zone anatomique à la suite d'une agression sexuelle) et Maguire (qui avait également individualisé 5,5% de lésions de l'extrémité céphalique, cou et tête inclus) [9 ,11]. Nous avons retrouvé une incidence similaire à ce dernier, avec 4,6% de lésions de l'extrémité céphalique.

SUIVI DES PATIENTES

En 1997, Slaughter et al, (dont seulement 19% des patientes avaient été vues après 72 heures), avançaient une hypothèse intéressante. Ils proposaient comme explication pour l'augmentation continue de l'incidence des lésions périphériques chez les victimes de viol au fur et à mesure des années, la possibilité d'une violence croissante chez les auteurs d'agression sexuelle. [8]. Il est le seul auteur issu de notre bibliographie à proposer cette explication. Du fait de l'absence de suivi et du faible recul de notre étude (cinq ans), nous ne pouvons pas nous prononcer sur cette question.

Ils recommandaient déjà, en 1997, d'instaurer un suivi médico-légal des patientes victimes de viol, et d'en faire un examen clinique « de routine » pour les médecins légistes. Ceci permettant de documenter l'évolution des lésions, et de supprimer les facteurs de confusion potentiels (tels qu'une éventuelle affection gynécologique ou proctologique).

Il convient de rappeler que, à distance d'une agression, la présence de lésions constatées à l'examen clinique doit être utilisée comme un élément complémentaire mais non exclusif pour établir la compatibilité de l'examen clinique avec les faits allégués.

INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL

Dans notre étude, les durées d'incapacité totale de travail semblaient être en lien avec deux éléments : l'agresseur, et l'évaluation du retentissement psychologique.

1. ITT et agresseur

Nous avons pu constater que les durées moyennes d'ITT les plus longues étaient respectivement : dans le cadre d'un viol conjugal, d'un viol par une connaissance puis d'un viol par un inconnu.

Les ITT les plus longues dans ces sous-groupes étaient toutes de nature psychologique.

2. ITT et évaluation psychologique

Certains Centres Médico-Légaux Français ont, depuis plusieurs années, inclus l'évaluation psychologique par une psychologue clinicienne dédiée à ce type de consultation, dans leur protocole d'accueil des victimes de violences sexuelles.

Cette pratique présente plusieurs avantages : elle permet d'identifier, dans un premier temps, les symptômes psychologiques en lien avec l'agression. Elle permet également l'évaluation des facteurs de risques de complications psychologiques, notamment en cas de violences chroniques.

Par ailleurs, la réévaluation par une deuxième consultation psychologique à distance permet souvent d'affiner l'évaluation de l'ITT psychologique.

Notre étude a montré que, pour nos patientes, l'allongement de l'Incapacité Totale de Travail était, le plus souvent, en lien avec la présence de symptômes psychologiques. En effet, la durée d'ITT chez les patientes ayant bénéficié d'une évaluation psychologique était en moyenne 5 fois plus longue que pour les patientes n'en ayant pas bénéficié.

Au total, cette consultation psychologique spécialisée permet une évaluation systématisée, basée sur un interrogatoire complet et un repérage sémiologique précis, apportant, de précieux éléments cliniques positifs en complément de l'examen somatique. Elle ne doit pas être soumise à l'interprétation personnelle du médecin légiste et doit être proposée systématiquement en cas de violence sexuelle.

3. ITT et lésions périphériques

Chez les patientes présentant des lésions périphériques, la durée de l'ITT n'était pas plus élevée que sur l'ensemble de l'échantillon. Seules 7 des 12 patientes présentant des lésions périphériques présentaient un retentissement physique justifiant une ITT. Les cinq autres ITT sont de nature psychologique uniquement.

LIMITES DE L'ETUDE

La principale faiblesse de ce travail est la faible taille de son échantillon.

Trente quatre patientes ont été exclues de l'étude en l'absence d'un examen gynécologique complet (8 refusés par la patiente, 10 déjà pratiqués en gynécologie, 13 motifs non précisés, 3 plaintes pour fellation).

Outre l'angoisse de revivre l'agression, le traumatisme psychologique, et la pudeur des patientes, il ne faut pas exclure, comme cause potentiellement rare, la possibilité que certaines patientes refusent l'examen gynécologique par crainte de la mise en évidence de fausses allégations.

Il existait dans notre étude des **biais de sélection**.

Seules les patientes ayant déposé une plainte auprès des autorités ont été incluses. Les victimes de viol n'ayant pas porté plainte n'ont pas été incluses. Nous pouvons évoquer comme biais la possibilité que les patientes qui ne sont pas porteuses de lésions physiques décident de ne pas porter plainte, à la lumière du faible taux de condamnation associé à l'absence de lésions physiques constatées lors de l'examen médico-légal [24,25]. Nous pourrions également avancer de nouvelles hypothèses, telles que l'incertitude des patientes lors des agressions avec soumission chimique, ou les pressions familiales dans le cadre de violences intrafamiliales.

De plus, nous avons relevé plusieurs **biais de mesure**, notamment lors de l'acquisition des données.

Nos données d'interrogatoire étaient uniquement déclaratives. Nous n'avons pas à notre disposition les rapports de police susceptibles de compléter les dires des patientes.

En dehors des fausses déclarations, les récits des victimes peuvent être biaisés pour de multiples raisons (variations d'interprétation personnelle des événements, effet de la mémoire sur le récit, troubles de la vigilance secondaires aux intoxications médicamenteuses ou éthyliques, soumissions chimiques).

Il convient également de noter l'importance des données manquantes (sur la patiente, l'agresseur ou l'agression) dans certains dossiers inclus dans ce travail.

Par ailleurs, il pourrait exister un biais dans le fait que les examens ont été réalisés par cinq praticiens différents en l'absence de protocole d'examen dans le service et d'une formation unique, pouvant entraîner une variation interindividuelle d'interprétation.

