



Suites judiciaires des agressions sexuelles à Nancy entre 2008 et 2012

Martin Kolopp

► **To cite this version:**

| Martin Kolopp. Suites judiciaires des agressions sexuelles à Nancy entre 2008 et 2012. Sciences du
| Vivant [q-bio]. 2016. hal-01931954

HAL Id: hal-01931954

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931954>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour l'obtention du grade de

Docteur en médecine

Diplôme d'études spécialisées de santé publique et médecine sociale

Suites judiciaires des agressions sexuelles à Nancy entre 2008 et 2012

Présentée et soutenue publiquement par

Martin KOLOPP

Le 4 octobre 2016 à Nancy

Président du jury :

Monsieur le Professeur Henry COUDANE

Juges :

Monsieur le Professeur Olivier MOREL

Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE – Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON

Madame le Docteur en médecine Frédérique GUILLET-MAY



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean- Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean -Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean -Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER - Professeur François KOHLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV - Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE - Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON
Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIIEWSKI - Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL - Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY Professeure Christine PERRET-GUILLAUME - Professeur Roland JAUSSAUD - Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS 42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT - Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE - Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS - Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Cédric BERBE Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

À notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Henry COUDANE

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et d'en juger le travail.

Merci de l'intérêt que vous avez porté à mon travail et pour l'aide que vous avez pu m'apporter.

Vous trouverez ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

À notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Olivier MOREL

Merci d'avoir accepté d'être présent aujourd'hui pour juger mon travail et de l'intérêt que vous portez pour ce sujet.

Soyez assuré de toute ma gratitude et de mon profond respect.

À notre Juge et Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE

Merci de m'avoir accueilli si chaleureusement dans votre service dès notre première rencontre et de m'avoir permis de trouver ma voie en médecine.

Merci pour votre enseignement en médecine légale, vous m'avez tout appris et c'est un plaisir de travailler à vos côtés.

En espérant pouvoir continuer à travailler avec vous quels que soient nos chemins.

À notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON

Vous m'avez aidé lors de mon changement d'orientation et accueilli dans votre spécialité et je vous en suis extrêmement reconnaissant.

Merci pour votre enseignement en santé publique qui m'a beaucoup enrichi et qui guidera toujours ma pratique professionnelle.

Je suis heureux d'avoir pu vous compter parmi mes juges et vous souhaite une excellente retraite.

À notre Juge

Madame le Docteur Frédérique GUILLET-MAY

Vous m'avez confié ce sujet qui vous tient tant à cœur et accepté de le juger et je vous en remercie.

Merci pour votre aide lors de chaque étape de mon travail.

À ma famille

À Anne-Lise,

Pour ton soutien pendant toutes les épreuves qui m'ont menées jusqu'ici et ce n'était pas toujours facile. Pour tes efforts désespérés et souvent vains pour me faire travailler.

Merci pour ces deux crapauds que tu m'as offerts. Pour ton amour, pour tout ce que nous avons vécu ensemble et tout ce que nous vivons encore.

À Emma et Antoine,

Eux qui en font le plus en en faisant le moins.

À mes parents,

Pour tout ce que vous avez pu m'apprendre, me faire découvrir. Vous m'avez toujours soutenu dans mes projets, les plus sérieux comme les plus loufoques.

Merci de m'avoir supporté dans les moments difficiles, mais comme on le dit : c'est le résultat qui compte !

À Juju et Clem,

Pour notre complicité depuis toujours, les seafood cocktail, la chirurgie de la main à vif, le Kon-Tiki, le BA 13, les empanadas, LegoLand, la cochonnaille, l'Exil et sa Brigand...

À mes grands-parents,

Vous qui faites et avez fait tant pour moi. À Grand-Père et Papy qui auraient tant souhaité être là aujourd'hui.

À Ratus,

Pour tout ce qu'on a vécu ensemble et pour ce stage en immuno qui restera dans les annales.

À mes beaux-parents et Jean-No,

Pour votre gentillesse et votre aide pendant ces six mois difficiles.

À Sylvie et Chantal,

Grâce à qui je suis là aujourd'hui.

À tous les Kolopp's,

Petits, moins petits et quelques-uns raisonnablement grands, pour toutes ces réunions de famille que j'aime tant.

À mes amis

À Anne-Laure,

Pour notre complicité, notre amitié, nos aventures, nos délires qu'on ne pourrait jamais énumérer... Pour la Suède qui était le début de tout !! Et à **Greg** qui es toujours là pour mettre du piment quand il faut.

À Alban, Antoine, Cloé, Lucie,

Pour être toujours là quand il le faut, malgré le temps et la distance. On se revoit à chaque fois comme si on s'était quitté la veille et ça, c'est cool ! Vivement l'Elbrouz.

Et un grand merci à Cloé pour ton génie statistique.

À Dan,

Pour tous ces moments inestimables que nous avons passés ensemble dans le plus beau des mondes. Et à **Sophie** pour ton entrain sans limite et ta bonne humeur.

À Arthur, Clarisse, David, Florian, Julie, Léa, Laurianne, Léonie, Lorraine, Maïkeul, Marion, Matthieu, Maxime, Pauline, Saïd, Solène, Tomtom,

Pour tout ce que nous avons vécu en dix ans de médecine. Pour toutes ces soirées et ces vacances ensemble aux quatre coins du monde. Rien n'aurait été pareil sans vous.

À Francky, Théo et Marion,

Pour votre joie de vivre inconditionnelle et ces moments déjantés place des Vosges.

À Lolo et Benji,

C'était un plaisir de passer ces quatre ans d'internat avec vous et même si l'on ne partage pas le même bureau dans le futur, je ne doute pas que l'on se reverra.

