

UNIVERSITE PARIS DESCARTES

FACULTE DE MEDECINE

Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale

DIPLOME UNIVERSITAIRE DE MEDECINE LEGALE

Titre du mémoire

Les agressions sexuelles chez les enfants et les femmes en Nouvelle Calédonie. Rôle du médecin généraliste en situation isolée.

Par Le Docteur Catherine LEREBOURS-GBOYAH

Directeur du mémoire : Docteur Philippe WERSON

Année 2009

Sommaire

Introduction

Première partie : Epidémiologie et contexte culturel

I.1/ Epidémiologie

- A/ comparaison avec la France
- B/ facteurs de vulnérabilité
- C/ Les agressions sexuelles chez les enfants

I.2/ L'histoire de la Nouvelle Calédonie, éclairage sur le taux de violence.

I.3/ Représentation de l'agression sexuelle dans la population kanaque.

- A/ Relation homme/femme
- B/ Notion de viol
- C/ Le recours à la justice

Deuxième partie : Le rôle du médecin généraliste en situation isolée.

II.1/ Les situations d'accueil

- A/ Sans réquisition.
- B/ Avec réquisition

II.2/ Les objectifs de la consultation

II.3/ Evaluation de la situation

- A/ Anamnèse des faits.
- B/ Les antécédents de la victime
- C/ L'évaluation psychologique
- D/ Les plaintes de la victime
- E/ Evaluation du risque de récurrence et du besoin de protection.

II.4/ L'examen clinique

II.5/ Les prélèvements

- A/ Médico-légaux

-B/ Médicaux

II.6/ les traitements et le suivi

-A/ Le traitement curatif

-B/ Le traitement prophylactique

-C/ Organisation et planification du suivi

II.7/ La rédaction du certificat médical et/ou le signalement

-A/ Le certificat médical

-B/ Le signalement au procureur

Troisième partie : Difficultés de terrain et propositions

III.1/ Les difficultés de terrain.

-A/ Turn over des acteurs du réseau local

-B/ Manque de formation des acteurs locaux

-C/ Le contexte culturel

-D/ Eloignement géographique et matériel des acteurs locaux et des victimes par rapport aux services spécialisés et aux ressources

III.2/ Propositions :

-A/ Organisation d'un groupe de travail territorial pour la prise en charge des victimes d'agression sexuelle.

-B/ Formation régulière des gendarmes et des médecins en situation isolée

Conclusion

Bibliographie

Annexes

INTRODUCTION

Les médecins généralistes en situation isolée, exerçant en dispensaire sont amenés à pratiquer des examens d'enfants et d'adultes pour suspicion d'agression sexuelles à leur rencontre. En effet, en Nouvelle Calédonie, les ressources spécialisées médicales et judiciaires sont situées à Nouméa, grande ville excentrée sur la grande terre et ne sont pas accessibles dans l'urgence pour les situations qui se déroulent à plus de 100 kms ou sur une autre île.

La Nouvelle Calédonie est un pays où le taux de violences envers les femmes et les enfants est élevé parmi toutes les ethnies avec des proportions différentes en fonction de type de violence perpétrée.

Le contexte historique et culturel explique ce phénomène ainsi que les représentations et le sens donné à ces actes. Mais l'évolution de la société calédonienne ces dernières décennies donne la possibilité aux femmes et aux enfants victimes d'agressions sexuelles d'être reconnus comme des victimes et d'obtenir réparation dans le droit français.

Les révélations d'enfants et de femmes victimes ne cessent de croître obligeant les médecins de première ligne à réaliser les examens médico-légaux à la demande de la gendarmerie.

Cette nécessité impose une réelle formation des soignants pour mener à bien cette mission dans un contexte culturel particulier qui interfère dans la prise en charge des victimes.

I : Epidémiologie et contexte culturel

I.1 : Epidémiologie

A/ Comparaison avec la France

Dans le prolongement de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes réalisée en France en 2000 (ENVEFF), une enquête par questionnaire a été réalisée en 2002 en Nouvelle Calédonie en population générale sur 1012 femmes âgées de 18 à 54 ans (1). Le taux de violences physique et /ou sexuelle est 4 à 5 fois plus élevé en Nouvelle Calédonie comparativement à la France.

En Nouvelle Calédonie une femme sur 4 a subi une agression physique et/ou sexuelle au cours des 12 derniers mois. 9 % des femmes a subi des tentatives de viols ou des viols. 5 % des femmes ont vécu les deux types de violence.

En France (ENVEFF 2000), 4% des femmes ont subi au moins un type de violence au cours de l'année écoulée, et 1,2 % une agression sexuelle.

Cette étude a appréhendé l'entrée contrainte dans la sexualité. Elle ne varie pas beaucoup entre les générations. Elle est beaucoup plus élevée qu'en France et très variable selon les ethnies :

En France : 1,4%

En NC :

-population européenne : 2,5 %

-population polynésienne : 6 %

-population mélanésienne : 12,5 %

-autre : 4,5 %

Par contre, on note une diminution significative du taux de premier rapport sexuel forcé selon le niveau d'information sur la sexualité. Ce premier rapport sexuel forcé étant de 4,7% chez les femmes se disant très bien informées mais de 11,5 % chez celles se disant pas du tout informées.

Ces résultats encouragent les acteurs de santé et d'enseignement à poursuivre l'information sur la sexualité dans les collèges, les lycées, les associations de jeunes.

B/ Facteurs de vulnérabilité

a) L'âge :

Les femmes de 20 à 24 ans sont les plus exposées aux agressions sexuelles dans la sphère familiale, deux fois plus que les 18/19 ans et 3 fois plus que les 25 / 35 ans.

Souvent les jeunes femmes entre 20 et 24 ans ont déjà un enfant né hors union légitime et vivent en famille. Elles sont considérées comme sexuellement accessibles vu qu'elles ne vivent pas en couple. Dans la communauté kanaque, les cousins croisés considérés comme des maris potentiels peuvent abuser de leur cousine car la relation est dans la norme.

b) Le lieu d'habitation

Habiter avec de la famille constitue un risque supplémentaire.

Les agresseurs sont presque tous définis par la victime comme des parents proches. Les kanaques, et plus encore celles des îles loyautés sont trois fois plus nombreuses que les femmes des autres communautés à déclarer des agressions sexuelles de la part des membres de leur famille au cours des douze derniers mois.

c) Le niveau économique et scolaire

Les moins scolarisée et celles dont le revenu économique est le plus faible sont davantage sujette aux agressions sexuelles.

C/ Les agressions sexuelles chez les enfants

Cette étude a interrogé les femmes de deux façons pour évaluer la fréquence des atteintes sexuelles dans l'enfance et celle de l'inceste.

Le questionnaire retrouve un taux de 18% de femmes sexuellement agressée tout auteur confondu avant l'âge de 18 ans sans différence significatives selon les communautés si ce n'est pour les viols qui touchent 7% des canaques et 4% des autres ethnies. Avant 18 ans 60% des viols perpétrés par un membre de la famille s'est répété plusieurs fois.

Devant la difficulté d'aborder la notion d'inceste, une autre méthode qui interrogeait les femmes de façon anonyme a été développée. Les femmes

devaient répondre à la question suivante : « avant vos quinze ans, avez-vous subi une ou des agressions sexuelles de la part d'un homme de votre famille proche : père, conjoint de votre mère, frère, grand-père, oncle ? », en choisissant, hors du regard de l'enquêtrice, un visage (triste ou souriant) correspondant à leur situation. Elles mettaient ensuite le papier dans une enveloppe cachetée.

Cette méthode a donné les résultats suivant : 14% des femmes interrogées ont vécu un inceste avant l'âge de 15 ans, 12% pour celles issues de grand Nouméa et des îles mais 16 et 17% dans le nord et le sud rural.

L'adoption majore l'exposition aux agressions sexuelles. Les femmes adoptées déclarent 2 fois plus d'agression sexuelle par un membre de la famille, quelque soit la communauté d'appartenance, que les femmes non adoptées.

L'évolution depuis quelques dizaines d'année est d'une part l'augmentation des enfants adoptés car nés hors mariage et d'autre part le nombre croissant d'enfants vivant avec leur mère et le nouveau conjoint de la mère. Ces situations majorent le risque d'inceste.

En NC, l'adoption est un moyen de renforcer les alliances ou d'exprimer une solidarité clanique (don d'enfant à un lignage qui s'éteint ou à un collatéral stérile). Elle sert aussi à normaliser la situation des enfants nés hors mariage. Ces situations ont augmenté ces dernières décennies du fait du recul du mariage, des unions moins stables, mais de l'exigence sociale de maternité forte. Les femmes ne deviennent des adultes et des épouses potentielles qu'après avoir enfanté. L'adoption par frère ou père réel ou classificatoire de la mère permet de réguler plus ou moins la situation des enfants nés de mère célibataire.

Dans cette étude, les agressions sexuelles touchent une fillette sur 6. Ils sont deux fois plus fréquents chez les filles adoptées. Les viols affectent beaucoup plus les fillettes et adolescentes de moins de 15 ans dans la communauté kanaque.

Ces agressions dans l'enfance prédisposent à des violences à l'âge adulte. Dans l'enquête, les femmes victime d'agression sexuelle précoce sont 20 % à en avoir vécu au moins une au cours de l'année précédente contre 8 % pour les autres. Elles sont 8 fois plus touchées par des violences intra familiales et deux fois plus dans leur couple, 4 fois plus dans les espaces publics.

Cette étude fait le constat du haut niveau de violence et notamment sexuelle à l'encontre des enfants et des femmes en Nouvelle Calédonie. Elle doit servir de moteur pour prévenir ces violences et pour prendre en charge les victimes.

I.2 L'histoire de la Nouvelle Calédonie, éclairage sur le taux élevé de violence (2)

La violence est un héritage partagé par toutes les communautés en NC. Avant la pacification coloniale, les viols de guerre chez les kanaques étaient légitimés comme permettant aux vainqueurs de s'approprier par la force des femmes, des filles, des épouses, des sœurs de leurs ennemis. Puis la colonisation a été marquée par l'arrivée en NC des autres communautés européennes, asiatiques et polynésiennes avec un fort déséquilibre entre les sexes.

