

UNIVERSITE DE NANTES

UFR MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Années universitaires 2011-2016

Parcours d'une victime d'agression sexuelle

*Bilan d'activité de la prise en charge au CHU de Nantes en
2014*

Mémoire présenté et soutenu par :

RAQUET Manon

Née le 14 Juin 1991

Directrice de mémoire : Docteur Anne-Sophie COUTIN

Remerciements

Je tiens sincèrement à remercier :

Madame le Docteur Anne-Sophie Coutin, médecin coordinateur du Réseau de Périnatalité des Pays de la Loire « Sécurité Naissance – Naître Ensemble », pour avoir accepté la direction de ce mémoire, pour son intérêt porté à ce travail et ses précieux conseils,

Madame Isabelle Derrendingier, directrice de l'école de sage-femme, pour sa disponibilité, ses encouragements et son aide.

Ainsi que les différents professionnels qui ont consacré de leur temps afin de me présenter leur service/association :

Madame le Docteur Lucia Barrios, responsable de l'unité médico-judiciaire du CHU de Nantes,

Madame Catherine Echelard, puéricultrice référente à l'unité d'accueil des enfants en danger du CHU de Nantes,

Monsieur Patrice Le Corre, capitaine de police de la Brigade des Mœurs au Commissariat Waldeck Rousseau de Nantes,

Madame Karine Boinot, psychologue de l'unité de gynéco-obstétrique médico-psycho-sociale du CHU de Nantes,

Madame le Docteur Violaine Guérin, gynécologue et endocrinologue, présidente de l'association Stop aux Violences Sexuelles,

A l'association **SOS Femmes** de Nantes et **SOS Inceste pour revivre**.

Et enfin,

Mes camarades de promotion, pour ces quatre années passées ensemble, pour leur soutien et leur amitié,

Merci à **Emmanuelle, Constance, Charlotte, Marjorie, Charline** et **Pauline**, sans qui ces 3 années de PACES auraient été très différentes sans leur présence,

Madame Anne Labat, sage-femme de PMI à Bayonne, pour sa manière de voir notre si joli métier et pour ce stage inoubliable,

Un immense merci à **mes parents, mes frères Nicolas, Guillaume et Hugo** pour leur patience et leur soutien. Merci de m'avoir entourée et remotivée quand cela était nécessaire,

Plus que des remerciements pour celui qui a été à mes côtés, à supporter mes sautes d'humeur et me réconforter quand il le fallait, merci **Benoît**,

Et merci à tous ceux qui ont participé, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Sommaire

Préambule	1
Introduction.....	2
1. Un sujet de santé publique	3
1.1. Définitions	3
1.2. Cadre juridique.....	4
1.2.1. Qualification des infractions.....	4
1.2.2. Sanctions	4
1.2.3. Prescription	5
1.3. Quelques chiffres.....	6
2. Les différentes dimensions de la prise en charge	8
2.1. Prise en charge judiciaire	8
2.1.1. Dépôt de plainte.....	8
2.1.2. Phase d'enquête.....	10
2.1.3. Phase d'instruction.....	12
2.1.4. Phase de jugement.....	14
2.1.5. Devenir des plaintes.....	14
2.2. Prise en charge médicale.....	15
2.2.1. Où orienter ?	15
2.2.2. Accueil	16
2.2.3. Interrogatoire	17
2.2.4. Examen clinique	17
2.2.5. Examens biologiques.....	17
2.2.6. Conduite à tenir.....	18
2.2.7. Certificat médical.....	18
2.2.8. Accompagnement psychologique	19
2.3. Prise en charge psychosociale.....	19
2.4. Le repérage.....	22
2.4.1. Dépister	22
2.4.2. Mesurer les conséquences.....	24
2.4.3. Déclarer	27

3.	L'étude.....	28
3.1.	Présentation	28
3.2.	Matériel et méthodes.....	28
3.3.	Résultats	29
3.3.1.	La victime.....	29
3.3.1.1.	Age.....	29
3.3.1.2.	Sexe	29
3.3.1.3.	Catégorie socio-professionnelle	30
3.3.1.4.	Antécédents gynéco-obstétricaux.....	30
3.3.1.5.	Antécédents psychiatriques	31
3.3.2.	L'agresseur.....	32
3.3.2.1.	Sexe	32
3.3.2.2.	Lien	32
3.3.2.3.	Nombre.....	32
3.3.3.	L'agression.....	33
3.3.3.1.	Lieu	33
3.3.3.2.	Heure de l'agression.....	34
3.3.3.3.	Types de sévices	34
3.3.3.4.	Port du préservatif.....	34
3.3.3.5.	Association à des violences	35
3.3.3.6.	Soumission toxique	35
3.3.4.	La prise en charge.....	36
3.3.4.1.	Lieu d'accueil initial	36
3.3.4.2.	Heure d'admission.....	36
3.3.4.3.	Délai écoulé entre l'agression et l'admission au CHU	37
3.3.4.4.	Origine du signalement	37
3.3.4.5.	Etat psychologique	37
3.3.4.6.	Examen	38
3.3.4.7.	Prélèvements.....	38
3.3.4.8.	Conduite à tenir.....	39
3.4.	Discussion	40
3.4.1.	Victime.....	40
3.4.2.	Agresseur.....	41
3.4.3.	Aggression	42
3.4.4.	Prise en charge	43

3.4.5. Axes d'amélioration.....	45
3.4.5.1. Former	45
3.4.5.2. Informer.....	45
3.4.5.3. Dépister systématiquement et prendre en charge	47
3.4.5.4. Eduquer à la vie affective et sexuelle	50
Conclusion	52
Bibliographie.....	
Annexes	I
Annexe 1 : Schéma « Parcours judiciaire »	II
Annexe 2 : Où orienter une victime au CHU de Nantes ?	III
Annexe 3 : Lieux d'accueil	IV
<i>Annexe 3a : UGO</i>	<i>IV</i>
<i>Annexe 3b : UMJ</i>	<i>V</i>
<i>Annexe 3c : UAED</i>	<i>VI</i>
<i>Annexe 3d : UGOMPS</i>	<i>VIII</i>
<i>Annexe 3e : SOS Femmes</i>	<i>IX</i>
<i>Annexe 3f : SOS inceste pour revivre</i>	<i>XI</i>
<i>Annexe 3g : CIDFF de Nantes</i>	<i>XII</i>
<i>Annexe 3h : ADAVI 44</i>	<i>XIII</i>
<i>Annexe 3i : Bureaux d'aide aux victimes – Police/Gendarmerie</i>	<i>XIV</i>
Annexe 4 : Dossier type « agression sexuelle » de l'UGO du CHU de Nantes.....	XV
Annexe 5 : Prélèvements : Kit « Constat agression sexuelle »	XXVII
Annexe 6 : Protocole : Accueil des victimes de violences sexuelles à l'UGO (hors faits anciens).....	XXVIII
Annexe 7 : Affiche de prévention à afficher en salle d'attente.....	XXX
Annexe 8 : Fiche maquette « Contacts ».....	XXXI
Annexe 9 : Certificat médical	XXXII

Lexique

ADAVI : Association Départementale d'Aide aux Victimes d'Infractions

CIDFF : Centre d'Information des Droits des Femmes et des Familles

ENVEFF : Enquête Nationale des Violences Envers les Femmes en France

EPP : Entretien Prénatal Précoce

IST : Infection Sexuellement Transmissible

ITT : Incapacité Totale de Travail

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MIPROF : Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

OPJ : Officier de Police Judiciaire

PMI : Protection Maternelle et Infantile

UAED : Unité d'Accueil des Enfants en Danger

UGO : Urgences Gynéco-Obstétrique

UGOMPS : Unité de Gynéco-Obstétrique Médico-Psycho-Social

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

Préambule

Certaines situations de stage interrogent, en particulier lorsque cela est en lien avec le thème des violences sexuelles.

La première fois que j'ai été confrontée à ce sujet, c'était lors de mon stage en consultation obstétricale au CHU de Nantes. La sage-femme m'a expliqué que chaque patiente était interrogée, durant sa grossesse, sur des potentiels antécédents de violences (violences morales, psychologiques, physiques : harcèlement, inceste, viol...). Par la suite, une patiente a répondu positivement à cette question et je me suis sentie démunie face à cette réponse.

Une nouvelle fois, ce sujet m'a interpellé durant mon stage au CH de Bayonne, pendant les fêtes de Bayonne, car plusieurs patientes sont venues consulter suite à des agressions sexuelles.

Enfin, lors de mon stage en Protection Maternelle et Infantile (PMI), j'ai eu l'occasion de rencontrer des femmes avec de tels antécédents, des histoires de vie difficiles, voire même des femmes victimes de violence conjugale.

En conséquence, ce sujet émane de ces différentes expériences et des questionnements inhérents.

Introduction

La notion de violence sexuelle est une réalité. Il s'agit d'un problème de santé publique majeur et la prise de conscience est récente. Elle date des années 2000 grâce à la première Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) (1). Cette étude révèle que 11 % des femmes âgées de 20 à 59 ans, avaient subi au moins une agression sexuelle au cours de leur vie (attouchements, tentatives de viols et/ou viols). Plus tard, en 2006, l'enquête « Contexte de la sexualité en France », menée par les sociologues N. Bajos et M. Bozon (2), rapporte qu'une femme sur 5, contre 1 homme sur 14, âgés de 18 à 69 ans, avaient déjà été confrontés à une agression à caractère sexuel au cours de leur vie. Ces chiffres ont accru avec les années ; non pas parce qu'il y a plus de violences, mais, selon les auteurs, cette augmentation s'explique par le fait que les campagnes d'information permettent aux femmes de mieux identifier les violences sexuelles qu'elles ont subies. Par conséquent, la tolérance envers les violences a diminué et entraîne alors une libéralisation de la parole.

Compte tenu de cette situation, le Gouvernement a élaboré le 4^{ème} plan de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016). Il est composé de trois volets : « aucune violence déclarée ne doit rester sans réponse », « protéger les victimes » et « mobiliser l'ensemble de la société ». En parallèle, la convention européenne dite d'Istanbul (3), ratifiée le 4 juillet 2014, a fixé les mêmes objectifs. Elle érige des standards minimums en matière de prévention, de protection des victimes et de poursuite des auteurs.

L'objectif principal de ce mémoire est de répondre à la question : Quel parcours pour une victime d'agression sexuelle à Nantes ? L'enjeu est de se rendre compte de la réalité de ces violences et d'aider les professionnels à mieux identifier ce parcours afin d'avoir une réponse appropriée face à cette situation. Tout cela dans le but de permettre une prise en charge optimale pour les victimes.

Dans une première partie, nous exposerons les différents types de violences sexuelles faites aux femmes, le cadre juridique, ainsi que des données épidémiologiques. Nous détaillerons dans une deuxième partie les prises en charge judiciaire et médico-psycho-sociale, ainsi que les questions qui traitent du repérage. Enfin, nous présenterons notre étude descriptive rétrospective, réalisée aux urgences gynécologiques du CHU de Nantes à partir de dossiers ouverts durant l'année 2014, ainsi que les axes d'amélioration identifiés.

1. UN SUJET DE SANTE PUBLIQUE

1.1. DEFINITIONS

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) reprend la définition des Nations Unis pour caractériser les **violences faites aux femmes** de la façon suivante : « Tous les actes de violences dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (4).

D'après l'article 222-22 du Code pénal, constitue une **agression sexuelle** toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. Et ce, 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 (5) (6).

- Le **viol** est défini par l'article 222-23 du Code pénal comme tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise
- Les **agressions sexuelles autres que le viol** sont caractérisées comme un acte à caractère sexuel sans pénétration commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise (exemple : attouchement, caresse)

On distingue :

- L'**exhibition sexuelle** (article 222-32 du Code pénal) qui consiste à dévoiler en public ses parties intimes ou des actes sexuels
- Le **harcèlement sexuel** (article 222-33 du Code pénal) qui est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui, soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante

Concernant la **majorité sexuelle**, aucune loi ne mentionne ce terme dans le Code pénal. Elle est donc déduite de l'article 227-25 du Code pénal réprimant l'atteinte sexuelle sur mineur de moins de 15 ans par un majeur, y compris en absence de violence, contrainte, menace ou surprise. Cela suppose que chez ces victimes, l'absence de consentement est présumée.

Les **violences** se déroulent parfois **au sein du couple**, c'est ce qu'on appelle les violences conjugales. Elles correspondent aux situations où les faits de violences (agressions physiques, sexuelles, verbales, psychologiques, économiques et administratives) sont répétés, souvent cumulatifs, s'aggravent et s'accroissent (phénomène dit de la « spirale ») et sont dans un contexte de rapport de force asymétrique (dominant/dominé) et figé. Elles diffèrent des disputes ou conflits conjugaux où deux points de vue se font face dans un rapport d'égalité (7).

1.2. CADRE JURIDIQUE

1.2.1. Qualification des infractions

Le viol est un crime relevant de la compétence de la Cour d'assises tandis que les autres agressions sexuelles sont des délits jugés par le Tribunal Correctionnel.

1.2.2. Sanctions

Le **viol** est passible de :

- 15 ans de réclusion criminelle (article 222-23 du Code pénal)
- 20 ans de réclusion criminelle (article 222-24 du Code pénal) en cas de circonstances aggravantes (liste non exhaustive) :
 - Si cela a été commis sur un mineur de 15 ans ou sur une personne ayant une particulière gravité connue de l'agresseur (maladie, infirmité, grossesse...)
 - Si cela a été commis par le conjoint, le concubin ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité
 - Si cela a entraîné une mutilation ou infirmité permanente
 - Si cela a été commis par un ascendant ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime
 - Si cela a été commis par plusieurs personnes (auteur mais aussi complices)
 - Si cela a été commis avec usage ou menace d'une arme
- 30 ans de réclusion criminelle (article 222-25 du Code pénal) lorsqu'il a entraîné la mort de la victime
- Réclusion criminelle à perpétuité (article 222-26 du Code pénal) lorsqu'il est précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie

Les **agressions sexuelles** autres que le viol sont punies de :

- 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende (articles 222-27 et 222-30 du Code pénal)
- 7 à 10 ans d'emprisonnement et 100 000 à 150 000 euros d'amende (article 222-28 du Code pénal) en cas de circonstances aggravantes

Les **tentatives** sont punies des mêmes peines.

L'**exhibition sexuelle** et le **harcèlement sexuel** sont punis d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende (article 222-32 et 222-33 du Code pénal).

1.2.3. Prescription

La prescription désigne la durée au-delà de laquelle une action en justice n'est plus recevable. Le délai commence à partir du jour de l'infraction. Ce tableau est issu du livre « Comment guérir après des violences sexuelles ? » du Docteur Violaine Guérin (8).

Tableau 1 : Règles actuelles de prescription de l'action publique pour les infractions sexuelles

	Victimes majeures	Victimes mineures
Viols (article 7 CPP*)	10 ans à compter des faits	
Agressions sexuelles aggravées (article 8 CPP*)	3 ans à compter des faits	20 ans à compter de la majorité de la victime
Agressions sexuelles aggravées sur mineurs de moins de 15 ans (article 8 CPP*)		
Agressions sexuelles simples (article 8 CPP*)	3 ans à compter des faits	10 ans à compter de la majorité de la victime

* CPP : Code de Procédure Pénale

Le 28 mai 2014, le Sénat a adopté une proposition de loi défendue par les sénatrices Muguette Dini et Chantal Jouanno, visant à allonger le délai de prescription de l'action publique des agressions sexuelles. Le 2 décembre 2014, l'Assemblée nationale a rejeté cette proposition de loi (252 voix contre et 191 voix pour).

1.3. QUELQUES CHIFFRES

Recueillir des données précises sur le sujet est une réelle difficulté. Les résultats sont différents d'une étude à l'autre. Cela s'explique par le fait que les études ont chacune une méthodologie différente et n'incluent pas toujours la même population ; mais aussi parce que certaines victimes ne s'expriment pas. Il reste une part inconnue qu'on ne dénombre toujours pas.

Selon la lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes de novembre 2015 rédigée par la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF), **chaque année** en France : (9) (10)

- 84 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de **viols ou de tentatives de viols** (soit 0,4 % de cette classe d'âge)
 - Par une personne :
 - Connue de la victime dans 90 % des cas
 - Dont l'auteur est le conjoint dans 37 % des cas, soit environ 1/3 de l'ensemble des viols et tentatives
 - Dont l'auteur fait partie du ménage (hors conjoint) : 17 %
 - Dont l'auteur est connu mais ne fait pas partie du ménage : 36 %
 - Inconnue de la victime : 10 % des cas
 - Parmi ces femmes :
 - 3 sur 4 sont concernées par un viol
 - 21 % se sont rendues au commissariat, 10 % ont porté plainte (maintenue ou retirée ultérieurement) et 7 % ont déposé une main courante
- 223 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de **violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint** (soit 1 % de cette classe d'âge). Cela correspond aux situations de violence conjugale grave car les violences verbales, psychologiques, économiques et administratives sont exclues
 - Parmi ces victimes :
 - 70 % disent subir des violences (physiques et/ou sexuelles) répétées
 - 25 % se sont rendues au commissariat, 14 % déclarent avoir déposé une plainte et 8 % une main courante
 - En 2014, 134 femmes et 31 hommes ont été tués par leur partenaire ou ex-partenaire (conjoint, concubin, pacsé ou « ex »), soit environ 1 tous les 3 jours

Concernant les violences sexuelles, il s'agit d'une estimation minimale. En effet, l'enquête n'interroge que les personnes vivant en ménage ordinaire, elle ne permet pas d'enregistrer les violences subies par les personnes vivant en collectivités (foyers, centres d'hébergement, prisons...) ou sans domicile fixe, ni les mineurs et les personnes âgées, ni les personnes vivant en outre-mer.

Concernant les **faits de violences sexuelles**, les forces de sécurité en ont recensés 31 825 sur un an en France métropolitaine. Dans 85 % des cas, la victime est une femme majeure ou mineure. Le tableau suivant en présente les caractéristiques : (9) (11)

Tableau II : Faits de violences sexuelles enregistrés par les forces de sécurité en France métropolitaine de novembre 2014 à octobre 2015

	Nombre de victimes	Nombre de femmes victimes	% de femmes parmi les victimes
Viols	12 116	10 461	86
... dont intrafamiliaux	3 432	3 064	89
... dont conjugaux	1 714	1 703	99
Autres agressions sexuelles	19 709	16 487	84
Harcèlement sexuel			
... dont intrafamiliaux	3 859	3 162	82
... dont conjugaux	438	432	99
Total	31 825	26 948	85

D'un point de vue de l'agresseur, en 2014, 5 539 hommes et 53 femmes ont été **condamnés** pour viols ou autres agressions sexuelles, quel que soit le lien entre la victime et l'agresseur. Le détail est exposé dans le tableau suivant : (9) (12)

Tableau III : Condamnations pour viols et autres agressions sexuelles, prononcées en 2014

	Hommes	Femmes	Total
Viols, dont...	1 069	6	1075
Viols sur personnes de plus de 15 ans	765	6	771
Viols sur mineur(e)s de moins de 15 ans	304	-	304
Autres agressions sexuelles, dont...	4 470	47	4 517
Agressions sexuelles sur personnes de plus de 15 ans	2 087	13	2 100
Agressions sexuelles sur mineur(e)s de moins de 15 ans	2 383	34	2 417
Total	5 539	53	5 592

Nous pouvons remarquer que 99 % de ces peines ont été prononcées contre des hommes. De même, 19 % des condamnations pour violences sexuelles concernent des viols. Une agression sexuelle sur un mineur de moins de 15 ans constitue un facteur aggravant ; cela représente 28 % du total des condamnations pour viols et 54 % du total des condamnations pour une autre agression sexuelle.

2. LES DIFFERENTES DIMENSIONS DE LA PRISE EN CHARGE

2.1. PRISE EN CHARGE JUDICIAIRE

Suite à une agression, les victimes peuvent se tourner vers la justice pour obtenir une réparation du préjudice. Cette démarche est souvent vécue comme étant rude et éprouvante. Elles ne déposent pas toujours plainte dans l'immédiat car, pour certaines, ce n'est ni le bon moment, ni le plus judicieux (du fait du risque de représailles). Toutefois, d'autres estiment que cela est nécessaire à cette étape de leur parcours.

Nous allons donc détailler les différentes phases de la procédure pénale ; du dépôt de plainte, à l'étape du jugement (5) (13) (14). Elle a deux objectifs : sanctionner l'auteur de l'infraction et réparer le préjudice de la victime. (Annexe 1)

2.1.1. Dépôt de plainte

Toute personne qui s'estime victime d'une infraction peut **porter plainte**, y compris si elle est mineure. C'est un parcours qui va permettre à la victime de demander réparation pour le préjudice qu'elle a subi (peine d'emprisonnement, d'amende...).

La procédure peut se faire de deux manières :

- Soit auprès d'un **commissariat de police ou d'une brigade de gendarmerie** (quel que soit le lieu de l'agression et le domicile de la victime). La victime sera entendue, dans un premier temps, par un Officier de Police Judiciaire (OPJ). Cependant, si l'agression est récente, la victime sera adressée aux urgences gynécologiques dans le but de réaliser un examen médical au plus tôt et la déposition sera prise dans la suite.

L'OPJ enregistre la plainte, recueille la déposition et rédige un procès-verbal des déclarations. La victime peut faire la demande d'être entendue par une femme ou en présence d'une femme. L'OPJ est chargé de s'assurer de tous les éléments qui prouvent l'agression et des détails qui témoignent de la contrainte subie par la victime, de vérifier la véracité de ses dires et de relever tous les renseignements qu'elle peut donner sur l'agresseur.

Il ne peut pas refuser d'enregistrer la plainte. Elle est ensuite transmise au procureur de la République.

A Nantes, cette audition peut se faire au Commissariat de Police Central de Waldeck Rousseau. La victime sera entendue par un OPJ de la Brigade des mœurs (équipe composée de 6 hommes et 2 femmes). En 2014, 63 femmes majeures se sont présentées pour y déposer plainte pour des faits de viol et 94 pour des faits d'atteinte sexuelle.

- Soit directement auprès du **procureur de la République**. Il faut envoyer une lettre au tribunal de grande instance du domicile de l'auteur de l'infraction ou du lieu de l'infraction. Elle doit mentionner :
 - L'état civil complet du plaignant
 - Le récit détaillé des faits, la date et le lieu de l'infraction
 - Le nom de l'auteur présumé s'il est connu du plaignant (plainte contre X si inconnu)
 - Les noms et adresses des éventuels témoins
 - La description et l'estimation provisoire ou définitive du préjudice
 - Les documents de preuve à disposition : certificats médicaux constatant les blessures, arrêts de travail, témoignages

Les parties au procès pénal sont la société (représentée par le procureur de la République) et la personne qui a porté atteinte à cette société : le prévenu (en cas de délit) ou l'accusé (en cas de crime). La victime peut permettre d'enclencher la procédure en portant plainte, et également en demandant à ce que certains actes d'enquête soient réalisés, mais elle n'est pas obligée d'être présente pour que le procès ait lieu.

Le procureur de la République est un magistrat qui, à la tête du parquet auprès d'un tribunal de grande instance (TGI), est destinataire des plaintes et signalements. Il dirige les enquêtes, décide des poursuites et veille à l'application de la loi. Son recours est obligatoire dans les affaires de délit et de crime.

Pour obtenir réparation du préjudice (physique, moral, matériel), le dépôt de plainte ne suffit pas : il faut se constituer partie civile. Il est important, voire essentiel, de ne pas affronter ces épreuves seul. Etre accompagné et soutenu à toutes les étapes par une personne de confiance est préférable. De plus, un avocat et une association spécialisée (comme le bureau d'aide aux victimes) peuvent assister la victime dans ses démarches.

Une phase d'enquête peut être nécessaire avant que le procureur ne prenne sa décision.

2.1.2. Phase d'enquête

Informé de la plainte, le procureur de la République, ou l'un de ses substituts, peut décider d'ordonner une enquête de police ou de gendarmerie. Elle est aussi nommée « **la phase policière** ». Elle a lieu avant la saisine du juge d'instruction lorsque l'infraction requiert des investigations supplémentaires. Dans ce cadre, la victime sera convoquée, parfois plusieurs fois, pour tout élément complémentaire destiné à clarifier les circonstances de l'agression. En cas de victime mineure, leur audition est filmée pour éviter de leur faire répéter les éléments traumatisants.

Lors de la phase policière, les OPJ disposent d'une certaine marge de manœuvre leur permettant de rechercher les preuves nécessaires pour établir l'identité, la culpabilité ou l'innocence des suspects. En effet, ils ont la possibilité de faire des contrôles d'identité, de recueillir des témoignages, des aveux ou encore des preuves matérielles en cas d'infraction flagrante. Des auditions peuvent avoir lieu s'ils estiment que cela est nécessaire et des procès-verbaux devront dans ce cas être dressés.

Une fois que le mis en cause a été identifié, il est interrogé par les enquêteurs dans le cadre d'une « garde à vue ». Elle ne sera envisagée que lorsque les enquêteurs estiment qu'il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner que le prévenu a commis ou tenté de commettre l'infraction, comme le prévoit l'article 63 du Code de Procédure Pénale. Le procureur est informé du placement en garde à vue. Il pourra alors y avoir perquisition à son domicile, avec une saisie éventuelle d'objets qui seront placés sous scellés.

La période d'enquête peut être plus ou moins longue. Cependant, un agresseur agit souvent de la même manière d'une fois sur l'autre, les enquêteurs ont donc un moyen de retrouver un prévenu qui a déjà des antécédents grâce au « recoupement de modes opératoires ». Le fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infraction sexuelle ou violente (FIJAIS) est un autre moyen pour identifier des auteurs d'infractions sexuelles déjà condamnés.