À Carole, Romain et tous les verdunois,

Pour ce semestre tout simplement magique, l'apothéose de mon passage en médecine générale.

À Cathy, Nono et Margaux,

Pour cette fabuleuse période post-immuno et tous nos petits weekend depuis.

À Doroth et Sam,

Pour toutes nos soirées gastro passées et weekend vosgiens à venir.

À Alex, Anaïs, Aristide, Charlotte, Charlotte, Dij, Mickaël, Nelly, Nico et tous les Lyonnais,

Vive la coinche et les crevettes !

Serment

*A*u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Table des matières

PRESENTATION DE L'ARTICLE	21
1 DEFINITIONS JURIDIQUES	21
2 INTRODUCTION	23
3 CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON ET RECUEIL DES DONNEES	25
4 ANALYSES STATISTIQUES	27
4.1 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON	28
4.2 ANALYSE DES ASSOCIATIONS	28
4.3 ÉTUDE DES DELAIS DE JUGEMENT	29
TEXTE DE L'ARTICLE	31
1 RESUME	32
2 ABSTRACT	33
3 INTRODUCTION	34
4 METHODES	35
5 RESULTATS	36
6 DISCUSSIONS	40
7 CONCLUSION	48
8 REFERENCES	49
9 ANNEXES	53
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	57
1 RAPPEL DES RESULTATS	57
2 CONCLUSIONS	58
2.1 LE DELAI DE PRISE EN CHARGE	58
2.2 LES LESIONS TRAUMATIQUES	59
2.3 LES ANALYSES TOXICOLOGIQUES	60
3 PERSPECTIVES	62

Présentation de l'article

1 Définitions juridiques

L'agression sexuelle est définie par le code pénal français, c'est donc une notion juridique et non médicale que nous allons considérer ici. Le viol est quant à lui un cas particulier des agressions sexuelles qui peut être défini communément par : « tout acte de pénétration, par un sexe ou dans un sexe, commis avec violence, contrainte, menace ou surprise. » (Expression empruntée à un professeur de la faculté de droit et de science politique d'Aix-en-Provence). Dans le code pénal, l'agression sexuelle au sens large est définie dans l'article 222-22 ; puis la notion de viol est précisée (article 222-23) ainsi que ses facteurs aggravants (article 222-24 à 26) ; l'article 222-27 considère ensuite les autres cas d'agression sexuelle que le viol et leurs facteurs aggravants (article 222-28 à 31) ; enfin, les articles 222-31-1 et suivants traitent de cas particuliers d'agressions sexuelles (inceste, exhibition, harcèlement, responsabilité morale).

Voici les principaux textes de loi concernant la définition de l'agression sexuelle, du viol et les facteurs aggravants de ces infractions :

Article 222-22 du code pénal

Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise.

Article 222-23 du code pénal

Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle.

Article 222-24 du code pénal

Le viol est puni de vingt ans de réclusion criminelle :

- 1° Lorsqu'il a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ;*
- 2° Lorsqu'il est commis sur un mineur de quinze ans ;*
- 3° Lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de l'auteur ;*
- 4° Lorsqu'il est commis par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ;*
- 5° Lorsqu'il est commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;*
- 6° Lorsqu'il est commis par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;*
- 7° Lorsqu'il est commis avec usage ou menace d'une arme ;*
- 8° Lorsque la victime a été mise en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de communication électronique ;*
- 9° Lorsqu'il a été commis à raison de l'orientation ou identité sexuelle de la victime ;*
- 10° Lorsqu'il est commis en concours avec un ou plusieurs autres viols commis sur d'autres victimes ;*
- 11° Lorsqu'il est commis par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;*
- 12° Lorsqu'il est commis par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants ;*

13° *Lorsqu'il est commis, dans l'exercice de cette activité, sur une personne qui se livre à la prostitution, y compris de façon occasionnelle.*

2 Introduction

L'accueil des victimes d'agression s'est progressivement mis en place en France jusqu'à une réforme de la médecine légale¹ en décembre 2010. Cette réforme, effective dès le début de l'année 2011, avait pour objectif de structurer la médecine légale à l'échelle nationale et d'en harmoniser la pratique et le financement. Si ce n'était pas déjà le cas, les centres pivot devaient mettre en place un centre d'accueil des victimes et notamment des victimes d'agression sexuelles. À Nancy, les victimes d'agression sexuelle sont prises en charge 24h/24 et 7j/7 à la maternité du centre hospitalier régional universitaire par une équipe pluridisciplinaire : un médecin légiste, une infirmière diplômée d'état et, si nécessaire, le service d'accueil des urgences (générales ou gynécologiques).

L'examen médical des victimes d'agression sexuelle est la principale urgence en médecine légale. Le plus souvent, il est réalisé sur réquisition du procureur de la République ou d'un officier de police judiciaire dans les suites d'un dépôt de plainte. Le rôle du médecin légiste est alors :

- × *De bien vouloir procéder à l'examen général et gynécologique.*

1 Circulaire du 27 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale. http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSD1033099C.pdf

- × *De bien vouloir rechercher des traces ou lésions internes et externes susceptibles d'exister et pouvant attester d'une agression sexuelle.*
- × *De bien vouloir effectuer tous les prélèvements jugés utiles pour la manifestation de la vérité.*
- × *De bien vouloir nous remettre un certificat médical descriptif détaillé mentionnant une incapacité totale de travail (ITT) et un éventuel retentissement psychologique.*

Ce certificat a pour but d'informer le procureur de la République des constatations médicales pouvant confirmer ou infirmer les allégations de la victime et d'évaluer les conséquences médicales de l'agression. Le médecin légiste se place donc au début d'une longue procédure judiciaire. Dans les cas des viols, infraction considérée comme un crime car passible de 15 ans de réclusion criminelle, l'affaire peut être portée devant la cour d'assise et le médecin peut parfois être amené à présenter son expertise lors du procès de l'agresseur présumé. Mais le plus souvent, le médecin légiste ne sera pas informé des suites judiciaires des victimes qu'il examine.