En 1921, les femmes ne représentaient que 25% de la population. Le déséquilibre a résulté des modalités spécifiques de peuplement de l'île :

- expansion européenne agricole dominée par des hommes
- colonisation pénale 95% masculine
- recrutement massif de travailleurs masculin

Cette situation a favorisé des comportements violents envers les femmes et les jeunes filles de toutes les communautés.

I.3 Représentation de l'agression sexuelle dans la population kanaque (2, 3)

Les fillettes et les femmes kanaques sont plus exposées que les autres ethnies au viol (enquête de 2002). La population kanaque est majoritaire dans les endroits éloignés de Nouméa, en province des îles et dans le nord ainsi que dans le sud rural. Il est donc intéressant pour les soignants de ces zones de connaître les représentations des atteintes sexuelles dans cette communauté afin de mieux appréhender la situation des victimes.

a) Relation hommes /femmes.

Dans la sphère symbolique kanaque, il existe une dualité complémentaire homme/femme et une dimension hiérarchique de cette complémentarité qui met les hommes au premier plan et attribue aux femmes exclues des sphères du pouvoir politique un rôle besogneux de reproduction et d'entretien domestique à accomplir avec modestie et humilité.

Si l'homme n'est pas forcément un chef ou un personnage de rang élevé, toutes les femmes sont les servantes de leur mari.

Les hommes considèrent les femmes avec ambivalence selon qu'ils envisagent leur sexualité ou bien qu'ils reconnaissent leur utilité à tisser ou renforcer des relations sociales en se mariant et en enfantant. Les hommes ne valorisent que cette dimension de donner des enfants au clan.

Le choix du conjoint demeure encore beaucoup dicté par une conformité aux règles d'alliance traditionnelle, une trop grande liberté exposant le sujet au

rejet social et rendant la vie au village impossible. Dans le mariage, la femme est l'objet de la transaction. Il existe un aspect irrévocable de l'achat par la famille du mari de la femme. Quand une épouse maltraitée par son mari retourne chez ses frères, ceux-ci la ramènent chez son mari car elle a été payée par la famille du mari. Si les mauvais traitements sont tels qu'ils aient mis la vie de la femme ou des enfants en péril, il existe un aménagement du droit coutumier permettant un divorce à l'amiable seulement si les deux clans intéressés y consentent. Si l'épouse décide de quitter son mari, les enfants appartiennent au mari et au clan de celui-ci.

b) Notion de viol (4)

Les langues vernaculaires rassemblent sous une appellation unique « relation hors norme » à la fois l'adultère, le viol et la séduction d'une jeune fille consentante, tous assimilés au vol d'une femme à son propriétaire légitime ou potentiel. L'irrecevable est donc la transgression des règles d'alliance et nullement l'usage de la violence ou l'absence de consentement de la femme.

Actuellement, on note la fréquence des viols collectifs en milieu rural « faire la chaîne ». Ce sont des bandes de garçons célibataires de 15 à 25 ans qui organisent des guets apens grâce au copain de la jeune fille victime qui fixe le rendez-vous. Les autres profitent de l'occasion. La victime est souvent marginalisée par son mode de vie aux regards de la coutume, ou handicapée physique ou mentale, rarement de rang élevé.

Le viol correspond à une initiation sexuelle des hommes mais aussi de punition des femmes qui manifestent des vellétés de choix sexuel.

D'un côté les victimes sont accusées de « l'avoir cherché » en ayant accepté les avances d'un homme ou en buvant de l'alcool. D'un autre côté,

l'alcoolisation massive des hommes pendant les fêtes ou se produisent souvent ces viols est une circonstance atténuante pour la coutume, ce qui déresponsabilise les hommes. On suppose aussi que le violent ou l'incestueux a pu avoir une conduite déviante et abusait de l'alcool parce qu'il avait été ensorcelé ce qui lui enlève sa responsabilité.

c) Le recours à la justice

Les kanaques ont conservé jusqu'à ce jour le droit coutumier, ce qui les différencie des autres citoyens auxquels s'applique le droit commun. Ce droit coutumier est censé régir seulement le droit de la famille et celui des terres situées dans les réserves. Aujourd'hui on l'invoque dans le règlement de quantité de conflits, bagarres, vols, viols, homicide ou encore pour statuer sur le sort de personnes accusées de sorcellerie.

Dans la coutume, le traitement des affaires de viols ne donne pas un statut de victime à la jeune fille. S'il y a eu viol, y compris avec violence, mais qu'il n'y a pas eu transgression des règles d'alliance, l'usage de la contrainte et de la force par l'auteur ne sont pas répréhensibles. Celle qui est violée par un homme avec qui elle est en relation potentielle de mariage, son promis, son cousin, son mari ne peut se plaindre auprès de sa parenté ou du conseil des anciens.

S'il y a eu transgression des règles, c'est la logique du rapport de force qui prévaut entre les clans. Les agressions sont vues comme lésant avant tout une entité sociale, un lignage, un clan. La sanction est le plus souvent disjointe de la responsabilité individuelle. Ce sont tous les jeunes de la localité, hommes et femmes y compris la victime qui sont publiquement fouettés dans le but de rappeler les normes de soumission

de l'ensemble des jeunes aux aînés. Parfois lorsque l'acte se produit dans une fête dans un autre village, ce sont toutes les femmes qui y sont allés et leurs mères censées les surveiller qui sont corrigés, ce qui exprime la règle de soumission de toutes les femmes aux hommes.

A cela s'ajoute la plupart du temps un processus de réconciliation sociale. Le clan des hommes violeurs vient s'excuser auprès de celui de la jeune fille, mais également auprès de celui sur le terrain duquel le viol a été perpétré et que l'acte a souillé, non pas parce qu'il est effectué sous la contrainte mais parce qu'il est illicite, en dehors des règles d'alliance.

Parfois, si les règles d'alliances le permettent, on conclut à une promesse de mariage entre la victime et l'un des violeurs repéré précédemment comme son petit ami.

Depuis que la justice française dans une affaire de viol collectif à Ouvéa, a prononcé en 1991 entre 5 et 12 ans de prison pour les auteurs, les femmes kanaques ont de plus en plus recours à la justice française. Dans ce procès, la justice a affirmé que dorénavant, le droit des victimes serait le même quelque soit son origine ethnique.

En 1992, la création de l'association SOS violences sexuelles présidée par Marie-Claude Tjibaou a encouragé l'accompagnement des victimes et a incité les dénonciations. En 1996, SOS violence sexuelles calculait 45 viols pour 100000 habitants. Les victimes sont majoritairement issues des provinces des îles et du nord. Sur 90 nouvelles victimes, 75% étaient âgées de moins de 18 ans au moment des faits, et 1/3 avaient moins de 10 ans.

Nous assistons à une explosion des procédures de signalement par l'intermédiaire des enseignants, des soignants, des dénonciations à l'association SOS violences sexuelles.

La population carcérale de ce fait, comprend une grande proportion d'auteurs d'abus sexuel (39 % en 1999, 44,4 % en 2002) contre 20% en métropole.

Mais si les dénonciations d'agressions sexuelles augmentent, il apparaît que le plus souvent, la personne qui dénonce n'est pas en mesure de soutenir la victime qui se trouve ensuite très précarisée dans son univers social et familial. A la différence de la France où les tentatives de suicide sont souvent une alerte aux services sociaux, en Calédonie, elles ont lieu après la révélation, pendant la période d'instruction. On a vu des personnages coutumiers important se déplacer dans un foyer de Nouméa pour que l'adolescente se rétracte. On voit aussi des témoins refuser de venir déposer au tribunal lors d'un procès. Lorsque la victime est à l'origine de la révélation, les parents l'emmènent consulter un guérisseur pour la faire soigner traditionnellement car c'est la dénonciation et non l'acte qui est considéré comme cause du trouble familial. Il arrive même que la victime soit éloignée de son village pour la punir d'avoir parlé.

Le contexte culturel des victimes est très important à connaître pour identifier les besoins de protection et les accompagner tout au long du parcours judiciaire.

II / Le rôle du médecin en situation isolée. (5, 6, 7)

En NC, le médecin généraliste en poste isolé est le seul recours aux soins possible. Les centres hospitaliers sont éloignés. Pour consulter un spécialiste en

urgence, il faut faire une demande au centre 15 qui donnera l'accord et permettra au patient de bénéficier d'un VSL si celui-ci ne dispose pas d'un véhicule personnel (cas le plus fréquent). Les agressions sexuelles sont une urgence médico-légale mais n'imposent que très rarement une hospitalisation. Les patients refusent d'aller dans les centres de référence car même si le VSL est accordé pour l'aller, ils se retrouvent sans aucun moyen pour rentrer chez eux à l'issue de la consultation.

II/1 les situations d'accueil

A/ sans réquisition.

La victime est un enfant accompagné par un parent, une infirmière scolaire, une sage-femme, un enseignant, un assistant social suite à des révélations ou lorsque des agressions sexuelles sont suspectées.

La victime est une jeune fille ou une femme adulte qui vient spontanément pour recevoir des soins après une agression plus ou moins ancienne.

B/ Avec réquisition.

- Après que la victime ait déposé plainte, l'examen est une urgence si les faits sont récents (moins de 15 jours).

- Après un signalement au procureur pour des enfants qui ont révélés des agressions sexuelles ou lorsque la maltraitance physique et/ou sexuelle est suspectée par l'entourage médical, social et scolaire.

La réquisition est l'acte par lequel une autorité judiciaire fait procéder à un acte médico-légal qui ne peut être différé.

II/2 Les objectifs de la consultation :

L'accueil des victimes d'agression sexuelle a pour but de

- reconforter, rassurer la victime
- les informer et les préparer à une prise en charge médicale facilitant l'acceptation et le bon déroulement de l'examen clinique
- apprécier l'urgence médicale ou judiciaire
- apprécier les risques de récurrence et le besoin de protection
- préparer la victime aux éventuelles suites médicales, judiciaires, psychologiques et sociales
- orienter la victime dans un réseau de partenaires qui pourront l'aider

Le rôle du médecin n'est pas de prouver que les révélations sont fondées ou non. Il doit dépister et traiter les traumatismes physiques et psychiques, prévenir et traiter les infections sexuellement transmissibles (IST), colliger les données de l'anamnèse et de l'examen dans un dossier et d'un certificat médical initial exhaustif.