Une fois l'enquête achevée, le choix de poursuivre l'affaire ou non appartient au procureur. Il a la possibilité entre :

- Le classement sans suite : le procureur peut décider de ne pas donner suite à une plainte.

Différentes raisons sont possibles :

- Les faits ne peuvent recevoir de qualification (absence d'infraction ou infraction insuffisamment caractérisée)
- Les preuves sont insuffisantes envers le prévenu
- L'auteur de l'infraction est demeuré inconnu
- Le plaignant se désintéresse de l'affaire ou les troubles sont minimes

Cette décision ne signifie pas que l'agression n'a pas eu lieu mais que la justice ne dispose pas de suffisamment d'indices pour en établir la preuve formelle.

La plaignante reçoit un avis de classement sans suite qui doit être motivé. Si elle conteste la décision, elle peut former un recours auprès du procureur général ou déposer une plainte avec constitution de partie civile.

- Citation directe : s'il s'agit d'un délit (agression sexuelle autre que le viol), le procureur peut demander à ce qu'un procès ait lieu directement et ainsi saisir le tribunal correctionnel. Il convoque le prévenu à une audience de jugement.
- Mesures alternatives aux poursuites : le procureur de la République n'engage pas de poursuites devant le tribunal mais apporte quand même une réponse pénale (par exemple : rappel à la loi à l'auteur des faits, médiation pénale avec la victime). Il s'agit d'un règlement amiable et il vise à remédier à l'absence de réponse pénale pour des infractions ne justifiant pas la saisine d'une juridiction et à limiter le nombre de classement sans suite.
- Absence de décision : si le procureur n'a rien décidé dans les 3 mois, le plaignant peut porter plainte avec constitution de partie civile.
- Ouverture d'une information judiciaire : elle est le préalable au procès pénal. Le procureur demande alors la désignation d'un juge. Dans ce cadre, le plaignant peut être convoqué par le juge d'instruction ou par les experts. Si les faits sont graves ou complexes, le procureur de la République ou les parties peuvent demander la désignation d'un deuxième juge d'instruction pour assister le premier.

2.1.3. Phase d'instruction

L'instruction est une étape de la procédure pénale pendant laquelle un juge d'instruction examine les faits. Il recueille tous les éléments nécessaires à la manifestation de la vérité, afin qu'au moment du procès, le tribunal ou la cour juge en connaissance de cause. Cette étape est aussi appelée **information judiciaire**.

Cette phase est obligatoire en cas de crime. Dans les autres cas, le procureur de la République est libre ou non de saisir le juge d'instruction.

Le juge d'instruction procède à tous les actes qu'il estime utiles à la manifestation de la vérité. Il dispose de moyens de contrainte sur les personnes impliquées tels que :

- Prononcer des mises en examen
- Réaliser des perquisitions
- Ordonner une confrontation avec le mis en examen pour comparer les deux versions
- Réaliser une audition des témoins ou des parties civiles (les personnes au courant de l'affaire, l'association à qui s'est confiée la victime, ou la victime qui peut être convoquée à nouveau)
- Ordonner une reconstitution des faits dans quelques cas exceptionnels ou un transport sur les lieux
- Demander des écoutes téléphoniques
- Effectuer une expertise psychiatrique, psychologique ou médicale de la victime pour voir l'impact que l'agression a pu avoir sur elle
- Délivrer un mandat de recherche, de comparution, d'amener ou d'arrêt
- Demander ou ordonner une mesure privative de liberté (contrôle judiciaire, assignation à résidence sous surveillance électronique, détention provisoire)

Il peut aussi demander à la police ou à la gendarmerie de procéder à certains actes à sa place : il les saisit alors grâce à une commission rogatoire.

L'instruction ne prend fin que lorsque l'enquête est terminée, sous réserve que sa durée reste raisonnable. Le juge rend alors une ordonnance de non-lieu ou de renvoi.

- Le **non-lieu** met fin aux poursuites pénales. Cela signifie que le juge renonce à renvoyer la ou les personnes mises en examen devant le tribunal ou la cour, comme en matière de classement sans suite. Il en est de même, cette décision ne signifie pas que l'agression n'a pas eu lieu mais que le juge d'instruction n'a pas réussi à rassembler les preuves suffisantes. Il peut être prononcé par le juge, si au moins une des conditions suivantes est remplie :
 - Le juge estime que les faits ne constituent pas une infraction
 - Il n'y a pas d'auteur probable identifié de l'infraction
 - Il n'existe pas de charges suffisantes contre la personne mise en examen

Si le juge estime que le mis en examen a agi en état de légitime défense, il peut également prononcer un non-lieu car il s'agit d'une cause d'irresponsabilité.

Le juge ne peut pas prononcer de non-lieu pour l'unique raison que le mis en examen est atteint de troubles psychiatriques.

En cas de non-lieu pour insuffisance de charges, le procureur peut demander la réouverture de l'enquête si de nouvelles preuves apparaissent (témoins, preuves matérielles...). Lui seul peut demander cette réouverture, les parties civiles ne peuvent s'adresser directement au juge.

- Le **renvoi** : si le juge d'instruction ne prononce pas de non-lieu, cela signifie qu'il a pu rassembler suffisamment d'éléments qui indiquent que le mis en cause est à l'origine de l'agression subie. Et suivant la gravité des faits, deux possibilités s'offrent à lui :
 - Ordonner le renvoi de la personne mise en examen devant le tribunal correctionnel
 - Ou la mettre en accusation devant la Cour d'assises

2.1.4. Phase de jugement

Le but est de savoir si la personne jugée est coupable des faits qui lui sont reprochés.

Durant l'audience pénale, c'est le juge qui mène les débats. C'est donc lui qui interroge le prévenu ou l'accusé, ainsi que les éventuels témoins. Ensuite, le juge demande si le procureur de la République, la partie civile ou l'avocat ont des questions à poser. Lorsque les débats sont clos, la parole est donnée à la partie civile ou à son avocat pour exposer les demandes. Par la suite, le procureur de la République expose son réquisitoire, c'est-à-dire la peine qu'il réclame. L'avocat du prévenu plaide ; et en dernier lieu, la parole est donnée au prévenu lui-même.

Cette étape peut être faite sous huis clos, notamment lorsque la victime est mineure.

Le juge va ensuite rendre sa décision, soit sur le siège directement après l'audience (rare), soit à une autre date (la décision est alors mise en délibéré). Au terme de la procédure pénale, le condamné, la victime et le ministère public peuvent faire appel. Le recours sera alors traité par la Cour d'appel correctionnelle ou la Cour d'assises d'appel. Un énième recours pourra être envisagé devant la Cour de cassation et sera traitée par la Chambre criminelle, mais seulement en ce qui concerne des points de droit.

En cas de viol, une telle procédure peut durer plusieurs années.

2.1.5. Devenir des plaintes

Peu de chiffres sur le devenir des plaintes sont disponibles. Une étude datant de 1995 concernant le département du Val de Marne a été effectuée. Elle révèle deux chiffres surprenant : seulement 28 % des dépôts de plainte ont mené à une affaire déférée au Parquet et 55 % des mis en cause ont ensuite été condamnés (15). Cela signifie que 15 % des victimes qui déposent plainte voient leur agresseur condamné. Au final, sur les 10 % des victimes qui portent plainte, seul un très faible nombre d'agresseurs est réellement condamné.

Il arrive aussi que l'affaire soit « **correctionnalisée** », c'est-à-dire qu'en matière de viol, le juge d'instruction peut proposer une déqualification pénale en agression sexuelle « aggravée » lorsque les faits n'ont pas été accompagnés de violences au sens propre. L'affaire sera renvoyée au tribunal correctionnel. Le procès sera moins solennel, moins traumatisant, le délai d'une audience correctionnelle est plus court que pour une audience criminelle, la preuve est plus facilement apportée ; ce sont les différents arguments avancés aux victimes. Cela signifie que le viol (crime) est disqualifié en agression sexuelle (délit) et ne fait donc pas partie des statistiques des viols. Pour certaines victimes, cela est vécu comme la négation d'un crime (16) car le viol qu'elles ont subi n'est pas reconnu comme tel au vu de la loi et notamment car les agresseurs risquent des peines moins lourdes.

2.2. PRISE EN CHARGE MEDICALE

2.2.1. Où orienter ?

Le lieu d'accueil dépendra de plusieurs paramètres, selon si l'agression est récente (moins de 72 heures) ou plus ancienne et selon l'âge de la victime (plus ou moins de 15 ans et 3 mois).

En règle générale, si la victime a plus de 15 ans et 3 mois, qu'il s'agit de faits récents et que cela nécessite une prise en charge immédiate, elle sera orientée vers les urgences gynéco-obstétrique (UGO). Si la prise en charge peut être différée, elle sera plutôt accueillie à l'unité médico-judiciaire (UMJ). D'autres lieux de prise en charge existent dans ces situations, l'unité de gynéco-obstétrique médico-psycho-sociale (UGOMPS), le centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) « Simone Veil » ou encore en unité de victimologie si nécessaire.

A l'inverse, si la victime a moins de 15 ans et 3 mois, en fonction des situations et des horaires, elle pourra être dirigée vers l'unité d'accueil des enfants en danger (UAED). C'est une unité qui permet une prise en charge spécifique des enfants intégrant des auditions filmées. Sinon, l'enfant pourra être orienté vers les urgences pédiatriques. (Annexe 2)

Une fois que la victime a été prise en charge médicalement, des contacts d'association peuvent être proposés tels que (Annexe 3) :

- SOS Femmes
- SOS Inceste pour revivre
- CIDFF (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles)
- ADAVI 44 (Association Départementale d'Aide aux Victimes d'Infraction)
- Bureau d'aide aux victimes

Cette prise en charge médicale est décrite spécifiquement à l'UGO. Effectivement, notre étude porte uniquement sur ce service car il s'agit du lieu principal de prise en charge des violences sexuelles récentes au CHU de Nantes (17).

2.2.2. Accueil

Lorsqu'une victime arrive aux urgences gynéco-obstétrique (UGO) suite à une agression récente, il s'agit d'une urgence médico-légale (recherche de preuves) mais aussi médicale (soins somatiques et psychologiques). Néanmoins, il ne faut pas négliger l'accueil, qui est un temps essentiel de la prise en charge. Une infirmière aura ce rôle. D'autre part, le médecin sénior de garde doit être prévenu pour toute réquisition. Il se présentera, expliquera le déroulement de l'entretien, ainsi que le but de l'examen et des examens complémentaires. La victime doit être écoutée et mise en confiance afin de ne pas avoir le sentiment de vivre une nouvelle agression. L'examen doit être fait dans un lieu calme avec du matériel adapté. La présence d'une tierce personne, membre de l'équipe soignante est recommandée lors de l'examen médical. En pratique, il s'agit le plus souvent de l'interne.

Un dossier standardisé va guider l'entretien afin d'être exhaustif dans le recueil d'informations. La suite de l'examen aura pour but d'éviter les complications, telles que les risques infectieux, de grossesse et de séquelles psychologiques. Un certificat médical sera rédigé pour résumer l'ensemble de la situation. (Annexe 4)

Si une réquisition a été faite, une prise en charge à visée judiciaire pourra être effectuée. Les prélèvements médico-légaux seront réalisés et mis sous scellés pour garantir leur valeur juridique.

En l'absence de réquisition, une prise en charge médicale est possible si la patiente le souhaite. Dans cette situation, les prélèvements à visée judiciaire ne seront pas réalisés et un certificat médical descriptif simple sera rédigé. La victime est encouragée à aller porter plainte. Si elle envisage finalement de le faire, il sera possible de contacter par téléphone l'OPJ et la réquisition sera faxée.

Cette consultation doit être précoce, faite de manière prudente et minutieuse et pratiquée par un spécialiste. Elle a pour but de caractériser, dans la mesure du possible, l'agression sexuelle (pénétration ou non), le non-consentement de la victime ainsi que faire un bilan des possibles conséquences physiques et psychiques de l'agression.

2.2.3. Interrogatoire

L'interrogatoire consistera à prendre les éléments d'identification de la victime et préciser la date, l'heure et le lieu de l'agression, les circonstances de l'agression sexuelle : pénétration (pénienne ou autre ; par voie vaginale, anale ou buccale), avec ou sans éjaculation, avec ou sans préservatif, nombre de rapports et d'agresseurs, violences autres associées, antécédents médicaux et gynéco-obstétricaux, date des derniers rapports sexuels consentis, date des dernières règles, moyen de contraception utilisé, s'il y a notion de toilette intime depuis l'agression, et rechercher des troubles du comportement ou de la mémoire pouvant faire évoquer une soumission chimique, tels qu'une amnésie partielle ou complète, des troubles de la vigilance (endormissement, somnolence, coma ou état stuporeux), ou des troubles visuels (myosis, mydriase, troubles de l'accommodation).

2.2.4. Examen clinique

Après explication des objectifs de l'examen médical, celui-ci doit être réalisé dans une salle accueillante, bien éclairée et doit toujours être fait avec l'accord de la personne afin d'éviter un sur-traumatisme.

Dans un premier temps, l'examen somatique évaluera l'état général de la patiente et son état de conscience. Le soignant examinera l'ensemble des téguments et des muqueuses à la recherche de lésions traumatiques, il faudra alors les dater et les mesurer.

Dans un deuxième temps, l'examen périnéal sera à la recherche de lésions (macroscopiquement voire à l'aide d'un colposcope si nécessaire), de l'état de l'hymen et permettra de réaliser les prélèvements. Au besoin, un toucher vaginal, un examen ano-rectal et/ou un toucher rectal peuvent être pratiqués.

2.2.5. Examens biologiques

Aucun prélèvement n'est systématique. Ils sont réalisés selon les demandes de la réquisition, la nature des faits, le délai depuis les faits et les constatations médicales. Ils sont à réaliser le plus tôt possible. Certains sont à visée médico-légale : recherche d'ADN, de spermatozoïdes et de soumission chimique (pris en charge par le tribunal). D'autres sont à visée médicale : sérologies, prélèvements vaginaux (pris en charge par la protection sociale de la patiente). (Annexe 5)

2.2.6. Conduite à tenir

Dans les situations où un risque d'infections sexuellement transmissibles (IST) existe, des prélèvements seront réalisés et il sera proposé à la patiente une antibiothérapie présomptive anti-chlamydiae (Azithromycine en prise unique), ainsi qu'un traitement anti-HIV. Quand un risque de grossesse est présent, un prélèvement de β hCG sera pratiqué. Suivant le délai, une contraception d'urgence sera administrée. (Annexe 6)

En fonction de la gravité des faits et de leurs conséquences, un arrêt de travail pourra être prescrit.

L'incapacité temporaire de travail (ITT) est un élément visant à qualifier le type d'infraction (contravention ou délit), le tribunal compétent (tribunal de police ou tribunal correctionnel) et la peine encourue (amende et/ou prison). Dans le cas des agressions sexuelles, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui oriente telle ou telle juridiction (tribunal correctionnel ou Cour d'assises), mais d'autres paramètres (pénétration sexuelle, âge de la victime, vulnérabilité, qualité de l'auteur...). La détermination de l'ITT, en ce cas, est un élément médical qui témoignera de la nature et de la gravité des blessures et du retentissement psychique de l'agression mais qui n'aura aucune incidence sur la qualification des faits. Il désigne la période durant laquelle le sujet ne peut accomplir au moins un des actes essentiels de la vie quotidienne (se nourrir, se déplacer, se laver, se vêtir et aller aux toilettes). Il est possible de l'évaluer en se demandant pendant combien de temps la personne aurait besoin de l'aide d'un tiers pour vivre à son domicile (18). Il n'est pas forcément destiné à quelqu'un qui travaille.

Ces situations sont, a priori, souvent rencontrées aux heures non ouvrables et l'hospitalisation temporaire de la femme, avec son accord, peut s'avérer être une mesure utile et transitoire pour se donner du temps et des moyens.

2.2.7. Certificat médical

Le médecin se prononce, à travers un certificat, sur la compatibilité des dires de la victime avec les constatations médicales réalisées. Le certificat est conforme aux missions et donc aux questions posées dans le cadre de la réquisition. Il ne doit y figurer aucune interprétation personnelle : le médecin ne se prononce pas sur la réalité des faits de violence car c'est le rôle de la justice. Dans le cadre d'une réquisition, le certificat sera remis aux autorités judiciaires pour la suite de la procédure. Si ce n'est pas le cas, il sera remis à la patiente et/ou conservé dans le dossier.

2.2.8. Accompagnement psychologique

Le risque psychologique domine après une telle agression. Si le problème psychologique voire psychiatrique est urgent, le médecin devra adresser la patiente aux urgences médico-psychologiques voire envisager une hospitalisation. Sinon, il sera proposé à la patiente les coordonnées de la psychologue référente de l'UGO. Et, avec l'accord de celle-ci, ses coordonnées seront notées dans un cahier de transmission (se trouve dans la salle de soins de l'UGO) que la psychologue consulte régulièrement. Elle les contactera ensuite pour programmer un entretien.

2.3. PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

Certaines victimes pensent pouvoir oublier ; en réalité, c'est extrêmement difficile. Il est aussi très dur d'en parler à son entourage pour pouvoir trouver un soutien. Certaines ont des réactivations de leurs traumatismes et ont l'impression de revivre les scènes. Cette prise en charge psychologique est généralement estimée comme essentielle pour la reconstruction des patientes et doit être relativement précoce. Une ancienne victime, Clémentine Autain, a rassemblé différents témoignages de victimes au sein du livre « Elles se manifestent : Viol, 100 femmes témoignent » et permet de mieux saisir ce que peuvent ressentir les victimes (19).

Lorsque les patientes trouvent la force de se faire accompagner par la psychologue, elles sont vues en entretien dans les locaux de l'UGOMPS. C'est un moment important qui permet d'exprimer les sentiments, sensations et émotions qui se dégagent. Durant cette démarche, il faut rassurer la patiente sur la confidentialité de l'entretien. Elle a besoin d'être crue et il est nécessaire de lui dire. Ensuite, il faudra bien resituer avec elle ce qu'il s'est passé en utilisant les bons termes qui qualifient l'agression qu'elle a vécue. Il est capital de signifier à la patiente qu'il s'agit d'un acte grave, que ce n'est pas anodin, qu'une loi existe et qu'elle est applicable à tout le monde. Il faut ensuite voir avec elle les conséquences actuelles de cet acte pour travailler dessus.

Il ne peut pas être reproché aux victimes de ne pas s'être défendues, débattues ou ne pas avoir crié au moment de l'agression. Ceci s'explique par un **mécanisme psychotraumatique** (20) (21) qui se met en place. La victime ne peut ni penser, ni analyser la situation, ni envisager des stratégies de défense. Elle est exposée à une telle violence, que cela crée un état de sidération ainsi qu'une forte réponse émotionnelle, par l'intermédiaire du système limbique (dont l'amygdale). Cela est responsable d'une absence de modulation corticale de la réponse émotionnelle, qui va continuer à monter en puissance. De ce fait, les hormones du stress (l'adrénaline et le cortisol) vont être sécrétées à des doses qui vont vite devenir toxiques pour le système cardio-vasculaire et le cerveau, et cela va créer un risque vital pour l'organisme. Pour y échapper, le cerveau va faire « disjoncter » le circuit limbique responsable du stress et isoler l'amygdale cérébrale. Ce procédé va avoir pour effet de faire diminuer la réponse émotionnelle, faire chuter les taux d'adrénaline et de cortisol et donc supprimer le risque vital ; mais aussi, de déconnecter les fibres qui informent le cortex des émotions, entraînant une anesthésie affective et une dissociation (sensation d'être spectateur de la situation). C'est pour cette raison que des troubles de la mémoire, une amnésie partielle ou complète du traumatisme et/ou une mémoire traumatique, se mettent en place suite à une agression sexuelle. Cette explication peut justifier le fait que le délai pour porter plainte est parfois très important, car le corps réagit de cette manière pour tenter de se protéger. Malheureusement, il arrive parfois que le délai de prescription soit atteint, la victime n'a alors plus aucun recours pour obtenir réparation du préjudice.

Quelques temps après l'agression, la victime révèle des sentiments de culpabilité, de honte, de colère car elle a le sentiment d'avoir consenti, elle n'a pas conscience de ce mécanisme. Le viol est vécu comme un acte porteur de mort et est très traumatisant. C'est une expérience profondément déshumanisante et dévalorisante. Il faut essayer de l'aider à lever ces sentiments, mais les démarches ne lui facilitent pas la tâche. Le système juridique français fait que c'est à la victime d'apporter les preuves, sinon, elle ne sera pas crue. Elle a parfois l'impression que les rôles sont inversés, notamment lorsqu'elle ne peut pas être prise en charge immédiatement à l'UGO, et qu'elle patiente en salle d'attente (commune aux urgences obstétriques et gynécologiques), entourée de policiers.

Dans cette situation, la femme a besoin de réassurance, c'est le rôle des soignants de les assister dans ce cheminement. Ces entretiens leur permettent de parler. Il ne faut pas douter systématiquement de leurs paroles. Car parfois, ce qu'elles ont subi est de l'ordre de l'impensable. L'attitude à avoir est d'écouter avec empathie, bienveillance, sans jugement personnel, et sans chercher à dédramatiser non plus.

L'essentiel pour ces femmes est de pouvoir énoncer ce qu'elles ont vécu. C'est aussi un moment opportun pour leur reparler de l'importance de la plainte si elles ne l'ont pas fait. C'est l'occasion d'indiquer ce que cela implique. Pour certaines, ce sont différentes marches à gravir pour pouvoir évoluer et progresser par rapport à cet état. Une thérapie adaptée permet de se réparer, cependant, la victime devra faire preuve de patience.

Il faut savoir que ces femmes, vues par la psychologue, ne viennent pas toutes de l'UGO. Il arrive qu'elles soient adressées par l'UGOMPS, les services de gynécologie ou de GHR, des médecins libéraux, d'autres services en dehors du pôle mère-enfant, voire d'associations. Il peut s'agir de femmes enceintes ou non enceintes.

En France, les démarches entreprises par les femmes sont détaillées dans le tableau suivant : (9)
(10)

Tableau IV : Les démarches entreprises par les femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou de viols ou tentatives de viols

	Parmi les 84 000 victimes annuelles de viols et tentatives (en %)	Parmi les 223 000 victimes annuelles de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint (en %)
A consulté un psychiatre, un psychologue	33	19
A été vue par un médecin à la suite de l'agression	25	23
S'est rendue au commissariat ou à la gendarmerie	21	17
A parlé de sa situation aux services sociaux	15	19
A appelé un numéro vert, un service téléphonique d'aide aux victimes	11	10
A rencontré des membres d'une association d'aide aux victimes	10	9
N'a fait aucune des démarches citées ci-dessus	51	54

Nous nous rendons compte de l'importance du silence : environ la moitié des victimes n'a fait aucune de ces démarches alors que des associations appropriées existent pour les accompagner dans ce parcours.

2.4. LE REPERAGE

Toutes les femmes ne consultent pas suite à une agression sexuelle. Il peut s'écouler des années entre le moment où l'agression est subie et le moment où la personne ose parler. Comme énoncé précédemment, certaines expriment un sentiment de honte, une peur des représailles, la peur de ne pas être crue ou d'être rejetée par la société et elles n'ont pas toujours un entourage soutenant. Ce silence n'est pas acceptable. Nous avons une part de responsabilité en les aidant à se confier.

D'autant plus que cet évènement n'est pas toujours conscientisé comme une agression. Effectivement, une personne habituée à grandir au sein d'une famille violente n'aura pas le même cadre de référence qu'une autre personne évoluant dans une famille bienveillante. Les limites ne sont pas les mêmes. Ou encore, une femme victime d'un viol au sein du couple estimera qu'il s'agit du devoir conjugal.

A présent, nous pouvons nous demander quelle est la prise en charge pour les victimes de violence non déclarée ? Comment les repérer ? Quels outils avons-nous pour cela ?

2.4.1. Dépister

Il est difficile d'établir un profil type d'une victime. Il faut donc être vigilant face aux signes d'appel des patientes. La patiente peut avoir un comportement qui doit nous alerter tel que : des consultations médicales fréquentes (« surconsommation médicale »), une patiente pressée qui ne peut pas attendre, un délai important entre l'apparition des symptômes et la demande de soins, une réelle incohérence dans le récit des faits, des retards ou « oublis » de rendez-vous, une dépendance vis-à-vis du conjoint (la femme le regarde avant de parler, semble en avoir peur), un abus de substance (tabac, alcool, drogues, médicaments), un refus de l'examen gynécologique, des interruptions volontaires de grossesse (IVG) à répétition, un recours fréquent à la contraception d'urgence, une patiente qui essaie de dissimuler les blessures à l'aide de maquillage, une patiente qui n'a pas de papiers d'identité ou de carte de sécurité sociale (peut lui avoir été confisqué). Chez le conjoint, il faudra se méfier d'une attitude envahissante, trop prévenante, qui apporte des réponses à la place de la femme, des tentatives de contrôle de la partenaire par des expressions du visage ou des attitudes intimidantes, des violences verbales, ou encore, des critiques des actes de la partenaire (22).

Lorsqu'une patiente âgée de moins de 15 ans, consulte pour une demande d'IVG ou un suivi de grossesse, il est important de se rappeler qu'elle n'est pas considérée comme pouvant être consentante. Il est donc impératif de poser la question pour savoir si le rapport était consenti et, de cette manière, chercher à cerner le contexte, étant donné que les situations d'inceste se révèlent fréquentes.