Lors de l'examen à distance d'une agression sexuelle, une attention particulière doit être portée à la fosse du vestibule (fossette naviculaire), la fourchette vaginale postérieure et l'hymen. Dans les études internationales, il s'agit des zones anatomiques où sont retrouvées, le plus fréquemment, les lésions dites « récentes » (c'est-à-dire les lésions retrouvées chez les patientes examinées à moins de 72 heures).

Il nous semble important de rappeler que, d'après la littérature internationale sur ce sujet, l'hymen n'est pas le seul siège des lésions génitales secondaires à une agression sexuelle. L'examineur doit porter autant d'attention à son examen qu'à celui de la fourchette vaginale postérieure, de la fosse du vestibule ou des petites lèvres, à la recherche de lésions cicatricielles.

Les examinateurs doivent également porter une grande attention aux lésions dites « périphériques ». Dans notre étude, l'incidence des lésions dites périphériques sont supérieures à l'incidence des lésions génitales (18,4% vs 4,6 %), comme c'est le cas dans les études de Grossin et al, et Maguire et al.

Concernant l'examen génital, la réalisation d'un examen colposcopique et anoscopique (en cas de viol par pénétration anale) pourrait être proposé de façon plus systématique. Par exemple en cas de viol par pénétration anale suivi de douleurs intenses ou d'une symptomatologie proctologique évocatrice. Ceci afin d'augmenter la détection des lésions ano-génitales d'origine traumatiques, y compris à distance de l'agression.

Nous soulignons la nécessité de réaliser un examen médico-légal (par un médecin légiste) couplé à un examen gynécologique (par un gynécologue), y compris chez les patientes dont le délai écoulé depuis l'agression est supérieur à 72 heures. Ceci permettrait de réaliser l'accueil psychologique, les constatations médico-légales, les soins, la prévention des complications et la programmation du suivi.

Dans l'intérêt de la patiente, ces examens doivent être réalisés au maximum dans un seul temps.

Dans l'intérêt de la procédure, ils devraient être réalisés le plus précocement possible après le dépôt de plainte.

Le médecin généraliste peut être le premier interlocuteur des victimes de violences sexuelles. Il doit savoir les guider sans les influencer, et laisser libre court à leur récit.

Il peut procéder à un premier examen physique périphérique, et le documenter si besoin à l'aide de clichés photographiques. En cas d'agression de moins de 72 heures, il peut s'aider du médecin référent du Centre Hospitalier ou Hospitalo-Universitaire le plus proche, afin de débiter une éventuelle thérapie anti-rétrovirale et procéder aux premiers dépistages (sérologies des maladies sexuellement transmissibles, contraception d'urgence).

A l'issue de sa consultation, il doit être en mesure de préciser les principales caractéristiques de l'agression, afin d'orienter et de conseiller au mieux la victime, en fonction du délai écoulé depuis l'agression.

Nous rappelons donc ici l'importance des formations médicales continues sur le dépistage et la prise en charge des violences sexuelles, à destination des médecins généralistes, outil précieux de la prise en charge de ces victimes.

CONCLUSION

Notre travail a permis de mettre en évidence la persistance de lésions, aussi bien anogénitales que périphériques, à distance d'une agression sexuelle.

Nous avons inclus 65 patientes, âgées de plus de quinze ans et trois mois, se déclarant victimes de viol, et retrouvé 18,4% de lésions périphériques, et 4,6% de lésions génitales considérées comme « significatives ». Ces chiffres confirment la nécessité de poursuivre les examens médico-légaux des victimes de viol, quel que soit le délai écoulé entre l'agression relatée et leur dépôt de plainte.

Il s'agit d'un échantillon relativement « jeune » (moyenne d'âge de 26,38 ans le jour de l'agression).

La présence de lésions génitales ne constitue pas le seul intérêt de cet examen. En effet, notre étude a permis de mettre en évidence un taux toujours conséquent de lésions tégumentaires dites « périphériques », et ce malgré un délai écoulé depuis l'agression de plus de 300 jours en moyenne.

Ce travail a également mis en évidence la présence d'un lien (non quantifiable du fait de la méthodologie de cette étude et de la taille de notre échantillon), entre les viols conjugaux ou par un inconnu et l'incidence des lésions périphériques. Ce type de lien n'a pas pu être déterminé concernant les lésions génitales.

Même si la taille de notre échantillon ne permettait pas d'analyse statistique, nous avons pu étendre la réflexion sur l'intérêt global de l'évaluation médico-légale à distance d'un viol et ouvrir des pistes à explorer afin d'améliorer la prise en charge et les constatations médico-légales chez ces patientes.

L'examen médico-légal des victimes de violences sexuelles à distance de l'agression reste donc essentiel dans leurs parcours.

BIBLIOGRAPHIE

1. Article 222-22 du Code pénal [en ligne]. [Consulté le 3 août 2017].
Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr>
2. Article 222-23 du Code pénal [en ligne]. [Consulté le 3 août 2017].
Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr>
3. Article 227-25 du Code pénal [en ligne]. [Consulté le 3 août 2017].
Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr>
4. Article 222-24 du Code pénal [en ligne]. [Consulté le 3 août 2017].
Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr>
5. Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales [en ligne].
Bulletin sur la délinquance enregistrée pour l'année 2015. [Consulté le 3 août
2017]. Disponible :
https://www.inhesj.fr/sites/default/files/fichiers_site/ondrp/rapports_annuels/ba2015.pdf
6. Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes [en ligne]. La
lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes ; n°10
Novembre 2016. [Consulté le 3 août 2017]. Disponible : http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_10_-_Violences_sexuelles_-_nov16.pdf
7. Sawyer Sommers M. Defining Patterns of Genital Injury From Sexual
Assault: A Review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2007 jul;8(3):27080.
8. Slaughter L, Brown CR, Crowley S, Peck R. Patterns of genital injury in
female sexual assault victims. *American journal of obstetrics and gynecology*.
1997;176(3):609–616.

9. Maguire W, Goodall E, Moore T. Injury in adult female sexual assault complainants and related factors. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2009 feb;142(2):14953.