II/3 Evaluation de la situation

A/ L'anamnèse des faits :

Elle est fondamentale car c'est elle qui va permettre d'orienter l'examen clinique ainsi que les prélèvements ultérieurs. A l'aide de questions ouvertes, il faudra obtenir les renseignements suivant :

- date, heure, lieu des faits, nombre d'agresseurs actifs ou non, leur sexe et l'éventuel lien de parenté avec la victime
- les circonstances de l'agression, coups et blessures associés, violences verbales, pressions psychologiques, séquestration, tentatives de résistances ?
- Les évènements associés, perte de connaissances, amnésie, prise de toxique, d'alcool ?
- Le déroulement de l'agression, l'existence ou non d'attouchements sexuels (oraux, vaginaux, anaux), notion de pénétration, l'utilisation de corps étranger, l'existence ou non d'éjaculation, l'utilisation ou non de préservatif
- Le comportement après l'agression, toilette intime ou non, vêtements changés ou non, consommation de médicaments ou d'alcool depuis l'agression

B/ Les antécédents de la victime.

Médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, psychiatriques

Il faut préciser s'il existait des rapports sexuels (RS) antérieur aux faits, la date des derniers RS librement consentis, l'utilisation ou non de tampons hygiéniques, la date des dernières règles, l'utilisation d'une contraception.

C/ L'évaluation psychologique.

Il faut décrire la présentation de la victime et son état psychologique au moment de l'examen : stupeur, angoisse, agitation désordonnée, composante dépressive, sentiment de dévalorisation, tristesse, ralentissement psychomoteur.

Noter l'existence ou non

* de signes de stress post-traumatique

- récent : réactions de sursaut, anxiété, anesthésie affective

- secondaire : symptômes de répétition, cauchemars sur l'évènement, défilés d'images ou de séquences qui reproduisent à l'infini ce qui c'est passé, phobie de certains lieux, de certaines personnes qui font penser aux faits, rituels obsessionnels

* de conduites délirantes, conduites addictives

Décrire les comportements :

- agressivité verbale, repli sur soi, mutisme, confusion, autoaccusation, calme anormal

- modification de comportement chez l'enfant : un désinvestissement scolaire brutal, une peur incontrôlable, des préoccupations sexuelles excessives par rapport à l'âge, des rituels de lavage ou le refus de la toilette des organes génitaux
- conduites antisociales chez les adolescentes, automutilations

D/ Les plaintes de la victime.

- Au cours de l'agression : douleur
- Au décours de l'agression : douleur, saignements, leucorrhées, brûlures mictionnelles
- Le retentissement ultérieur : troubles somatiques chroniques (céphalées, insomnie, douleurs), des troubles gynécologiques et sexuels (douleurs pelviennes, leucorrhées, diminution de la libido, frigidité, dyspareunie)
- Chez les enfants : encoprésie, énurésie secondaire, troubles du transit, terreurs nocturnes.

E/ L'évaluation du risque de récurrence et du besoin de protection

Il s'agit d'évaluer si la victime peut bénéficier d'un soutien familial, si elle est toujours en danger, et s'il existe un risque de récurrence au domicile.

II/4 L'examen clinique.

Il est toujours réalisé avec l'accord de la victime et avec des gants.

Il faut mentionner la date et l'heure de l'examen ainsi que le délai écoulé depuis les faits. Avec l'accord de la victime des photographies des lésions observées seront réalisées avec un test métrique et pourront être jointes au certificat médical. (Annexes 1 et 2)

- L'examen général : Il permet d'établir une relation de confiance avec la victime. Il recherche des traces de violences sur l'ensemble du corps et notamment sur les faces internes des cuisses et sur la poitrine, sur les zones d'appui et de contention (poignets, chevilles, cou), dans la cavité buccale.
- L'examen de l'anus : Noter la position de l'examen, décrire les lésions, l'existence d'une béance, de condylomes, d'eczéma, de fissures. Parfois, il faut réaliser un toucher rectal pour évaluer la tonicité du sphincter anal.
- L'examen gynécologique :

Il débute par l'inspection de la vulve, des grandes et petites lèvres, du clitoris et de la fourchette vulvaire à la recherche de traces de violence.

L'examen de l'hymen est essentiel. L'hymen doit être décrit avec précision. Les lésions doivent être localisées suivant un cadre horaire et relevées sur un schéma récapitulatif. En cas de défloration récente, les déchirures complètes ou incomplètes siègent le plus souvent à 5 H et à 7 H en position décubitus dorsal. Leur cicatrisation s'effectue entre 5 et 8 jours.

L'examen de l'hymen pourra être réalisé avec une sonde de Foley ce qui permettra de mesurer avec précision le diamètre vaginal de l'orifice hyménal.

Le toucher vaginal ne sera réalisé qu'après les prélèvements.

- Chez la petite fille : on lui demandera de se mettre en position dite de grenouille (décubitus dorsal, jambes pliées et les genoux écartés vers l'extérieur). On mesure les diamètres horizontal et vertical de l'hymen qui est de 5 cm environ à 5 ans, et augmente de 1 mm par année. A la puberté, le diamètre est variable surtout après les premières règles. l'utilisation de tampon interne peut élargir l'orifice mais sans provoquer de déchirure.

Il faut savoir qu'il peut exister une pénétration vaginale sans déchirure et que l'absence de lésions hyménales ne correspond pas forcément à l'absence d'abus sexuel ou de pénétration.

Lors d'une agression ancienne, l'examen recherche des signes physiques de grossesse et d'IST (infections sexuellement transmissibles).

- Chez le garçon, il faudra examiner la sphère génitale, verge face antérieure et postérieure, verge décalottée à la recherche de lésion du frein, scrotum et son contenu. Le reste de l'examen général, buccal, anal est identique à celui de la fillette.

II/5 Les prélèvements.

Les prélèvements sont réalisés :

- En cas d'agression récente dans un but médico-légal pour identifier l'agresseur et dans un but médical pour évaluer l'état de santé initial de la victime
- En cas d'agression ancienne dans un but médical pour dépister au plus tôt les complications (grossesse, IST)

A / Les prélèvements médico-légaux :

Les prélèvements à visée génétique sont guidés selon le contexte de l'agression (déclarations de la victime et constatations clinique).

Tous les prélèvements sont :

- réalisés avec des gants, identifiés, site de prélèvement, numérotés selon l'ordre de réalisation.
- Etiquetés, nom de la victime, siège, date heure du prélèvement.
- Répertoriés dans le certificat médical initial le dossier clinique de la victime
- Saisis et scellés par les enquêteurs après réquisition du médecin.

1) Recherche de spermatozoïdes.

Ecouvillon sec et étalement et fixation sur lame.

2) Prélèvements en vue d'analyses génétiques :

*prélèvement de sperme :

Le plus tôt possible après l'agression, sans toilette préalable, avec un spéculum non lubrifié au niveau du vagin. On utilise un écouvillon de coton sec qui doit être séché pendant 30 à 60 mn à l'air libre avant de le replacer dans le tube protecteur. Il pourra être ensuite congelé à -18° ou gardé au frais 4° C 72 Heures.

Il faut réaliser 4 prélèvements par site en fonction des déclarations de la victime et des constatations clinique : anus, vulve, périnée, vagin exo col et endocol, peau (utilisation de compresses humidifiées 1 cm² pour essuyer la zone tachée puis sécher).

Les délais sont : Vagin 72 à 96 H, anus 72 H, peau 48 H, bouche 24 H

*Prélèvement de poils ou de cheveux de l'agresseur découvert sur la victime ou sur ses vêtements. Il n'y a pas de délai. Il faut prélever si possible le bulbe et mettre un par un les éléments dans un enveloppe kraft qui sera conservée à t° ambiante.

*Prélèvement de salive de l'agresseur

Il faut prélever au niveau des morsures avec un écouvillon humidifié au sérum physiologique qu'il faudra faire sécher. Le délai est de 24 Heure, la conservation se fait à t° ambiante.

*Prélèvement de sang de l'agresseur sous les ongles des doigts de la victime si celle-ci a griffé l'agresseur

Il faut racler sous chaque ongle de la victime ou couper ceux-ci et bien identifier chaque prélèvement (doigt, main). On utilise une compresse humidifiée sur un bâtonnet et on fait sécher. Le prélèvement se garde à t° ambiante dans un papier kraft.

*Les vêtements tachés (salive, sang, sperme) et tout support inerte (textile, préservatif, mouchoir en papier)

Portés lors des faits doivent séchés et conservés individuellement dans du papier kraft à t° ambiante. Il n'y a pas de délai pour réaliser les analyses sur les supports inertes (conservation indéfinie des spermatozoïdes à l'air libre).

* Identification de la victime :

2 tubes de sang EDTA de 5ml à conserver au frais pendant 3 ou 4 jours, pourra être congelé ensuite.

3) Recherche de toxique :

- But : Identifier une soumission médicamenteuse ou toxique en cas d'agression récente.
- Indication : amnésie, confusion, ivresse, hallucination, hébétude, hypotonie, hypotension, bradycardie, déclaration de la victime alléguant une intoxication volontaire ou non.
- Moyens : Sang : 2 tubes sec et un tube alcoolémie, urine 2 flacons de 30 ml. Conservés à 4° 48 H, sinon congelés.

B/ Les prélèvements médicaux :

1) Recherche d'une éventuelle grossesse.

En fonction du délai écoulé depuis l'agression on pratique des tests urinaires et/ou sanguins.

2) Recherche d'une infection sexuellement transmissible

a) Les prélèvements locaux sont guidés par le contexte.

En situation isolée, le délai d'acheminement au laboratoire est de 24 à 72 heures ce qui limite la réalisation de certains examens et la fiabilité des résultats. Le traitement sera donc donné en suivant les recommandations de l'approche syndromique en fonction des symptômes.

b) Le bilan sérologique et biologique.