Le soignant peut être amené à rencontrer ces personnes dans des contextes tout à fait différents. Cela peut être lors d'un suivi gynécologique classique ou encore dans un cadre distinct de la gynécologie-obstétrique. Ce dépistage peut aussi se faire en période de grossesse, il s'agit d'un moment privilégié pour les femmes où beaucoup d'évènements resurgissent. Un mécanisme psychique se met en place au moment de la grossesse : la transparence psychologique. La grossesse correspond à une transformation physique, physiologique et de l'image de soi. Les violences passées ou actuelles resurgissent dans ce contexte. Cette période de la vie est un moment opportun pour se confier à des professionnels de santé. La découverte peut être lors d'un entretien prénatal précoce (EPP), temps privilégié pour aborder le sujet, mais aussi lors d'une consultation de suivi classique, au cours d'une hospitalisation, lors de l'accouchement, de soins après la naissance, de visite à domicile, d'une consultation de PMI. D'autant plus que la grossesse est un facteur de risque majeur de violence conjugale car le conjoint violent ne supporte ni la perspective d'une troisième personne dans le foyer ni le fait que la femme devienne le centre des attentions. C'est une période à risque car selon l'enquête ENVEFF (1), 3 à 8 % des femmes enceintes sont victimes de violence conjugale. Parmi l'ensemble des femmes violentées, ces violences avaient commencé lors de la première grossesse pour 40 % d'entre elles (23). Devant une femme enceinte, il faudra envisager avec elle le risque de répétitions de violence après la naissance sur l'enfant ou avec l'enfant comme témoin.

2.4.2. Mesurer les conséquences

Les violences sexuelles font partie de celles qui ont le plus d'impact sur la santé mentale et physique à court et à long terme. Pourtant, les conséquences ne sont pas toujours identifiées comme telles car la majorité des professionnels de santé ne sont pas formés à ce sujet et ne trouvent donc pas de relation entre ces faits. Elles sont de réels signes d'appel pour le praticien qu'il faut réussir à décrypter. Néanmoins, il n'existe pas de symptomatologie typique. Les conséquences sont multiples, variées et engendrent différentes perturbations telles que : (24) (25) (26)

- Troubles psychiques et comportementaux :
 - Troubles anxieux : anxiété, panique, angoisse, peur irrationnelle, agoraphobie, rituels obsessionnels (lavage...), phobies (voiture, transports en commun...)
 - Troubles de la personnalité : irritabilité, faible estime de soi, fugues, automutilations, conduites suicidaires, maladie psychiatrique (dépression...), instabilité, difficultés scolaires ou professionnelles, troubles du comportement, comportement sexuel à risque (partenaires multiples, rapports non protégés)
 - Troubles du sommeil : insomnies, cauchemars, terreurs nocturnes
 - Troubles du comportement alimentaire : anorexie, boulimie
 - Troubles addictifs : alcoolisme, tabagisme, toxicomanie
 - Neuroanatomiques : diminution de certaines structures cérébrales (cortex frontal, cortex cingulaire antérieur, amygdale et hippocampe) qui constituent le système limbique : impliqué dans les comportements, les processus émotionnels, la perception de la douleur et la formation de la mémoire
 - Neurobiologiques
 - Dysrégulation hypothalamo-hypophysaire : anomalie de sécrétion du cortisol et augmentation de la production des catécholamines
 - Hyperactivité du système nerveux sympathique

- Troubles somatiques : les manifestations sont de gravité croissante. Elles peuvent correspondre à des douleurs, des troubles fonctionnels ou lésionnels :
 - Traumatisme physique : ecchymoses, érythèmes, brûlures, morsures, fracture voire traumatisme crânien
 - Troubles gastro-intestinaux : douleurs gastriques, abdominales, nausées, vomissements, indigestion, troubles du transit
 - Troubles musculaires et articulaires : fibromyalgie, douleurs articulaires
 - Troubles neurologiques : céphalées, migraines, malaises, vertiges, acouphènes
 - Troubles gynécologiques
 - Conséquences immédiates : lésions traumatiques vaginales, risque de grossesse, risque d'avortement provoqué
 - Conséquences à long terme : douleurs pelviennes chroniques, dysménorrhée, dyspareunie, vaginisme, diminution de la libido, syndrome pré-menstruel, vaginites, IST
 - Troubles cardio-vasculaires : douleurs thoraciques, dyspnée, hypertension artérielle
 - Cancer : rôle possible dans le cancer du col de l'utérus

L'impact des violences sur la santé des femmes victimes peut être appréhendé en interrogeant les victimes sur l'évaluation qu'elles en ont. Cela est exprimé dans le tableau suivant (9) :

Tableau V : Blessures et conséquences psychologiques des viols, tentatives de viols et violences physiques et/ou sexuelles commises par le conjoint

	Viols et tentatives	Violences conjugales
Nb de femmes victimes/an	84 000	223 000
... dont ayant des blessures physiques visibles et/ou non visibles	48 %	60 %
... dont ayant des dommages psychologiques plutôt importants ou très importants	76 %	68 %
... dont l'agression a entraîné des conséquences, des perturbations dans la vie quotidienne, notamment dans les études ou le travail	61 %	54 %

80 % des victimes de viols et 60 % des victimes d'agression sexuelle (contre 24 % des victimes de traumatisme en général) peuvent présenter des troubles psychotraumatiques, voire développer un syndrome de stress post-traumatique. Le délai est variable et le syndrome peut persister des années après l'évènement déclenchant. Ce mécanisme s'active aussi suite à d'autres évènements traumatisants tels qu'une guerre, un attentat ou un grave accident. L'association « Mémoire traumatique et victimologie », présidée par le Docteur Muriel Salmona, neuropsychiatre, explique bien ce phénomène. Trois types de réactions non spécifiques aux violences sexuelles peuvent s'observer (20) :

- L'intrusion : la personne se remémore périodiquement les évènements ou est victime de cauchemars générateurs d'angoisse, de flashbacks récurrents, des phrases entendues en boucle, d'odeur qui font revivre les violences.
- L'évitement : la personne fait tout pour éviter d'être confrontée à une situation qui rappelle l'évènement traumatisant. Il y a plusieurs conséquences à cela : silence à propos du traumatisme, insensibilité émotionnelle (repli sur soi), état dissociatif.
- L'hypervigilance : la personne est en alerte constante, il y a donc une difficulté à se concentrer et à mener à terme ses activités avec comme conséquences : insomnie, instabilité, irritabilité, agressivité.

Les victimes mettent en place des stratégies de survie pour éviter de déclencher la mémoire traumatique : la prise de produits dissociant (alcool, stupéfiants, médicaments), des conduites à risque et des mises en danger. Ces conduites sont responsables de sentiments de culpabilité et d'une vulnérabilité accrue face à l'agresseur. Elles peuvent être déstabilisantes pour les professionnels qui interviennent auprès de la victime s'ils n'ont pas été formés.

Un travail de psychothérapie pourra être adapté pour aider la victime à dépasser progressivement les symptômes invalidants (27) (28).

Par conséquent, l'état de santé global est mauvais. C'est pourquoi, tout symptôme chronique doit faire penser à des violences en cours ou anciennes.

2.4.3. Déclarer

Déclarer consiste à alerter l'autorité compétente en vue d'une mesure de protection. Il peut s'agir de l'autorité administrative en ce qui concerne l'**information préoccupante** (Président du Conseil départemental) ou de l'autorité judiciaire en cas de **signalement** (procureur de la République en cas d'extrême gravité).

Il s'agit d'un écrit objectif, différent d'un certificat médical, comprenant une évaluation de la situation de la personne, majeure ou mineure, présumée en danger ou risque de danger. Il doit contenir mot pour mot les propos de la personne en utilisant les guillemets ou, à défaut, le conditionnel ainsi que le contexte précis des circonstances dans lesquelles le danger a été présumé.

Le **secret professionnel** est le devoir de respect du secret établi en faveur des patientes, pour tout ce que le professionnel a pu connaître dans le cadre de son exercice. Néanmoins, l'article 226-14 du code pénal prévoit les dérogations au secret professionnel en ce qui concerne les situations de violence ou de maltraitance faites aux personnes vulnérables. Le sens juridique de ce terme concerne les personnes mineures ou âgées, les femmes enceintes et les personnes qui ne peuvent se protéger du fait de leur état physique ou psychique. Cela signifie qu'une femme majeure victime de violence conjugale et qui ne présente aucun de ces critères n'est pas considérée comme une personne vulnérable. C'est un élément ambigu car cet état de grossesse n'est pas mentionné à l'article 226-14 du code pénal alors qu'il l'est dans plusieurs autres articles du code pénal (222-3 et 434-3). Il permet donc de considérer la femme enceinte comme une personne vulnérable et son consentement en vue d'un signalement n'est pas requis. Il faut savoir que, selon le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, un signalement, effectué dans ces conditions, ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire à l'égard de la sage-femme.

La situation est délicate pour le professionnel, car il est partagé entre son devoir de protection et les impératifs du secret professionnel. Deux positions se confrontent, entre l'article 223-6 du code pénal qui sanctionne les personnes n'ayant pas porté secours lorsque cela est nécessaire et l'article 226-13 qui punit les professionnels en cas de violation du secret médical. En définitive, ce sont le sens de la responsabilité ainsi que la conscience personnelle du professionnel qui doivent orienter sa décision. La situation qui peut réellement poser un problème est lorsque la femme majeure refuse à tout prix du soutien alors qu'elle paraît réellement en danger.

Pour les personnes non tenues au secret professionnel, elles doivent impérativement signaler les mauvais traitements dont elles ont connaissance.

3. L'ETUDE

3.1. PRESENTATION

Une personne consulte tous les 4 jours à l'UGO pour des faits de violences sexuelles. Quel est le profil des victimes ? Des agresseurs ? Des agressions ? Comment se déroule une prise en charge ? Quelles structures existent sur Nantes pour ces patientes ?

L'objectif de cette étude a été de dresser un bilan d'activité du service de l'UGO du CHU de Nantes en rapport avec les agressions sexuelles.

3.2. MATERIEL ET METHODES

La population étudiée est composée de victimes d'agression sexuelle qui sont venues consulter à l'**UGO** entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2014 au CHU de Nantes. Sur cette période, 92 dossiers ont été ouverts, concernant 91 personnes (une patiente est venue à deux reprises suite à deux agressions distinctes). La totalité des dossiers a pu être exploitée. Notre travail consiste en une étude descriptive rétrospective et a été réalisée grâce aux dossiers médicaux des patientes qui sont stockés à l'UGO. Les données ont été interprétées grâce au logiciel EpiData Analysis.

Les limites de notre étude sont, tout d'abord, le fait que certaines données soient manquantes ou incomplètes, car non renseignées dans les dossiers. Mais aussi, que la population concernée est celle consultant spécifiquement à l'UGO. Enfin, les dossiers sont remplis selon les dires de la patiente, il s'agit donc de déclarations impactées par de possibles phénomènes d'amnésie.

L'étude a été complétée par des entretiens semi-directifs afin d'étayer nos propos. Nous avons donc rencontré : le Dr L. Barrios (responsable de l'**UMJ**), Mme C. Echelard (puéricultrice référente de l'**UAED**), Mme K. Boinot (psychologue de l'**UGOMPS**), M. P. Le Corre (capitaine de police de la **brigade des Mœurs** au Commissariat Waldeck Rousseau de Nantes) et l'association **SOS Femmes**. Des fiches signalétiques de services/structures nantais destinées aux professionnels ont été établies et les entretiens ont alimenté le contenu de certaines d'entre elles. (Annexe 3)

Dans le cadre de ce mémoire, afin d'enrichir ma réflexion, j'ai également réalisé un week-end de formation : « Les bases de la connaissance en matière des violences sexuelles ». Il était organisé par l'association Stop aux Violences Sexuelles, présidée par le Docteur Violaine Guérin, gynécologue et endocrinologue.

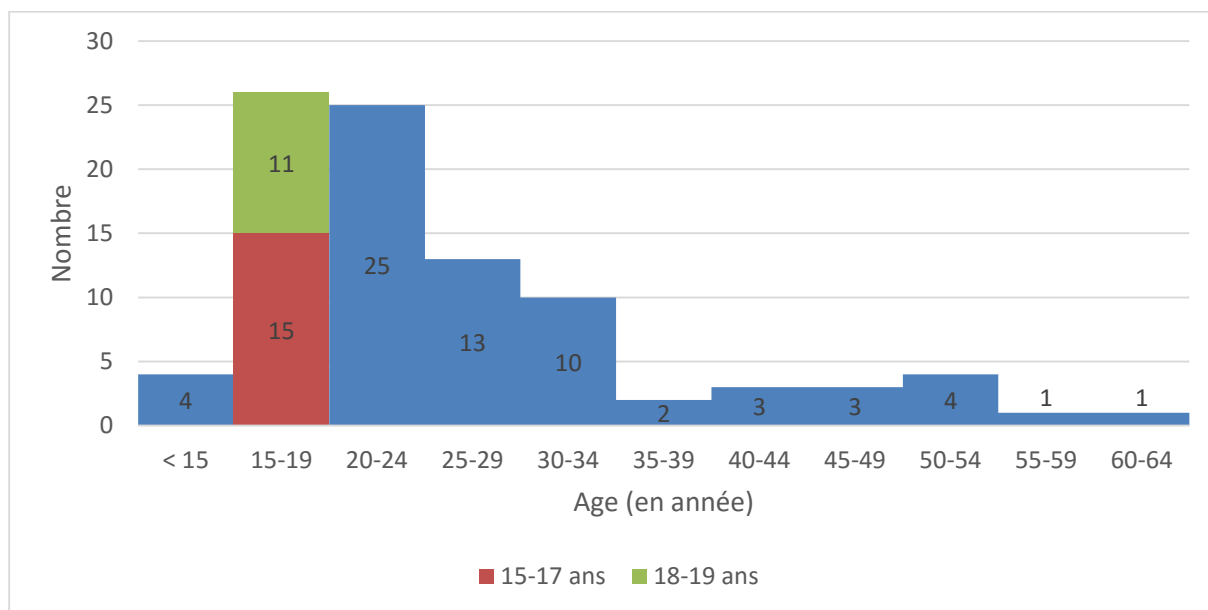
3.3. RESULTATS

Nous nous sommes intéressés au profil des victimes, à celui des agresseurs déclarés, puis, aux caractéristiques de l'agression ; et enfin, à la prise en charge qui a suivi.

3.3.1. La victime

3.3.1.1. Age

Figure 1 : Répartition de l'âge



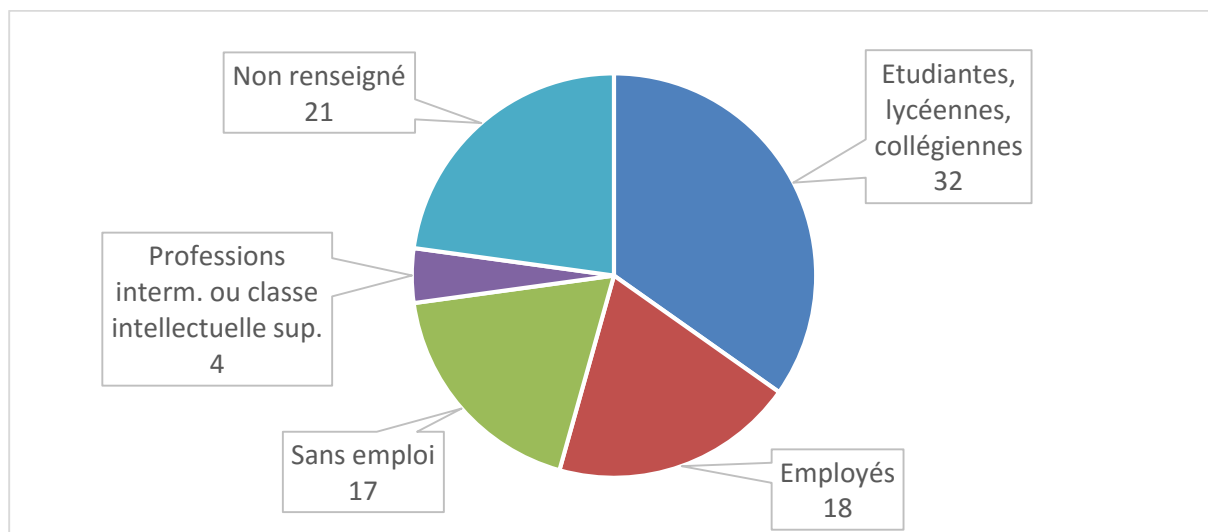
La moyenne d'âge des victimes est de 26,3 ans, tandis que la médiane est à 23 ans. L'âge minimum est de 13 ans tandis que le maximum est de 62 ans. Enfin, 74 % des victimes ont moins de 30 ans (n= 68/92).

3.3.1.2. Sexe

La totalité des personnes ayant consulté dans ce cadre était des femmes.

3.3.1.3. Catégorie socio-professionnelle

Figure 2 : Catégorie socio-professionnelle



Sur l'ensemble des femmes ayant consulté, lorsque cela est renseigné, 35 % sont étudiantes, lycéennes ou collégiennes ($n= 32/92$), 20 % sont des employés ($n= 18/92$), 18 % n'ont pas d'emploi ($n= 17/92$) et 4 % font partie des professions intermédiaires ou de classe intellectuelle supérieure ($n=4/92$).

3.3.1.4. Antécédents gynéco-obstétricaux

3.3.1.4.1. Statut obstétrical

Figure 3 : Statut obstétrical



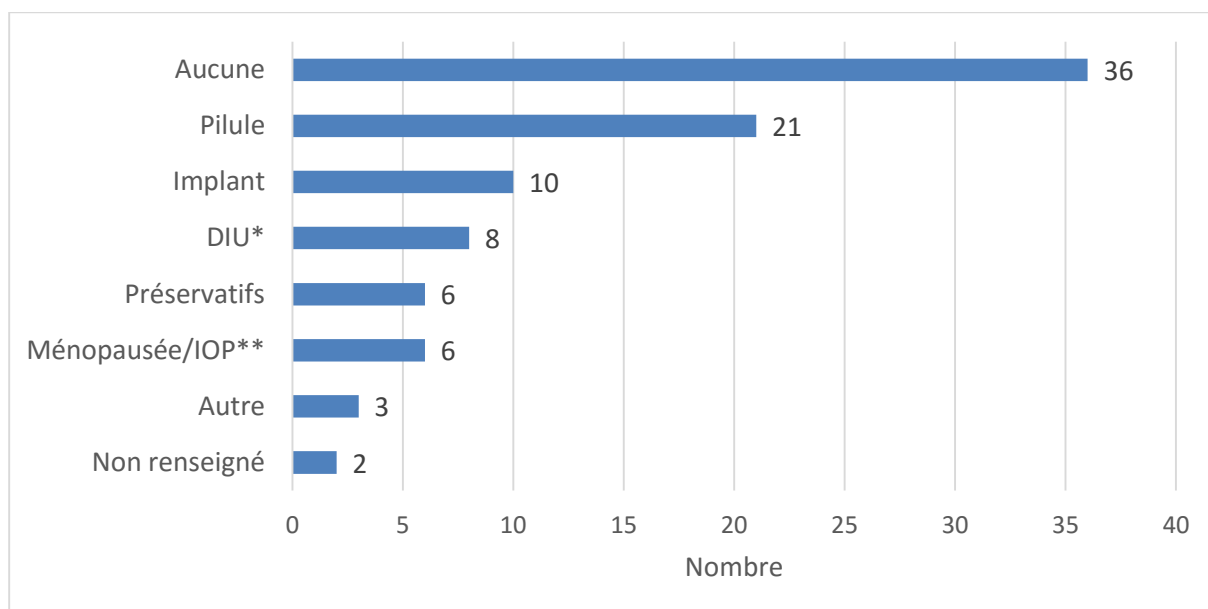
Sur l'ensemble des femmes, 54 % n'ont jamais été enceintes ($n= 50/92$), 26 % ont au moins un enfant ($n= 24/92$), 24 % ont déjà eu recours au moins une fois à une IVG ($n= 22/92$) et 8 % ont déjà fait au minimum une fausse couche ($n= 7/92$).

3.3.1.4.2. Activité sexuelle antérieure

10 victimes étaient vierges au moment de l'agression. Cette donnée n'est pas renseignée pour 8 patientes.

3.3.1.4.3. Contraception

Figure 4 : Contraception



* DIU : Dispositif Intra-Utérin

** IOP : Insuffisance Ovarienne Précoce

Nous remarquons que 52 % des patientes disposent d'une contraception (n= 48/92).

3.3.1.5. Antécédents psychiatriques

Parmi les patientes, 34 % ont des problèmes ou des antécédents psychiatriques (n= 31/92) tels qu'une dépression, un retard mental, une schizophrénie, des troubles bipolaires, des troubles du comportement alimentaire, un ou des antécédent(s) de tentative de suicide, de mutilation. Pour deux patientes, l'agression a fait suite à une fugue alors qu'elles étaient hospitalisées en psychiatrie. En revanche, 60 % de ces femmes ne sont pas concernées par cela (n= 55/92). Cette notion n'est pas renseignée pour 6 % des patientes (n= 6/92).

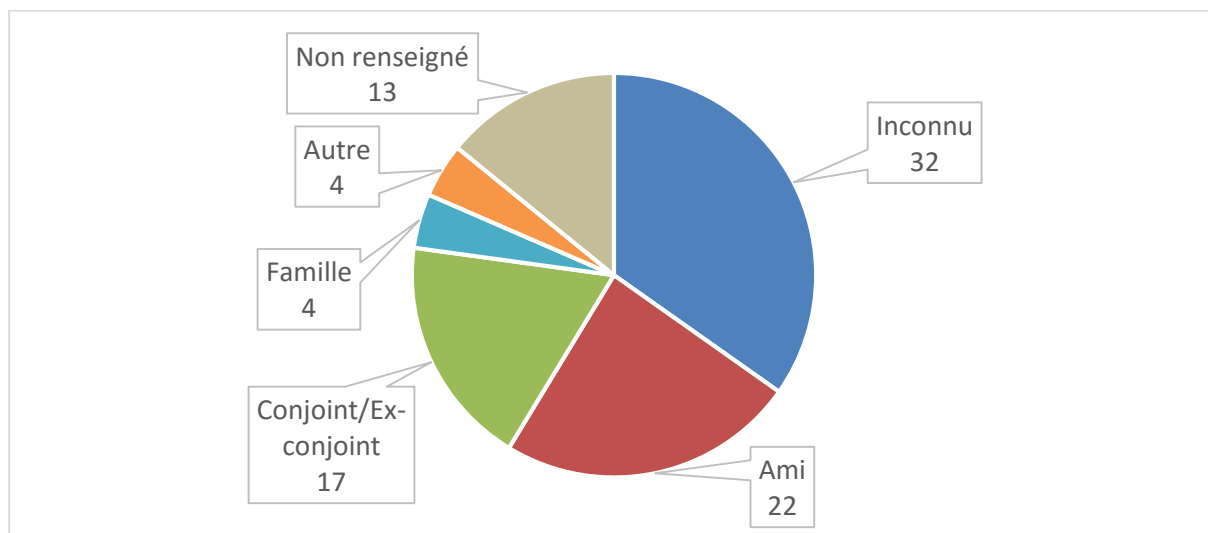
3.3.2. L'agresseur

3.3.2.1. Sexe

L'agresseur déclaré est de sexe masculin dans la totalité des situations qui se sont présentées.

3.3.2.2. Lien

Figure 5 : Lien avec l'agresseur



Ce graphique nous montre que l'agresseur déclaré est généralement une personne connue de la victime : au moins dans 47 % des cas ($n= 43/92$). A noter malgré tout, une part importante d'inconnus : 35 % ($n= 32/92$).

Une approche plus fine permet de détailler les différentes classes. Pour exemple, parmi ceux qui ont été déclaré dans la catégorie « agresseur inconnu » : un agent de sécurité d'une boîte de nuit, un conducteur transportant une autostoppeuse, un faux chauffeur de taxi. Au sein de la catégorie « famille », ce sont : le père de la victime, un frère ou encore un beau-frère qui sont suspectés. Enfin, dans la catégorie « autre », il est question d'un animateur de colonie, d'un médecin traitant, d'un client d'une prostituée ou encore du frère d'une copine.

Les 18 % de la partie « conjoint – ex-conjoint » ($n= 17/92$) révèlent tous des notions de violence conjugale.

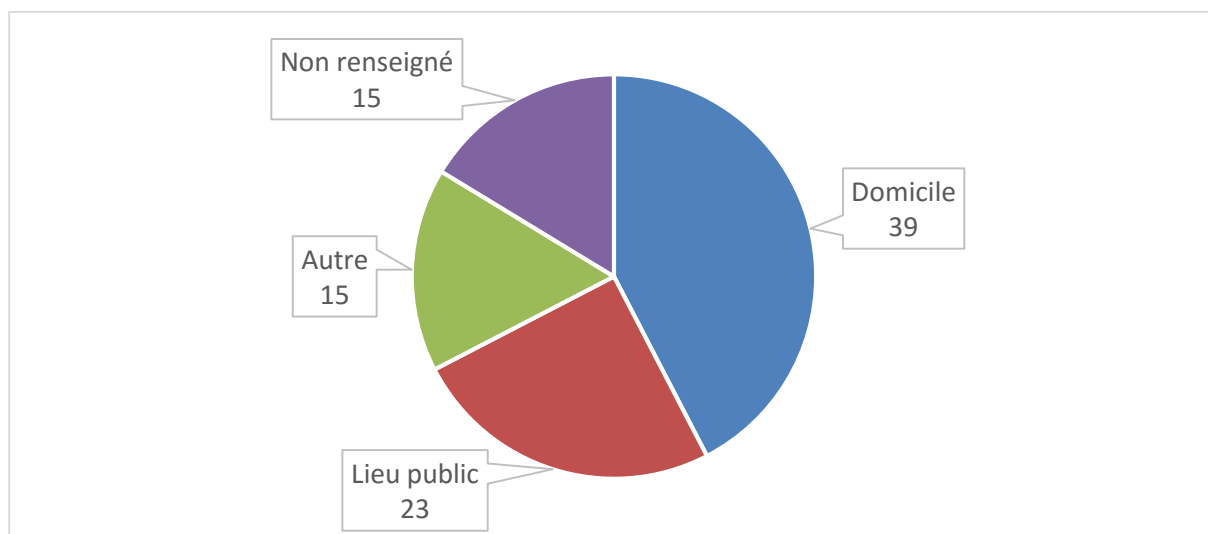
3.3.2.3. Nombre

Dans 74 % des cas ($n= 68/92$), il n'y a qu'un seul agresseur. Dans 14 % des situations, ils étaient plusieurs ($n= 13/92$). Cette donnée est manquante dans 12 % des cas ($n= 11/92$).