10. Grossin C, Sibille I, de la Grandmaison GL, Banasr A, Brion F, Durigon M. Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic science international*. 2003;131(2):125–130.

11. Niort F, Delteil C, Capasso F, Torrents R, Leonetti G, Piercecchi-Marti M-D. Étude rétrospective épidémioclinique sur 10ans des victimes de viols reçues en consultation à l’Institut médico-légal de Marseille, CHU de Timone. Analyse de 592 cas de victime de viol. *La Revue de Médecine Légale*. juin 2014;5(2):629.

12. McLean I, Roberts SA, White C, Paul S. Female genital injuries resulting from consensual and non-consensual vaginal intercourse. *Forensic Science International*. 2011 jan;204(13):2733.

13. Bowyer L, Dalton ME. Female victims of rape and their genital injuries. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1997;104(5):617–620.

14. Lauber A, Souma, M L. Use of toluidine blue for documentation of traumatic intercourse. *Obstetrics and gynecology*. 1982;60(5): 644-8.

15. Lincoln C, Perera R, Jacobs I, Ward A. Macroscopically detected female genital injury after consensual and non-consensual vaginal penetration: A prospective comparison study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2013 oct;20(7):884901.

16. Astrup BS, Ravn P, Lauritsen J, Thomsen JL. Nature, frequency and duration of genital lesions after consensual sexual intercourse—Implications for legal proceedings. *Forensic Science International*. 2012 jun;219(13):506.

17. Zink T, Fargo JD, Baker RB, Buschur C, Fisher BS, Sommers MS. Comparison of methods for identifying ano-genital injury after consensual intercourse. *The Journal of Emergency Medicine*. 2010 Jul;39(1):113-8.

18. AIVI. Sondage AIVI/IPSOS 2010 : La santé des victimes d'inceste [en ligne]. [Consulté le 3 août 2017]. Disponible : <https://aivi.org/nos-actions/sondages/sondage-2010.html>

19. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, et al. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2016 apr;29(2):817.

20. Myhill A, Allen J. Findings 159. 2002 [en ligne]. [Consulté le 03 août 2017]. Disponible:
<http://www.aphroditewounded.org/Myhill%20and%20Allen.pdf>

21. White C. Genital injuries in adults. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2013 feb;27(1):11330.

22. Sugar N., Fine D., Eckert L. Physical injury after sexual assault: Findings of a large case series. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004 jan;190(1):716.

23. Rougé-Maillart C, Houdu S, Darviot E, Buchaillet C, Baron C. Anal lesions presenting in a cohort of child gastroenterological examinations. Implications for sexual traumatic injuries. *Journal of Forensic and Legal*

Medicine. 2015 may;32:259.

24. Larsen M-L, Hilden M, Lidegaard ø. Sexual assault: a descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2015 mar;122(4):57784.

25. McGregor MJ, Mont JD, Myhr TL. Sexual assault forensic medical examination: is evidence related to successful prosecution? *Annals of Emergency Medicine*. 2002 jun;39(6):63947.

26. Arnaud D, Fraboul C. Ministère de la Justice. Les violences conjugales. [En Ligne]. Paris oct 2012. [Consulté le 16 août 2017]. Disponible : http://www.justice.gouv.fr/publication/fp_violences_conjugales.pdf

LEXIQUE

Hymen vestigial : hymen remanié, par la survenue d'accouchement(s) par voie basse unique ou multiples, en un ensemble de lambeaux irréguliers, pouvant aller jusqu'à sa disparition complète.

Lésions génitales : lésions intéressant uniquement les organes génitaux internes et externes

Lésions locorégionales : lésions génitales associées aux lésions de la face interne des cuisses

Lésions « périphériques » : lésions tégumentaires ou physiques n'intéressant ni les organes génitaux internes ou externes, ni l'anus.

Lésions génitales dites « anciennes » : dont la datation estimée par l'observateur est supérieure à 72 heures.

Lésions génitales dites « récentes » : dont la datation estimée par l'observateur est inférieure à 72 heures.

Lien conjugal : critères fixés par le ministère de la justice : « Les violences conjugales sont celles qui s'exercent à l'encontre d'un conjoint ou concubin, que le couple soit marié, lié par un PACS, en simple concubinage ou même séparé ». Si la victime et l'auteur n'ont jamais vécu ensemble, les faits sont considérés comme des violences par une connaissance [26].

Conjoint : même si le terme « conjoint » s'utilise dans le langage courant comme étant l'entité réunissant le mariage le PACS et le concubinage, le Code Civil le définit toujours comme l'union de deux époux.

Concubin : le concubinage est défini par l'article 515-8 du Code Civil comme « une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple », le concubinage est donc indemne de tout contrat juridique.

PACS : Pacte Civil de Solidarité. Il a été créé par la loi du 15 novembre 1999 et défini à l'article 515-1 du Code civil comme le contrat conclu par deux personnes, appelées partenaires, pour organiser leur vie commune.

ANNEXES

Annexe 1 : Classification internationale « TEARS » [7,8]

- cicatrice : lésion fibreuse résultant de l'évolution à moyen ou à long terme d'une effraction du derme (localisée et répertoriée en fonction de son ancienneté et de sa taille),
- pétéchies : lésions punctiformes, de couleur rouge vif, correspondant à des ruptures de vaisseaux de petit calibre,
- ecchymose : suffusion de sang sous-cutané secondaire à la rupture de vaisseaux de moyen calibre,
- hématome : collection de sang dans une cavité néoformée secondaire à la rupture de vaisseaux de moyen calibre,
- dermabrasions : excoriations cutanées causées par l'ablation de la couche épidermique de la peau ou des muqueuses, dont les bords sont définis,
- œdème : engorgement transitoire des tissus,
- érythème : revêtement cutané anormalement enflammé en raison d'une irritation ou d'une blessure, sans arête ou bordure définie.