Initial : Sérologie VIH 1,2 ; chlamydiae, syphilis, hépatite C, herpès, hépatite B en l'absence de vaccination.

Au bout d'un mois : Sérologies VIH 1,2 ; chlamydiae, herpès, hépatite C, hépatite B si AC anti HBS négatif au premier bilan, chlamydiae et herpès si sérologies négatives au premier bilan, transaminases.

Au bout de 3 mois : Sérologie VIH 1,2 ; hépatite C, hépatite B si AC anti Hbs négatif, transaminases

Au bout de 6 mois : Sérologie VIH 1,2 ; hépatite C, transaminases

c) Bilan pré thérapeutique.

Il est effectué si la décision est prise de mettre en route un traitement anti rétroviral selon la prescription du médecin référent des accidents d'exposition aux risque de transmission du VIH

II/6 Le traitement et le suivi.

A) Le traitement curatif :

Si l'infection est récente : désinfection, soins des lésions anatomiques s'il y en a, antalgiques et antibiotiques.

Un traitement anxiolytique de courte durée peut être nécessaire pour éviter des troubles du sommeil et une anxiété généralisée.

B) Le traitement prophylactique :

- Vaccination antitétanique si plaie souillée et vaccination non à jour.
- Prévention d'une grossesse : NORLEVO si risque de grossesse et absence de contraception dans les 3 jours après le viol. Les femmes multipares peuvent bénéficier de la pose d'un dispositif intra utérin par un gynécologue dans un délai de 5 jours.
- Prévention des IST bactériennes : chlamydiae, syphilis, gonocoque. En Calédonie on réalise une injection IM d'EXTENCILLINE 2,4 MU et une dose de 4 cp d'azithromycine 250 mg.
- Prévention des IST virales :

Le VIH : La situation de viol est considérée à haut risque de contamination virale. Le médecin référent des accidents d'exposition au VIH est contacté et détermine l'indication du traitement selon les circonstances de l'agression sexuelle (risque de 0,5 à 3% pour un rapport sexuel anal agresseur VIH+, risque de 0,05 à 0,5 % pour un rapport sexuel vaginal agresseur VIH+, risque très faible pour un rapport buccal) ; la connaissance éventuelle par la victime d'une IST ou des lésions génitales chez l'agresseur ; le délai entre la dernière agression et la consultation (moins de 48 heures), la connaissance du statut

sérologique de l'agresseur (il existe une possibilité d'effectuer avec son accord un test de dépistage).

Le médecin référent assurera le suivi avec réévaluation dans les 48 heures et au cours du mois.

L'Hépatite B : Si la victime n'est pas vaccinée, une vaccination et une injection de gammaglobuline spécifique sont faites dans un délai de 8 jours après l'agression.

L'Hépatite C : Il n'existe pas de traitement prophylactique.

C) Organisation et planification du suivi.

Il convient d'identifier un médecin référent du suivi médical ultérieur pour :

- Evaluer l'état de santé général : troubles du sommeil, de l'appétit, de l'humeur, le recours à des médicaments, à un suivi psychologique.
- Vérifier l'observance des traitements prescrits en urgence.
- Contrôler la guérison des lésions anatomiques.
- Dépister une grossesse débutante.
- Dépister les IST secondaires à l'agression (cf. protocole de suivi biologique).
- Rassurer la victime sur son intégrité anatomique.

Les consultations de suivi permettent de :

* Faire le point sur la situation sociale, le lieu de vie, le sentiment ou non de sécurité, les besoins particuliers (si l'auteur des faits est intrafamilial, son incarcération peut priver la famille des ressources)

* Proposer le recours à l'assistance sociale,

* Proposer l'accompagnement par les associations d'aide aux victimes (SOS violences sexuelles, association violences conjugales, le Relais, le bureau d'aide aux victimes etc.)

* Proposer un suivi psychologique.

D) La place de l'hospitalisation :

L'hospitalisation est systématique en pédiatrie lorsqu'il s'agit d'enfant victime de violence intrafamiliale ou dès lors qu'il existe un risque de récurrence.

Lorsque la victime est adulte, l'hospitalisation est proposée chaque fois que l'agression s'est accompagnée de blessures physiques ou qu'elle est à l'origine de détresse psychologique aiguë. Il en sera de même si la victime est isolée sur le plan relationnel ou du fait du dévoilement. L'hospitalisation lui permettra de chercher un aidant qui accepterait de l'héberger et de la soustraire au risque de récurrence. Lorsque le risque de contamination par le VIH existe et que le délai n'est pas dépassé l'hospitalisation en urgence permettra d'effectuer un bilan initial et de débiter le traitement. Ce qui est impossible à réaliser en situation isolée du fait de l'absence d'analyse biologique urgente.

II/7 La rédaction du certificat médical et/ou le signalement.

A) Le certificat médical : (cf. annexe 3)

Il mentionne :

*les coordonnées du médecin, la date et l'heure de l'examen, si celui-ci est à la demande d'un tiers (enfant) ou de la justice (réquisition), les coordonnées de la victime.

* Les résultats de l'entretien : les dires de la victime sont cités et non interprétés.

* Les résultats de l'examen : psychologique, somatique général (description précise des lésions observées, les traces d'ecchymose, de morsure, de strangulation, de tuméfaction, de brûlure etc., le siège, l'étendue, le nombre, le caractère ancien ou récent, les éléments de gravité), génital, anal, buccal.

- Les examens complémentaires pratiqués : les prélèvements sont identifiés et numérotés (nom, date, siège), la recherche d'une grossesse et le risque d'en développer une.

En conclusion : cette enfant/adulte présente (ou non) des traces de violences récentes et une réaction psychique compatible (ou non) avec l'agression qu'elle dit avoir subie. (L'absence de lésion ne permet pas de conclure à l'absence d'agression sexuelle).

L'incapacité totale de travail doit être déterminée. Elle est évaluée en fonction de l'atteinte physique et/ou psychique. Elle témoigne de la nature et de la gravité des blessures et du retentissement psychique de l'agression mais elle n'a pas d'incidence sur la qualification des faits. L'ITT est déterminée sous réserve de complication. Si la détermination de l'ITT est difficile du fait des lésions génitales et/ou du retentissement psychique mentionner la nécessité de recourir à un spécialiste.

Signaler que des séquelles pourraient persister et donneraient lieu à une incapacité permanente partielle à expertiser ultérieurement.

Certificat fait ce jour et remis :

A l'intéressée si victime majeure sans réquisition,

Aux parents de la victime si elle est mineure sans réquisition

A l'OPJ qui a effectué la réquisition

Le médecin doit dater et signer toutes les pages du certificat et mentionner son nom et celui de la victime.

B) Le signalement au procureur : (annexe 4)

Il concerne les enfants de moins de 15 ans et les personnes vulnérables ainsi que les personnes de plus de 15 ans qui ont donné leur consentement à ce signalement.

Il faut :

- Joindre le certificat médical.
- Mentionner les faits relatés par la victime
- La date de l'examen
- L'identité du médecin, de la victime
- Les constatations qui évoquent une situation de danger pour l'enfant : si l'agresseur est intrafamilial ou si la famille est dans l'incapacité ou a des difficultés pour assurer l'accompagnement et la protection du mineur.

Ce signalement permettra au procureur de décider des mesures de protection et parfois de placement en urgence. En attendant la victime pourra être hospitalisée en pédiatrie afin d'être soustraite au risque de récurrence.

Il faut aussi signaler les situations de mères agressées par un membre intrafamilial qui menace et ou agresse physiquement les enfants. Cette situation met en danger les enfants et même si la victime majeure refuse le signalement, celui-ci doit être fait au nom des enfants en danger. Le procureur pourra décider d'un placement de protection mère-enfants.

III partie : Difficultés de terrain et propositions.

III/1 Les difficultés de terrain.

A) Turn over des acteurs du réseau local

Le réseau local de prise en charge en urgence des victimes d'agression sexuelle est constitué de la gendarmerie et du médecin généraliste de garde sur le secteur.

Si certains généralistes, notamment dans le privé sont installés pour une longue période, ceux des dispensaires ne restent souvent dans une même commune que quelques années. Les gendarmes, quand à eux sont en poste pour des périodes de 2 à 3 ans.

B) Manque de formation de ces acteurs

Les médecins généralistes sont peu formés à la médecine légale dans leur cursus universitaire.

En confrontant mon expérience de médecin de dispensaire en situation isolée (400 kms de NOUMEA) pendant 5 années avec les données acquises lors du Diplôme universitaire de médecine légale je fais le constat du manque de formation de la part des médecins et des gendarmes dans la procédure de prise en charge spécifique des victimes d'agression sexuelle.

J'ai relevé les erreurs de procédure suivantes :

La patiente se présente à la gendarmerie pour porter plainte suite à une agression sexuelle. Le gendarme l'adresse au médecin du dispensaire sans réquisition pour qu'il effectue un certificat médical.

La patiente se présente spontanément au dispensaire suite à une agression sexuelle. Le médecin examine la patiente, rédige un certificat et parfois réalise des prélèvements qu'il donne en main propres à la victime afin qu'elle aille porter plainte.

Dans ces situations, le médecin n'est pas requis et si les prélèvements sont effectués, ils ne sont ni saisis, ni scellés par l'OPJ en charge de l'enquête.

Parfois, le médecin est requis par l'OPJ pour examiner la victime mais la réquisition ne mentionne pas de réaliser des prélèvements pour les tests ADN, pour la recherche de spermatozoïde, ni de rechercher des toxiques.

L'absence de protocole au sein des gendarmeries et des centres de soin pénalise les victimes qui ne peuvent pas bénéficier d'une prise en charge optimale médicale et judiciaire.

Les erreurs dans la recherche des preuves (absence de prélèvements, prélèvements mal réalisés, mal conditionnés) ainsi que les erreurs de procédure peuvent nuire à la reconnaissance des faits.

C) Contexte culturel

Il est parfois difficile de comprendre les faits quand la victime est une enfant qui parle mal le français et qui n'est pas habituée à côtoyer les personnes européennes.