3.3.3. L'agression

3.3.3.1. Lieu

Figure 6 : Lieu de l'agression



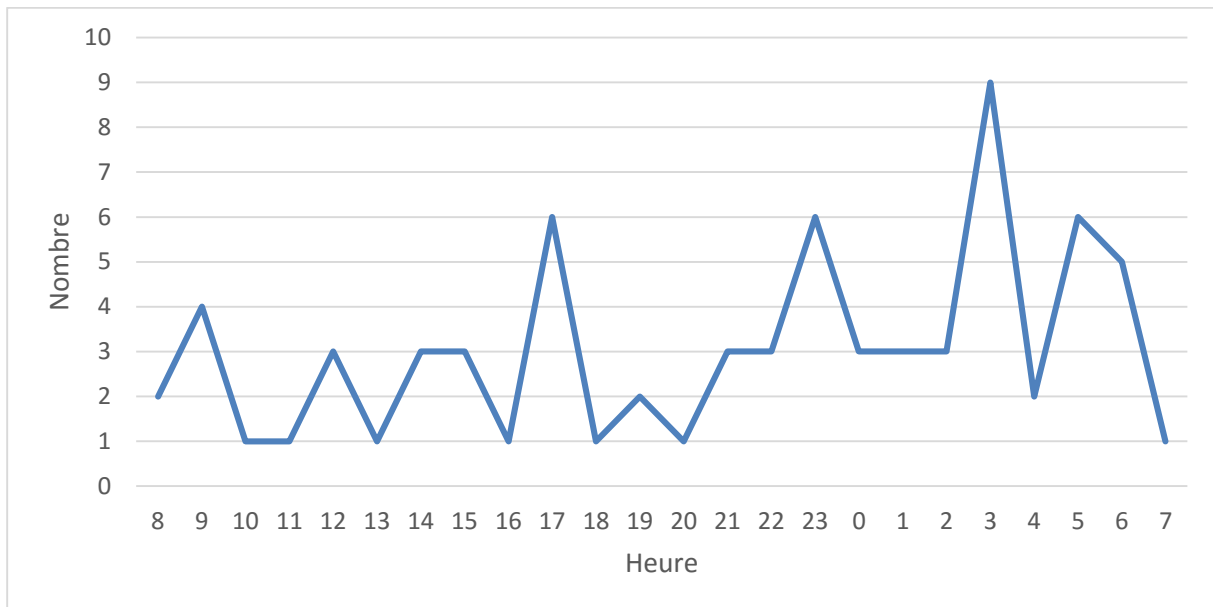
Le domicile est le lieu le plus fréquent des agressions : 42 % (n= 39/92). Néanmoins, la distinction entre le domicile de l'agresseur, de l'agressé ou d'un ami n'a pas pu être faite.

Nous retrouvons ensuite les lieux publics : 25 % (n= 23/92) tels que les toilettes de grande surface ou de boîte de nuit, un parc public, dans la rue lors d'évènements festifs.

Puis, parmi les lieux déclarés « autres », nous pouvons mentionner : voiture, camionnette, collège, lycée, cabinet médical, maison en construction, local poubelle, sous-sol immeuble, cave, hôtel...

3.3.3.2. Heure de l'agression

Figure 7 : Heure de l'agression



Il faut savoir que 10 personnes ont été agressées dans la nuit sans notion exacte de l'heure et ne figurent donc pas sur le graphique. Le taux de personnes qui s'est fait agressé entre 20h et 7h s'élève par conséquent à 60 % (n= 55/92). Cette donnée n'est pas du tout renseignée pour 10 % des patientes (n= 9/92).

3.3.3.3. Types de sévices

Différents types de violences peuvent être retrouvés. Dans au moins 35 % des situations (n= 32/92), les femmes ont été victimes d'attouchement. Concernant des faits de pénétration (hors fellation), ce sont au moins 74 % des patientes qui en ont été victimes (n= 68/92). Enfin, 12 % ont été contraintes à réaliser une fellation (11/92). Il arrive aussi que certains sévices soient associés. Il s'agit de chiffres minimums car, parfois, la victime était atteinte d'amnésie.

3.3.3.4. Port du préservatif

Dans 10 % des situations (n= 9/92), le rapport était protégé par un préservatif. Néanmoins, il ne l'était pas dans 34 % des cas (n= 31/92). Et cette donnée était manquante dans 56 % des dossiers (n = 52/92).

3.3.3.5. Association à des violences

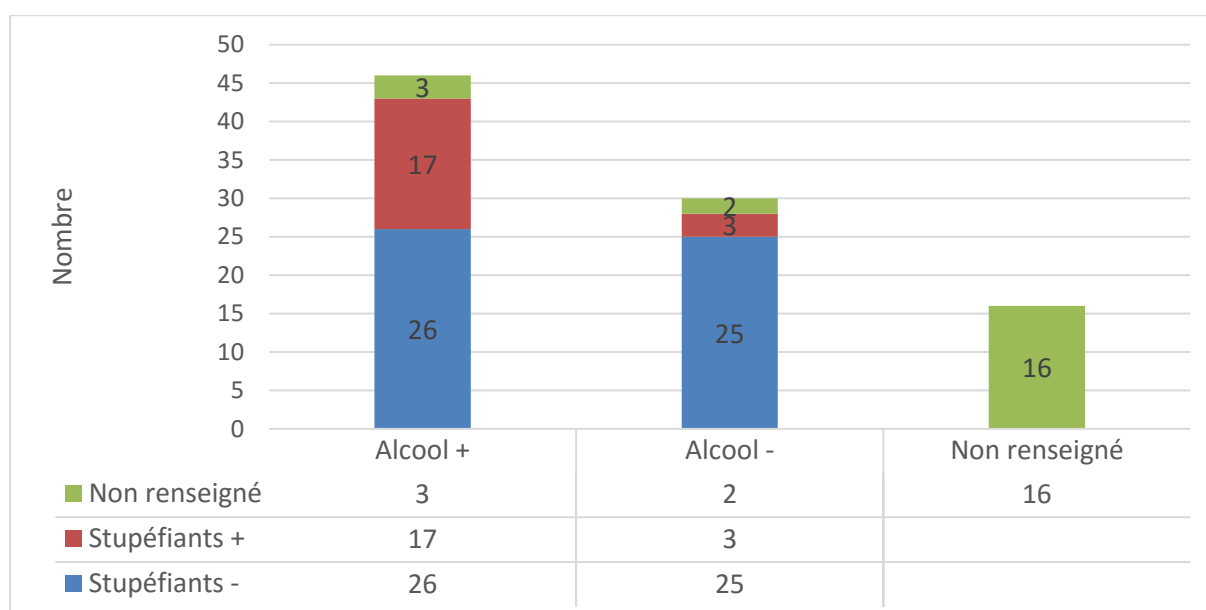
Tableau VI : Association à des violences

	Oui % (n/92)	Non % (n/92)	Non renseigné % (n/92)
Globales	46 % (42)	10 % (9)	44 % (41)
Verbales	17 % (16)	15 % (14)	68 % (62)
Physiques	40 % (37)	14 % (13)	46 % (42)
Port d'une arme	5 % (4)	41 % (38)	54 % (50)

Lorsque cela est renseigné, dans les situations où il s'agit de violences conjugales, il y a toujours l'association de violences verbales et physiques (n= 16/92).

3.3.3.6. Soumission toxique

Figure 8 : Consommation d'alcool et/ou de stupéfiants



Les signes d'appel pouvant évoquer une soumission toxique sont détaillés dans le paragraphe 2.2.2.2. Par consommation de stupéfiants, nous entendons consommation de médicaments (benzodiazépines, antihistaminiques, analgésiques, anesthésiques...), de cannabis, d'ecstasy ou encore de cocaïne.

Les consommations d'alcool et de stupéfiants, peuvent être détaillées ainsi :

- 50 % des victimes auraient consommé de l'alcool (n= 46/92)
- 22 % des victimes auraient consommé des stupéfiants (n= 20/92)
- 18 % des victimes auraient consommé de l'alcool, en association à des stupéfiants (n= 17/92)
- Aucune information par rapport à la consommation pour 17 % des personnes (n= 16/92)

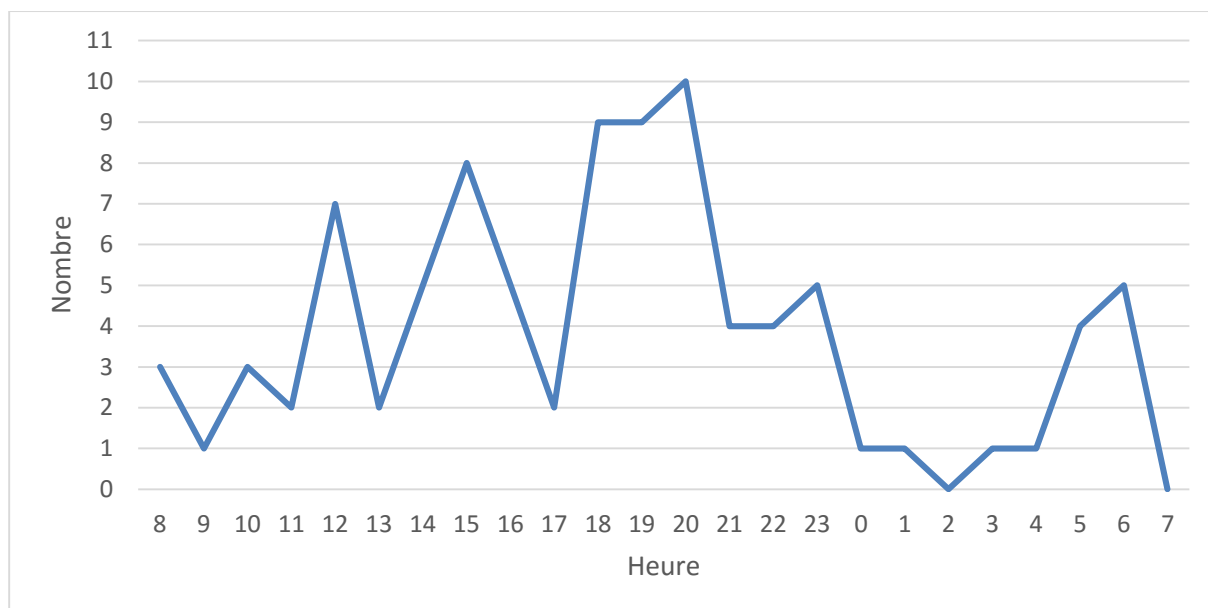
3.3.4. La prise en charge

3.3.4.1. Lieu d'accueil initial

A propos du premier lieu d'accueil, 85 % des victimes (n= 78/92) se sont adressées à l'UGO, 11 % (n= 10/92) sont passées via les urgences générales, 3 % (n= 3/92) par l'UAED et 1 % (n= 1/92) par l'UMJ.

3.3.4.2. Heure d'admission

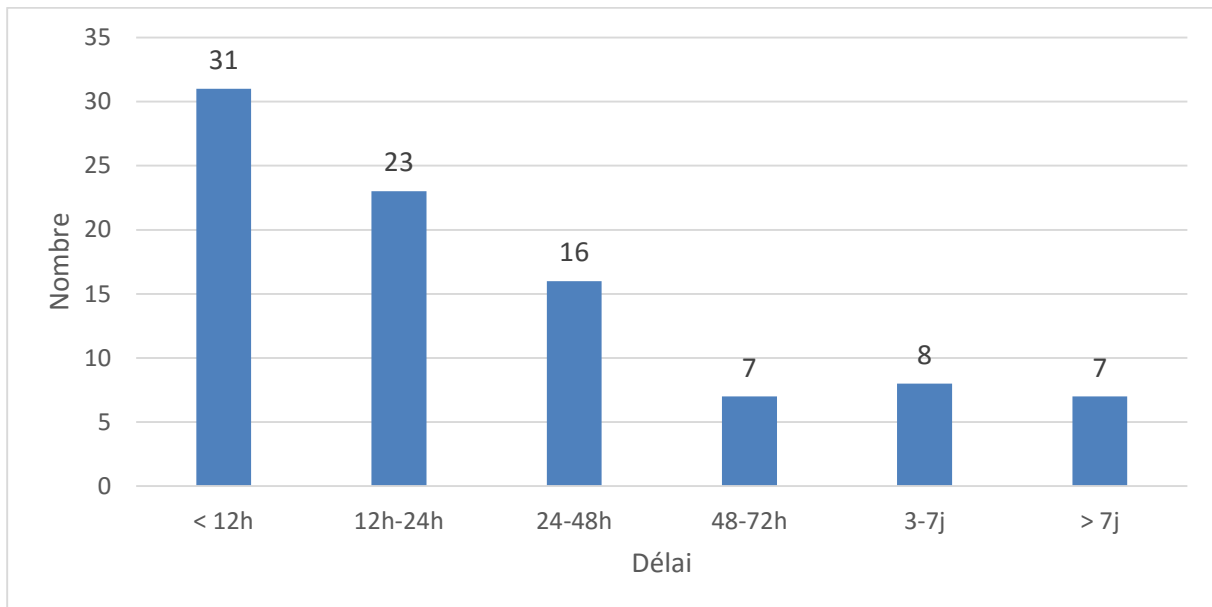
Figure 9 : Heure d'admission



61 % des victimes (n= 56/92) consulte entre 8h et 19h. Il s'agit de l'heure d'admission et non de prise en charge. Même si ces situations représentent une urgence, il y a parfois un délai d'attente qui n'a pas pu être estimé dans notre étude pour une question de faisabilité. La période d'affluence se situe entre 18h et 20h et représente 30 % des situations (n= 28/92).

3.3.4.3. Délai écoulé entre l'agression et l'admission au CHU

Figure 10 : Délai écoulé entre l'agression et l'admission au CHU



Dans 84 % des cas (n= 77/92), les patientes consultent dans les 72h.

3.3.4.4. Origine du signalement

Une réquisition a été faite dans toutes les situations.

3.3.4.5. Etat psychologique

Au moment de l'examen, l'état psychologique de la patiente s'est révélé normal pour 53 % d'entre elles (n= 49/92). Cet élément n'était pas documenté pour 10 % des patientes (n= 9/92). Pour le reste des victimes, soit 37 % d'entre elles (n= 34/92), le retentissement pouvait avoir un impact sur :

- L'état psychique : se manifeste par une agressivité, un état dépressif, anxieux ou encore euphorique
- Le langage : la victime peut être bavarde, avoir un langage pâteux, incohérent ou même être mutique
- La présence de signes de stress post-traumatique tels que : l'anxiété, des réactions de sursaut, une labilité thymique, des obnubilations, une anesthésie affective, des troubles du sommeil associés à des cauchemars, des troubles de la conduite alimentaire, des conduites phobiques, des rituels obsessionnels...

3.3.4.6. Examen

3.3.4.6.1. Général

Dans 50 % des cas (n= 46/92), des lésions ont été observées, qu'elles soient somatiques : 48 % (n= 44/92) ou génitales : 16 % (n= 15/92).

3.3.4.6.2. Ano-génital

Les examens ano-génitaux sont faits au cas par cas. Le tableau suivant traduit la fréquence de chacun des examens :

Tableau VII : Examens ano-génitaux

Examens	Fait % (n/92)	Non fait % (n/92)
Spéculum	82 % (75)	18 % (17)
Toucher vaginal	36 % (33)	64 % (59)
Toucher rectal	1 % (1)	99 % (91)

3.3.4.7. Prélèvements

Il en est de même en ce qui concerne les prélèvements effectués :

Tableau VIII : Prélèvements

	Fait % (n/92)	Non fait % (n/92)
A visée médico-légale		
Recherche spermatozoïdes	68 % (63)	32 % (29)
Identification génétique	73 % (67)	27 % (25)
Recherche toxique	58 % (53)	42 % (39)
A visée médicale		
βhCG	61 % (56)	39 % (36)
PV* Chlamydiae/Gonocoque	74 % (68)	26 % (24)
PV* Parasitologie	71 % (65)	29 % (27)
Sérologies IST	71 % (65)	29 % (27)
Biologie pour traitement anti-rétroviral	54 % (50)	46 % (42)

* PV : Prélèvement Vaginal

La réalisation des prélèvements a parfois été effectuée bien que 48 % s'étaient lavées entre l'agression et la consultation (n= 44/92). Cela n'est pas renseigné chez 8 % des patientes (n= 7/92). Et 60 % des patientes s'étaient changées (n= 55/92) avant de venir de consulter. Cette information n'a pu être récoltée chez 10 % des patientes (n= 9/92).

3.3.4.8. Conduite à tenir

3.3.4.8.1. Traitement

Concernant les traitements donnés à la patiente suite à la consultation :

- Une contraception d'urgence et une prophylaxie HIV ont été délivrées dans 42 % des cas (n= 39/92)
- Une prophylaxie Azithromycine a été délivrée dans 60 % des cas (n= 55/92)

3.3.4.8.2. Arrêt de travail

Un arrêt de travail a été prescrit pour 8 patientes, d'une durée moyenne de 3,5 jours (minimum 1 jour et maximum 14 jours).

3.3.4.8.3. Incapacité temporaire de travail

Dans 73 % des cas, il n'a pas été indiqué d'ITT. Dans les situations où cela a été prescrit, la durée moyenne est de 6 jours (minimum 1 jour et maximum 30 jours).

3.3.4.8.4. Transfert urgences médico-psychologiques

7 patientes ont nécessité un transfert aux urgences médico-psychologiques.

3.3.4.8.5. Nécessité d'une hospitalisation

6 patientes ont nécessité une hospitalisation.

3.4. DISCUSSION

3.4.1. Victime

Nos résultats confirment, comme toutes les études épidémiologiques, la classique **prédominance féminine** des victimes. Malgré tout, il est important de savoir que les hommes ne sont pas épargnés par ce genre de violences : 15 % des victimes sont de sexe masculin (9). Il s'agit d'un sujet d'autant plus tabou chez les hommes et c'est sûrement pour cette raison qu'ils sont réticents à dévoiler leur état de victime et donc que peu d'entre eux sont amenés à consulter à l'UGO. Pourtant, d'après le protocole, cette unité est aussi habilitée à les accueillir lorsqu'ils sont âgés de plus de 15 ans et 3 mois. Dans ce cas, la prise en charge est réalisée par un chirurgien viscéral sénior. La démarche est identique, avec le même dossier type à remplir.

Si ce n'est le genre, l'étude « Contexte de la sexualité en France » (29) relate qu'il n'y a pas de profil type d'une victime de violences sexuelles, notamment en termes d'âge et de catégorie socio-professionnelle.

Cependant, notre étude indique que près de 75 % des victimes ont moins de 30 ans. Il y a donc une forte représentativité des jeunes. Est-ce parce que les femmes plus âgées parlent moins ? Les résultats du rapport « Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère » (30) montrent une variation selon les générations à parler de ces agressions sexuelles. Ainsi, quel que soit l'**âge** où les violences ont eu lieu, seules 33 % des femmes âgées de 60 à 69 ans déclarent avoir parlé de cette agression, contre 71 % des femmes entre 18 et 24 ans. Notre étude ayant été réalisée à l'UGO, seules 4 mineures de moins de 15 ans et 3 mois y ont été vues (en lien avec l'UAED). Il est donc difficile de se rendre compte de la proportion de victimes dans cette tranche d'âge.

En ce qui concerne la **catégorie socio-professionnelle**, notre étude retrouve un taux important d'étudiantes, lycéennes et collégiennes : 35 %. Pour leurs parts, les professions intermédiaires ou de classe intellectuelle supérieure sont sous-représentées. De la même manière que l'explication par rapport à l'âge, les victimes de ces catégories s'expriment probablement moins que les autres, car les études tendent à montrer que tous les milieux sont concernés (30).

Enfin, au sujet des **antécédents psychiatriques**, 34 % des patientes de notre étude avaient des troubles ou des antécédents psychiatriques. Cela ne veut pas dire que toutes les patientes avec de tels soucis sont systématiquement victimes de violence, mais cela signifie tout de même qu'il faut avoir une attention particulière chez une patiente qui a, par exemple, un traitement antidépresseur, ou qui présente des troubles alimentaires ou du sommeil. Il s'agit là d'une population vulnérable, le professionnel doit donc toujours avoir à l'esprit les différents signes d'appel que peuvent présenter les victimes.

D'un point de vue général, les différents chiffres à propos des agressions sexuelles révèlent l'ampleur du sujet (27) (29). Au cours de leur vie, 20 % des femmes ont subi des violences sexuelles : 16 % des femmes ont subi des viols ou des tentatives de viols (avec respectivement 7 % de viols et 9 % de tentatives de viols), dont 59 % avant 18 ans.

3.4.2. Agresseur

Au sein de notre étude, la totalité des agresseurs déclarés sont des **hommes**. Parmi les personnes condamnées en 2014 pour viol sur des personnes de plus de 15 ans, au final, 765 étaient des hommes et 6 des femmes, soit 99 % d'hommes (9).

Selon l'enquête « Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère » (30), **un seul** agresseur est retrouvé dans 92 % des cas, ce taux est supérieur aux 74 % rapportés par notre étude.

D'après la même étude, les rapports forcés avant 18 ans sont davantage liés aux univers de socialisation (famille, école, groupes de pairs), alors que ceux qui se produisent plus tard sont assez logiquement marqués par l'univers du couple et du travail.

Dans notre travail, 47 % des auteurs sont des **personnes connues** de la victime, alors que d'après la lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes de la MIPROF (9), cette proportion est de 90 %. Dans cette même étude, il s'agit du conjoint dans 37 % des cas contre 18 % dans la nôtre. Notons que ce pourcentage peut être sous-estimé si l'agression par un conjoint est répertoriée dans la catégorie « amis ».

Il faut malgré tout être vigilant car, conformément à l'article 9-1 du code civil, chacun bénéficie de la **présomption d'innocence**. C'est un principe selon lequel, toute personne qui se voit reprocher une infraction est supposée innocente tant que sa culpabilité n'a pas été légalement prouvée.

3.4.3. Agression

Plusieurs critères permettent de caractériser une agression.

Tout d'abord, le domicile est le **lieu** de l'agression dans 42 % des situations, tandis que les chiffres issus du Bulletin 2000 du Collectif Féministe contre le Viol (31) annoncent un taux à 67 %. Ces données sont issues des appels liés à la permanence téléphonique du numéro vert SOS Viols.

Selon la même étude, 45 % des viols sont commis le **jour**, sans préciser les heures précises, contre 40 % dans notre travail. Cela vient contrer les idées reçues selon lesquelles les agressions ont lieu en très grande majorité la nuit.

Contrairement à ce que nous aurions pu penser, « seulement » 46 % de ces actes ont été accompagné de **violences** (verbale et/ou physique). En réalité, contrainte, menace ou surprise ne veulent pas forcément dire violence. Ce chiffre s'explique sûrement par le fait que ce renseignement n'est pas toujours retranscrit dans les dossiers mais aussi parce que l'état de sidération fait que l'agresseur n'a pas toujours besoin de ces moyens, et enfin, parce que certaines victimes présentent une amnésie et ne sont donc pas en mesure de nous éclairer sur cette information.

En ce qui concerne la **soumission chimique**, cette donnée n'est pas négligeable. Les agressions étaient réalisées chez des personnes rendues vulnérables dans un cas sur deux par l'alcool ou par des stupéfiants dans 22 % des cas. Il s'agit d'un facteur de risque certain. En Loire-Atlantique, les jeunes sont connus pour être une population particulièrement consommatrice d'alcool. Un rapport a été rédigé par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) des Pays de la Loire sur la consommation d'alcool des jeunes en 2014 à partir de l'enquête « Escapad » menée par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (32). Les données ont été recueillies lors de la Journée « défense et citoyenneté » que tous les jeunes effectuent. Il y est indiqué qu'à 17 ans, la quasi-totalité des jeunes de Loire-Atlantique ont expérimenté des boissons alcoolisées (97 %), quand la moyenne nationale est à 89 %. Ils sont aussi 24 % à déclarer un usage régulier (c'est-à-dire la consommation d'alcool au moins dix fois au cours des 30 derniers jours), soit près d'un sur 4, contre 12 % pour la moyenne nationale. Cette fréquence s'observe chez les garçons comme chez les filles. Sur ce critère, la population nantaise n'est sans doute pas représentative de la population nationale. Il s'agit d'une ville urbaine où la vie étudiante est présente, ce qui induit une plus forte proportion d'affaires concernant des jeunes femmes alcoolisées en soirée.