Annexe 2 : Données statistiques anonymisées

Patiente	Âge (CS ML)	Âge (agression)	Mineur	CS psychologique	CS gynécologique	Patiente	Délai	Intitulé réquisition	Lieu	Lien	Nombre	Pressions	Déshabillage	Propos	Attouchements	Zone
1	43	43	0	0	0	1	8	NR	1	1	1	0	NR	0	1	1
2	43	42	0	0	0	2	21	NR	1	1	1	0	NR	0	NR	NR
3	15	15	1	0	0	3	22	Agression sexuelle	2	3	1	0	3	0	0	0
4	38	38	0	1	1	4	166	Agression sexuelle	2	3	1	0	1	0	0	0
5	22	22	0	1	0	5	67	NR	NR	3	3	0	NR	0	1	1+3
6	18	18	0	0	2	6	20	Agression sexuelle	NR	3	1	NR	NR	0	0	0
7	26	25	0	1	2	7	410	Agression sexuelle	NR	1	1	1	NR	NR	0	0
8	19	19	0	1	0	8	62	Viol	7	3	1	NR	1	0	0	0
9	21	21	0	0	1	9	5	Viol	6	4	1	0	1	0	0	0
10	38	38	0	1	2	10	15	Viol	1	1	1	NR	NR	0	0	0
11	36	35	0	0	1	11	93	Violences volontaires sur conjoint	1	1	1	0	NR	NR	0	0
12	27	26	0	1	2	12	426	Viol	1	1	1	NR	NR	NR	0	0
13	35	35	0	1	2	13	80	Viol conjugal	1	1	1	NR	1	0	0	0
14	19	19	0	1	2	14	20	Viol	1	4	1	NR	2	0	1	2
15	15	14	1	0	2	15	548	Viol	2	3	1	NR	3	0	0	NC
16	64	64	0	0	2	16	12	Viol	2	3	1	NR	1	1	0	NC
17	20	20	0	0	2	17	190	Viol conjugal	1	1	1	0	NR	0	1	1+3
18	16	15	1	0	2	18	157	Viol	5	3	1	NR	3	NR	0	0
19	17	17	1	0	2	19	150	Viol sur mineur par personne ayant autorité	NR	2	1	NR	NR	NR	NR	NC
20	30	30	0	0	2	20	3	Agression sexuelle	5	4	1	NR	0	0	1	1
21	25	25	0	0	2	21	300	Viol en réunion	2	3	2	0	3	0	1	2
22	40	40	0	1	0	22	50	Viol	8	3	1	0	1	0	1	1
23	24	24	0	0	0	23	70	NR	NR	NR	1	NR	NR	NR	1	2
24	23	21	0	1	0	24	4745	Viol sur mineur de 15 ans	NR	NR	1	0	NR	0	0	0
25	53	53	0	0	2	25	122	Viol	1	3	1	0	3	0	0	0
26	16	16	1	0	2	26	32	NR	4	3	1	0	1	0	1	2
27	42	42	0	1	2	27	4	Viol en réunion	9	NR	2	NR	NR	NR	NR	NR
28	25	25	0	0	0	28	300	NR	NR	1	4	1	NR	0	0	0
29	17	17	1	0	2	29	6	Viol en réunion	9	4	4	0	1	0	1	1+4
30	24	24	0	0	0	30	21	Viol en réunion	1	3	3	0	1	NR	0	0
31	25	24	0	1	0	31	31	Viol	1	1	1	0	NR	0	0	0
32	17	17	1	1	0	32	75	Viol	10	3	1	0	1	0	0	0

Patiente	Âge (CS ML)	Âge (agression)	Mineur	CS psychologique	CS gynécologique	Patiente	Délai	Intitulé réquisition	Lieu	Lien	Nombre	Pressions	Déshabillage	Propos	Attouchements	Zone
33	16	9	1	0	0	33	2555	Viol sur mineur de 15 ans	NR	2	1	NR	NR	0	1	2
34	16	11	1	0	0	34	1825	NR	8	2	2	NR	NR	0	1	NR
35	16	16	1	1	2	35	17	Viol	8	3	1	0	1	0	0	0
36	22	22	0	0	2	36	18	Agression sexuelle	7	3	1	0	2	0	NR	NR
37	46	34	0	0	0	37	270	Viol	6	3	1	1	2	NR	0	0
38	32	27	0	1	0	38	2475	Viols répétés et menace de mort	2	3	1	1	2	0	0	0
39	33	33	0	1	2	39	183	Viol	nr	3	1	NR	NR	NR	0	0
40	18	18	0	0	2	40	197	Agression sexuelle	NR	3	1	NR	NR	0	0	0
41	28	28	0	1	2	41	55	Viol sur personne vulnérable	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0	0
42	19	19	0	0	2	42	5	Réquisition UGO	7	NR	1	0	1	0	0	0
43	33	33	0	1	2	43	39	Violences intra-familiales avec rapport forcé	NR	1	1	0	NR	0	0	0
44	29	29	0	1	2	44	15	Viol	NR	NR	1	0	NR	0	0	0
45	17	16	1	1	2	45	150	Viol par ascendant	NR	2	1	0	NR	0	1	1+2
46	19	19	0	0	1	46	32	Viol	NR	3	1	0	NR	0	0	0
47	26	26	0	1	2	47	93	Agression sexuelle	NR	3	1	0	NR	0	0	0
48	32	32	0	1	48	30	Viol	NR	1	1	1	0	NR	0	0	0
49	17	15	1	1	2	49	730	Viol	2	3	1	0	1	0	1	2
50	15	15	1	0	2	50	18	Viol sur mineur	NR	3	1	0	NR	0	1	NR
51	47	46	0	1	0	51	45	Viol sur conjoint	1	1	1	NR	NR	NR	NR	NR
52	22	20	0	1	0	52	730	NR	1	3	1	0	NR	0	0	0
53	35	34	0	1	0	53	133	Viol	8	4	1	1	NR	0	0	0
54	19	19	0	1	2	54	20	Viol	1	4	1	0	1	0	1	1+2
55	23	22	0	1	1	55	74	Viol	8	3	1	0	NR	0	0	0
56	21	21	0	0	1	56	67	Viol en réunion	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
57	41	41	0	1	0	57	70	Agression sexuelle aggravée	NR	NR	1	NR	NR	NR	0	0
58	39	37	0	1	2	58	515	NR	NR	NR	1	NR	NR	NR	1	1+2
59	42	42	0	1	2	59	27	Viol	NR	3	1	NR	NR	NR	0	0
60	23	21	0	1	0	60	910	Viol	NR	NR	1	NR	NR	NR	0	0
61	25	25	0	0	0	61	55	Viol sur mineure de plus de 15 ans	2	3	1	0	3	0	1	NR
62	15	15	1	1	2	62	163	Viol	8	4	1	1	1	1	1	1+2
63	47	47	0	1	0	63	180	Viols et agressions sexuelles	1	1	1	1	3	0	0	0
64	21	20	0	1	0	64	32	Agression sexuelle	1	1	1	0	NR	0	0	0
65	19	19	0	1	0	65	20	Viols	8	3	1	0	1	0	1	2