Dans ce contexte, l'évaluation des pratiques en ce qui concerne l'examen médico-légal des victimes d'agression sexuelle est difficile et peu réalisée. Comme mentionné dans l'article, seules quelques études internationales et un article français se sont intéressés à l'impact que pouvait avoir l'examen sur les suites judiciaires et à nos moyens d'améliorer la prise en charge médico-légale.

3 Constitution de l'échantillon et recueil des données

Notre étude s'est basée sur le travail qu'a réalisé une étudiante, Elena DELBAERE-CRESPO, pour son mémoire de master 2 d'éthique de la santé et médecine légale. En 2013, celle-ci a sélectionnée tous les dossiers médicaux des victimes ayant consulté au pôle régional d'accueil des victimes d'agression sexuelles de la maternité de Nancy entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2012. Ont été alors exclus les dossiers ne concernant pas des cas d'agression sexuelle puis les victimes de sexe masculin et les victimes n'ayant pas porté plainte. La figure 1 représente le schéma de sélection des sujets.

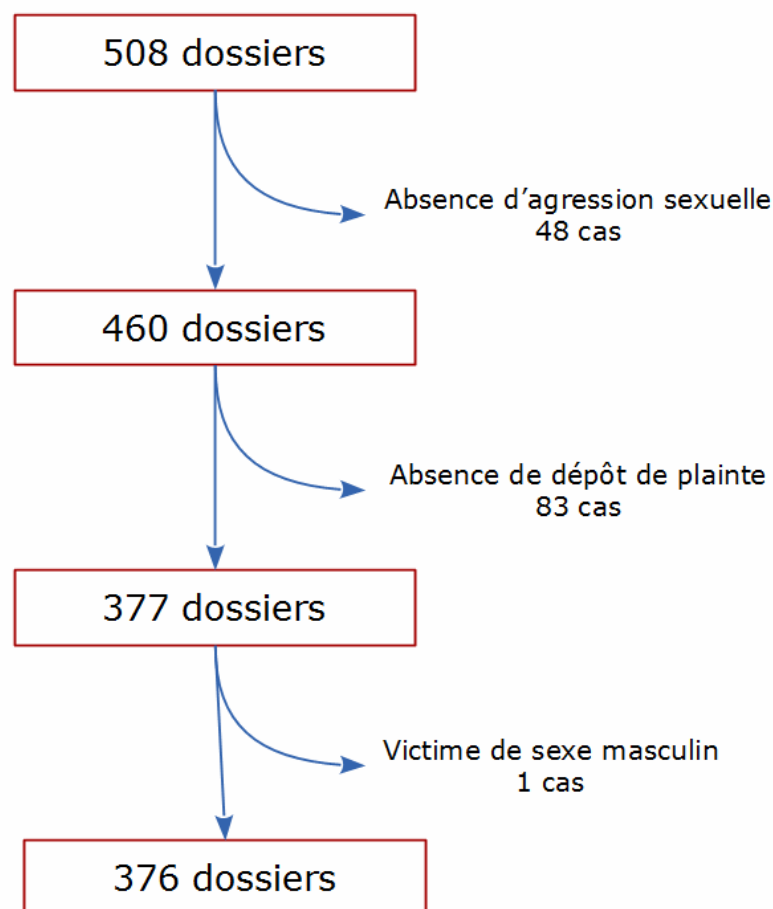


Figure 1 Diagramme de sélection des dossiers

Le recueil des données d'ordre médical a alors été rétrospectif, par consultation du dossier médical. Les données collectées ont été les suivantes :

- × **Concernant la victime** : âge, profession.
- × **Concernant les circonstances de l'agression** : consommation de substances psychoactives, type d'agression (attouchements, pénétration digitale ou pénétration pénienne ou instrumentale), aboutie ou tentative, allégation de séquestration ou de répétition, agression commise par violence, contrainte, menace et/ou surprise, usage d'un préservatif, présence de circonstances aggravantes.
- × **Concernant l'examen** : délai entre l'agression et l'examen, présence de lésions traumatiques (générale, péri-génitales et/ou génitales), défloration, demande d'expertise complémentaire, compatibilité avec les faits allégués, retentissement physique et/ou psychologique, grossesse secondaire à l'agression.
- × **Concernant la prise en charge** : réalisation de prélèvements à visée thérapeutique, toxicologiques, génétique ou autres, prescription d'un traitement antibiotique, antalgique, d'une contraception ou d'une trithérapie d'urgence.
- × **Concernant l'agresseur présumé** : sexe, âge, nombre (présents et actifs), connu de la victime, réalisation de prélèvements, existence d'une vulnérabilité de la victime connue de l'agresseur.

Puis, les suites judiciaires de chaque affaire ont été recueillies par consultation de CASSIOPEE², un fichier permettant l'enregistrement d'informations relatives aux plaintes reçues par les magistrats dans le cadre de procédures judiciaires. Pour chaque victime, la procédure pouvait soit être encore en cours, soit avoir abouti à un dessaisissement, un non-lieu, un classement sans suite ou une condamnation. Le délai entre l'examen médical et la décision de justice était également recueilli. Le recueil des données judiciaire a été réalisé en fin d'année 2015 afin d'optimiser nos chances que la procédure judiciaire soit arrivée à son terme.

4 Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel R. Elles se sont déroulées en deux temps : tout d'abord une description de l'échantillon, tant du point de vue médical que judiciaire ; puis, une analyse des liens entre les données de l'examen médical et la présence d'une condamnation au terme de la procédure.