Suite à l'analyse des dossiers, nous nous rendons compte qu'il n'y a pas réellement de profil type. Chaque agression est différente. Nous pouvons mentionner plusieurs situations : en allant aux toilettes dans une boîte de nuit, dans une chambre en colonie de vacances, dans la chambre chez des amis durant une soirée alcoolisée, lors d'une séquestration par son conjoint, lors d'une consultation chez un médecin traitant pour une infection urinaire, dans la rue le soir en attendant le tramway, un père qui rejoint la mineure dans son lit, un inconnu qui rentre chez la victime pendant la nuit, un agent de « sécurité » dans un lieu festif de Nantes, à l'occasion d'autostop. Les contextes sont multiples et hétérogènes.

3.4.4. Prise en charge

A propos de la prise en charge à l'UGO, plusieurs éléments peuvent être examinés.

Parmi les victimes ayant consulté au CHU, 85 % ont été accueillies dans un premier temps à l'UGO. Néanmoins, ce service ne répond pas à toutes les problématiques. Il est adapté et compétent en ce qui concerne les faits récents, mais ce n'est pas le cas pour les faits anciens (supérieur à 72 heures). Aussi, la salle d'attente, commune aux patientes de gynécologie et d'obstétrique, fait que la victime est confrontée aux regards des autres.

A Nantes, la **sage-femme** a peu de contact avec ces situations étant donné que le fonctionnement actuel du CHU de Nantes fait que l'équipe de l'UGO est constituée d'une infirmière pour l'aspect gynécologique et d'une sage-femme pour les prises en charge obstétricales. Mais ailleurs, dans d'autres services en France, la sage-femme peut être amenée à assister le médecin. Il est donc important pour cette profession de connaître la démarche à adopter sur son lieu d'exercice.

Au sujet du **délai** entre l'agression et la consultation, la majorité des patientes viennent dans les 72 heures : 16 % sont vues alors que ce délai est dépassé. Il aurait été plus approprié de les diriger directement vers l'UMJ.

Au moment de l'examen, 37 % des patientes semblent présenter un **retentissement psychologique**. L'impact est parfois difficile à évaluer par le médecin, c'est pourquoi il ne faut pas hésiter à les rediriger vers les personnes les plus appropriées. Car, quoi qu'il en soit, un suivi psychologique doit impérativement être proposé à la victime.

Concernant l'**examen clinique**, peu de situations permettent de certifier qu'il y a réellement eu un abus. Dans notre étude, des lésions génitales sont retrouvées chez seulement 16 % des victimes. Il faut savoir que l'absence de lésions traumatiques ne signifie pas qu'il n'y a pas eu de viol. Une étude anglaise le relate (33) : elle a étudié 500 victimes de viol vaginal contre 68 femmes venant en consultation gynécologique après un rapport sexuel consenti. Parmi les femmes violées, 23 % avaient des lésions génitales contre 6 % des femmes ayant eu un rapport consenti. Ainsi, 77 % des victimes n'ont pas de lésions génitales après un viol. Cela ne doit donc pas remettre en cause la véracité des propos de la victime. D'autres raisons peuvent expliquer ce fait : d'une part, parce que, dans certaines situations, il n'y a pas forcément de répercussion physique (fellation, attouchement...) et d'autre part, car plus l'intervalle est long, moins l'examen médical sera fiable.

Ensuite, à propos des **prélèvements**, il est difficile d'en tirer une conclusion dans la mesure où le port du préservatif n'est pas toujours renseigné (56 % de non renseignés). La pertinence des prélèvements ne peut donc être appréciée.

3.4.5. Axes d'amélioration

Au terme de ce travail, des pistes d'amélioration apparaissent.

3.4.5.1. Former

Tout d'abord, il est essentiel que le sujet soit traité lors de la **formation initiale** de tous les professionnels en contact avec les victimes, en particulier les professionnels de santé, sans oublier les professionnels sociaux et du droit. Il est aussi possible de se former via la **formation continue**. Pour l'enrichir, la MIPROF a mis en ligne quatre kits pédagogiques à destination des professionnels (34). Ils se composent d'un court métrage et d'un livret d'accompagnement. Ils peuvent aider à trouver les mots face à ces situations. Le premier kit intitulé « Elisa » traite des conséquences des violences sexuelles et de l'impact du repérage systématique sur la femme victime. Le second : « Anna » expose les différents mécanismes des violences au sein du couple, le repérage, la prise en charge par le professionnel et le travail en réseau. Le troisième, nommé « Tom et Lena » fait part de l'impact des violences au sein du couple sur les enfants, ainsi que le repérage et la prise en charge de la mère et de l'enfant victimes. Enfin, « Protection sur ordonnance » aborde ces mêmes sujets et est plutôt orienté sur le parcours judiciaire. Le fait de se former facilite le dépistage en permettant une meilleure compréhension des victimes, une plus grande aisance à aborder le sujet et donc à poser la question des violences.

Effectivement, en 2014, 7 sages-femmes sur 10 affirmaient ne pas avoir été formées sur les violences faites aux femmes au cours de leur formation initiale et continue, plus de 8 sur 10 désiraient être formées sur le sujet et enfin, 9 sur 10 estimaient que les sages-femmes ont un rôle à jouer dans le repérage et la prise en charge médicale des victimes (35).

3.4.5.2. Informer

Il est important que les **campagnes de sensibilisation** soient connues de toutes et tous (violence conjugale, harcèlement dans les transports, au travail...). Lorsque le professionnel place des dépliants ou des affiches dans sa salle d'attente, cela permet aux victimes de savoir que, dans ce lieu, une vigilance toute particulière est accordée aux violences. Ce sera alors une manière plus facile de s'exprimer sur le sujet. Ces dépliants mis à disposition peuvent contenir des phrases de soutien, des encouragements, des conseils sur les démarches à entreprendre, un rappel de la loi et aussi des contacts. (Annexe 7) Ces campagnes permettent aussi d'éviter certaines situations : parfois, plus il y a de témoins, moins il y a de chances que quelqu'un intervienne, chacun pensant que, de toute façon, il ne va pas intervenir puisque d'autres le pourraient à sa place.

Une autre mesure créée et mise en place depuis 2009 est le « **Téléphone Grand Danger** » (TGD). Il rentre dans le cadre du 4^{ème} plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes. C'est un téléphone destiné aux femmes en grand danger, victimes de violences au sein du couple ou de la famille. Le portable dispose d'un bouton d'urgence et garantit à la victime une intervention rapide des forces de sécurité à n'importe quel moment de la journée. Il est accordé par le procureur de la République et un accompagnement approprié de la personne est déclenché après rétribution. Au 30 juin 2014, 157 téléphones étaient déployés sur le territoire national et 304 personnes en avaient bénéficié. En 2015, 400 téléphones étaient disponibles ; et, en ce qui concerne 2016, l'objectif est qu'il y en ait 500 (36).

Ce moyen n'est certainement pas suffisant pour répondre à l'ensemble des besoins et il n'est pas adapté à toutes les situations. Dans ce contexte, une nouvelle **application gratuite pour téléphone portable** est disponible : « **App-elles** » (37). C'est une application contre les violences faites aux femmes créée par une nantaise. Différentes fonctions y sont disponibles :

- « Alerte agression » : ce bouton est utilisable en cas de danger ou de situation d'urgence pour alerter les proches. Lors de son activation, cela enclenche :
 - L'envoi d'un SMS à un ou des proche(s) avec un message type d'alerte (configuré par la personne à l'avance dans les paramètres)
 - Il sera accompagné d'un lien indiquant la position approximative de l'utilisatrice. La personne a intérêt à prévenir à l'avance les personnes qu'elle a défini comme contacts d'alerte (maximum 3) et expliquer ce qu'elle attend d'eux si jamais ils reçoivent un tel message
 - L'envoi d'un MMS : une photo sera prise à ce moment et accompagnera le SMS
- « Ecoute violences » : cette fonction permet d'être mis en relation téléphonique directement avec des professionnels du 3919
- « Information associations » : si la personne souhaite se renseigner sur les violences et ses conséquences. Un annuaire des associations de défense et d'aide aux victimes est accessible. Cette information est aussi communiquée par le biais de ce site : www.resonantes.fr.

Cela ne se substitue pas forcément à un appel d'urgence car les forces de sécurité ne sont pas prévenues dans l'immédiat. Malgré tout, il est possible de proposer aux patientes de la télécharger car il s'agit d'une ressource de protection supplémentaire destinée à toute personne.

3.4.5.3. Dépister systématiquement et prendre en charge

A propos du **dépistage systématique**, nous sommes convaincus qu'il s'agit d'un dispositif efficace et utile qui repère au mieux les violences (22). Il devrait faire partie des anamnèses au sein de toutes les maternités françaises. Au CHU de Nantes, cela se fait depuis janvier 2005, lorsque des nouveaux dossiers types ont été mis en place (38). Ce questionnaire aide le professionnel à poser un diagnostic, mettre en place des prises en charge et des solutions efficaces, informer et orienter la victime vers le réseau de partenaires ou encore, mettre en place des mesures de protection si la victime est en situation de danger. Naturellement, si le soignant pose cette question en consultation, cela implique qu'il s'est déjà intéressé au sujet, qu'il est prêt à entendre la réponse et qu'il a des réponses à apporter. Certains professionnels ne sont pas à l'aise avec ce dépistage, il est important de savoir que la meilleure des questions est celle que l'on se sent capable de poser, par exemple :

- « Avez-vous déjà subi des violences dans votre vie ? »,
- « La violence est très répandue, j'interroge toutes les femmes que je vois : Avez-vous vécu dans votre vie des violences : physiques, morales ou sexuelles ? »,
- « Avez-vous déjà subi des événements qui vous ont fait du mal et qui continuent de vous faire du mal aujourd'hui ? »,
- « Est-ce que ça vous est arrivé qu'on vous fasse souffrir dans votre vie ? »,
- « Est-ce qu'au cours de votre vie quelqu'un vous a déjà malmenée, violentée ? »,
- « Considérer-vous que vous avez eu une enfance heureuse ? Quelqu'un vous a-t-il déjà fait du mal ? »,
- Si la réponse revient négative mais que des doutes persistent : « Vos symptômes paraissent liés à des tensions : y a-t-il des conflits avec votre conjoint ? ».

Si une patiente déclare des faits de violence, voici des premiers éléments de réponse possibles : « Je vous crois, vous n'y êtes pour rien, l'agresseur est le seul responsable, la loi interdit (possible de citer) et punit les violences, nous pouvons vous prendre en charge », ou encore, « Est-ce que c'est la première fois que vous en parlez à quelqu'un ? à un professionnel de santé ? », « Avez-vous déjà fait un travail sur cela ? ».

Etant donné que les femmes se dévoilent plus facilement lorsque les violences atteignent leurs enfants, le professionnel peut demander à la patiente si elle a des enfants à charge et la questionner sur leur santé. Cela lui montre aussi que l'on s'intéresse à elle et peut permettre d'obtenir des réponses précieuses.

La question doit être posée en dehors de la présence d'enfants en âge de parler, et aussi en l'absence du conjoint. Cette condition est délicate à mettre en place mais fondamentale, car une femme ne se confiera jamais face à son conjoint dans les situations où il s'avère violent. Le professionnel peut demander à ce qu'il sorte au moment de l'examen et peut ainsi poser la question librement et sans crainte.

Afin de parfaire la prise en charge, il convient d'amener la patiente à parler d'elle et de son traumatisme, de faire l'état des lieux des dégâts (culpabilité, honte, mépris, dépression, boulimie...), de créer un plan d'action pour les réparer en orientant vers les personnes appropriées, d'apprendre à la personne à se protéger, d'effectuer un suivi rapproché et accompagner la guérison. Ces différentes démarches sont accomplies dans un but de reconstruction pour la victime (8).

Pour les femmes enceintes, depuis 2004, un **entretien prénatal précoce** (EPP) est proposé par les professionnels de la périnatalité formés (sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens). C'est un entretien destiné à toutes les femmes enceintes et conjoints qui le désirent. Il leur permet de rencontrer un professionnel en dehors d'une consultation médicale. Le soignant a du temps pour recueillir les demandes et les craintes au sujet du déroulement de la grossesse et de l'accouchement, et selon la demande, un projet de naissance est élaboré. Ils pourront être informés du suivi de grossesse, de leurs droits et un soutien pourra être apporté si nécessaire (39). Il s'agit donc d'un outil inouï pour les situations de violence. Il est primordial d'y consacrer un intérêt car souvent, les femmes ne se sont jamais livrées et sont déconcertées face aux réactivations qui arrivent du fait de la grossesse. D'ailleurs, il est à noter que cette question pourrait tout autant être posée au père, qui peut avoir été victime au cours de sa vie et en être lui-même ébranlé lors de la maternité de sa conjointe. Selon l'enquête nationale périnatale de 2010, seulement 21,4 % des femmes enceintes en avaient bénéficié (40). Puis, en 2012, une étude menée par le Docteur Branger sur le même thème (41) rapporte 40,3 % d'EPP déclarés avec une grande disparité entre les régions (de 7,7 à 70 %).

Pour une prise en charge optimale, il est indispensable de se rapprocher des différents acteurs intervenant auprès de ces femmes et travailler en collaboration avec eux : les professionnels de santé, les professionnels du droit, la police/gendarmerie, les services sociaux ainsi que les associations (spécialisées pour les femmes victimes ou d'aide aux victimes). A cet égard, un outil pourrait être mis en place au sein de la maternité pour que les professionnels puissent orienter au mieux. **Différents supports** peuvent être envisagés :

- Une fiche « maquette » : sur le modèle de celle réalisée par la sage-femme Mathilde Delespine, ayant aussi effectué son mémoire de fin d'étude sur les violences faites aux femmes (42). Plusieurs contacts y sont référencés : (Annexe 8)
 - Les internes au CHU : psychologue, assistante sociale, coordonnées de l'UGOMPS, de l'UMJ et de l'UAED
 - Et aussi les externes : pour l'aspect juridique (commissariat de proximité, associations telles que le CIDFF ou l'ADAVI) et pour l'aspect médico-psycho-social (PMI, associations telles que SOS Femmes, SOS inceste, numéro d'appel 3919)
- Un nouveau protocole (à insérer dans le livret rose et l'intranet) : il serait possible d'y faire un bref rappel de chaque notion énoncée précédemment en y associant les différents contacts
- Un livret à destination du professionnel : à concevoir sur le même schéma et le mettre à disposition dans chaque salle de consultation de la maternité

Les équipes auraient de cette manière le choix du dispositif le plus approprié. L'objectif serait de diffuser ce support aux professionnels de la maternité, ainsi qu'aux professionnels libéraux (sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues...).

Dans ce contexte, peu de sages-femmes savent qu'elles peuvent établir un **certificat médical** constatant les faits. Pourtant, selon l'article R. 4127-333 du code de la santé publique, l'exercice de la profession de sage-femme comporte normalement l'établissement par la sage-femme, conformément aux constatations qu'elle est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. Par ce document écrit, la sage-femme atteste de l'existence de signes ou de lésions traumatiques, voire d'une souffrance psychologique (43). Il sert à ce que la victime fasse valoir ses droits devant la justice en fournissant des éléments probants car il s'agit du premier élément objectif sur lequel l'autorité judiciaire pourra s'appuyer pour décider des poursuites à donner et prononcer des mesures de protection. En procédant ainsi, le professionnel contribue à accompagner la victime dans ses démarches vers l'autonomie. L'original est remis à la victime et le double est conservé dans le dossier médical de la patiente. Dans le cas où la patiente ne souhaite pas récupérer le certificat, il peut être établi malgré tout et gardé dans son dossier car l'accumulation de certificats étalés dans le temps prouve l'ancienneté et la chronicité des violences. En dehors d'une procédure judiciaire, il peut être utile de réaliser des photos à insérer dans son dossier. Il faut savoir que l'établissement d'un certificat ne dispense pas forcément du signalement. (Annexe 9)

3.4.5.4. Eduquer à la vie affective et sexuelle

Un travail de prévention autour de l'image de la femme, de l'homme et du couple se révèle nécessaire pour éliminer les innombrables références sexistes. Rappeler les droits fondamentaux de chaque personne humaine est une tâche importante.

Ce travail doit se faire dès l'enfance, dans la manière d'éduquer les enfants : filles mais aussi garçons. Plusieurs aspects doivent être abordés tels que le fait de prendre conscience de son corps, de respecter son corps et le corps de l'autre, de s'affirmer et savoir dire non et aussi de respecter les droits et les devoirs de chacun. Ces différents thèmes font partie du **plan d'action de prévention** en milieu scolaire de l'association « Stop aux Violences Sexuelles », dans la mesure où les messages que nous recevons durant notre enfance restent dans nos esprits à l'âge adulte (44). Beaucoup d'enfants sont élevés dans l'idée que les hommes doivent se montrer autoritaires et dominants et que les femmes doivent rester passives et obéissantes. De tels stéréotypes sont nocifs parce qu'ils font croire à l'enfant qu'il est souhaitable et plus valorisant d'être un homme qu'une femme. De ce fait, quand la famille, les amis et divers membres de la société exposent leurs enfants à ces « clichés » et à des comportements sexistes, les enfants apprennent à agir d'une manière qui renforce les inégalités entre les deux sexes.

Dans un but de remédier à ce phénomène, le 17 février 2003, l'éducation nationale a rédigé une circulaire relative à l'éducation à la vie affective et sexuelle (45). Elle indique que trois **séances** doivent, au minimum, être organisées dans le courant de chaque année scolaire, du primaire au lycée. Ces échanges permettent aux jeunes d'acquérir une maturité affective et sexuelle en intégrant une réflexion sur les dimensions psychologiques, sociales, culturelles et éthiques. Les objectifs de ces interventions sont de développer les connaissances concernant l'anatomie, la physiologie, la contraception, les IST, la grossesse, les émotions impliquées dans l'expérience sexuelle et enfin le respect de l'autre et l'estime de soi. C'est le moment de signifier aux adolescents que le consentement du partenaire est indispensable et que la loi punit lourdement le défaut d'accord. Les premiers rapports ont parfois lieu dans des situations festives, où l'alcool et/ou des stupéfiants sont présents. Ce n'est pas à négliger car le partenaire peut être dans un état de vulnérabilité chimique et le consentement se retrouve alors faussé.

Toutes ces actions permettraient aux agresseurs la diminution du passage à l'acte.

Compte tenu de la présence des violences sexuelles dans nos sociétés, elles ne pourront disparaître que par des mesures d'une telle envergure. En effet, si la société ne nie plus ces violences, nous pensons qu'il faut aller plus loin : passer de la conscience à l'action en étant convaincu qu'il est possible de mettre un terme à ce phénomène. Il nous faut agir et le premier moyen est de briser le silence. Les sages-femmes ont un vrai rôle à jouer et se doivent de refuser les actes de violences. Il en est de la défense du droit à l'intégrité et à la dignité de toutes les femmes.

Conclusion

La sous-estimation des violences sexuelles dans l'imaginaire collectif fait qu'elles sont toujours perçues comme des « faits divers », alors qu'elles représentent un réel fléau de santé publique. Renforcer les données statistiques pour documenter le phénomène et en mesurer l'ampleur est donc important.

Notre étude confirme que chaque victime a son propre parcours et qu'il est difficile d'établir un profil type. Le passage à l'UGO (1 femme tous les 4 jours) est malgré tout un point d'articulation essentiel dans leur parcours. La mission destinée aux professionnels qui accueillent ces patientes est essentielle au vu des enjeux. C'est un parcours difficile à vivre, tant sur le plan judiciaire, que médical, psychologique et social, avec les conséquences non négligeables que cela implique.

Pour agir face à ce phénomène et faire en sorte d'être le plus efficient possible, des pistes d'amélioration se dégagent. En premier lieu, il paraît indispensable de renforcer la formation initiale et continue des professionnels sur le sujet pour que chacun puisse, entre autre, déceler les signes d'appel. Ensuite, il est nécessaire de promouvoir des campagnes de prévention, auprès des professionnels, mais aussi des citoyens, afin de libérer la parole. De même, il convient maintenant d'intégrer que le dépistage systématique lors d'une consultation est primordial. Dans les situations où ces antécédents sont présents, il faut oser déclarer et un travail en réseau devra alors se mettre en place. Des outils tels qu'une fiche « contacts » pourraient faciliter l'initiation de ce travail. Enfin, éduquer les enfants à la vie affective et sexuelle, dès le plus jeune âge, est un moyen de faire en sorte que les mentalités évoluent et que les violences passent de l'état de fait de société à un problème de santé publique. Somme toute, le fait de diffuser ce mémoire au sein de la maternité pourrait permettre que les choses changent, car laisser des victimes de violences traumatisées sans soins est un facteur de risque de reproduction des violences.

A cet égard, la sage-femme est un professionnel de santé « phare » dans le dépistage des violences faites aux femmes. Par ses compétences et son accessibilité, elle est l'un des garants dans le diagnostic, le signalement et l'assistance des victimes. Et ce, notamment dans son rôle lors du suivi de grossesse, qui est une période privilégiée où les femmes peuvent consulter « légitimement » aux yeux de leur conjoint quand il s'agit de violence conjugale. Les mots utilisés doivent être appropriés car il y aura toujours quelqu'un (parfois famille, médecin, policier) pour faire la morale, faire savoir à une victime qu'elle l'a mérité (du fait de son comportement ou de sa tenue) ou minimiser les faits. C'est ce qu'on appelle le « mythe du viol » ou la « culture du viol », décrit par Lonsway et Fitzgerald en 1994 et cela peut avoir pour conséquence d'instaurer l'impunité des agresseurs.

Enfin, différentes structures existent sur Nantes pour aider les victimes dans cette démarche et sont de vraies ressources. A Nantes, un projet de centre de consultation post-traumatique spécifique aux violences sexuelles est actuellement en train de voir le jour. Et d'ici la fin de l'année 2016, la MIPROF a fixé comme objectif de voir nommé un référent violence au sein des urgences.

Bibliographie

1. JASPARD M, BROWN E, CONDON S, et al. Les violences envers les femmes en France : une enquête nationale. Paris : La documentation française; 2003.
2. BAJOS N, BOZON M. Enquête sur la sexualité en France. Pratique, genre et santé. Paris : La Découverte; 2008.
3. CONSEIL DE L'EUROPE. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Convention d'Istanbul; 12 avril 2011.
4. OMS, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. La violence à l'encontre des femmes. Aide-mémoire n° 239; 2014 [En ligne]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/>. Consulté le 11 Novembre 2015
5. LEGIFRANCE, SERVICE PUBLIC DE LA DIFFUSION DU DROIT. Code pénal. [En ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719>. Consulté le 20 Décembre 2015
6. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Stop Violences Femmes Gouv. Violences sexuelles. [En ligne]. <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Violences-sexuelles,312.html>. Consulté le 5 Septembre 2015
7. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Stop Violences Femmes Gouv. Violences au sein du couple. [En ligne]. <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Violences-au-sein-du-couple,317.html>. Consulté le 9 Septembre 2015
8. GUERIN V. Comment guérir après des violences sexuelles ? Paris : Tanemirt; 2014.
9. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. MIPROF. Lettre de l'Observatoire National des Violences faites aux Femmes n° 8. Violences au sein du couple et violences sexuelles : les principales données; Novembre 2015 [En ligne]. [http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_8 -
_Violences_faites_aux_femmes_principales_donnees_-_nov15.pdf](http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_8_-_Violences_faites_aux_femmes_principales_donnees_-_nov15.pdf). Consulté le 20 Décembre 2015
10. INSEE, INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES. ONDRP, OBSERVATOIRE NATIONALE DE LA DELINQUANCE ET DES REPONSES PENALES. Enquête "Cadre de vie et sécurité"; 2010-2015.
11. SERVICE STATISTIQUE MINISTERIEL DE LA SECURITE INTERIEURE. Base des crimes et des délits enregistrés par la police et la gendarmerie; 2014-2015.
12. MINISTERE DE LA JUSTICE. Exploitation du casier judiciaire national, sous-direction de la statistique et des études; 2014.
13. PIN X. Droit pénal général. 7e ed.: Dalloz; 2015.