Patiente	Pénio-vaginal	Pénio-anele	Pénio-buccale	Digitale	Objet	Ejaculation	Ménarche	ATCD sexuels	Age 1er rappo	ATCD G	ATCD Episiot	IVG	PM	SP	Protection
1	0	0	0	0	1+2	0	0	15	1	NR	G6P4	NR	NR	NR	NR
2	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
3	1	1	0	0	0	0	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
4	1	0	0	0	0	0	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
5	1	0	1	1	1	0	NR	NR	1	NR	NR	NR	NR	1	2
6	1	1	1	1	0	0	NR	14	1	16	NR	NR	NR	1	2
7	1	1	1	1	0	0	NR	14	1	17	G2P1	0	2	NC	NC
8	1	0	0	0	0	0	1	13	1	15	0	NC	NC	1	2
9	1	0	1	1	0	0	NR	17	1	18	G2P0	NR	3	NR	NR
10	1	0	0	0	0	0	NR	12	1	17	G3P2	0	0	NC	NC
11	0	1	0	0	1	0	NR	15	1	18	G3P2	NR	0	NC	NC
12	0	1	0	0	0	0	NR	11	1	15	G2P2	NR	0	NC	NC
13	NR	NR	NR	NR	0	0	NR	12	1	NR	G2P1	1	3	NC	NC
14	1	0	0	0	1	0	NR	10	1	13	0	NC	0	NR	NR
15	0	1	0	0	0	0	NR	11	0	15	0	0	0	1	2
16	0	1	0	0	1	0	0	12	1	18	G6P3	NR	0	NC	NC
17	0	0	0	0	1	0	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NC	NC
18	1	0	0	0	0	0	1	13	0	0	0	0	0	1	2
19	1	0	0	0	0	0	NR	Inconnu	1	NR	NR	NR	NR	1	2
20	0	0	0	0	1	0	NR	14	1	NR	G1P1	NR	0	NC	NC
21	1	0	0	0	0	0	NR	13	1	20	0	0	0	1	2
22	1	0	0	0	0	0	1	12	1	NR	G9P5	NR	3	NR	NR
23	1	0	0	0	0	1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
24	1	0	0	0	0	0	NR	8	1	NR	NR	NR	NR	1	1
25	1	1	0	0	0	0	NR	13	1	19	G1P1	1	0	NR	NR
26	0	0	0	0	1	0	NR	12	0	0	0	0	0	1	2
27	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
28	1	1	1	1	0	0	NR	12	1	15	G4P2	NR	3	1	2
29	1	0	0	0	0	0	NR	13	1	14	NR	NR	NR	1	2
30	1	1	0	0	0	0	NR	11	1	16	G1P0	0	2	1	2
31	1	0	0	0	0	0	NR	15	1	19	0	0	0	1	2
32	0	0	0	0	1	0	0	12	0	0	0	0	0	1	2

Patiénte	Pénio-vaginal	Pénio-anale	Pénio-buccale	Digitale	Objet	Ejaculation	Ménarche	ATCD sexuels	Age 1er rappo	ATCD G	ATCD Episio	IVG	PM	SP	Protection	
33	1	0	0	0	0	0	NR	12	0	0	0	0	0	1	2	0
34	0	0	1	1	0	1	11	0	0	0	0	0	0	1	2	0
35	1	0	0	0	0	0	0	12	1	14	0	0	0	1	2	0
36	1	NR	NR	NR	NR	NR	1	12	1	16	NR	NR	NR	NR	NR	NR
37	1	1	1	0	0	NR	16	1	18	G1P1	NR	NR	NR	1	2	1
38	1	0	1	0	0	NR	18	1	21	G1P1	1	0	0	1	2	1
39	1	0	0	0	0	NR	15	NR	NR	NR	NR	NR	NR	1	2	0
40	0	0	0	1	0	0	0	NR	1	NR	NR	G2P2	0	0	NR	4
41	0	0	0	1	0	NR	NR	NR	NR	NR	0	0	0	1	2	4
42	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	1	16	NR	NR	NR	NR	NR	NR
43	1	0	0	0	0	NR	13	NR	NR	G3P3	NR	0	0	1	2	0
44	0	0	0	1	0	0	13	1	NR	G?P1	NR	NR	NR	NR	NR	0
45	0	0	0	1	0	0	13	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
46	1	0	0	0	0	NR	12	1	NR	0	0	0	0	1	2	0
47	1	0	0	0	0	NR	12	1	NR	G2P0	0	1	1	1	2	0
48	1	0	0	0	1	NR	12	1	NR	G3P3	NR	NR	NR	1	2	0
49	1	0	0	0	0	NR	12	1	13	0	0	0	0	1	2	0
50	0	0	0	1	0	0	14	1	NR	0	0	0	0	1	2	0
51	1	1	0	1	0	NR	NR	1	NR	G?P3	0	0	0	1	2	0
52	1	0	0	0	0	NR	16	1	NR	0	0	0	0	1	2	0
53	1	0	0	0	0	1	12	1	NR	G3P2	NR	2	1	1	2	0
54	0	0	0	1	0	0	12	1	NR	0	0	0	0	1	2	0
55	1	0	0	1	0	NR	12	1	17	0	0	0	0	1	2	0
56	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
57	0	0	0	1	0	0	NR	1	NR	G2P2	NR	NR	NR	NR	NR	NR
58	0	0	0	1	0	NR	NR	0	NR	0	NR	NR	NR	NR	NR	NR
59	0	0	0	1	0	NR	NR	1	NR	0	0	0	0	NR	NR	NR
60	1	0	0	0	0	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	1	NR	NR	NR
61	1	0	0	0	0	0	13	0	0	0	0	0	0	1	2	0
62	1	0	0	1	0	0	11	0	NR	0	0	0	0	1	2	0
63	1	1	1	0	0	NR	NR	1	NR	G2P2	NR	NR	NR	1	2	0
64	1	1	0	0	1	NR	12	1	17	G1P1	1	0	0	1	2	0
65	1	0	0	1	0	NR	12	1	18	NR	NR	NR	NR	1	2	0