Une grande partie des violences a lieu dans le milieu intrafamilial, entraînant dès lors de la révélation, parfois une mise en danger supplémentaire de la victime qui doit être protégée. La connaissance du milieu socioculturel est indispensable pour bien envisager avec les victimes les besoins en protection et en soutien judiciaire.

D) Eloignement géographique et matériel des acteurs locaux et des victimes par rapport aux services spécialisés et ressources.

L'éloignement géographique génère des difficultés pour la prise en charge des victimes :

Il conditionne la faisabilité des prélèvements. Le délai d'acheminement vers le laboratoire expert peut être de plusieurs jours.

D'autre part, la procédure exige de se déplacer à plusieurs reprises sur NOUMEA pour avoir recours aux services des associations, pour les confrontations, pour les expertises. Chaque Rendez-vous demande un minimum de deux jours de disponibilité de la victime si elle est originaire du nord ou des Iles avec des frais de transport et d'hébergement. Certaines victimes abandonnent la procédure de ce fait.

III/2 Propositions :

A/ Organisation d'un groupe de travail territorial pour la prise en charge des victimes d'agressions sexuelles.

- Objectifs : *Analyser les pratiques actuelles sur Nouméa et dans les communes de l'intérieur, et dans les 3 provinces.

- *Répertorier les difficultés dans le respect des procédures judiciaires, dans la prise en charge médicale et sociale.

- *Proposer des solutions sur Nouméa et dans les communes de l'intérieur et dans les îles pour que la prise en charge soit optimale et équitable quelque soit l'endroit du territoire tant sur le plan médical que judiciaire.

- *Elaborer un guide d'accueil et de traitement des victimes à destination des gendarmes et des médecins en situation isolée.

- Les partenaires de ce groupe de travail pourraient être :

- * Services judiciaires : Procureur de la république, brigade des mineurs, gendarme de l'intérieur (en poste isolé), policier.

- * Services de santé : coordinateur médical de chaque DPASS de chaque province, médecin de dispensaire compétent en médecine légale, urgentiste, gynécologue et pédiatre du CH Magenta, Toxicologue, Biologiste, Anatomopathologiste, médecin légiste.

- * Services sociaux : ASE (aide sociale à l'enfance), Directeurs des services sociaux des 3 provinces, Un assistant social de l'intérieur, les associations d'aide aux victimes.

B/ Formation régulière des gendarmes et des médecins en situation isolée.

Chaque année, une formation pourrait être organisée par l'IFAP pour les gendarmes et médecins exerçant en situation isolée. Cette formation devrait être obligatoire pour les nouveaux arrivants sur le territoire.

Objectifs :

Présentation épidémiologique des violences sexuelles en Nouvelle Calédonie

Présentation des caractéristiques culturelles, perception du viol, droit coutumier et droit français, vulnérabilité des victimes.

Définir les rôles spécifiques du gendarme et du médecin dans l'accueil et la prise en charge des victimes.

Présenter les guides et les procédures : modèles de réquisition avec les différentes missions, trames des certificats médicaux, procédures de prélèvements, de conditionnement et de conservation en fonction de l'endroit géographique et des moyens techniques à disposition (cf. annexes)

Procédure de transport des victimes et des prélèvements.

Procédure de protection d'urgence : hospitalisation, hébergement d'urgence.

Procédures d'hospitalisation d'urgence pour des raisons médicales (mettre en route une thérapie anti-VIH, examens non réalisables en dispensaire par défaut de moyen).

Procédures de suivi des victimes (avis spécialisé pédiatrique ou gynécologique rapide et différé le plus proche tenant compte des vacances des spécialistes dans tout le territoire).

Présentation du réseau : contact téléphonique, mail, adresse

Des associations,

ASE (Aide sociale à l'enfance),

Parquet,

Hôpital : Unité médico-judiciaire, service des urgences,
centre 15, service de gynécologie, service de pédiatrie.

CONCLUSION :

Les médecins en situation isolée peuvent être sollicités par les victimes ou par la gendarmerie suite à une plainte d'agression sexuelle.

L'agression sexuelle récente constitue une urgence médico-légale et oblige le médecin de garde à répondre à la demande. Même si ces situations sont peu fréquentes (quelques cas par an par praticien), les médecins et les gendarmes hors Nouméa doivent être capables de gérer correctement et selon les recommandations actuelles les plaignants(es) de façon à ce que tout soit mis en œuvre pour rechercher la vérité ainsi que dépister et traiter les complications.

La réalisation d'un guide spécifique et adapté à la situation d'isolement par tous les acteurs du réseau de la Nouvelle Calédonie à destination des acteurs locaux gendarmes et médecins devrait leur permettre de mener cette tâche correctement.

Ces acteurs locaux doivent être intégrés à la réflexion sur l'organisation de la médecine légale en Nouvelle Calédonie car du fait des particularités du territoire (étendue, faible densité de population hors grand-Nouméa et dans les Iles) le recours aux services spécialisés tant judiciaire que médical est impossible dans certaines circonstances.

BIBLIOGRAPHIE :

- 1) HAMELIN C, SALOMON C. Parenté et violences faites aux femmes de Nouvelle Calédonie. Un éclairage sur l'ethnicité différenciée des violences subies au sein de la famille. Espace, Populations et sociétés, 2004-2 : 307-323.
- 2) SALOMON C. « Mettre au tribunal », « claquer un procès » : les nouvelles ripostes des femmes kanaques en Nouvelle Calédonie. Archives de politique criminelle : 2002-1 N° 24 : 161-176.
- 3) SALOMON C. Tables rondes « ESK, systèmes sociaux en devenir » EHESS, PARIS : 11-12/ 10 / 95. Hommes et femmes : harmonie d'ensemble ou antagonisme sourd.
- 4) SALOMON C. Quand les filles ne se taisent plus. Un aspect du changement postcolonial en Nouvelle-Calédonie. TERRAIN 40, 2003-3 : 133-150.
- 5) Le praticien face aux violences sexuelles. 2000, Ministère de l'intérieur et de la défense, conseil de l'ordre des médecins.
- 6) Gosset D, Hedouin V, Revuelta E, Desurmont M. Maltraitance à enfant. Abrégés Masson
- 7) Les agressions sexuelles de l'adulte et du mineur. Edition ELLIPSE.

Annexe 1

Le matériel nécessaire à la prise en charge de victime d'agression sexuelle

- Une pièce équipée d'un cabinet de toilette et d'une douche
- Le matériel de réanimation (oxygène, AMBU, tensiomètre, stéthoscope)
- Un bon éclairage fixe
- Une balance, une toise
- Des slips usage unique
- Des protections hygiéniques
- Des draps pour couvrir la victime pendant l'examen
- Un disque de calcul de grossesse
- Un appareil photographique numérique
- Des enveloppes kraft
- Un sèche-cheveux
- Une loupe
- Un mètre ruban
- Un peigne pour récupérer les corps étrangers dans les poils pubien
- Le matériel de prélèvement veineux (épicrâniennes, aiguilles à prélèvement, vacutainer, garrot, compresses, désinfectant, tubes sec, EDTA, Fluorés, vert)
- Le matériel d'examen gynécologique : spéculum, écouvillons, lames, laque, sonde urinaire de Foley, seringue, écouvillons spécifiques (chlamydiae)
- Pot à urine stérile
- Les médicaments : traitement des IST, pour la prophylaxie post-exposition de la transmission du VIH, contraception d'urgence, vaccin antitétanique et immunoglobuline antitétanique, vaccin contre l'hépatite B, analgésiques, sédatif, antibiotiques
- Les brochures d'information d'assistance aux victimes
- Une armoire à clé pour conserver les documents confidentiels en toute sécurité

Annexe 2

CAT et examen d'une victime masculine présumée d'agression sexuelle

CONDITIONS DE L'EXAMEN :

- demande de la victime
 - réquisition de la police
 - expertise judiciaire
- L'examen doit être effectué en présence d'une tierce personne s'il s'agit d'un mineur.

INTERROGATOIRE :

- date et nature des faits
- questions sur la sexualité habituelle
- questions particulières concernant la nature des faits

EXAMEN :

- recherche des violences à détailler sur le schéma
- examen de la sphère génitale
 - verge face antérieure et postérieure
 - verge décalottée lésion déchirure du frein
 - scrotum et son contenu
 - anus inspection et T.R.
 - anuscopie
- examen du pharynx et prélèvements

PREVOIR :

- bilan psychologique
- recherche de contamination syphilitique TPHA et VDRL (3 semaines après)
- sérologie HIV (4 mois après)

GESTES A FAIRE :

- photographies en couleur
- prélèvements de vêtements
- prélèvements bactériologiques (verge, prépuce, anus, pharynx)
- recherche de sperme, cellules vaginales en indiquant le délai précis écoulé depuis les faits
- sérologies syphilitique + HIV
- alcoolémie selon contexte

DESTINATION DU PRELEVEMENT :

- la police, le juge d'instruction si notifié dans la réquisition
- dans les autres cas ils sont analysés et leurs résultats remis à la victime
- photographies vêtements peuvent être conservés par le médecin dans des locaux et mobiliers assurant le respect du secret professionnel

RAPPORT :

- sa rédaction ne doit pas mentionner le terme viol. Il faut rapporter les dires de la victime sans les interpréter et en utilisant le conditionnel. On parle de violences sur les régions sexuelles

DESTINATAIRE DU CERTIFICAT OU DU RAPPORT :

POLICE OU JUGE D'INSTRUCTION SI REQUISITION OU COMMISSION D'EXPERTISE
LA VICTIME EN MAIN PROPRE ET JAMAIS A UN TIERS
LA FAMILLE OU LE TUTEUR LEGAL QUAND IL S'AGIT D'UN MINEUR

TOUJOURS CONSERVER UN DOUBLE DE SON EXAMEN ET DE SON RAPPORT
dans un meuble de sûreté.