14. MINISTERE DE L'INTERIEUR. Intérieur Gouv. Porter plainte; 2015 [En ligne]. <http://www.interieur.gouv.fr/A-votre-service/Mes-demarches/Justice/Procedures-judiciaires/Proces-penal/Plainte/Porter-plainte>. Consulté le 10 Décembre 2015
15. IFF S, BRACHET MC. Viols et agressions sexuelles : le devenir des plaintes. Actualité et dossier en santé publique. Juin 2000;(31).
16. GUILLER A, WEILER N. Le viol, un crime presque ordinaire. Paris: Cherche midi; 2011.
17. LEVEL S, DALIGAND L, DORAY S, et al. Le praticien face aux violences sexuelles. Conseil National de l'Ordre des Médecins, la Chancellerie, le Ministère de l'Intérieur et le Ministère de la Défense; 2000.
18. BACCINO E. Médecine de la violence : L'essentiel - Prise en charge des victimes et des agresseurs. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2007.
19. AUTAIN C. Elles se manifestent : Viol, 100 femmes témoignent. Don Quichotte; 2013.
20. SALMONA M. Mémoire traumatique. Conséquences des troubles psychotraumatiques et de leurs mécanismes neurobiologiques sur la prise en charge médicale et judiciaire; 2009 [En ligne]. http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/doc_violences_sex/cons_troubles_psychotrauma_sur_prise_en_charge_victimes_de_viols.pdf. Consulté le 14 Décembre 2015
21. RAUCH S, SHIN L, PHELPS EA. Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction : human neuroimaging research (past, present and future). Biological psychiatry. Août 2006;60(4).
22. GOUNE M. La sage-femme, une professionnelle et une citoyenne, face au dépistage des violences faites aux femmes en service d'urgences gynécologiques et obstétricales. Mémoire de fin d'études de sage-femme. Université de Lorraine. Ecole de sage-femme de Metz; 2013.
23. SALMONA M. Mémoire traumatique. Violences conjugales. [En ligne]. <http://www.memoiretraumatique.org/memoire-traumatique-et-violences/violences-conjugales.html>. Consulté le 20 Décembre 2015
24. THOMAS JL. Stop aux violences sexuelles. Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique : revue de la littérature. Revue Française du Dommage Corporel; 2015 [En ligne]. <http://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/Thomas-JLT-2015-Revue-du-dommage-corporel-Revue-lit-somatiation-droitdiffusion.pdf>. Consulté le 30 Novembre 2015
25. JEHEL L, THOMAS JL, GUERIN V. Stop aux violences sexuelles. Conséquences médicales de violences sexuelles : Comment les dépister et les soigner ?. Les entretiens de Bichat; 2015 [En ligne]. <http://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/ENTRETIENS-DE-BICHAT-2015-Atelier-Violences-sexuelles.-Jehel-Thomas-Guerin.pdf>. Consulté le 30 Novembre 2015

26. GUERIN V. Stop aux violences sexuelles ! Ecoutons donc ces corps qui parlent. Paris: Auto-édition; 2011.
27. SALMONA M. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte : Déni de protection, de reconnaissance et de prise en charge. Enquête nationale auprès des victimes. Association Mémoire traumatique et victimologie; Mars 2015.
28. BRADLEY R, GREENE J, RUSS E, ET AL. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. American Journal of Psychiatry. Février 2005;162(2).
29. BAJOS N, BOZON M, BELTZER N, et al. Contexte de la sexualité en France. INSERM, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. INED, Institut National d'Etudes Démographiques; 2006.
30. BAJOS N, BOZON M. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. Population et sociétés, INED. Mai 2008;(445).
31. COLLECTIF FEMINISTE CONTRE LE VIOL. Résultats issus de la permanence téléphonique du numéro vert "SOS Viols". Bulletin 2000; 1998.
32. ORS, OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DES PAYS DE LA LOIRE. Santé Pays de la Loire. La consommation d'alcool des jeunes en Loire-Atlantique; 2015 [En ligne]. http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/CondAddict/2015dec_alcol_jeunesloireatlantique.pdf. Consulté le 22 Décembre 2015
33. MCLEAN I, ROBERTS S, WHITE C, et al. Female genital injuries resulting from consensual and non-consensual vaginal intercourse; 2010.
34. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Stop Violences Femmes Gouv. 4 outils pour l'animation sur les violences faites aux femmes. [En ligne]. <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/4-outils-pour-l-animation-sur-les.html>. Consulté le 20 Décembre 2015
35. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. MIPROF. Lettre de l'Observatoire National des Violences faites aux Femmes n° 6. Violences au sein du couple et violences sexuelles : impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes; Mai 2015 [En ligne]. http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_ONVF_-_no_6_-_mai_2015_-_violences_et_sante.pdf. Consulté le 25 Novembre 2015
36. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Femmes Gouv. Généralisation du téléphone grand danger. [En ligne]. <http://femmes.gouv.fr/generalisation-du-telephone-grand-danger/>. Consulté le 11 Décembre 2015
37. N'DIAYE D. App-Elles; 2015 [En ligne]. <http://www.app-elles.fr/>. Consulté le 20 Décembre 2015
38. VALADE I. Violences conjugales, quel dépistage en maternité ?. Mémoire de fin d'études de sage-femme. Université de Nantes. Ecole de sage-femme de Nantes; 2006.

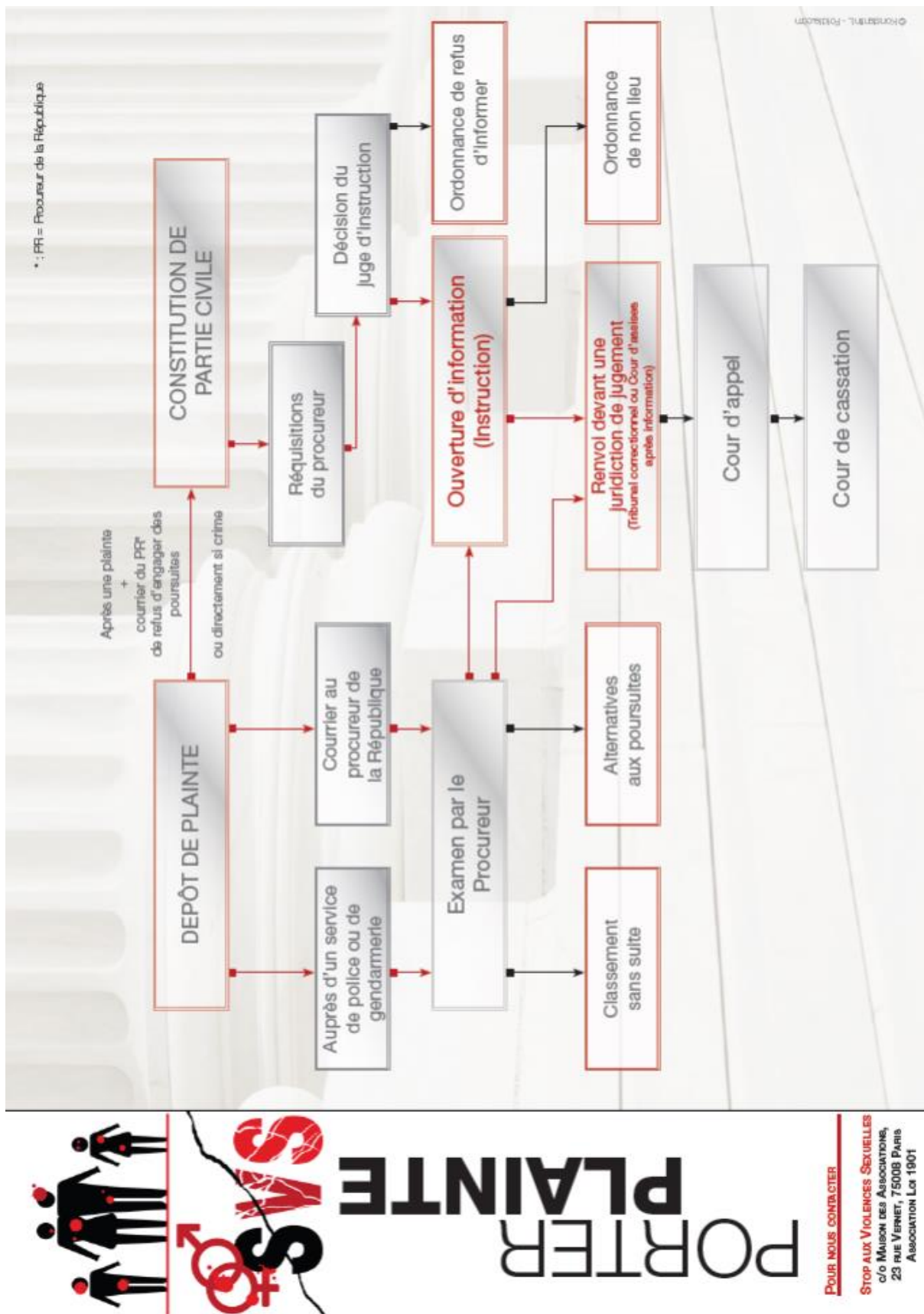
39. RESEAU SECURITE NAISSANCE DES PAYS DE LA LOIRE. Réseau Sécurité Naissance - Naître Ensemble. Entretien pré-natal précoce. [En ligne]. <http://www.reseau-naissance.fr/module-pagesetter-viewpub-tid-2-pid-17.html>. Consulté le 4 Décembre 2015
40. BLONDEL B, KERMARREC M. Enquête Nationale Périnatale. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale; 2010.
41. BRANGER B, RESEAUX DE SANTE EN PERINATALITE. Prévalence et caractéristiques de l'entretien pré-natal précoce : résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité; 2012 [En ligne]. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/6-7/2015_6-7_5.html. Consulté le 20 Novembre 2015
42. DELESPINE M. Le dépistage systématique des violences faites aux femmes dans la pratique des sages-femmes : Intérêt et faisabilité lors de la première consultation pré-natale ou de l'entretien du 4ème mois. Mémoire de fin d'études de sage-femme. Université René Descartes - Paris V. Ecole de sage-femme de Baudelocque; 2009.
43. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Stop Violences Femmes Gouv. Modèles de certificats et attestations. [En ligne]. <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Modeles-de-certificats-d.html>. Consulté le 3 Décembre 2015
44. SVS, STOP AUX VIOLENCES SEXUELLES. Programme de prévention SVS des violences sexuelles dans l'enseignement. [En ligne]. <http://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/11/prev-131102-enseignement.pdf>. Consulté le 26 Décembre 2015
45. EDUCATION NATIONALE. Education Gouv. L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées; 2003 [En ligne]. <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>. Consulté le 26 Décembre 2015

Annexes

1. Schéma « Parcours judiciaire »
2. Où orienter une victime au CHU de Nantes ?
3. Monographies des différents lieux de consultation et d'aide sur Nantes
 - a. UGO
 - b. UMJ
 - c. UAED
 - d. UGOMPS
 - e. SOS Femmes
 - f. SOS Inceste pour revivre
 - g. CIDFF de Nantes
 - h. ADAVI 44
 - i. Bureau d'aide aux victimes – Police/Gendarmerie
4. Dossier type « agression sexuelle » de l'UGO du CHU de Nantes
5. Prélèvements : Kit « Constat agression sexuelle »
6. Protocole : Accueil des victimes de violences sexuelles à l'UGO (hors faits anciens)
7. Affiche de prévention
8. Fiche maquette « Contacts »
9. Certificat médical

Annexe 1 : Schéma « Parcours judiciaire »

Sources : association « Stop aux Violences Sexuelles »



**PORTER
PLAINTE**

POUR NOUS CONTACTER

STOP AUX VIOLENCES SEXUELLES
c/o Maison des Associations,
23 RUE VERNET, 75008 PARIS
Association Loi 1901

Annexe 2 : Où orienter une victime au CHU de Nantes ?

Sources : intranet CHU de Nantes

CHU de Nantes janvier 2014

info.CHU

Où orienter une victime au CHU de Nantes ?

victimes de – de 15 ans

URGENCES PÉDIATRIQUES

Hôtel-Dieu

→ violences physiques, sexuelles
et psychologiques
accueil : 02 40 08 38 06

victimes de + de 15 ans

Pour une prise en charge immédiate (sans rendez-vous)

URGENCE GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE (UGO)

Hôpital mère-enfant

→ violences sexuelles
accueil : 02 40 08 32 17

URGENCES

Hôtel-Dieu

→ violences physiques
accueil : 02 40 08 39 04

URGENCES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (UMP)

Hôtel-Dieu

→ violences psychologiques
accueil : 02 40 08 38 71

Pour une prise en charge en temps différé (sur rendez-vous)

UNITÉ D'ACCUEIL DES ENFANTS EN DANGER (UAED)

Hôpital mère-enfant

→ violences physiques, sexuelles
et psychologiques (consultations
et examens sur réquisition
judiciaire)
secrétariat : 02 40 08 44 54

UNITÉ DE GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE MÉDICO PSYCHO SOCIALE (UGOMPS)

Hôpital mère-enfant

→ violences faites aux femmes,
violences au sein du couple,
mutilations sexuelles
secrétariat : 02 40 08 30 32

CENTRE DE PLANIFICATION

Simone Veil

Hôpital mère-enfant
→ contexte de l'IVG
secrétariat : 02 40 08 49 69

UNITÉ DE VICTIMOLOGIE

Hôpital Saint-Jacques

→ soins psychiques aux victimes
secrétariat : 02 53 48 25 12

UNITÉ MÉDICO-JUDICIAIRE (UMJ)

Hôtel-Dieu

→ agressions-infractions (consultations
sur réquisition judiciaire)
→ soins psychiques aux victimes (procé-
dure judiciaire envisageable ou en cours)
secrétariat : 02 40 08 38 28

Annexe 3 : Lieux d'accueil

Annexe 3a : UGO



Description

Cette unité accueille 24/24h toutes les urgences gynécologiques et obstétricales y compris les personnes victimes d'**agression sexuelle**. Ces individus, nécessitant une réponse urgente (réquisition ou faits récents), y bénéficient d'une prise en charge médicale rapide et, s'il y a lieu, d'une prise en charge médico-légale.

Composition de l'équipe

Le personnel de l'UGO est composé de la manière suivante : une infirmière diplômée d'état (dédiée à la gynécologie), une sage-femme (dédiée à l'obstétrique), une aide-soignante ou auxiliaire de puériculture 24h/24. Aussi, aux heures ouvrables, un médecin sénior référent, un interne de médecine générale et un interne de spécialité gynéco-obstétrique sont disponibles. En semaine, une cadre sage-femme est présente. Et en ce qui concerne les nuits, un médecin sénior et un interne de garde gèrent l'UGO ainsi que le bloc obstétrical.

Historique

Depuis l'ouverture de la nouvelle maternité en septembre 2004, l'UGO assure la prise en charge des victimes d'abus sexuels (chez les plus de 15 ans et 3 mois). Auparavant, de janvier 1991 au 22 septembre 2004, le centre d'accueil des victimes d'abus sexuels se situait dans les locaux du centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) au sein de l'ancienne maternité. Ce changement avait pour objectif d'améliorer les modalités d'accueil, avec notamment la possibilité de recevoir les victimes 24 heures sur 24.

Bilan d'activité

En 2014, 8 266 patientes sont venues consulter pour des motifs gynécologiques (dont 92 pour des agressions sexuelles, soit 1 %). Tandis que 7 023 personnes sont venues pour une cause obstétricale.

En pratique

- Adresse : 38 boulevard Jean Monnet, 44 093 Nantes Cedex 1, au rez-de-chaussée de l'Hôpital Mère-Enfant, entrée côté tramway (arrêt Aimé Delrue, ligne 2 ou 3). Le service se trouve au 5^{ème} étage du bâtiment.
- Téléphone :
 - Salle de soins (24h/24) : 02 40 08 32 17
 - Secrétariat du lundi au vendredi de 8h à 16h : 02 40 08 77 30

Annexe 3b : UMJ



Description

L'unité médico-judiciaire du CHU accueille des femmes et des hommes de plus de 15 ans et 3 mois, victimes d'agressions physiques et/ou psychologiques récentes ou anciennes, ainsi que d'agressions sexuelles semi-récentes (> 72h) à anciennes en dehors de la prise en charge de l'urgence médicale. Ce suivi se fait sur demande d'une autorité judiciaire (police ou gendarmerie). Les consultations se font sur réquisition tant que le délai de prescription n'est pas dépassé.

Lors de l'examen médico-légal, le médecin légiste réalise un interrogatoire, puis un examen clinique en décrivant les blessures subies par la victime afin de déterminer une ITT (estimée par médecins légistes et psychologues). Ce sont des consultations relativement longues afin de saisir au mieux les situations.

Le psychologue de l'UMJ reçoit les victimes d'une infraction pénale. Il a pour mission d'évaluer l'impact psychologique de l'infraction sur les victimes et de les prendre en charge psychologiquement au cours de la procédure judiciaire avant de les orienter vers d'autres spécialistes si nécessaire. Il travaille en lien étroit avec d'autres unités du CHU qui participent à l'activité médico-légale telles que l'UAED, l'UGOMPS voire la cellule d'urgence médico-psychologique (Cump) si nécessaire.

Composition de l'équipe : L'équipe de l'UMJ comprend des médecins légistes (4,7 ETP), des psychologues (1 ETP) et 3 secrétaires.

Historique

En 1986, le centre médico-légal s'est créé au CHU, puis il est devenu le centre fédératif médico-légal en 2007. C'est-à-dire qu'il associe les différents services amenés à prendre en charge les victimes de violence et de maltraitance tels que l'UAED, le laboratoire de toxicologie, les consultations de victimologie, l'UGO ainsi que l'UGOMPS.

Plus tard, une réforme de la médecine légale de 2011 a structuré les activités de ces services dans des centres pivots dans toute la France. Ils sont composés d'UMJ, prenant en charge les vivants, ainsi que d'instituts médico-légaux (IML), prenant en charge les morts.

Bilan d'activité : En 2014, 2 172 personnes ont consulté à l'UMJ.

En pratique

- Adresse : Place Alexis Ricordeau, Hôtel-Dieu, 44093 Nantes Cedex 1 (tramway ligne 2 ou 3, arrêt Hôtel Dieu). Le service de consultation se trouve au 7^{ème} étage de l'aile Nord du CHU.
- Pour consulter, venir muni d'une réquisition rédigée à son nom par une autorité judiciaire :
 - Avec les médecins légistes, les consultations ont lieu sur rendez-vous du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h, au 02 40 08 38 28 dans les locaux de l'UMJ au 7^{ème} étage de l'aile Nord du CHU. En dehors de ces horaires, les week-ends et jours fériés, les consultations sont réalisées aux urgences du CHU.
 - Avec les psychologues, les consultations ont lieu à l'UMJ, sur rendez-vous, après un premier examen avec un médecin légiste (les lundis après-midi, mardis, mercredis, jeudis matin et vendredis).

Annexe 3c : UAED



Description

L'unité d'accueil des enfants en danger du CHU accueille des mineurs (filles et garçons) de moins de 15 ans et 3 mois en situation de danger ou de maltraitance.

Cette structure offre des possibilités spécifiques :

- Un accueil adapté à l'enfant par une puéricultrice, sur rendez-vous, mais aussi en urgence
- Un accueil téléphonique pour les professionnels et les familles
- Une salle dédiée à l'audition filmée, facilement accessible, permettant une procédure conforme aux exigences légales
- Une procédure d'examen protocolisé pédiatrique : réponse médico-légale (qui respecte l'âge et la compréhension de l'enfant)
- Une proximité géographique avec les urgences gynécologiques ou pédiatriques
- Une prise en charge initiale de la famille (qu'elle soit impliquée ou non)
- Des expertises spécifiques : dermatologiques, orthopédiques, radiologiques, biologiques...
- Une protection rapide de l'enfant par une hospitalisation en urgence
- Une prise en charge évitant le sur-traumatisme
- Un lien avec les autres institutions pour la poursuite d'une prise en charge (PMI, justice, police, CRIP)

En ce qui concerne les auditions filmées, elles se font, en général, à partir de 3 ans (l'âge de la parole) par des policiers ou des gendarmes. Elles font suite à un signalement ou à un dépôt de plainte. L'accueil de l'enfant et de l'accompagnant se fait par la puéricultrice pour une mise en confiance. Ensuite, l'enfant reste avec un policier dans la salle prévue. La salle est présentée avant l'enregistrement et il est expliqué à l'enfant que l'entretien sera filmé avec une caméra (montrée), tout cela dans le but de lui éviter de répéter son histoire. Pendant ce temps, l'accompagnateur est reçu par une puéricultrice dans une autre salle pour essayer de comprendre la situation. Suite à cela, un examen clinique de l'enfant peut être fait au besoin. D'un point de vue médical, la conduite à tenir à court terme pour l'enfant sera décidée par un médecin. Cela peut être un suivi psychologique à mettre en place, ou programmer une nouvelle consultation ou encore une hospitalisation si nécessaire.

Quant aux consultations, elles peuvent être demandées pour avis sur demande d'un professionnel ou de parents et déboucheront sur une procédure ou non. Sinon, pour des faits plus manifestes, elles se font sur réquisition et sont demandées par le médecin traitant, la famille, l'école... Si les faits de maltraitance sont avérés, l'enfant pourra être hospitalisé ou protégé par ses parents si l'agresseur ne fait pas partie du cercle familial (signalement ou information préoccupante).

Composition de l'équipe

Le pédiatre responsable de l'unité est le Docteur N. Vabres et la puéricultrice référente est Mme C. Echelard. L'équipe est composée de pédiatres, psychologues, pédopsychiatres, assistantes sociales, puéricultrices, secrétaire spécialisée et d'un référent dans chaque unité de pédiatrie.

Historique

En 2000, un groupe de professionnels référents s'est mis en place pour répondre aux besoins internes de tous les services du CHU (urgences, chirurgie, réanimation, pédopsychiatrie...) mais aussi aux besoins externes (médecins généralistes, pédiatres, PMI, services sociaux, justice...).

L'UAED telle qu'elle existe aujourd'hui s'est créée en 2004 et l'instauration des auditions filmées s'est faite en 2010.

Bilan d'activité

Environ 500 enfants sont vus en consultation à l'UAED chaque année. La moyenne d'âge est d'environ 8 ans et demi (dont des bébés) et nous y retrouvons 50 % de maltraitance physique.

Du point de vue des auditions filmées, 383 enfants ont été entendus en 2014. Parmi ces enfants, nous pouvons constater que cela représente 60 % de filles, d'une moyenne d'âge de 10-11 ans et 55 % de suspicion de violences sexuelles (le reste étant une maltraitance physique et/ou psychique, carence grave).

Le profil des agresseurs est varié : dans 24 % des cas, il s'agit du père. Dans les autres situations, il peut s'agir d'un autre mineur (adolescent sur autre adolescent ou petit) : 21 %, la mère dans 13 % des cas, le beau-père : 11 %, le grand-père : 7 % et chez l'assistante maternelle dans 7 % des cas.

En pratique

- Adresse : 7 quai Moncoussu, 44 093 Nantes Cedex 1, au rez-de chaussée de l'Hôpital Mère-Enfant, entrée côté Loire, au niveau des consultations de pédiatrie (au fond du couloir orange, dernière porte à gauche).
- Téléphone : 02 40 08 44 54

Annexe 3d : UGOMPS



Description

L'unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale est au service des femmes en situation de vulnérabilité. Il ne s'agit pas seulement de précarité économique mais aussi de vulnérabilités « invisibles », psychologiques, liées au vécu. Les femmes y trouvent des soins, une écoute, des conseils, de l'aide ou une orientation vers une structure adaptée.

L'UGOMPS assure le suivi des grossesses de femmes fragilisées (car très jeunes, isolées, toxicomanes, migrantes ou victimes de violences) et peut proposer un suivi gynécologique à des femmes socialement marginalisées. L'unité prend aussi en charge les victimes de violences physiques ou morales dont les femmes africaines ayant subi des mutilations sexuelles.

Composition de l'équipe

L'unité est dirigée par le Dr Véronique Carton. L'équipe est pluridisciplinaire et est composée de 4 médecins (1,5 ETP), une sage-femme, 2 assistantes sociales à temps partiel, 3 psychologues (2 ETP), une sexologue et 2 secrétaires.

Historique : Cette unité a été créée en 2004.

Bilan d'activité en 2014

L'unité assure chaque année 2 500 consultations (dont 1 000 pour de nouvelles patientes), parmi lesquelles plus de 500 sont en précarité sociale et 380 viennent de l'étranger.

En pratique

- Adresse : 38 boulevard Jean Monnet, 44 093 Nantes Cedex 1, au rez-de-chaussée de l'Hôpital Mère-Enfant, entrée côté tramway (arrêt Aimé Delrue, ligne 2 et 3)
- Téléphone : 02 40 08 30 32 - Fax : 02 40 08 76 11
- Les consultations ont lieu sur rendez-vous, du lundi au vendredi

Annexe 3e : SOS Femmes



Description

C'est une association qui propose un lieu d'accueil (physique et téléphonique) départemental de jour, d'écoute, d'accompagnement, de soutien moral et d'hébergement des femmes victimes de violences conjugales et familiales.

Grâce à l'accueil de jour, les femmes peuvent, dans leurs locaux, bénéficier d'un accueil individuel sécurisé, sans rendez-vous, durant toute la journée.

Il existe aussi les accueils collectifs, ils sont proposés 2 fois par semaine, sans rendez-vous et pour la durée que la femme souhaite. Ce sont des temps d'échanges entre femmes victimes de violences qui leur permettent de parler de leur vécu, nommer la violence, comprendre l'emprise et le cycle de la violence, prendre conscience de leurs droits. Tout cela dans le but de sortir de l'isolement, de la honte, de la culpabilité et d'entrevoir de solutions pour sortir de la violence.

Il y a une possibilité de loger ces femmes pour les situations d'urgence ou d'insertion. Cette solution est temporaire (en général 15 jours, jusqu'à 3 mois maximum). C'est une réelle opportunité pour elles de rebondir. L'association gère 6 appartements dans Nantes. Ils sont composés de 2 à 4 chambres et sont parfois partagés. Les adresses sont tenues secrètes pour garantir un maximum de sécurité aux femmes et leurs enfants.

Des activités sont organisées avec les femmes telles que des ateliers cuisine, des spectacles, du sport grâce à l'association « Sport pour tous ».

Un projet de centre de consultation post-traumatique pour filles et femmes victimes de violences sexuelles vient d'être soumis à la Ville de Nantes, en lien avec les associations « SOS inceste pour revivre », « l'Oasis des femmes » et « Question de confiance ».

Composition de l'équipe

Le conseil d'administration est composé de 14 personnes. Il y a une équipe de 11 travailleuses sociales, une assistante administrative et de gestion, une coordinatrice et une secrétaire.

Historique : A Nantes, l'association existe depuis 1978. Elle a été labellisée en 2012.

Bilan d'activité

En 2014, 1 384 situations de femmes ont été portées à la connaissance de l'association.

Concernant l'accueil de jour, l'association a reçu 4 à 5 femmes chaque jour. Les accueils collectifs ont permis à 139 femmes d'en bénéficier cette année-là.