Patiente	Douleurs	Grandes lèvres	Petites lèvres	Clitoris	Examen hymen	Hymen	Orifice Hyménéal	Déchirure	Encoche	Fourchette POST	Vaginal	Ulcérations	Tonus
1	NR	0	0	0	0	charnu annulaire frangé	NR	oui (pas de loc)	0	NR	NR		1 NR
2	NR	0	0	0	NR	défloration ancienne	NR	NR	NR	0	0		0 0
3	0	0	0	0	NR	défloration ancienne	NR	NR	NR	0	0		0 0
4	vaginales et sus-pubiennes	0	0	0	NR	défloration ancienne	NR	NR	NR	0	0		0 0
5	0	0	0	0	NR	défloration ancienne	NR	NR	NR	0	0		0 0
6	Anales	0	0	0	1	annulaire charnu repli	3	1	5+11+12+3	0	0		0 0
7	NR	0	0	0	1	Anciennement défloré	3,5	7	2x5	0	0		0 0
8	0	0	0	0	2	semi-lunaire floral	NR	3+7+9	6	0	0		0 0
9	0	0	0	0	2	annulaire charnu repli	NR	4+9+11	3+7+1	0	0		1 0
10	0	0	0	0	NR	résidu de 4 à 7H	NR	0	0	0	0		0 0
11	NR	0	0	0	0	absence	NR	0	0	2 CA (0,7 cm et 0,5cm)	0		1 0
12	0	0	0	0	0	résiduel	NR	0	3+6+9	0	0	3 hémorroïdes 3+12+6h	0
13	0	0	0	0	NR	défloré, presque absent	NR	0	0	épisiotomie	0		0 0
14	gêne pelvienne, s contraction	0	0	0	1	annulaire charnu repli	2,6	3	oui pas de loc	0	0		0 0
15	0	0	0	0	0	annulaire charnu repli	NR	9	3+4	0	0		0 0
16	0	0	0	0	0	vestiges à 6h	NR	0	0	probable épisiotomie	0		2 0
17	0	0	0	0	NR	NR	NR	NR	NR	0	0		0 0
18	0	0	0	0	1	annulaire charnu repli	2,3	11	3+2+9	0	0		0 0
19	0	0	0	0	1	fin non charnu	2,5	NR	NR	0	0		0 0
20	0	0	0	0	NR	NR	NR	NR	NR	0	0		NR NR
21	0	0	0	0	2	annulaire charnu replis	NR	3+7	5	0	0		0 0
22	0	0	0	0	0	vestigial	NR	0	0	épisiotomie	0		2 0
23	contraction para-vertébrale	0	0	0	NR	vestigial	NR	0	0	0	0		0 0
24	0	0	0	0	NR	charnu, disparu entre 6 et 7H	NR	9+12+2	0	NR	NR		NR NR
25	0	0	0	0	0	vestiges	NR	0	0	épisiotomie	0		0 0
26	0	0	0	0	1	annulaire charnu replis	2	0	2+9	0	0		0 0
27	NR	NR	0	0	NR	NR	NR	NR	NR	0	0		0 0
28	NR	Tuméfaction glandulaire gauche	0	0	0	disparition quasi-complète	NR	NR	NR	épisiotomie 1,5cm à 7H	0		0 0
29	0	0	0	0	1	annulaire charnu replis	3	7+1	10+11	zone érythémateuse 7h	0		0 0
30	abdominales	0	0	0	1	annulaire charnu replis	3	5	11+7+2	0	0		2 0
31	0	0	0	0	1	annulaire charnu replis	NR	11+11,5+5	3	0	0		0 0
32	0	0	0	0	1	charnu annulaire repli	2,6	12	11+3	0	0		0 0