4.1 Description de l'échantillon

Moyenne, écart-type, médiane, premier et troisième quartile, valeur minimum et valeur maximum pour les variables quantitatives ; effectifs et fréquences de chaque catégorie pour les variables qualitatives.

L'objectif secondaire de notre étude était la description des cas inclus. En effet, comme mentionné plus haut, la littérature s'intéressant aux caractéristiques des victimes d'agression sexuelle est assez pauvre, surtout en France. Notre étude est une des plus importante en France en terme de variété des informations recueillies, il paraissait donc important de faire état de ces statistiques.

4.2 Analyse des associations

La seconde partie des analyses statistiques a porté sur la présence d'une condamnation ou non au terme de la procédure judiciaire pour chaque victime incluse dans l'étude. La présence d'une condamnation était définie par une décision de justice concernant au moins un des auteurs de l'agression et quel qu'en soit la nature (peine de prison ferme ou avec sursis, amende, irresponsabilité pénale, admonestation). L'absence de condamnation était définie par : une procédure toujours en cours, un dessaisissement, un non-lieu ou un classement sans suite.

Une régression logistique a donc été mise en place avec pour variable d'intérêt la présence ou non d'une condamnation et comme variables explicatives les données médicales recueillies. Mais devant le grand nombre

de variables explicatives disponibles et le manque d'information sur les variables prédictives potentielles dans la littérature, une sélection était nécessaire afin d'obtenir un modèle stable et convenable. Nous avons donc opté pour un modèle pas à pas avec le seuil de $p \leq 0,1$ pour la sélection des variables et l'évaluation du critère d'information d'Akaike pour la sélection du modèle.

4.3 Étude des délais de jugement

Notre projet initial incluait également une étude des délais de jugement et la recherche de facteurs pouvant influencer ce délai. La France est en effet connue pour la lenteur de ses procédures judiciaires avec, entre 1959 et 2012, 281 condamnations par la Cour européenne des droits de l'homme³. Nous avons donc envisagé la réalisation d'une régression linéaire avec comme variable d'intérêt la durée en jours entre l'examen médical et la première décision de justice. Malheureusement, la présence de données manquantes concernant le délai de jugement réduisait notre échantillon à 61 cas. De plus, de nombreux facteurs pouvant influencer le délai de jugement ne pouvaient pas être pris en compte. Au final, aucun modèle satisfaisant n'a pu être mis en place.

³ http://www.echr.coe.int/Documents/Stats_violation_1959_2012_ENG.pdf

Texte de l'article

Examen médico-légal des victimes d'agression sexuelles : caractéristiques et lien avec les suites judiciaires

Forensic examination of sexual assault victims: medical aspects and associations with the legal outcomes

Auteurs

Martin KOLOPP¹, Elena DELBAERE-CRESPO², Chloé LECOSSEC³, Frédérique
GUILLET-MAY⁴, Henry COUDANE⁵, Laurent MARTRILLE¹

1 CHRU Nancy, Service de médecine légale, rue du Morvan, 54 500 Vandœuvre-lès-Nancy

2 Manitowoc Crane Group, 803 route de Pouilly, 42 190 Saint-Nizier-sous-Charlieu

3 Assistance publique – Hôpitaux de Paris, Direction de l'organisation médicale et des
relations avec les universités, 3 avenue Victoria, 75 004 Paris

4 Maternité CHRU Nancy, rue Heydenreich, 54 000 Nancy

5 Université Lorraine, Laboratoire de médecine légale, 9 avenue de la Forêt de Haye,
54 505 Vandœuvre-lès-Nancy

1 Résumé

Objectifs – Les objectifs de ce travail ont été de décrire les caractéristiques médicales et les suites judiciaires des victimes d'agression sexuelles, puis de mettre en évidence les éléments de l'examen médical pouvant être associés à une condamnation de l'auteur présumé.

Méthodes – Cette étude a porté sur les femmes s'étant présentées au centre d'accueil des victimes d'agression sexuelles de Nancy entre 2008 et 2012 et ayant déposé plainte. Les associations ont été évaluées grâce à une régression logistique s'intéressant à la présence ou non d'une condamnation au terme de la procédure judiciaire.

Résultats – Trois cent soixante-seize victimes ont été incluses. Les éléments associés avec une moindre probabilité de condamnation étaient la consommation de substances psychoactives, la prescription d'une trithérapie et la présence de plusieurs agresseurs. La prescription d'un traitement antalgique était quant à lui en lien avec la condamnation d'un agresseur.

Conclusions – La description précise, l'interprétation des lésions traumatiques et la réalisation d'examens toxicologiques dès que cela peut être utile sont déterminants dans les suites de la procédure judiciaire des victimes d'agression sexuelle. Une éducation des populations à risque et l'accompagnement des victimes peuvent diminuer les délais de prise en charge et optimiser le recueil des preuves.

Mots clés

Aggression sexuelle, suites judiciaires, examen médico-légal, épidémiologie, viol

2 Abstract

Objectives – To describe the medical and legal characteristics of sexual assault victims and to highlight which aspects of the medical examination may be associated with a conviction of the alleged offender.

Methods – This study included all women who consulted to the center for the victims of sexual assault in Nancy between 2008 and 2012 and who filed a complaint. Associations were evaluated with a logistic regression trying to explain the presence of a conviction at the end of the legal proceeding.

Results – Three hundred seventy six victims were included. Following aspects were associated with a reduced probability of conviction: the use of psychoactive substances, the prescription of an antiretroviral therapy and the presence of more than one assailant. The prescription of pain killers were contrarily related to the conviction of an assailant.