Plusieurs données nous informent sur les profils des victimes qui sont venues à l'association :

- L'âge : sur l'ensemble des personnes, 20 % avaient moins de 25 ans, 36 % entre 26 et 35 ans, 23 % entre 36 et 45 ans, 12 % entre 46 et 55 ans, et 9 % avaient plus de 56 ans.
- D'un point de vue de l'emploi, 54 % n'en avaient pas, 39 % travaillaient, 3 % étaient en étude et 4 % étaient retraitées.
- En ce qui concerne la situation familiale, 55 % étaient mariées, 30 % vivaient en concubinage, 11 % étaient seules, 2 % divorcées et 2 % pacsées.
- A propos du nombre d'enfants à charge : 26 % n'avaient pas d'enfants, 70 % en avaient et 4 % étaient enceintes au moment de la démarche.
- Certaines avaient déjà entrepris des démarches avant le premier passage ou appel : plainte, certificat médical, services sociaux, avocat, intervention police/gendarmerie, main courante

En pratique

- Adresse : 9 rue Jeanne d'Arc, 44 000 Nantes, proche de la place du marché de Talensac (tramway ligne 2, arrêt 50 Otages)
- Téléphone : 02 40 12 12 40 (prix d'un appel local, possibilité de se faire rappeler)
- Mail : contact@solidaritefemmes-la.fr
- Site internet : www.solidaritefemmes-la.fr
 - Une icône existe pour fermer rapidement la page en cours.
 - Des explications pour supprimer l'historique sont données.
- Horaires :
 - Accueil de jour : ouvert du lundi au vendredi de 9h à 18h (le mardi de 13h30 à 18h) dont accueil téléphonique
 - Accueils collectifs : jeudi matin et un samedi matin sur 2 de 9h15 à 11h30
 - D'autres permanences à Chateaubriant, Machecoul...
- Numéro destiné aux femmes victimes de violence, à leur entourage ainsi qu'aux professionnels concernés : **3919**
 - Géré par la fédération nationale Solidarité Femmes.
 - L'appel est anonyme et gratuit depuis un poste fixe en métropole et dans les DOM.
 - Il s'appuie sur un partenariat avec les principales associations nationales agissant pour l'égalité hommes/femmes, pour l'accès aux droits des femmes et luttant contre les violences sexistes et sexuelles qui leur sont faites.
 - Ce numéro permet d'assurer une écoute, une information, et, en fonction des demandes, une orientation adaptée vers les dispositifs locaux d'accompagnement et de prise en charge.
 - Ce n'est pas un numéro d'appel d'urgence. En cas d'urgence, appeler le 17 (ou 112 depuis un portable, appel gratuit)
 - Du lundi au samedi de 8h à 22h

Annexe 3f : SOS inceste pour revivre



Description

Cette association permet une écoute, un soutien et un accompagnement des victimes d'inceste et d'agressions sexuelles qui ont lieu principalement dans l'enfance. Elle a pour mission principale de lutter contre l'inceste et d'apporter une aide aux victimes et à leurs proches. L'association fait de l'écoute non thérapeutique, c'est-à-dire qu'elle ne se substitue pas à un travail thérapeutique mais travaille en parallèle avec le thérapeute. Les victimes venant à l'association ont très souvent ces deux appuis. L'idée est d'avancer au rythme de la victime afin de l'aider à comprendre les mécanismes de l'inceste.

Composition de l'équipe : Elle est animée par 2 salariées ainsi que par une équipe de bénévoles. Elle est composée d'anciennes victimes reconstruites, de psychologues et de personnes sensibles à cette problématique.

Historique : L'association a été créée en 1994.

Bilan d'activité

En 2014, l'association a été contactée par 234 femmes et 54 hommes (victimes et proches de victimes confondus). Cela représente 1 139 appels, 344 visites et 760 mails.

	Nombre de femmes	Nombre d'hommes
Victimes	139	29
Proches de victimes	40	12
Proches et aussi victimes	23	5
Sans précision	32	8

Des 288 personnes qui ont contacté l'association, l'agresseur est connu dans 181 cas. La répartition est la suivante : 56 % d'inceste intra-familial par un abuseur, 19 % d'inceste intra-familial par plusieurs agresseurs, 3 % de viols conjugaux, 2 % hors lien et 20 % sont sans précision.

En pratique

- Adresse : 8 rue Félibien 44 000 Nantes (tramway ligne 3, arrêt Viarme)
- Téléphone : 02 22 06 89 03 ou 02 40 89 30 80
- Mail : asso@sos-inceste-pour-revivre.org
- Site internet : www.sos-inceste-pour-revivre.org
- Pour échanger, cela se fait par :
 - Une permanence téléphonique et au local (avec ou sans rendez-vous) : tous les mardis et jeudis de 14h à 17h et le premier et troisième lundi de chaque mois de 18h30 à 20h30.
 - Une écoute téléphonique ou accueil (sur rendez-vous) : du lundi au jeudi de 9h à 12h30 et de 14h à 17h, ainsi que le vendredi de 9h à 12h.
 - Echanges d'e-mails
 - Forum via le site internet
 - Groupes de parole mensuels

Description

C'est le Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles. Il informe, oriente, accompagne le public, en priorité les femmes dans les domaines de l'accès au droit, de la lutte contre les violences sexistes, du soutien à la parentalité, de l'emploi, de la formation professionnelle et de la création d'entreprise, de la sexualité et de la santé. L'information est confidentielle et gratuite.

Composition de l'équipe

L'équipe pluridisciplinaire est composée de juristes, de travailleurs sociaux, de conseillères à l'emploi, à la formation professionnelle et à la création d'entreprise, et d'une directrice.

Historique

Le CIDFF de Nantes a été créé en 1978.

Bilan d'activité

En 2014, 2 901 personnes ont été informées individuellement par le CIDFF de Nantes, dont 2 673 dans le secteur juridique. Cela correspond à 92 % de la demande totale d'information. Parmi les personnes victimes de violence, le public est très majoritairement féminin (87 %), et âgé de 26 à 45 ans pour 66 % d'entre eux. 25 % des personnes sont en couple, 34 % en cours de séparation et 37 % sont seuls. Les violences les plus souvent évoquées par les plaignants sont les violences psychologiques (46 %), physiques (41 %) et des situations de viol (7 %). Sur les 550 situations de violences abordées en entretien, 80 % concernent les violences conjugales.

En pratique

- Adresse : 5 rue Maurice Duval, 44 000 Nantes (tramway ligne 2, arrêt Saint Mihiel)
- Téléphone : 02 40 48 13 83
- Mail : cidffnantes@orange.fr
- Sites internet
 - <http://loireatlantique-nantes.cidff.info/>
 - www.infofemmes.com
- Horaires : lundi au jeudi de 9h00 à 12h et de 13h30 à 17h30, le vendredi, sur rendez-vous
- Permanence téléphonique : le matin les lundi, mardi et jeudi de 9h30 à 12h pour répondre à des questions ponctuelles ou d'urgence
- Permanences à Nantes, Rezé, Saint Sébastien sur Loire, Châteaubriant, Ancenis, Blain, Vallet, Saint Philbert de GrandLieu (se renseigner sur le site pour les horaires)

Description

L'Association Départementale d'Aide aux Victimes d'Infractions a pour but d'accompagner juridiquement et psychologiquement des victimes d'infractions pénales. Elle fait partie du réseau INAVEM (Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation) qui fédère 140 associations en France. Ces services sont confidentiels et gratuits.

Elle est compétente sur le ressort du tribunal de grande instance de Nantes et a pour mission d'accueillir toute victime d'infractions pénales (femme, homme, majeur, mineur, sans discrimination).

Il peut s'agir d'atteinte aux personnes (violence, agression sexuelle...), d'atteinte aux biens (vol, escroquerie), d'accident de la circulation (corporel et/ou matériel). Elle a aussi pour mission d'informer les victimes de leurs droits, de les orienter et de les accompagner dans leurs démarches. Elle travaille en lien avec de nombreux partenaires : le barreau, la police, la gendarmerie, la justice, sans oublier le réseau associatif local (Solidarité Femmes, CIDFF, SOS inceste).

Composition de l'équipe

L'équipe est composée de bénévoles, une secrétaire, 5 assistantes juridiques et une psychologue.

Historique

L'ADAVI 44 existe depuis 1988.

Bilan d'activité

En 2011, elle a reçu plus de 2 150 nouvelles victimes, auxquelles il faut ajouter 500 personnes ayant pris contact avec l'association les années antérieures et pour lesquelles le suivi s'est poursuivi au cours de l'année 2011.

En pratique

- Adresse : 5 boulevard Vincent Gâche (Immeuble SIGMA 2000, 8^{ème} étage) 44200 Nantes (tramway ligne 3, arrêt Vincent Gâche)
- Téléphone : 02 40 89 47 07
- Mail : adavi44@wanadoo.fr
- Site internet : www.adavi44.fr
- Possibilité de rencontrer sur rendez-vous une assistante juridique ou une psychologue au siège de l'association ou dans une permanence extérieure : au Palais de Justice, à la Maison de la Justice et du Droit (Rezé ou Chateaubriant), dans les Point d'Accès au droit (Ancenis, Nantes Nord), CHU Hôtel Dieu ou à Saint Jacques.

Annexe 3i : Bureaux d'aide aux victimes – Police/Gendarmerie

Description

Ces structures ont un rôle d'intermédiaire entre les victimes et les différentes structures judiciaires. Elles permettent aux personnes qui les sollicitent de répondre à leurs questions sur le fonctionnement de la justice et peut aussi les aider dans les démarches liées à la procédure (accompagnement au dépôt d'une plainte, suivi de la plainte, orientation vers des associations spécialisées...).

Composition des équipes

Elles sont composées d'assistantes sociales et de psychologues.

En pratique

- Tribunal de Grande Instance
 - Adresse : 19 quai François Mitterrand 44 921 Nantes Cedex
 - Téléphone : 02 51 17 95 00
 - Horaires : du lundi au jeudi de 13h45 à 17h45
- Commissariat de Police
 - Adresse : 6 place Waldeck Rousseau 44 000 Nantes
 - Téléphone : 02 53 46 71 56
- Gendarmerie : Caserne Lamoricière
 - Adresse : 4 rue d'Allonville 44 000 Nantes
 - Téléphone : 02 28 24 14 44 ou 43
- Sur rendez-vous

Annexe 4 : Dossier type « agression sexuelle » de l'UGO du CHU de Nantes

ETIQUETTE UF
par défaut 3132



ETIQUETTE PATIENT

Nom : Nom de Jeune fille :
Prénom : Age :
Profession : Sexe Féminin Masculin
Médecin traitant : Suivi gynécologique par :

PHU Femme-Enfant-Adolescent
**CENTRE D'ACCUEIL
 DES VICTIMES D'ABUS SEXUELS**
 C.H.U. NANTES
 HOPITAL MÈRE ET ENFANT
 44093 NANTES CEDEX 1

Examen pratiqué le à h

Examineur :

Personne(s) présentes(s) :

Démarche Personnelle
 Réquisition ➤ Nom :
 Autre :

Certificat médical
 et réquisition remis aux autorités judiciaires le
 lors réquisition, remis à la patiente le

ETIQUETTE PATIENTE



ANECEDENTS

1) Médico-chirurgicaux :

2) Gynéco-obstétricaux:

- * âge premières règles (si besoin d'évaluation du statut pubertaire):
- * activité sexuelle antérieure oui non
- Si non usage de tampons oui non
- * date du dernier rapport sexuel consenti avant les faits :
- * si pubère
 - contraception oui préciser : non
 - DDR :
 - gestité : parité :



INTERROGATOIRE

Agression : Date : à h Lien :

Agresseur (nombre):

Types de sévices :

Signes fonctionnels au moment de l'agression :

Changement de vêtements oui non

Toilette oui non

ETIQUETTE PATIENT



ETIQUETTE UF
par défaut 3132

EVALUATION PSYCHOLOGIQUE :

- * présentation de la victime :
Comportement général (normal, calant, somnolent, agité, délinant, pressé, ...) :
- Etat psychique (agressif, dépressif, anxié, euphorique) :
- Langage (normal, basé, plainte, insolente, naïf) :
- * signes de stress post-traumatique récents (réaction de stress, anxiété, sécheresse hygiénique, émotivité, anxiété affective, ...) ou secondaires (trouble du sommeil, cauchemars, troubles des conduites alimentaires, anxiété, trouble de la hygiène, conduites phobiques, idées dépressives) :
- * antécédents psychiatriques :
- * notion de traitement psychotrope / usage de stupéfiants :
- * signes(s) d'impul pouvant évoquer une soumission toxique (amotie totale ou partielle, confusion, lésion, hallucinations, hétéro, malaise, signes neurovégétatifs type hypotension, hypotension, tachycardie, ...):

ETIQUETTE PATIENT



ETIQUETTE UF
par défaut 3132

EXAMEN SOMATIQUE :

- * Développement stature-pondéral :
- * Stade pubertaire :
- * Signes fonctionnels actuels :
- * Descriptions des lésions :
Préciser type de lésion, localisation, taille et ancienneté (compléter schéma p 8/9)
- * Autres traces de violence (vêtements, etc...) :

ETIQUETTE PATIENT



ETIQUETTE UF
par défaut 3132

EXAMEN GÉNITAL :

* **Inspection :**

- Grandes lèvres :
- Petites lèvres :
- Fourchette :
- Hymen : 1) Forme 2)
- (voir annexe 1) 3)
- ↳ uniforme
- ↳ labié
- ↳ annulaire
- ↳ frangé
- ↳ autre (décrire)

2) +/- Diamètre - orifice hyménial :

3) Aspect bord libre :

- Autre :

* **Speculum** (si réalisé) :

* **Toucher vaginal** (si réalisé) :

- Degré de perméabilité de l'hymen
- ↳ non testé
- ↳ 1 doigt
- ↳ 2 doigts

- Organes pelviens :

ETIQUETTE PATIENT



ETIQUETTE UF
par défaut 3132

EXAMEN PÉRINEAL :

* **Inspection :**

- Lésions marge anale :
- Plis radiaux :
- Autre :

* **Toucher rectal** (si réalisé) :

- tonicité du sphincter :
- Autre :

ETIQUETTE PATIENT



ETIQUETTE UF
par défaut 3132

PRELEVEMENTS (sous systématiques : sont réalisés selon les demandes de la réception, la nature des faits, le délai depuis les faits et les contraintes médicales)
Les prélèvements médico-légaux (spécimens/biologiques) sont faits sur réquisition. A charge pour les OPJ de les mettre sous scellés et de les adresser aux laboratoires adéquats avec les réquisitions spécifiques d'analyse.
En l'absence de mise sous scellés seront détruits automatiquement à 2 mois

PRELEVEMENTS locaux (pour dépistage d'IST)	FEMME	HOMME
<p>NB: PCR chlamydiae/ gonocoque est un test réalisé sur un PV (toujours utiliser kit spécifique) Il n'y a pas lieu chez une patiente asymptomatique de réaliser une PV ni encoquel bactérien</p> <p>Sérologies :</p> <p>- Dosage β HCG plasmatique : - Si prescription traitement antirétroviral (pour suivi en inféctologie)</p> <p>Recherche de spermatozoïdes : Conservation température ambiante (sur réquisition) Joindre Annexe 3 remplie Pas de transfert par mesuratrice</p> <p>Identification génétique : Conservation à : -20° (sur réquisition) Joindre Annexe 3 remplie</p>	<p>PCR Chlamydiae/ gonocoque <input type="checkbox"/> PV ou <input type="checkbox"/> 1^{er} jet d'urines</p> <p><input type="checkbox"/> PV Parasitologie (trichomonas)</p> <p><input type="checkbox"/> Tribo-Vid <input type="checkbox"/> Hépatite C <input type="checkbox"/> HIV</p> <p><input type="checkbox"/> Hépatite B dépistage (Ag Hbs, antiHbs) <input type="checkbox"/> Hépatite B contrôle post-vaccinal (anti Hbs, antiHbc)</p> <p><input type="checkbox"/> NFS, TGO, TGP, créatinémie, Béta HCG</p> <p>2 échantillons minimum et 2 étiquettes sur leurs dépilés, non fixés, à mettre dans une boîte de protection ou 4 échantillons et pas d'étiquette sur bande - dans les 72 heures après l'agression <input type="checkbox"/> cul de sac postérieur <input type="checkbox"/> endocou <input type="checkbox"/> anus <input type="checkbox"/> bouche (dernière incisive ou dans sillon gingival)</p> <p>4 prélèvements minimum sur échantillons (préciser la localisation) (Séité 2 pour contre expertise) (e dans les 72 heures après l'agression) <input type="checkbox"/> cul de sac postérieur <input type="checkbox"/> endocou <input type="checkbox"/> anus <input type="checkbox"/> bouche (dernière incisive ou dans sillon gingival)</p> <p>2 prélèvements sanguins de la victime sur EDTA (conserver autres pièces à conviction dans enveloppe papier hors congélateur) préciser :</p>	<p><input type="checkbox"/> chlamydiae 1^{er} jet d'urines</p> <p><input type="checkbox"/> bacilio (gono) anus</p> <p><input type="checkbox"/> Chacéro (gono) urètre (uniquement si symptomatique)</p> <p><input type="checkbox"/> HIV</p>
<p>Recherche de toxiques (alcool, drogues) Conservation 48 h au réfrigérateur puis ensuite au congélateur</p> <p>Joindre Annexe 4 remplie en cas de soumission chimique (préciser heure prélèvement/seure des faits +)</p>	<p><input type="checkbox"/> Urines 30 ml (indispensable) <input type="checkbox"/> Sang 3 tubes de 10 ml EDTA</p> <p>Toxicologie : ☎ 84087</p> <p>hors réquisition prendre contact avec labo pour discuter indication et toxicogène à rechercher.</p>	

ETIQUETTE PATIENT



ETIQUETTE UF
par défaut 3132

<p>* Administration d'une contraception d'urgence</p> <p><input type="checkbox"/> Levonorgestrel NORLEVO® 1,5 mg dose unique <input type="checkbox"/> Ulipristal acetate ELLAONE dose unique <input type="checkbox"/> DIU</p> <p>* Trithérapie prophylaxie HIV (A13 3 jours) annex 6 fiches de liaison infectiologie à remplir et faxer * administrer le plus tôt possible et si délai < 48 h00 consultation en infectiologie dans les 3 jours. si agresseur connu, demander aux OPJ de faire séro HIV pour l'agresseur (annexe 6 bis)</p> <p>* Traitement par azithromycine 1 g en une prise</p> <p>* Arrêt de travail</p> <p>* Ordonnance de sortie</p> <p><input type="checkbox"/> contrôle Béta HCG <input type="checkbox"/> vaccination tétravale/hépatite B <input type="checkbox"/> sérologies NB: en cas de prophylaxie ARV HIV, le suivi sérologie sera réalisé d'un mois (MG-M4) et pourra être presser par le service d'infectiologie</p>	<p><input type="checkbox"/> hospitalisation <input type="checkbox"/> coordonnées psychologue données (UGOMPS 83 032) <input type="checkbox"/> es médicale proposée à J8-J15 pour résultats initiaux (UGOMPS 83 032) (si il ARV, résultats seront données par infectiologie) <input type="checkbox"/> transfert urgences médico psychologiques <input type="checkbox"/> coordonnées ADAVI données (association d'aide aux victimes d'infractions, possibilité de conseil juridique) <input type="checkbox"/> autre :</p>
<p>* Prise en charge</p> <p>Si la patiente est d'accord, noter de plus ses coordonnées dans cadre de transmission UGD ; elle sera recommandée par la psychologue K Binot</p> <p>Information sur éventuelle ITT : en cas d'accusés à la personne, l'ITT est un élément pour qualifier le type d'infraction (contravention ou délit), le tribunal compétent (tribunal de police ou tribunal correctionnel) et la peine encourue (amende et/ou prison). Dans le cas des agressions sexuelles, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui oriente vers telle ou telle juridiction (tribunal correctionnel ou cour d'assises), mais d'autres paramètres (présentation sexuelle, âge de la victime, vulnérabilité, qualité de l'auteur...). La détermination de l'ITT, en ce cas, est un élément médical qui témoignera de la nature et de la gravité des blessures et du retentissement psychique de l'agression mais qui n'aura aucune incidence sur la qualification des faits.</p>	
<p>CONCLUSION :</p>	<p>* noter dans certifiés pour les prélèvements médico-légaux : sont à la disposition des autorités judiciaires. En l'absence de mise sous scellés, ils seront détruits dans les 2 mois</p>

ETIQUETTE PATIENT



ETIQUETTE UF
par défaut 3132

ETIQUETTE PATIENT

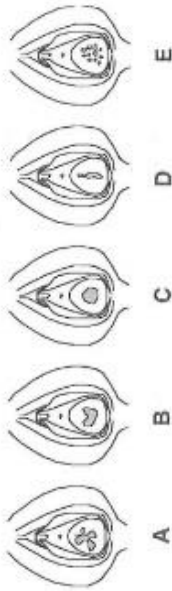


ETIQUETTE UF
par défaut 3132

Annexe 1

Annexe : Hymen

Aspects anatomiques



- A : Floral (2/3 des cas) = annulaire et labié
- B : Semi-lunaire (1/3 des cas)
- C : Annulaire pur
- D : Labié pur
- E : Crêlé

Zone de prédilection des déchirures médico-légales



Après déffloration, déchirure
complète à 7 heures
déclaturation incomplète à 5 h

Dimension de l'hymen

- ≤ 5 ans : Ø horizontal de l'orifice hyménéal ≤ 5 mm
- De 5 ans à la puberté : 1 mm par an jusqu'à la puberté (ex 7 ans = 7 mm). Une marge d'erreur de 1 à 2 mm est acceptable.
- A la puberté les valeurs normales ne sont pas très précises : la virginité ne se mesure pas en fonction du diamètre de l'orifice hyménéal ou de l'absence de déchirure.

Annexe 1 bis

Centre Hospitalier de Nantes

Stades de développement des seins et de la pilosité pubienne

Seins

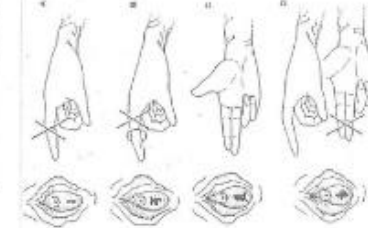
Stade	Age	Description
S1	5-9 ans	Seins plats, de minuscule taille
S2	10-11 ans	Apparition du bourgeon mammaire, soulèvement du sein et de l'aréole
S3	11-12 ans	Élargissement et saillie de l'aréole et de la glande mammaire
S4	12-13 ans	Prédominance en avant de l'aréole et du mamelon
S5	14-15 ans	Adulte

Pilosité pubienne

Stade	Age	Description
P1	5-9 ans	Direct pubien
P2	10-12 ans	Quelques poils fins, longs, sur les grandes lèvres.
P3	11-12 ans	Plus de poils épais, bouclés, s'étendant au-dessus de la symphyse pubienne
P4	12-13 ans	Aspect adulte, moins étendu
P5	13-14 ans	Aspect adulte, extension à la partie interne des cuisses

Annexe 2

Interprétation du toucher vaginal



- A : Pas de déformation égale
 - B : Pas de déformation égale
 - C : Déformation médiane-légale (sauf si absence totale congénitale de l'hymen en arrière).
 - D : Bien examiner le bord libre de l'hymen peut-être de type tolérant.
- Deux causes d'erreur**
- A : Pas de rapport ou rapport complet sans lésion.
 - B : Pas de rapport ou rapport doux accompagné avec vague relative. Hymen intègre ou intact ?
- Dans les 2 cas, bien examiner le bord libre postérieur de l'hymen à la loupe.

ETIQUETTE PATIENT



ETIQUETTE UF
par défaut 3132

**AUTORISATION PARENTALE
POUR EXAMEN GYNECOLOGIQUE**

*Pour enfant mineur(e)
Venant sans réquisition*

Je, soussigné(e)
Madame, Monsieur,
demeurant
Code postal Ville
domicile : portable :
N° téléphone

Personne ayant autorité parentale

demande à ce qu'il soit pratiqué un examen génital
 à ma fille Nom Prénom
né le
 à mon fils Nom Prénom
né le
Fait à Nantes, le
Signature :

Autorisation valable pour servir et faire valoir ce que de droit.

ETIQUETTE PATIENT



ETIQUETTE UF
par défaut 3132

**FEUILLE DE TRANSMISSION
DES ECHANTILLONS MEDICO-LEGAUX
POUR RECHERCHE DE SPERMATOZOÏDES**

à remplir, détacher et joindre aux prélèvements

destinataire :

Biologie et Médecine de la Reproduction
Professeur P. BARRIERE
☎ 83 243

Date du prélèvement :/...../..... Heure de prélèvement :H.....
Nom du médecin préleveur : n°Tel :

LOCALISATION DU PRELEVEMENT ET TYPE DE PRELEVEMENT

<input type="checkbox"/> vaginal exocol	<input type="checkbox"/> lame (non obligatoire)	<input type="checkbox"/> écouvillon > nombre : ...
<input type="checkbox"/> vaginal endocol	<input type="checkbox"/> lame (non obligatoire)	<input type="checkbox"/> écouvillon > nombre : ...
<input type="checkbox"/> anal	<input type="checkbox"/> lame (non obligatoire)	<input type="checkbox"/> écouvillon > nombre : ...
<input type="checkbox"/> buccal	<input type="checkbox"/> lame (non obligatoire)	<input type="checkbox"/> écouvillon > nombre : ...
NE identifier chaque prélèvement Nom/prénom - sexe de l'enquêteur - localisation - date de prélèvement / ou étiquette patient+localisation Observation(s) éventuelle(s)		



Annexe 4 bis

Soumission Chimique

La "soumission chimique" se définit comme l'administration, à des fins criminelles (vol) ou délictuelles (violen- ce volontaire, vol) de produits psychoactifs à l'insu de la victime.