EXAMEN GENITAL

- Pubis
- Verge et scrotum
- Verge décalottée face antérieure et postérieure
- phimosis paraphimosis
- lésion de l'orifice urétral déchirure, corps étranger
- déchirure du frein prépuce
- présence de sang
- œdème du prépuce ou de tout le pénis
- prélèvements



SCROTUM

Face antérieure et postérieure
Douleur à la palpation
Hématomes et plaies

- Anus
 - inspection y compris en genu pectoral
 - présence d'ulcérations de condylomes acuminés
 - aspect des plis radiés respectés
 - marge anale lisse
 - irritation récente présence de sang ou zone inflammatoire
 - fissures
 - hémorroïdes localisation et aspect
 - béance anale spontanée

Anus normal



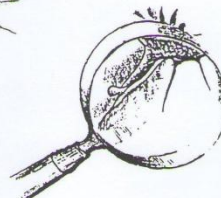
Anus en entonnoir
Sodomisé « habituel »



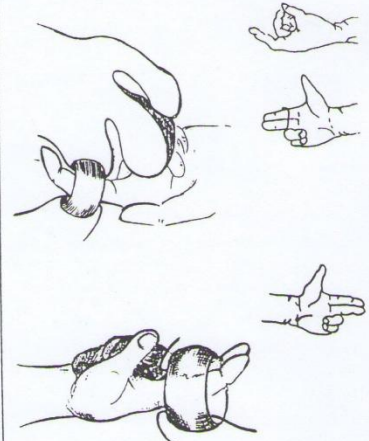
Anus déchiré
Délèvement franc et récent



Rupture de la marge anale
avec déchirure et hématome



- Toucher rectal
 - tonicité du sphincter
 - dilatation initiale ou secondaire
 - introduction d'un doigt ou de deux doigts
 - hémorroïdes abondance
 - présence de sang sur le doigtier ou autre corps étranger
- Anuscopie
 - érosions localisation aspect
 - prélèvements



En cas d'homosexualité les plis radiés sont souvent effacés, la peau entourant l'anus est lisse et épaisse, les paquets hémorroïdaires fréquents et volumineux. Le toucher rectal dans ce cas retrouve un sphincter externe moins tonique. Le premier contact de l'index provoque une certaine résistance, puis brutalement le sphincter anal se dilate permettant l'introduction facile de deux doigts sans aucune douleur.

Annexe 3
Fiche dossier d'une victime masculine présumée victime d'agression sexuelle

n° du dossier : 19

1^{re} partie **FICHE INDIVIDUELLE**

INTERROGATOIRE :

Date - lieu de l'examen - heure
Nom - prénom
Date de naissance
Adresse actuelle
Adresse des parents

- **Mode d'accès au centre**
personnel
médecin
autorité judiciaire
réquisition (conserver l'original)

- **Les faits :**
heure
lieu
délai de consultation
circonstances
violences ou sévices associés
armes ou objets utilisés

- **Antécédents médicaux**
groupe sanguin

- **Selon les circonstances et l'âge de la victime**
à sa connaissances y-a-t-il eu réellement pénétration anale ?
y-a-t-il eu éjaculation ?
y-a-t-il eu tentative de fellation ?
dans ce cas, la victime s'est-elle lavée la bouche ou a-t-elle bu ou mangé quelque chose depuis l'agression ?
la victime a-t-elle exonéré depuis l'agression ?
la victime sait-elle si elle est atteinte d'une MST ?
interroger sur la vie sexuelle habituelle, et la pratique de l'homosexualité, sa date

EXAMEN :

A détailler ci-contre et à reproduire sur schémas, si possible.

PRELEVEMENTS ET RESULTATS :

TPHA et VDRL
HIV
Prélèvement prépuccial à la recherche de :
- cellules vaginales (o/+)
- spermatozoïdes (o/+)
- cellules sanguines (o/+)
Prélèvement anal (o/+)
Prélèvement pharyngé (o/+)
Autres prélèvements à préciser
Empreintes génétiques
Vêtements etc...
Alcoolémie
PHOTOGRAPHIES NOMBRE
à agrafier au dossier.

n° du dossier :

19

TRAITEMENT

- LOCAL
- GENERAL : VAT/SAT...
prophylaxie des MST
- HOSPITALISATION
ORDONNANCE POUR TPHA et VDRL (3 semaines)
ET POUR HIV (4 mois)
PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE IMMEDIATE PAR :

NECESSITE DE PREVOIR PRISE EN CHARGE
PSYCHOLOGIQUE
DATE DU RDV POUR CONSULTATION AVEC :

CENTRE D'ACCUEIL :

TIMBRE OU ADRESSE

MEDECIN INTERVENANT :

TITRES-FONCTIONS

TEMOINS DE L'EXAMEN :

TITRES-FONCTIONS

Observations particulières sur le dossier e éventuellement conclusions médico-légale avec suggestions d'explorations complémentaires ou de traitements.

LIEU DE CONSERVATION DU DOSSIER :

Copie remise à l'autorité requérante
A la victime ou son représentant

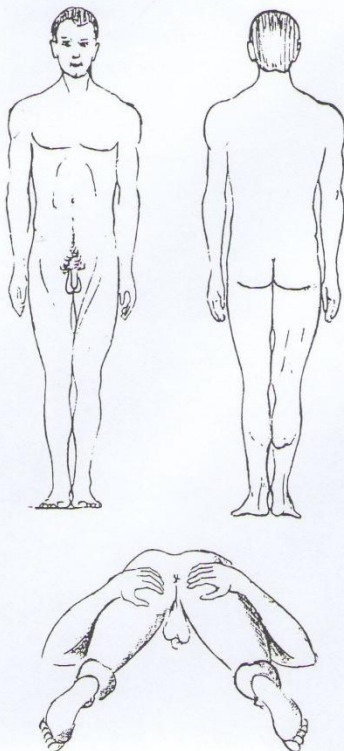
CERTIFICAT FAIT : oui/non

Remis à : nom, qualité de la personne

SIGNATURE DE L'INTERVENANT PRINCIPAL

Ne pas omettre de compléter le 2^e feuillet

2^e partie **FICHE INDIVIDUELLE**



EXAMEN GENERAL :

- Tête
- Bouche pharynx
- Cou
- Thorax
- Abdomen
- Membres inférieurs
- Membres supérieurs
- Signes de toxicomanie

EXAMEN GENITAL :

- Pubis
- Verge et scrotum
- Verge décalottée face antérieure et postérieure
phimosiis paraphimosiis
lésion de l'orifice urétral déchirure, corps étranger
déchirure du frein prépuccial
présence de sang
œdème du prépuce ou de tout le pénis
prélèvements
- Scrotum face antérieure et postérieure
douleur à la palpation
hématomes et plaies
- Anus
inspection y compris en genu pectoral
présence d'ulcérations
de condylomes acuminés
aspect des plis radiés
respectés ou non
marge anale lisse
irritation récente présence de sang ou zone inflammatoire
fissures
hémorroïdes localisation et aspect
béance anale spontanée
- Examen de l'anus (se reporter aux schémas légendés)
épreuve du pincé de la marge anale
toucher rectal
tonicité du sphincter
dilatation initiale ou secondaire
introduction d'un doigt ou de deux doigts
hémorroïdes abondance
présence de sang sur le doigtier ou autre corps étranger
anuscopie
érosions localisation aspect
prélèvements

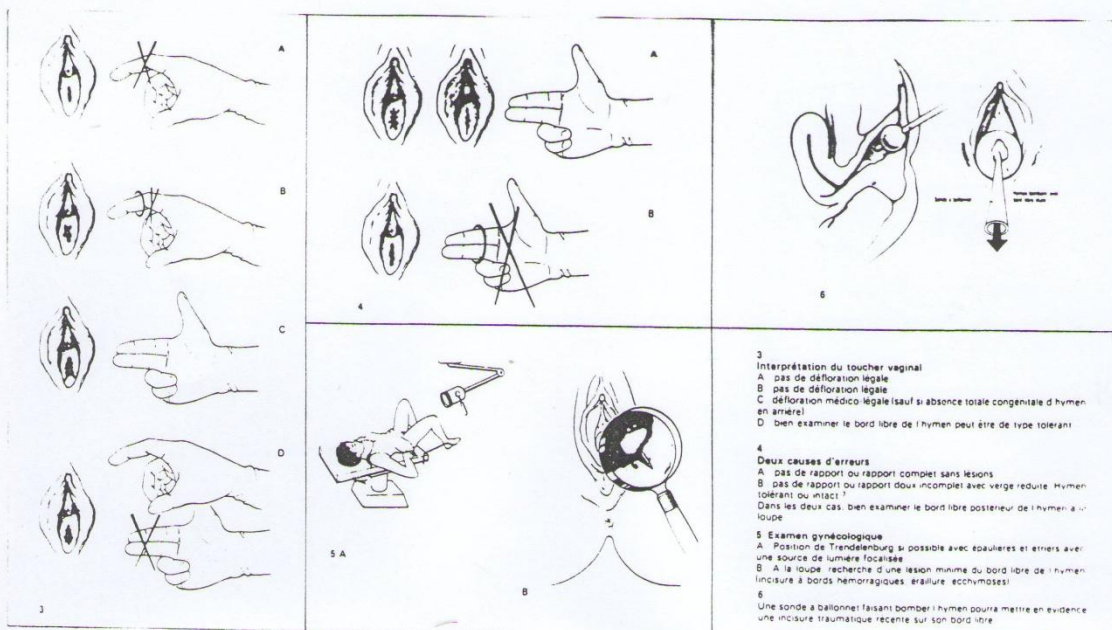
BILAN PSYCHOLOGIQUE :

RESULTATS DE L'EXAMEN :