Conclusions – A detailed description, an interpretation of the physical injuries and the prescription of toxicological tests if needed are decisive in the outcome of the legal proceedings of victims of sexual assault. The education of populations at risk and the accompanying of the victims can reduce the delay of care and optimize the collection of evidence.

Key words

Sexual assault, legal outcomes, forensic examination, epidemiology, rape

3 Introduction

En moyenne chaque année en France, on estime à 83 000 le nombre de femmes majeurs victimes de viol ou de tentative de viol (Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes). Entre 2008 et 2012, les forces de l'ordre ont constaté en moyenne 48 360 agressions sexuelles dont 10 304 plaintes pour viol par an (Bulletin sur la délinquance enregistrée pour l'année 2015, Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales, mars 2016). L'examen de victimes d'agression sexuelle est une pratique fréquente pour le médecin légiste et représente le point de départ d'une longue procédure judiciaire. Du point de vue de la justice, le rôle du médecin légiste est de réunir un maximum de preuves pouvant confirmer (ou infirmer) les dires de la victime et aider à confondre les auteurs de l'agression.

De nombreux facteurs de risque d'agression sexuelle ont déjà été identifiés : le fait d'être jeune, la consommation de toxiques, un antécédent de violence sexuelle, les partenaires multiples, la pauvreté (Rapport mondial sur la violence et la santé, Organisation mondiale de la Santé, octobre 2002). Les caractéristiques des victimes d'agression sexuelle sont également bien décrites dans la littérature scientifique [1–5]. En revanche, leurs liens avec les suites judiciaires ont été peu explorés dans la littérature internationale [6–10] et il n'existe qu'un seul article sur le sujet en France [11]. Notre étude a porté sur les femmes ayant consulté au centre d'accueil des victimes d'agression sexuelle de Nancy entre 2008 et 2012. L'objectif

principal a été la mise en évidence des éléments de l'examen médical pouvant être associés à une condamnation au terme de la procédure judiciaire. L'objectif secondaire a été la description des caractéristiques médicales et judiciaires de l'échantillon.

4 Méthodes

Au centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Nancy, les victimes d'agression sexuelle peuvent être accueillies 24h/24 au pôle régional d'accueil des victimes d'agression sexuelle qui se trouve à la maternité. La journée, les consultations sont réalisées par un médecin gynécologue et légiste spécialisé dans la prise en charge des agressions sexuelles. La nuit, elles sont assurées par le médecin d'astreinte du service de médecine légale.

La consultation débute par un interrogatoire visant à préciser les circonstances exactes de l'agression, l'histoire gynécologique et sexuelle de la victime, l'existence d'un traitement contraceptif. Puis, le médecin procède à un examen clinique systématique et complet à la recherche de lésions cutanées pouvant faire évoquer des violences ou des contraintes et corroborer l'hypothèse d'une agression sexuelle (examen gynécologique, anal, buccal). Selon le délai de prise en charge et les circonstances de l'agression, des prélèvements à visée génétique ou toxicologiques sont également réalisés [2,11].

Pour cette étude, ont été sélectionnées toutes les femmes ayant subi une agression sexuelle et ayant été prises en charge à la maternité de Nancy entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2012. Un premier recueil de données a été réalisé rétrospectivement par consultation du dossier médical afin de réunir les variables d'ordre médical (tableau 1). Puis, dans un second temps, la consultation du dossier judiciaire au tribunal de grand instance de Nancy a permis le recueil des suites juridiques si une plainte avait été déposée. Les données recueillies ont permis de déterminer pour chaque affaire l'existence ou non d'une condamnation. Le délai entre la consultation médico-légal et la date du premier jugement (dans les cas d'appel) a également été calculée.

Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel R version 3.3.1. Une analyse descriptive de l'échantillon a été faite, données manquantes exclues pour chaque variable. Puis, les analyses ont porté sur la présence d'une condamnation ou non pour chaque affaire. Un modèle pas à pas avec le seuil de $p \leq 0,1$ a permis de sélectionner les variables explicatives à intégrer dans la régression logistique.

5 Résultats

Description des données médicales de l'échantillon

Sur les années 2008 à 2012, 508 consultations ont été réalisées au pôle d'accueil de Nancy. Parmi ces dossiers, seuls les cas d'agression sexuelle

sur des femmes et dont la victime a porté plainte ont été inclus, soit 376 cas.

L'âge moyen était de 23,9 ans. La victime la plus jeune avait 8 mois et demie et la plus âgée 75 ans. Quatre-vingt-cinq victimes (22,6 %) étaient des mineures de 15 ans au moment des faits et la majorité (205 victimes, 54,5 %) étaient âgées de 15 à 30 ans. En ce qui concerne l'activité professionnelle, les victimes étaient principalement des étudiantes (52,7 %) ou sans emploi (20,5%). L'agression sexuelle aurait impliqué une pénétration dans 91,7 % des cas (pénétration digitale 18,4 %, pénétration pénienne ou instrumentale 73,3 %). Une circonstance aggravante au sens judiciaire du terme existait dans 301 affaires (80,1 %).

Concernant le déroulement des faits, 128 victimes (34,2 %) alléguaient avoir consommé des substances psychoactives dont 13 (3,5 %) contre leur volonté ou à leur insu et 115 (30,7 %) volontairement. La victime rapportait avoir été séquestrée dans 84 cas (22,4 %) et une notion d'agression répétée dans 93 cas (24,8 %). Le moyen de soumission le plus utilisé par l'agresseur aurait été la contrainte physique qui était rapportée dans 326 cas (86,9 %). Enfin, la victime rapportait l'usage d'un préservatif dans 22 cas (5,9 %) et ne pouvait pas se prononcer dans 71 cas (19 %).