Patiente	Douleurs	Grandes lèvres	Petites lèvres	Clitoris	Examen hymen	Hymen	Orifice Hymer	Déchirure	Encoche	Fourchette POST	Vaginal	Ulcérations	Tonus		
33	0	0	0	0	0	1	charnu annulaire repli	2,6	12	11+3	0	0	0	0	
34	0	0	0	0	0	1	annulaire charnu replis	2,3	0	3+4	0	0	0	0	
35	0	0	0	0	0	1	annulaire charnu	2,5	0	3+9+5	0	0	0	0	
36	0	0	0	0	0	0	annulaire charnu replis	NR	7	3+9	0	0	0	0	
37	0	0	0	0	0	0	VESTIGES	NR	0	0	0	0	2 hémorroïdes 6+11h	béant	
38	0	0	0	NR	0	0	vestiges	NR	0	0	cicatrice chirurgicale	0	0	0	0
							semi-circulaire postérieur								
39	0	0	0	0	NR	NR	compliant	1,5	0	7+9	0	0	0	0	0
40	0	0	0	0	0	0	circulaire + pont à 11H	2	7+9	0	0	0	0	0	0
41	0	0	0	0	NR	NR	complet	1,5	0	9	0	0	0	0	0
42	périnéales	0	Erythème à 9H	NR	NR	NR	défloration	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
43	0	0	0	0	0	0	vestigial	NR	0	0	épisiotomie à 7H	0	0	0	0
44	0	0	0	0	NR	NR	vetsigial quadrant post	NR	1+3+10	0	0	0	0	0	0
45	0	0	0	0	NR	NR	circulaire complet	1,5	0	0	0	0	0	0	0
46	dorsales 15 jrs	0	0	0	NR	NR	complet charnu	2	1+6+10	4	0	0	0	0	0
47	0	0	0	0	NR	NR	compliant charnu	NR	3+9	0	0	0	0	0	0
48	céphalées nocturnes	0	0	0	NR	NR	Charnu compliant	NR	3+4+7+9	0	0	0	0	2	0
49	0	0	0	0	0	0	semi-lunaire charnu compliant	NR	3+9	8	0	0	0	0	0
50	0	0	0	0	NR	NR	semi-circulaire post	1,5	4	0	0	0	0	0	0
51	0	0	0	0	NR	NR	charnu complet compliant	1,5	6+7	0	0	0	0	0	0
52	0	0	0	0	NR	NR	Charnu complet	NR	2+4+7+9	0	0	0	0	0	0
53	0	0	0	0	0	0	vestigial	NR	3	0	0	0	0	0	0
54	0	0	0	0	NR	NR	charnu complet compliant	0,5	0	5+9	0	0	0	0	0
55	NR	0	0	0	1	1	semi lunaire charnu repli	2,5	7	3+10	0	0	0	0	0
56	NR périphérique	0	0	0	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0	0	0	0
57	0	0	0	0	NR	NR	vestigial (5à11H)	2	0	0	0	0	0	2	0
58	0	0	0	0	NR	NR	circulaire intègre	1,5	0	0	0	0	0	0	0
59	0	0	0	0	NR	NR	compliant	0,9	3+5+6+8	0	0	0	0	0	0
60	0	0	0	0	NR	NR	antérieur absent postérieur	1,5	2+10	0	0	0	0	0	0
61	0	0	0	0	2	2	annulaire non charnu sans repli	2	0	6	0	0	0	0	0
62	0	0	0	0	1	1	annulaire peu charnu repli	2,5	7	5+3	0	0	0	0	0
63	Pied gauche	0	0	0	0	0	vestigial	NR	0	0	0	0	0	0	0
												CA paroi vaginale			
64	0	0	0	0	0	0	annulaire charnu sans repli	NR	6	9	CA fine linéaire à 7H (épisio)	postérieure	issures: 2h + 6h en "raquette"	0	0
65	0	0	0	0	1	1	annulaire charnu repli	2,6	3	7+4	0	0	0	0	0

Patiente	Buccal	Mammaire	Tronc	Mains	MS	Patiente	MI	Crâne	Face	ITT	
1	NR	NR	NR	NR	NR	1	EA 1 cm de diamètre tiers moyen face int Cuisse dte EA 1,5 cm de diamètre tiers supérieur face int jambe dte.	NR	NR	5	
2	0	0	0	0	0	2		0	0	1	
3	0	0	0	0	0	3		0	0	1	
4	0	0	0	0	0	4		0	0	200	
5	0	0	0	0	0	5	ESR face antéro-int cuisse droite 1,5cm diamètre	0	0	60	
6	0	NR	NR	NR	NR	6		0	0	2	
7	0	0	0	0	0	7		0	0	155	
8	0	0	0	0	0	8		0	0	61	
9	0	0	0	0	0	9	DR cheville gauche 1cm diamètre; DR pied gauche <1cm DR 4x1,5cm 1er orteil gauche; DC cuisse G 4cm DC plage 7x8cm genou gauche	0	0	21	
10	0	0	0	0	0	10		0	0	15	
11	0	0	0	0	0	11	ABG: CA fine 2 branches, 16,5 cm 19 cm bord antéro-int CA fine, régulière 3,8 cm face postéro-int tiers inf	0	0	15	
12	0	0	0	0	0	12	CA plane 0,7 cm diamètre tiers moyen bord int ABG	0	0	3	
13	0	0	0	0	0	13		0	0	31	
14	0	0	0	0	0	14		0	0	61	
15	0	0	0	0	0	15		0	0	NR	
16	0	0	0	0	0	16		0	0	2	
17	0	0	0	0	0	17		0	0	1	
18	NR	0	0	0	0	18		0	0	2	
19	0	0	CA hyperchromique 3 cm sur 1,4 cm hypocondre droit	0	CA linéaire 5,3 cm tiers moyen face post BG	19		0	0	1	
20	NR	0	0	0	0	20	ESR 3 cm de diamètre, 1/3 moyen, face ant de ABD ESR 7,5x2,5 1/3 inf face ant ABD	2 ESR : 4,5x2 cm , et 3 cm de diamètre 1/3 moyen face externe cuisse D 2 ESR: 4,5 cm de diamètre + 2,5 cm de diamètre 1/3 inférieur bord interne cuisse gauche	0	0	2
21	0	0	0	0	0	21		0	0	1	