Les produits psychotropes utilisés dans ce but vont être de préférence des produits à action rapide et de durée de vie courte. Les substances les plus utilisées sont les Benzodiazépines et leurs analogues et des produits d'anesthésie. Une analyse des données publiées nous indique les produits le plus fréquemment retrouvés :

Benzodiazépines : bromazépan, clonazépan, lorazépan, flunitrazépan et analogues : zolpidem, zopiclone

anesthésiques : hydroxybutyrate de sodium ou GHB (Gamma-OH), kétamine

Pourraient également impliqués d'autres molécules telles que : herbicides, neuroleptiques, anticholinergiques, antihistaminiques sédatifs...

Ces médicaments peuvent être associés à l'alcool et/ou à des produits stupéfiants tels que cannabis, ecstasy ou autres.

Remarque : Le GHB parfois nommé "drogue du violleur" a une durée de vie très courte dans l'organisme, il n'est détectable dans le sang que pendant quelques heures et il serait indétectable dans l'urine après 12 heures.

Approche Analytique en Toxicologie

L'analyse utilise des méthodes chromatographiques particulières ou globales selon les produits recherchés. Ce sont des méthodes spécifiques et fiables mais limitées par leur seuil de sensibilité sachant que l'on doit retrouver et identifier des traces de substances à demi-vie courte dans un délai de plusieurs heures (voire plusieurs jours) après la prise.

Méthodes chromatographiques :

- En phase gazeuse avec détection de masse : CGMS
- En phase liquide avec détection spectrale-UV : HPLC/BD
- En phase liquide avec détection masse-masse : HPLC/MS-MS

actuellement cette méthode est la plus sensible pour la recherche de médicaments

Prélèvements relatifs aux analyses toxicologiques :

- sang : tube de 10 mL sur EDTA (bouchon violet) ou sur fluoreure (type alcoolémie – bouchon gris)
- urines (indispensables) : 30 mL sur flacon sec, sans antiseptique ni conservateur

Remarques : Au-delà d'un délai de 48 h entre les faits et les prélèvements, il est impératif d'effectuer un prélèvement de cheveux. Celui-ci doit avoir lieu 3 à 5 semaines après les faits. Il est conseillé de ne pas pratiquer de coloration pendant cette période.



Annexe 5

**FEUILLE DE TRANSMISSION
DES ECHANTILLONS MEDICO-LEGAUX
Pour EMPREINTES GENETIQUES**

à remplir, détacher et joindre aux prélèvements

**destinataire : hors CHU
IGNA ou autre**

Date du prélèvement :	Heure de prélèvement :
Nom du médecin préleveur :	

LOCALISATION DU PRELEVEMENT ET TYPE DE PRELEVEMENT

- Vaginal nombre d'écouvillons : ...
- Anal nombre d'écouvillons : ...
- Buccal nombre d'écouvillons :

Si possible au moins 2 écouvillons par site
A conserver au congélateur

Autres prélèvements (vêtements, coupures d'ongles) :
A conserver dans enveloppe kraft hors congélateur

ETIQUETTE PATIENT



ETIQUETTE UF
par défaut 3132

ETIQUETTE PATIENT



ETIQUETTE UF
par défaut 3132

Verso à laisser libre

Annexe 6

**FICHE DE LIAISON AVEC LE SERVICE D'INFECTIOLOGIE
A REMPLIR EN CAS DE PRESCRIPTION D'UN KIT ANTIRETROVIRAL
A FAXER AU 02 40 08 31 81**

Date et heure de l'accident d'exposition : le/...../20... Vers/...../20...

Traitement antirétroviral prescrit : COMBIVIR / KALETRA
 Autre :

Date et heure de la 1^{ère} prise de traitement antirétroviral le/...../20... à

Exposition

- Agression
- Pénétration sexuelle anale ou vaginale
- Fellatio
- Contexte : soumission chimique, amnésié des faits

Sérologies réalisées

- HIV
- Hépatite C
- Hépatite B dépistage (Ag Hbs, antiHbs)
- Hépatite B contrôle post vaccinal (Anti Hbs, antiHbc)
- TPHA VDRL
- Autres :

Prélèvements sanguins

- HCG
- NFS
- transaminases
- créatininémie
- Autres :

Prélèvements locaux (hors prélèvements médicolégaux)

- PCR Chlamydiae/ gonocoque
- Recherche trichomonas
- Autres :

Autres traitements administrés

- Contraception d'urgence / NORLEVO / ELLAONE oui non
- Azithromycine 1 gr per os oui non
- Autres :

Prise en charge initiale proposée :

- Hospitalisation
- Coordonnées UCOMPS (pour RDV psychologue et/ ou médecin et/ ou assistante sociale)
- Transfert urgences médico psychologiques
- Autre :

Préciser si agresseur connu et demande sérologie HIV adressée aux OPJ :

Centre d'Accueil des Victimes d'abus sexuels
PHU Femme-Enfant-Adolescent
CHU Nantes

Centre d'Accueil des Victimes d'abus sexuels
PHU Femme-Enfant-Adolescent
CHU Nantes



Annexe 6 bis

Dépistage HIV chez le présumé agresseur

Loi sur la sécurité intérieure

Loi du 18 mars 2003 sur la sécurité intérieure publiée au JO 66 du 19 mars 2003

Art. 706-47-1 du Code de procédure pénale : « l'officier de police judiciaire », agissant au cours de l'enquête ou sur commission rogatoire, peut faire procéder sur toute personne contre laquelle il existe des indices graves ou concordants d'avoir commis un viol, une agression sexuelle ou une atteinte sexuelle prévus par les articles 222-23 à 222-26 et 227-25 à 227-27 du Code pénal, à un examen médical ou à une prise de sang afin de déterminer si cette personne n'est pas atteinte d'une maladie sexuellement transmissible.

Le médecin, l'infirmier ou la personne habilitée par les dispositions du Code de la santé publique à effectuer les actes réservés à ces professionnels, qui est requis à cette fin par l'officier de police judiciaire, doit s'efforcer d'obtenir le consentement de l'intéressé.

À la demande de la victime ou lorsque son intérêt le justifie, cette opération peut être effectuée sans le consentement de l'intéressé sur instructions écrites du procureur de la République ou du juge d'instruction qui sont versées au dossier de la procédure.

Le résultat du dépistage est porté, dans les meilleurs délais et par l'intermédiaire d'un médecin, à la connaissance de la victime ou, si celle-ci est mineure, des représentants légaux ou de l'administrateur ad hoc nommé en application des dispositions de l'article 706-50, verso à laisser libre

Annexe 5 : Prélèvements : Kit « Constat agression sexuelle »

Source : Protocole CHU de Nantes

KIT CONSTAT D'AGRESSION SEXUELLE maj 01/02/13

Aucun prélèvement n'est systématique. Les prélèvements sont réalisés selon les demandes de la réquisition, la nature des faits, le délai depuis les faits et les constatations médicales.

Prélèvements « médico-légaux » NE PAS ENVOYER AU CENTRE DE TRI /LABO à remettre aux OPJ ou à défaut à conserver dans le service

Ils sont faits uniquement sur réquisition.

A charge pour les OPJ de les mettre sous scellés et de les adresser aux laboratoires adéquats avec les réquisitions spécifiques d'analyse.

Ces prélèvements sont pris en charge par le Tribunal (étiquettes d'admission spécifiques dites « étiquettes tribunal »).

En l'absence de mise sous scellés, ces prélèvements seront automatiquement détruits après 2 mois.

1. Pour le laboratoire empreintes génétiques (hors CHU = laboratoire IGNA)

- 4 écouvillons
- 2 tubes EDTA (2 petits tubes 5 ml)

☒ prélèvements à réaliser avec des gants, à conserver **AU CONGELATEUR**. Bon en annexe et dans le dossier structuré.

Autres prélèvements (vêtements, coupures d'ongles ...) à conserver **DANS UNE ENVELOPPE KRAFT** à température ambiante (un prélèvement par enveloppe pour ne pas mélanger les ADN) et à remettre à la patiente ou aux autorités judiciaires si elles sont présentes.

2. Pour le laboratoire de biologie de la reproduction (CHU, Pr Barrière)

- 4 écouvillons

☒ prélèvements à réaliser avec des gants dans les 72 heures à conserver à **TEMPERATURE AMBIANTE** dans le tiroir agression de la salle de soins. Bon en annexe et dans le dossier structuré.

3. Pour le laboratoire de toxicologie (CHU, Dr Ganière)

- 3 tubes EDTA de préférence grands tubes de 10 ml
- 2 flacons à urines sans antiseptique ni conservateur (urines indispensables pour toute recherche toxicologique).

☒ prélèvements à réaliser le plus tôt possible à l'admission à conserver **AU REFRIGERATEUR PENDANT 48 H**, ensuite, s'ils n'ont pas été pris par l'OPJ, à mettre **AU CONGELATEUR**. Bon disponible en annexe et dans le dossier structuré.

Prélèvements « non » médico-légaux

Ils sont réalisés sur indication médicale

Ils sont acheminés et techniques aux laboratoires adéquats

Ils ne sont pas pris en charge par le tribunal (sauf s'ils ont été demandés dans la réquisition)

1. DEUX prélèvements locaux (et non plus 3 – bactério standart supprimée)

- 1 écouvillon spécifique swab blanc pour parasitologie
- ⇒ bon parasitologie (recherche trichomonas)
- le tube de prélèvement spécifique et l'écouvillon de prélèvement pour PCR « chlamydiae/gonocoque » qui peut être réalisé en vaginal
- ⇒ bon de bactériologie recherche de génome bactérien.

2. Prélèvements sanguins

- 2 grands tubes secs (10 ml) rouges (sérologies)
- ⇒ bon de virologie (sérologies) : cocher hépatite C HIV dépistage et soit hépatite B dépistage, soit contrôle post vaccinal si notion de vaccination hépatite B
- 1 grand tube sec (10 ml) rouge (sérologie)
- ⇒ bon de sérologie bactérienne : cocher sang sur tube sec et syphilis dépistage
- 1 petit tube
- ⇒ bon dosage BHCG
- 1 petit tube vert et 1 petit tube violet
- ⇒ bon NFS, transaminases, créatininémie (à réaliser si administration du kit anti rétroviral)

Annexe 6 : Protocole : Accueil des victimes de violences sexuelles à l'UGO (hors faits anciens)

Source : Memento Gynécologie-Obstétrique (Juillet 2013) du CHU de Nantes

	5 temps :
<p>ACCUEIL DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES (RPC HAS 2011)</p> <p>Organisation générale de la prise en charge des violences sexuelles</p> <p>1/ mineurs garçons et filles < 15 ans et 3 mois Prise en charge coordonnée dans tous les cas par les pédiatres (cf. protocole abus sexuels urgences pédiatriques – disponible sur intranet) Soit pédiatre senior des urgences pédiatriques Soit aux heures ouvrables, pédiatre référent de l'UAED (Unité d'Accueil de l'Enfance en Danger" 84454).</p> <ul style="list-style-type: none"> • si agression sexuelle récente avec pénétration probable <ul style="list-style-type: none"> - Concertation entre pédiatre, gynécologue, chirurgien pédiatre pour organiser examen clinique gynécologique et/ou proctologique (où et par qui, en fonction de l'âge, du sexe et du type de lésions du patient) - L'examen doit être réalisé sur réquisition (si la réquisition n'est pas déjà établie le pédiatre fait un signalement au procureur) - L'examen / prélèvements peuvent être réalisés par plusieurs praticiens qui pourront rédiger et signer conjointement le certificat. • Si l'examen gynécologique et/ou proctologique n'est pas nécessaire en urgence (<i>situation de loin la plus fréquente faits anciens, attouchements, suspicion par un parent...</i>) <p>Une évaluation médico-psychologique (consultation conjointe pédiatre-pédopsychiatre ou psychologue) et sociale est nécessaire par l'unité d'accueil des enfants en danger. Elle sera organisée par le pédiatre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Accueillir et informer - Examiner avec soin afin d'éviter la répétition des examens. Suivre le dossier structuré - Prélever afin d'identifier l'agresseur (sur réquisition) - Prévenir les complications : - Les risques infectieux et la grossesse - Les risques de séquelles psychologiques - Rédiger un certificat médical
<p>2/ Hommes > 15 ans et 3 mois Prise en charge au sein de l'unité des urgences gynécologiques par chirurgien viscéral senior</p> <p>Même dossier structuré à utiliser</p> <p>Donner information (coordonnées) sur consultation psychologique et médicale (résultats d'examen) à l'UGOMPS</p> <p>3/ Femmes > 15 ans et 3 mois Prise en charge au sein de l'unité des urgences gynécologiques</p> <p>NB : Chez les mineur(e)s, en l'absence de réquisition, pensé au signalement L'article 226-14 du Code Pénal par la loi du 2 janvier 2004, permet de signaler les violences sexuelles sur mineur (quel que soit son âge), sans l'accord de la victime</p>	<p>1. Information</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une prise en charge médicale si elle est souhaitée par la patiente est toujours possible et doit être réalisée avec ou sans réquisition. - En l'absence de réquisition : <p>Les prélèvements à visée médico judiciaire (identification génétique, recherche de spermatozoïdes et toxiques) ne seront pas réalisés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un certificat médical descriptif simple sera remis dans tous les cas à la patiente. <p>2. Entretien et examen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présence senior obligatoire si réquisition (doit être prévenu dans TOUS les cas) - Après explication des objectifs de l'examen médical, celui-ci doit être réalisé dans une salle accueillante, bien éclairée. L'entretien et l'examen médicaux doivent suivre les étapes figurant dans le dossier structuré. <p>3. Prélèvements</p> <p>Aucun prélèvement n'est systématique. Les prélèvements sont réalisés selon les demandes de la réquisition, la nature des faits, le délai depuis les faits et les constatations médicales</p> <p><i>Cf. kit agression sexuelle ci après</i></p> <p>4. Prévenir les complications ⇔ recherche de IST (à réaliser avec ou sans réquisition ; seront dans les 2 cas facturés à la patiente si elle est majeure) prévention de grossesse</p> <p>⇨ Les prélèvements locaux en fonction des dres de la victime et de l'examen</p> <ul style="list-style-type: none"> - prélèvement d'endocol pour recherche gonocoque - prélèvement vaginal pour recherche Trichomonas - prélèvement d'endocol pour recherche chlamydiae <p>Autres sites de prélèvement possibles : urètre, anus, gorge</p> <p>⇨ Le bilan sérologique : TPHA et VDRL, Hépatites B, HIV et en cas de notion de vaccination hépatite B ajouter contrôle post vaccinal +/- hépatite C. Dans le contexte d'une exposition sexuelle, il n'est pas recommandé de faire un suivi VHC (hépatite C), sauf en cas de contact traumatique et/ou sanglant (données du rapport Yéni – Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH – 2010)</p> <p>En cas d'agression récente :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sérologie initiale

- Contrôle à 1 mois et 3 mois pour TPHA et VDRL, Hépatites C, HIV et hépatite B si non vaccinée
- En cas de prophylaxie ARV HIV, le suivi sérologique sera décalé d'un mois (M2-M4)
- Contrôle à 6 mois pour l'hépatite C

En cas d'agression ancienne (plus de 6 mois) : sérologies non renouvelées

⇒ **Recherche d'une éventuelle grossesse par le dosage des β hCG**

⇒ **Mesures préventives :**

- Dans tous les cas => coordonnées UGOMPS 83 032 proposées (pour cs psychologue + RDV médecin à 8-15j pour résultats)

Si problème psychologique ou psychiatrique urgent prendre contact et adresser si besoin la patiente avec urgences médico psychologiques

- En fonction des situations => Arrêt de travail (NB : arrêt de travail et ITT peuvent être différents)

- En cas de risque de IST => Antibiothérapie présumptive azithromycine (Zitromax®) 1 gr en prise unique

- En cas de risque de HIV :

- Un kit de traitement pour trois jours est disponible dans la pharmacie de l'UGO (prescription par senior)
- Réaliser un bilan de référence (NFS, transaminases, créatininémie qui pourra être récupéré par le service d'infectiologie)
- La personne devra ensuite être revue en consultation au en infectiologie dans les 72 heures : lettre-type à remettre à la patiente avec le kit de médicament et fiche de liaison à remplir et faxer en infectiologie (Fax : 83181).
- En cas de doute, le médecin référent du service d'infectiologie peut toujours être contacté par l'intermédiaire du **poste 83328**.
- Dans quel délai faut-il commencer la trithérapie ?
Si possible dans les quatre heures qui suivent l'exposition au risque et jusqu'à quarante-huit heures après.
Ne pas débuter de traitement au delà de 48 heures.

▪ Si examen sur réquisition et agresseur connu demander (contact direct avec requérant / notification dans certificat médical) la réalisation d'une sérologie HIV chez l'agresseur avec résultat à transmettre au service d'infectiologie

- En cas de risque de grossesse => administration facile d'une contraception d'urgence Norlevo® ou Ulipristal acetate Ellaone® ou DIU et ordonnance de BHCG en cas de retard de règles > 5 jours

- Discuter mise à jour vaccination antitétanique et vaccination hépatite B

5. Rédaction du certificat.

Ce certificat doit rapporter les constatations médicales ; ne doit y figurer aucune interprétation personnelle.

Il répond aux missions et questions posées dans la réquisition.

Certificat remis aux autorités judiciaires s'il s'agit d'une réquisition

Certificat remis à la patiente si hors réquisition

Annexe 7 : Affiche de prévention à afficher en salle d'attente

Sources : association « Stop aux Violences Sexuelles »

ÉRADIQUER & RECONSTRUIRE



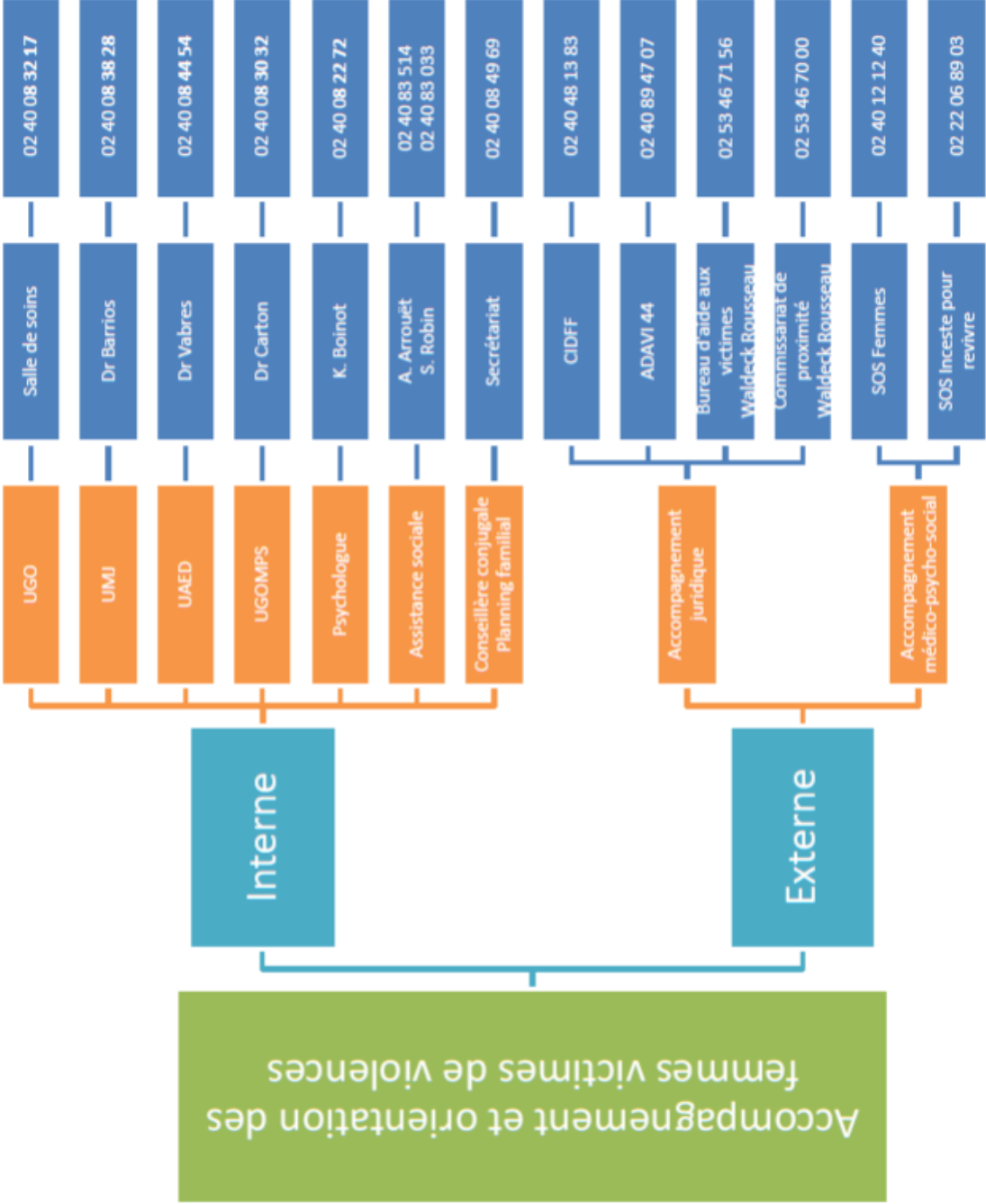
STOP !
AUX VIOLENCES SEXUELLES

SI VOUS AVEZ ÉTÉ VICTIME DE VIOLENCES PHYSIQUES, MORALES OU SEXUELLES, RÉCENTES OU ANCIENNES, QUELLES QU'EN SOIENT LA NATURE ET L'AUTEUR, VOUS POUVEZ BÉNÉFICIER DE SOINS ADAPTÉS ET PERSONNALISÉS.

PARLEZ-EN À VOTRE SAGE-FEMME



Annexe 8 : Fiche maquette « Contacts »



Annexe 9 : Certificat médical

Source : Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes

Les 10 règles d'utilisation du certificat médical

- 1 - Rédiger le certificat de manière lisible, précise, sans termes techniques
- 2 - Indiquer le lieu de rédaction du certificat, dater et signer le certificat (ne pas antidater ou postdater le certificat)
- 3 - Mentionner votre nom, prénom, coordonnées professionnelles, n° RPPS ou d'inscription au Tableau de l'Ordre
- 4 - Mentionner clairement les éléments d'identité de la patiente (en cas de doute, utiliser la mention « *me déclare se nommer...* »)
- 5 - Ne porter aucun jugement, aucune accusation envers un tiers, aucune interprétation sur les faits relatés par la patiente
- 6 - Après avoir nécessairement procédé à un examen de la patiente, décrire de manière factuelle et objective les lésions ou signes constatés
- 7 - Retranscrire sans interprétation et entre guillemets les déclarations faites par la patiente
- 8 - Ne pas violer le secret professionnel (ne pas révéler, via le certificat, des informations soumises au secret professionnel sans l'accord de la patiente)
- 9 - Remettre en main propre le certificat uniquement à la patiente (ou à son représentant légal s'il s'agit d'une mineur ou d'une majeur protégée et si ce représentant n'est pas impliqué dans les faits) et en aucun cas à un tiers
- 10 - Conserver une copie du certificat établi

L'établissement d'un certificat médical engage la responsabilité professionnelle de la sage-femme

Modèle de certificat médical Sur demande de la patiente

Nom et prénom de la sage-femme : _____
Adresse : _____
Numéro RPPS : _____ ou d'inscription à l'ordre des sages-femmes : _____
Je, soussigné(e), M. (Mme) _____ certifie avoir examiné
Madame (Nom, Prénom.) née _____ le _____ domiciliée à _____
le _____ (date) à _____ (heure) à _____ (lien : cabinet, service hospitalier, domicile, autre)
(lorsqu'il s'agit d'un mineur) en présence de son représentant légal, Madame, Monsieur

(Nom, Prénom)
Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant), Madame, Monsieur

(Nom, Prénom)
Elle déclare sur les faits « avoir été victime de _____ le _____ (date), à _____ (heure) à _____ (lien) ». _____
Elle déclare dit se plaindre de « _____ ».
Elle présente à l'examen clinique : _____
- Etat gravidique et âge de la grossesse (le cas échéant) : _____
- Sur le plan physique : _____
- Sur le plan psychique : _____
Certificat établi le _____ (date), à _____ (heure), à _____ (lien : cabinet, service hospitalier, domicile, autre), à la demande de Madame _____ (Nom, prénom) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.
Signature (et cachet) d'authentification

→ Vous pouvez reprendre les termes de ce modèle sur votre papier à entête. Ce modèle est également disponible en version électronique sous format A4 à l'adresse suivante : <http://stop-violences-femmes.ouv.fr/Modeles-de-certificats.html>

Résumé

A Nantes, une femme consulte tous les 4 jours aux urgences gynéco-obstétrique du CHU pour des faits de violences sexuelles. En France, 1 femme sur 5 âgée de 18 à 69 ans a déjà subi des violences sexuelles dans sa vie.

Différentes questions viennent à l'évocation de ce sujet. Quel est le parcours (judiciaire, médical et psycho-social) pour une victime d'une telle agression ? Quel est le profil des victimes, des agresseurs et des agressions ? Quel comportement avoir en tant que professionnel face à ces situations ? Quelles structures existent sur Nantes pour accueillir les plaignantes et les accompagner ? Et enfin, quelles pistes d'amélioration peuvent être proposées ?

L'enjeu de ce mémoire est de montrer à quel point la prise en charge des violences faites aux femmes est importante et de quelle manière les professionnels, notamment de santé, doivent y contribuer.

Mots clés : agression sexuelle, viol, parcours, violences sexuelles, violences faites aux femmes, violences conjugales, prise en charge, Nantes