L'examen médical avait lieu dans les 24 heures suivant l'agression dans 138 cas (36,8 %) et dans les 4 jours suivant l'agression dans 78 cas (20,8 %). Lors de l'examen médical, des lésions physiques étaient constatées dans 219 cas (58,4 %) : elles consistaient en des lésions génitales dans 129 cas

(34,4 %), péri génitales dans 52 cas (13,9 %) et générales (reste des téguments) dans 138 cas (36,8 %). Au moins un prélèvement a été réalisé sur la victime pour la totalité des cas inclus : il était à but thérapeutique dans 330 cas (88 %), toxicologique dans 214 cas (57,1 %) et génétique dans 188 cas (50,1 %). Un prélèvement de l'agresseur a été réalisé dans 57 affaires (15,2 %). Concernant la prise en charge, un traitement a été mis en place pour 208 victimes (55,5 %) : il s'agissait d'un traitement du retentissement psychologique dans 60 cas (16 %), antalgique dans 59 cas (15,7 %), antibiotique dans 158 cas (42,1 %), une contraception d'urgence a été prescrite dans 95 cas (25,3 %) et une trithérapie dans 106 cas (28,3 %). L'agression sexuelle a été à l'origine d'une grossesse dans 4 cas (1,2 % des cas d'agressions avec allégations de pénétration).

Selon les dires des victimes, l'agression était commise par un homme dans 356 cas (94,7 %) et par une femme ou un groupe de personnes mixte dans 5 cas (1,3 %). Dans 15 cas (4 %), le sexe de l'agresseur était inconnu de la victime. L'agression aurait été commise par un seul individu dans 308 cas (81,9 %) et par un groupe dans 51 cas (13,6 %). L'âge moyen des agresseurs était de 32,8 ans. Dans 259 cas (68,9 %), l'agresseur était connu de la victime et la victime présentait une vulnérabilité connue de l'agresseur dans 194 cas (51,7 %).

Au terme de l'examen et selon la mission de la réquisition, le médecin légiste devait se prononcer sur la compatibilité des lésions constatée avec les dires de la victime. Il pouvait donc soit infirmer (18 cas - 4,8 %), soit

n'avoir pas assez d'éléments pour se prononcer (255 cas - 68 %), soit confirmer l'existence de violences physiques uniquement (32 cas - 8,5 %), soit confirmer la compatibilité des lésions avec une agression sexuelle (70 cas - 18,7 %).

Suites judiciaires

Concernant les suites judiciaires, à la date de recueil des données (octobre 2015), 90 affaires (23,9 %) avaient abouti à une condamnation, 31 (8,3 %) à un non-lieu, 12 (3,2 %) à un dessaisissement, 220 (58,5 %) à un classement sans suite (tableau 2) et 23 affaires (6,1 %) étaient toujours en cours à la date de recueil des données. Le délai moyen entre la date de l'examen médical et la date de jugement était de 486,5 jours, la médiane de 368 jours, le délai minimum était de 2 jours et le maximum 5 ans et 10 mois.

L'analyse par régression logistique a porté sur 374 observations (après exclusion des données manquantes). Les variables sélectionnées ont été la notion de séquestration lors de l'agression, la consommation de produits psycho actifs, le nombre d'agresseurs présents, la prescription d'un traitement antalgique, la prescription d'une trithérapie et la compatibilité des lésions avec les faits allégués selon le médecin examinateur. Les résultats sont présentés dans le tableau 3.

Si l'on considère le seuil de significativité standard ($p < 0,05$), la consommation de substance psycho actives, la prescription d'une trithérapie et la présence de plusieurs agresseurs semblent être en lien avec

une absence de condamnation. La prescription d'un traitement antalgique est quant à elle liée à une plus forte probabilité de condamnation.

6 Discussions

Généralités

Dans les suites d'une agression sexuelle, l'examen médico-légal est souvent vécu comme traumatisant et sa pratique parfois critiquée [12,13]. Cependant, selon les victimes, l'examen peut être vu comme une prise en charge médicale suite à l'agression et/ou un moyen de confondre leur agresseur [14]. Dans ce contexte, l'évaluation de l'intérêt de cet examen et de ce qu'il peut apporter à la procédure s'avère nécessaire bien que peu d'études s'y soient intéressées. Dans notre étude, la totalité des femmes ayant consulté entre 2008 et 2012 ont pu être incluses. Lors de la sélection des sujets, nous avons été contraints de ne pas inclure les hommes victimes d'agression sexuelle compte tenu de leur faible nombre. Celui-ci est probablement dû au fait que les consultations se déroulent à la maternité du CHRU de Nancy. Les hommes sont plus fréquemment vus à l'unité médico-judiciaire (UMJ) du service de médecine légale. Mais compte tenu des très grandes différences selon le sexe de la victime d'agression sexuelle [15,16], tant sur le motif et le déroulement des faits que sur les conséquences pour la victime, la sélection des victimes femmes uniquement était préférable.

Seul le fait d'effectuer un prélèvement biologique et non le résultat des examens a été considéré dans notre étude. En effet nous n'avons pas eu accès à ces résultats car d'une part les examens n'étaient pas réalisés au CHRU de Nancy, et d'autre part les résultats, bien que figurant dans le dossier judiciaire, n'étaient pas accessibles dans le fichier que nous avons consulté. Toutefois notre étude s'intéressait aux éléments recueillis lors de l'examen médico-légal uniquement.

Une analyse des délais de jugement par régression linéaire a également été réalisée dans cette étude. Son objectif était de mettre en évidence les éléments de l'examen médical initial pouvant être en lien avec une décision de justice plus précoce. Toutefois, la présence de données manquantes réduisait l'échantillon à 61 cas et donc la puissance de nos analyses. De plus, de nombreux facteurs potentiellement confondants, comme par exemple le tribunal de grande instance dont l'affaire dépendait, ne pouvaient être pris en compte. Au final, aucun modèle statistique satisfaisant n'a pu être trouvé.