Patiente	Buccal	Mammaire	Tronc	Mains	MS	Patiente	MI	Crâne	Face	ITT	
22	0	0	0	0	0	22		0	0	0	3
23	0	0	0	0	0	23		0	0	0	90
24	0	0	0	0	0	24		0	0	0	0
25	0	0	0	0	0	25		0	0	0	3
26	0	0	0	0	0	26		0	0	0	2
27	0	0 2/ sein D	E FID E face ant épaule G 3x2cm E face lat épaule droite		E face antéro exTerne tiers sup BG E ABG tiers moyen face post int EP BD face antéro-int tiers moyen E + EXC face ant tierS sup ABD 0 E face antéro int BD	27	E X 3 fesse G; E x 2 cuisse G face antéro ext E cuisse D x2 face externe x3 face ant		EXC face ant cou EP sous le menton		5
28	0	0	CA linéaire face post épaule G 4mm CA linéaire face post épaule droite 2,5cm CA linéaire sous la lésion sous jacente 5cm			28		0	0	0	2
29	0	0	0	0	0	29		0	0	0	2
30	0	0	0	0	0	30		0	0	0	3
31	0	0	0	0	0	31		0	0	0	31
32	0	0	0	0	0	32		0	0	0	15
33	0	0	0	0	0	33		0	0	0	2
34	0	0	0	0	0	34		0	0	0	1
35	0	0	0	0	0	35		0	0	0	30
36	0	0	0	0	0	36		0	0	0	2
37	0	0	0	0	0	37		0	0	0	2
38	0	0	0	0	0	38		0	0	0	NR
39	0	0	0	0	0	39		0	0	0	30
40	0	0	0	0	0	40		0	0	0	0
41	0	0	0	0	0	41		0	0	0	15
42	0	0	0	0	0	42		0	0	0	21
43	0	0	0	0	0	43	2 CA genou droit CA jambe droite		0	0	30
44	0	0	0	0	0	44		0	0	0	15
45	0	0	0	0	0	45		0	0	0	0
46	0	0	0	0	0	46		0	0	0	5
47	0	0	0	0	0	47		0	0	0	30
48	0	0	0	0	0	48		0	0	0	60
49	0	0	0	0	0	49		0	0	0	1

Patiente	Buccal	Mammaire	Tronc	Mains	MS	Patiente	MI	Crâne	Face	ITT
50	0	0	0	0	0	50		0	0	0 NR
51	0	0	0	0	0	51		0	0	0 45
52	0	0	0	0	0	52		0	0	0 NR
53	0	0	0	0	0	53		0	0	0 30
54	0	0	0	0	0	54	ESR 0,5cm diamètre face ant 1/3 sup cuisse G		0	0 10
55	0	0	0	0	0	55		0	0	0 30
56	0	0	0	0	0	56		0	0	0 NR
57	0	0	0	0	0	57		0	0	0 30
58	0	0	0	0	0	58		0	0	0 NR
59	0	0	0	0	0	59		0	0	0 15
60	0	0	0	0	0	60		0	0	0 0
61	0	0	0	0	0	61		0	0	0 2
62	0	0	0	0	0	62		0	0	0 31
63	0	0	0	0	0	63	HR 3 x 6cm face latérale tiers distal jambe gauche, HA linéaire, de 4 cm, face ant tiers moyen jambe gauche, H X 2R de 2 x 2cm et 1 cm de diamètre face dorsale pied gauche, tête du 3ème et du 4ème métatarsiens, DR linéaire, 6 cm tiers distal de la face int cuisse gauche	EP 2,5 x 2 cm occipitale gauche,	EP <1cm aile du nez gauche,	0 30
64	0	0	0	0	0	64		0	0	0 30
65	0	0	0	0	0	65		0	0	0 20

Vu, le Président du Jury,
Professeur Clotilde ROUGE-MAILLART, Professeur des Universités

Vu, le Directeur de Thèse,
Docteur Lucia BARRIOS, Praticien Hospitalier

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse: Recherche des lésions secondaires à un viol lors de l'examen clinique médico-légal différé chez des victimes féminines de plus de quinze ans.

RESUME

Introduction : En France, en 2015, 6129 viol sur majeur(e) et 6827 viols sur mineur(e) ont été recensés. Du fait des caractéristiques spécifiques de ces agressions, de nombreuses patientes sont examinées après un délai 72 heures. L'objectif principal de cette étude est de déterminer l'incidence des lésions ano-génitales chez des patientes de plus de quinze ans et trois mois, examinées à l'Unité Médico-Judiciaire de Nantes, victimes d'un viol qualifié d'« ancien » (délai écoulé depuis l'agression supérieur ou égal à soixante-douze heures). L'incidence des lésions extra-génitales (périphériques) est exposée dans un second temps.

Matériel et Méthode : il s'agit d'une étude mono centrique rétrospective, par analyse de dossier, du 1^{er} juillet 2012 au 31 mars 2017.

Résultats : 65 patientes âgées de plus de 15 ans et 3 mois, se disant victime de viol, ont été incluses. L'âge moyen le jour de l'agression est de 26,38 ans (médiane : 24, extrêmes : 9-64). L'âge moyen le jour de la consultation est de 27,16 ans (médiane : 24, extrêmes : 15-64). 6 patientes se trouvaient dans une situation de vulnérabilité le jour de l'agression (3 handicaps physiques et/ou psychiques, 3 mesures de protections juridiques). 55,3% (n=36) patientes ont bénéficié d'une évaluation par les psychologues du service. L'agresseur est une connaissance dans 41,5% des cas, le conjoint dans 23% des cas, un membre de la famille dans 10,7% des cas et inconnu dans 15,3% des cas. Au total, 4,6 % (n=3) lésions génitales dites « significatives » ont été retrouvées, dont une victime de viol par un inconnu, un viol conjugal, et un viol par un camarade. Ces 3 patientes sont âgées de moins de 25 ans. Des lésions périphériques ont été retrouvées chez 18,46% (n=12) des patientes, la plupart dans le cadre d'un viol conjugal ou par un(des) inconnu(s). Aucune des patientes porteuses de lésions génitales dites « significatives » n'est porteuse de lésion périphérique. L'incapacité totale de travail (ITT) est de 22,5 jours (médiane : 10, extrêmes : 0-200). Toutes les ITT supérieures à 30 jours sont de nature psychologique.

Conclusion : notre étude confirme la persistance de lésions ano-génitales et périphériques, chez des patientes victimes de viol, examinées à plus de 72 heures. Il semblerait que les agressions par un conjoint ou un inconnu soient plus pourvoyeuses de lésions périphériques. Ces chiffres sont à confirmer sur des échantillons de plus grande taille.

MOTS-CLEFS

Examen médico-légal, viol, lésions génitales, lésions anales, lésions périphériques, incapacité totale de travail.