Annexe 4

CAT et examen d'une victime féminine présumée d'agression sexuelle

<p>INTERROGATOIRE : Date - lieu de l'examen - heure Nom - prénom Date de naissance Adresse actuelle Adresse des parents - Mode d'accès au centre personnel médecin autorité judiciaire réquisition (conserver l'original) - Les faits : heure lieu délai de consultation circonstances violences ou sévices associés armes ou objets utilisés - Antécédents médicaux et gynéco-obstétricaux groupe sanguin - Selon les circonstances et l'âge de la victime a sa connaissance y-a-t-il eu réellement pénétration et/ou un saignement, des douleurs y-a-t-il eu éjaculation ? y-a-t-il eu tentative de féllation ? dans ce cas, la victime s'est-elle lavée la bouche ou a-t-elle bu ou mangé quelque chose depuis l'agression ? la victime a-t-elle exonéré depuis l'agression ? la victime sait-elle si elle est atteinte d'une MST ? interroger sur la vie sexuelle habituelle, sur l'existence d'une contraception, d'une grossesse en cours, la date des dernières règles</p> <p>EXAMEN : A détailler ci-contre et à reproduire sur schémas, si possible</p> <p>PRÉLÈVEMENTS ET RÉSULTATS : TPHA et VDRL HIV B HCG sanguin Prélèvement vaginal à la recherche de - spermatozoïdes (0/+) - cellules sanguines (0/+) Prélèvement anal (0/+) Prélèvement pharyngé (0/+) Autres prélèvements à préciser Empreintes génétiques Vêtements etc Alcoolémie PHOTOGRAFIES NOMBRE</p>	<p>TRAITEMENT - LOCAL - GÉNÉRAL : VAT/SAT... prophylaxie des MST contraception post-coitale - HOSPITALISATION ORDONNANCE POUR TPHA et VDRL à 3 semaines HIV (à 4 mois) PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE IMMÉDIATE PAR</p> <p>NECESSITÉ DE PRÉVOIR PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DATE DU RDV POUR CONSULTATION</p>	<p>CENTRE D'ACCUEIL : TIMBRE OU ADRESSE</p> <p>MÉDECIN INTERVENANT : TITRES-FONCTIONS</p> <p>TÉMOINS DE L'EXAMEN : TITRES-FONCTIONS</p> <p><i>Observations particulières sur le dossier et éventuellement conclusions médico-légales avec suggestions d'explorations complémentaires ou de traitements, et de prise en charge psycho-sociale ou judiciaire.</i></p> <p>LIEU DE CONSERVATION DU DOSSIER : Copie remise à l'autorité requérante/ à la victime ou son représentant</p> <p>CERTIFICAT FAIT : oui/non Remis à nom, qualité de la personne</p> <p>SIGNATURE DE L'INTERVENANT PRINCIPAL Ne pas omettre de compléter le 2^e feuillet</p>
--	--	--



Annexe 5

CAT et examen d'une victime féminine présumée d'agression sexuelle

CONDITIONS DE L'EXAMEN

Demande de la victime
Régistration de police
Expertise judiciaire
L'examen doit être effectué en présence d'une tierce Personne s'il s'agit d'une mineure

INTERROGATOIRE (psychologie+++)

Date des faits et leur nature
Date des dernières règles
Contraception
Rapports antérieurs ou non, vie sexuelle habituelle
ATCD gynécologique et obstétricaux
Grossesse en cours ?

EXAMEN

Recherche de violence (à reproduire sur schéma)

Examen de la sphère génitale

- anus (inspection, TR)
- partie interne des cuisses
- petites lèvres, grandes lèvres
- hymen à type, déchirure ancienne, récente
- région sous urétrale
- examen du col au spéculum
- toucher vaginal, toucher rectal
- examen de l'hymen avec sonde à ballonnet

PREVOIR

- traitement de vulvo-vaginite
- contraception post coitale
- recherche de contamination syphilitique et VIH

GESTES A FAIRE :

- photographier des lésions si possible en couleur
- prélever vêtements
- prélèvement pour examen bactériologique
- prélèvement pour recherche de sperme en précisant le délai depuis les faits (ne pas fixer - laisser sécher)
- diagnostic biologique de grossesse & HCG sanguin
- TPHA et VDRL immédiats

A QUI PEUT ON REMETTRE LES PRÉLEVEMENTS ?

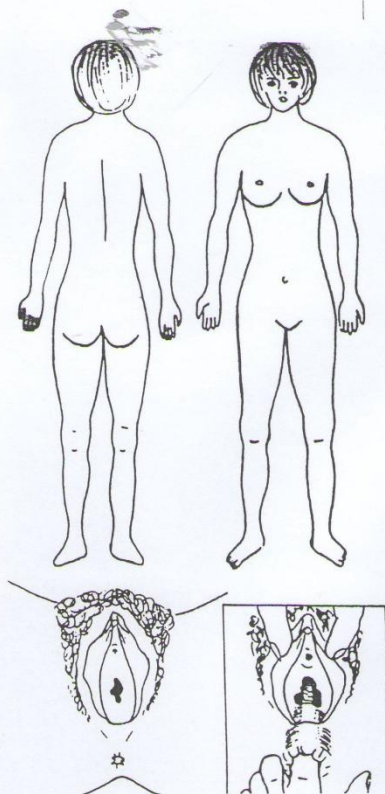
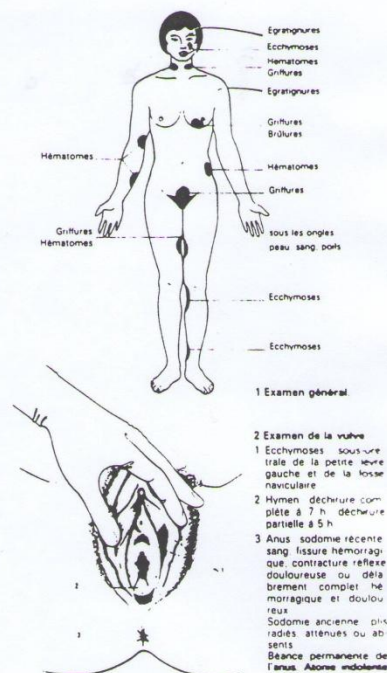
- parfois à la police ou au juge d'instruction (si spécifié dans la réquisition de la mission)
- les prélèvements vaginaux (sperme, bactériologie) doivent dans les autres cas être analysés et les résultats remis à la victime
- les photographies, les vêtements, etc. peuvent être conservés par le médecin (armoire fermée à clé)

LE RAPPORT :

- sa rédaction : il est important de ne pas utiliser certains termes (viol par exemple) et de ne pas interpréter les dires de la victime. Il faut employer le terme « violences sur les régions sexuelles », et utiliser le conditionnel.
- sa destinée : police ou juge d'instruction si réquisition de commission d'expert. La victime en main propre, et jamais à un tiers. La famille s'il s'agit d'une mineure.

TOUJOURS GARDER UN DOUBLE :

dans une meuble de sûreté (coffre)



EXAMEN GÉNÉRAL :

- tête
- cou
- seins
- tronc
- membres supérieurs
- membres inférieurs

EXAMEN GÉNITAL :

- face interne des cuisses
- petites lèvres
- grandes lèvres
- hymen : type
 - déchirure ancienne
 - déchirure récente (aspect - siège)
- région sous-urétrale
- ex. du col au spéculum
- toucher vaginal
 - 1 doigt possible - impossible
 - 2 doigts possible - impossible
- examen avec sonde à ballonnet du bord libre de l'hymen
- appareil génital interne (utérus - annexes)

ANUS :

- Inspection :
- aspect des plis radés respectés
 - irritation récente
 - fissures
- T.R.
- tonicité
 - saignement
 - étalement de la cloison recto-vaginale par l'examen bimanuel (cf schéma)

BILAN PSYCHOLOGIQUE IMMÉDIAT :

Par qui :

RÉSULTATS DE L'EXAMEN :

Annexe 5

CAT et examen d'une victime féminine présumée d'agression sexuelle

CONDITIONS DE L'EXAMEN

Demande de la victime
Régulation de police
Expertise judiciaire
L'examen doit être effectué en présence d'une tierce Personne s'il s'agit d'une mineure

INTERROGATOIRE (psychologie+++)

Date des faits et leur nature
Date des dernières règles
Contraception
Rapports antérieurs ou non, vie sexuelle habituelle
ATCD gynécologique et obstétricaux
Grossesse en cours ?

EXAMEN

Recherche de violence (à reproduire sur schéma)

Examen de la sphère génitale

- anus (inspection, TR)
- partie interne des cuisses
- petites lèvres, grandes lèvres
- hymen à type, déchirure ancienne, récente
- région sous urétrale
- examen du col au spéculum
- toucher vaginal, toucher rectal
- examen de l'hymen avec sonde à ballonnet

PREVOIR

- traitement de vulvo-vaginite
- contraception post coitale
- recherche de contamination syphilitique et VIH

GESTES A FAIRE :

- photographier des lésions si possible en couleur
- prélever vêtements
- prélèvement pour examen bactériologique
- prélèvement pour recherche de sperme en précisant le délai depuis les faits (ne pas fixer - laisser sécher)
- diagnostic biologique de grossesse & HCG sanguin
- TPHA et VDRL immédiats

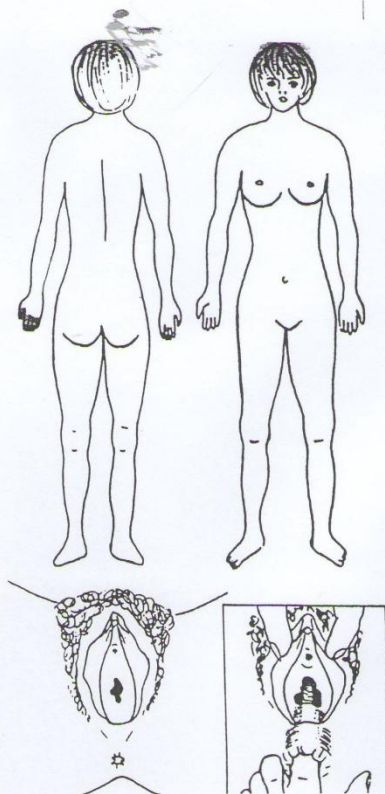
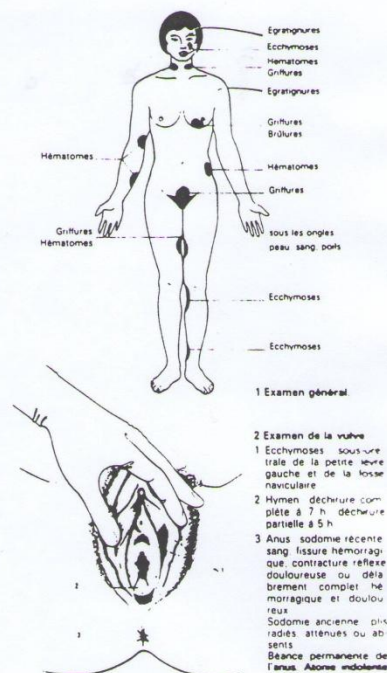
A QUI PEUT ON REMETTRE LES PRÉLEVEMENTS ?