Description des données médicales de l'échantillon

L'âge moyen des victimes de notre échantillon était comparable avec ceux que l'on peut trouver dans la littérature. Hormis quelques articles ayant étudié des victimes plus jeunes [4,11], l'âge moyen des victimes se situait autour de 25 ans [1,3,5,8]. La répartition des activités professionnelles était également cohérente avec la littérature [3,17] avec environ 50 % d'étudiants et 15 à 20 % de sans emploi. La proportion d'agression avec

pénétration alléguées était en revanche très variable selon les articles [3,4,8,11,17] et beaucoup plus importante dans notre échantillon. En effet, au CHRU de Nancy, une partie des agressions sexuelles, notamment en l'absence de pénétration alléguées, sont examinées à l'UMJ dont les locaux et les archives sont distincts. La présence de lésions traumatiques était constatée dans un peu plus de la moitié des cas, un résultat comparable à la littérature [1,9,10] mais leur répartition, génitales ou extra-génitales, était très variable. Enfin, la littérature s'accorde à dire que l'agresseur était le plus souvent seul (80,7 à 91,9 % des cas, 81,9 % dans notre étude) [1,4,5,7,8,17] et connu de la victime (59,8 à 84 % des cas, 68,9 % dans notre étude) [3-5,7-9,11,17].

Suites judiciaires

Concernant les suites judiciaires des affaires, les résultats de notre étude sont globalement comparables à ceux de Saint-Martin et al., seule étude similaire réalisée en France à notre connaissance [11]. Dans notre article, 23,9 % des affaires ont abouti à une condamnation contre 32,8 % dans l'étude de Saint-Martin et al., différence compensée par un taux de classement sans suite de 58,5 % contre 48,9 % dans leur étude. Ces taux de condamnation sont plus importants que ceux trouvés dans la littérature internationale : entre 10,2 % et 13 % aux États-Unis [7,9], 11 % en Grande-Bretagne [8] et 18,7 % au Danemark [6].

La consommation d'alcool peut être à l'origine de comportements sexuels à risque [18] : nouveau partenaire, nouvelle pratique, relation non protégée,

relation imposée lors d'une perte de connaissance ou amnésie antérograde liées à l'alcool [19]. Ingérées involontairement par les victimes, de nombreux toxiques peuvent être utilisés par les agresseurs sexuels. De plus en plus fréquemment utilisés et associés ou non à l'alcool [20], ils ont l'inconvénient d'être incolores, inodores et insipides : benzodiazépines, acide gamma-hydroxybutyrique (GHB), amphétamines, etc [21]. Ces toxiques induisent chez la victime une désinhibition, une altération du jugement pouvant aller jusqu'à une perte de connaissance et une amnésie des faits. Leur mise en évidence par des prélèvements de la victime est difficile du point de vue toxicologique et doit être réalisée au plus vite après l'intoxication.

Nous avons mis en évidence que l'allégation de consommation de substances psycho actives était en lien avec une moindre chance de condamnation de l'agresseur. Ce fait peut s'expliquer d'une part par un délai de prise en charge de la victime et donc des difficultés de mise en évidence de l'intoxication par une preuve toxicologique [22]. D'autre part, une amnésie des faits peut aboutir à une décredibilisation de la victime et une impossibilité de décrire précisément l'agression et parfois l'identité de l'agresseur [7].

Plusieurs études ont démontré un lien entre la présence de lésions physiques chez la victime et l'issue de la procédure. Mc Gregor et al. ont utilisé un score lésionnel décrivant les lésions comme légères, modérées ou graves. La présence de lésions qualifiées de sévères était alors en lien avec

la condamnation de l'agresseur [8,23]. D'autres ont mis en évidence un lien avec la présence de lésions ano-génitales [7] ou simplement avec la présence de lésion traumatique [9,10]. Dans notre étude, la mise en place d'un traitement antalgique s'est avérée significativement liée avec une plus forte probabilité de condamnation. La mise en place d'un traitement dans les suites d'une agression ne fait pas partie du rôle d'expert du médecin légiste et cette information n'est pas transmise aux autorités judiciaires, elle ne peut donc pas directement influencer l'issue de la procédure. Ce résultat reflète donc vraisemblablement l'association entre la gravité des atteintes physiques consécutives à l'agression et les suites judiciaires. Dans notre étude la présence de signes de violences physique n'était pas corrélée à une condamnation. Cependant, lors du recueil des données, il n'a pas été possible de différencier les blessures physiques consécutives à des coups et celles évoquant des saisies ou des gestes de défenses. Une telle distinction, corroborant éventuellement un phase de contrainte, aurait peut-être permis de retrouver les mêmes résultats que ceux de la littérature.

Tous ces éléments confirment l'importance de l'examen physique et d'une description précise des lésions traumatiques constatées lors de l'examen médical. En effet, il a été démontré que le type et la localisation des lésions peuvent orienter leur interprétation vers un acte consenti ou non [24]. L'interprétation prudente des lésions est donc le moyen le plus simple pouvant conforter des allégations d'agression sexuelle. Cependant, les lésions traumatiques ont une évolution très rapide et un délai trop important

entre l'agression et l'examen peut porter atteinte à la qualité de ces constatations [25].