- parfois à la police ou au juge d'instruction (si spécifié dans la réquisition de la mission)
- les prélèvements vaginaux (sperme, bactériologie) doivent dans les autres cas être analysés et les résultats remis à la victime
- les photographies, les vêtements, etc. peuvent être conservés par le médecin (armoire fermée à clé)

LE RAPPORT :

- sa rédaction : il est important de ne pas utiliser certains termes (viol par exemple) et de ne pas interpréter les dires de la victime. Il faut employer le terme « violences sur les régions sexuelles », et utiliser le conditionnel.
- sa destinée : police ou juge d'instruction si réquisition de commission d'expert. La victime en main propre, et jamais à un tiers. La famille s'il s'agit d'une mineure.

TOUJOURS GARDER UN DOUBLE :
dans une meuble de sûreté (coffre)



EXAMEN GÉNÉRAL :

- tête
- cou
- seins
- tronc
- membres supérieurs
- membres inférieurs

EXAMEN GÉNITAL :

- face interne des cuisses
- petites lèvres
- grandes lèvres
- hymen : type
 - déchirure ancienne
 - déchirure récente (aspect - siège)
- région sous-urétrale
- ex. du col au spéculum
- toucher vaginal
 - 1 doigt possible - impossible
 - 2 doigts possible - impossible
- examen avec sonde à ballonnet du bord libre de l'hymen
- appareil génital interne (utérus - annexes)

ANUS :

Inspection :

- aspect des plis radés respectés
- irritation récente
- fissures
- T.R.
 - tonicité
 - saignement
 - étalement de la cloison recto-vaginale par l'examen bimanuel (cf schéma)

BILAN PSYCHOLOGIQUE IMMEDIAT :

Par qui :

RESULTATS DE L'EXAMEN :

Annexe 6

CERTIFICAT MÉDICAL sur réquisition, pour un enfant

Je soussigné (e) : (NOM, prénom)
docteur en médecine,
certifie avoir été requis (e) en date du par
..... (OPJ, Brigade de Protection des Mineurs,
Gendarmerie, Procureur...) afin de procéder à (mission
figurant sur la réquisition).

Je certifie avoir examiné ce jour (heure, jour, mois,
année)
l'enfant : (NOM, prénom), né (e) le : (jour,
mois, année)
domicilié à :
..... (adresse précise
des parents et/ou de l'enfant).

À l'entretien, l'enfant m'a dit "
..... " (citer le plus fidèlement possible les paroles de l'enfant sans
chercher à les interpréter).

À l'entretien, (nom de la personne accompagnant
l'enfant) a déclaré : "
..... ".

Cet enfant présente les signes suivants :

- à l'examen général :
..... (préciser
le comportement de l'enfant, prostration, excitation, calme, frayeur, mutisme,
pleurs...)
- à l'examen somatique : (donner
la description précise de toute lésion observée, traces d'ecchymoses, érosions
cutanées, traces de griffures, morsures, strangulation, tuméfactions,
brûlures....., indiquer le siège, l'étendue, le nombre, le caractère ancien
ou récent, les éléments de gravité.....).
- à l'examen génital : (signes
de défloration récente ou ancienne, lésions traumatiques...)
- à l'examen anal : (lésions
traumatiques décelables.....).
- examens pratiqués : notamment prélèvements à remettre à l'autorité requérante
(préciser le site, le nombre d'écouvillons).....
- évaluer le risque de grossesse

En conclusion, cet enfant présente (ou non) des traces de violences récentes
et une réaction psychique compatible (ou non) avec l'agression qu'il (elle) dit avoir
subie. (L'absence de lésions ne permet pas de conclure à l'absence de l'agression
sexuelle).

L'Incapacité Totale de Travail (ITT) pourrait être de jours sous réserve
de complications.

Des séquelles pourraient persister donnant lieu à une Incapacité Permanente
Partielle (IPP) à expertiser ultérieurement.

Certificat fait ce jour et remis en mains propres aux autorités requérantes.

signature du médecin

CERTIFICAT MÉDICAL sur réquisition, pour un adulte

Je soussigné (e) : (NOM, prénom)
docteur en médecine,
certifie avoir été requis (e) en date du par
..... (OPJ, Police, Gendarmerie, Procureur...)
afin de procéder à (mission figurant sur la réquisition).

Je certifie avoir examiné ce jour (heure, jour, mois, année).
Monsieur, Madame, Mademoiselle : (NOM, prénom),
né (e) le : (jour, mois, année)
domicilié à :
..... (adresse précise)

Il (elle) déclare avoir été victime d'une agression sexuelle le
(heure, jour, mois, année) à (lieu)
par (inconnu ou personne connue).

Monsieur, Madame, Mademoiselle présente les signes
suivants :

- à l'examen général :
..... (préciser
le comportement, prostration, excitation, calme, frayeur, mutisme,
pleurs...)
- à l'examen somatique : (donner
la description précise de toute lésion observée, traces d'ecchymoses, érosions
cutanées, traces de griffures, morsures, strangulation, tuméfactions,
brûlures....., indiquer le siège, l'étendue, le nombre, le caractère ancien
ou récent, les éléments de gravité.....).
- à l'examen génital : (signes
de défloration récente ou ancienne, lésions traumatiques...)
- à l'examen anal : (lésions
traumatiques décelables.....).
- examens pratiqués : notamment prélèvements à remettre à l'autorité requérante
(préciser le site, le nombre d'écouvillons).....
- évaluer le risque de grossesse

En conclusion, Monsieur, Madame, Mademoiselle présente
(ou non) des traces de violences récentes et une réaction psychique compatible
(ou non) avec l'agression qu'il (elle) dit avoir subie. (L'absence de lésions
ne permet pas de conclure à l'absence de l'agression sexuelle).

L'Incapacité Totale de Travail (ITT) pourrait être de jours sous réserve
de complications.

Des séquelles pourraient persister donnant lieu à une Incapacité Permanente
Partielle (IPP) à expertiser ultérieurement.

Certificat fait ce jour et remis en mains propres aux autorités requérantes.

signature du médecin

Annexe 7

**SIGNALEMENT À ADRESSER
AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE**

OBJET : SIGNALEMENT D'UN ENFANT EN DANGER
(nom, prénom, âge, adresse)

Monsieur le Procureur,

Je tiens à porter à votre connaissance les faits suivants :

.....
.....

J'ai examiné ce jour (heure, jour, mois, année)

l'enfant : (NOM, prénom), né (e) le :

(jour, mois, année) domicilié à :

.....

Les signes suivants m'amènent à penser
que cet enfant est en situation de danger.

Je vous prie de croire, Monsieur le Procureur, à l'expression de mes sentiments
respectueux.

signature du médecin

(Si un certificat médical a été établi, le joindre)

Annexe 8

République Française
Ministère de l'Intérieur

Direction Générale de
la Police Nationale

D.S.P. NOUMEA
BP 289 - Tél: 24-33-00

REQUISITION A MEDECIN

Nous,

Lieutenant de Police
Officier de Police Judiciaire

Chargé de l'enquête de flagrance,
Agissant en vertu des dispositions de l'article 60-1 du code de
Procédure Pénale.

Requérons,
Le Docteur Gynécologue, M
C.H.T. De Magenta,
à l'effet de procéder aux actes ci-après :

Bien vouloir :

Faire un examen gynécologique de la victime :

Affaire contre :

Mme

Né(e) le à

- Etablir s'il y a eu défloration vaginale ou distention anale, récente ou ancienne, ou toute trace récente de rapport sexuel,
- Effectuer tout acte ou prélèvement pouvant être utile à l'enquête en cours, pour recherche de spermatozoïde (prélèvement sur lames), et d'A.D.N. (prélèvement sur écouvillons secs),
- Effectuer un prélèvement sanguin en vue de la recherche M.S.T., et d'alcoolémie,
- Procéder à un test de grossesse,
- Pratiquer un examen médical détaillé de toutes traces de violences apparentes ou cachées, récentes ou anciennes, sur le corps, en mentionnant l'éventuelle I.T.T.

Nature de l'affaire :

- **Et nous remettre [X]** dans les meilleurs délais [] avant la date du
Un rapport médical détaillé.

Annexé
au Procès Verbal

N° / / SU

Le médecin, prètera serment par écrit d'apporter son concours à la justice en son honneur et conscience, en tête du rapport ou par déclaration séparée.

Rappelons que le secret professionnel ne peut être opposé, sauf motif légitime, pour refuser de répondre à cette réquisition, et que le fait de ne pas répondre à ces réquisitions est puni d'une amende de 3.750euros pour les personnes physiques et 18.750euros pour les personnes morales.

L' Officier de Police Judiciaire

Art. 60-1 du code de procédure pénale : l'officier de police judiciaire peut requérir de toute personne, de tout établissement ou organisme privé ou public ou de toute administration publique qui sont susceptibles de détenir des documents intéressant l'enquête, y compris ceux issus d'un système informatique ou d'un traitement de données nominatives, de lui remettre ces documents, sans que puisse lui être opposé, sauf motif légitime, l'obligation au secret professionnel. Lorsque les réquisitions concernent des personnes mentionnées aux articles 56-1 à 56-3 (1), la remise des documents ne peut intervenir qu'avec leur accord.

A l'exception des personnes mentionnées aux articles 56-1 à 56-3 (1), le fait de s'abstenir de répondre dans les meilleurs délais à cette réquisition est puni d'une amende de 3.750euros. Les personnes morales sont responsables pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2 du code pénal, du délit prévu par le présent alinéa.

à Nouméa,
le

(1) Il s'agit des avocats, médecins, huissiers, avoués, notaires et journalistes.