Contrairement à certaines données de la littérature [7,8], nos résultats suggèrent que le fait que plusieurs personnes soit présentes, sans forcément participer à l'agression, est associé avec une plus faible probabilité de condamnation. Dans la quasi-totalité des cas d'agresseurs multiples dans notre étude, l'agression commise comportait une pénétration, quel qu'elle soit. Selon la loi française (article 222-24 du code pénal), le fait que les personnes prenant part au viol agissent en tant qu'auteur ou complice ne fait pas de différence et représente un facteur aggravant. Mais malgré la gravité pénale potentielle des faits, une grande majorité des affaires de notre étude ont abouti à un classement sans suite. Selon la littérature, le viol collectif survient souvent de nuit, est associé à une consommation de drogues et d'alcool, victimes et agresseurs sont plus jeunes et la résistance de la victime est rare [26,27]. Ce phénomène est particulièrement décrit et étudié sur les campus américains dans le cadre des fraternités [28].

Certains articles ont montré que la présence de plusieurs agresseurs n'est pas corrélée avec l'importance des lésions [1] et les agressions sont le plus souvent commises par contrainte et non par violence (menaces, intimidation, agresseurs connus). Cette absence de lésions traumatiques est donc, comme vu précédemment, associée avec une moindre chance de condamnation. De plus, la consommation de toxiques, volontaire ou forcée,

est également en lien avec une moindre chance de condamnation comme nous l'avons vu plus haut. Enfin, l'âge de la victime et ses liens avec les agresseurs peuvent induire un délai dans la prise en charge (honte, crainte de porter plainte, menaces des agresseurs) qui va également en défaveur d'une condamnation. Nos résultats peuvent donc s'expliquer par certaines caractéristiques des viols dits collectifs dont l'accumulation aboutit à une plus faible probabilité de condamnation d'un ou plusieurs agresseurs.

Dans les suites d'une agression sexuelle avec pénétration, la mise en route d'une trithérapie contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) doit être systématique si le délai depuis les faits est inférieur ou égal à 72h [29] et si l'agression est considérée comme à risque par le médecin (lésions traumatiques en contact avec un fluide contaminant, agresseurs multiples, pénétration non protégée, agresseur porteur du VIH ou non connu) [30]. Nos résultats semblent indiquer que le fait de mettre en place chez la victime une trithérapie est associé à une moindre chance de condamnation de l'agresseur. Aucune autre étude mentionnant l'existence d'une telle association n'a pu être trouvée. Comme pour les traitements antalgiques, cette caractéristique ne peut pas influencer directement l'issue de la procédure compte tenu du fait que les magistrats ne sont pas systématiquement au courant de la mise en route du traitement.

Afin d'expliquer cette association, nous pouvons tout d'abord suspecter la présence d'un facteur confondant. Le fait que le viol collectif, lui-même en lien avec une absence de condamnation, soit un facteur de risque de

transmission du VIH ne peut expliquer nos résultats car la plus part des victimes traitées par trithérapie de notre échantillon avaient été agressées par une seule personne. On ne peut également pas éliminer que la victime, rassurée par un traitement préventif du risque majeur des agressions sexuelles, soit moins procédurière ou moins incisive dans ses demandes de poursuite pénale. Enfin, en l'absence d'autre facteur confondant potentiel, nous pouvons supposer que ce résultat est dû au hasard, à une erreur dans le recueil de données ou à un biais.

Dans les conclusions de son rapport d'expertise, le médecin légiste doit se prononcer sur la compatibilité ou non des lésions constatées avec les allégations de la victime. Comme souvent dans la pratique de la médecine légale, il y a un contraste entre l'importance de telles conclusions dans le déroulement de la procédure judiciaire et la faculté du médecin à se prononcer formellement. Dans notre échantillon, le médecin ne pouvait ni confirmer ni infirmer les dires de la victime dans 68 % des cas. Dans 70 cas (18,7 %), celui-ci a confirmé la compatibilité des lésions avec une agression sexuelle. Cette variable a été sélectionnée dans la régression logistique et malgré une probabilité à la limite de la significativité ($p = 0,07$), le fait de confirmer la compatibilité était associée avec la condamnation de l'agresseur (OR 5,1 - $p = 0,045$).

Ce résultat peut être le reflet de la valeur de l'avis de l'expert dans la procédure judiciaire. Toutefois, il est impossible d'affirmer formellement une agression sexuelle au terme de l'examen médico-légal. Le médecin

légiste met en évidence des éléments pouvant confirmer une relation sexuelle, des actes de violences à orientation sexuelle, une contrainte physique, des lésions de défense etc. mais confirmer l'absence de consentement de la victime est du ressort de la justice. La décision de justice dépend donc d'un grand nombre de facteurs dont les conclusions de l'expert font partie.

7 Conclusion

Du point de vue du médecin légiste, deux points importants ressortent de cette étude : tout d'abord la nécessité d'une description précise et d'une interprétation des lésions traumatiques constatées dans les suites d'une agression sexuelle. Ensuite, l'intérêt des examens toxicologiques qui peuvent parfois expliquer le comportement de la victime pendant et dans les suites de l'agression. Mais un des éléments clés reste le délai de prise en charge. Que ce soit pour les preuves biologiques ou physiques, un examen dans les 72 heures suivant l'agression s'avère fondamental.

La prise en charge des victimes d'agression sexuelle s'est fortement améliorée ces dernières années, notamment depuis la législation sur l'accueil des victimes en 1997, mais il est encore fréquent que des victimes n'arrivent à la consultation des services de prise en charge (maternité, médecine légale) que de nombreux jours après les faits, ne sachant pas vraiment pourquoi elles s'y trouvent. L'éducation des populations et l'aide aux victimes pourrait faciliter le bon déroulement de la procédure judiciaire et mener, le cas échéant, à une condamnation de l'agresseur.

8 Références

- [1] Niort F, Delteil C, Capasso F, Torrents R, Leonetti G, Piercecchi-Marti M-D. Étude rétrospective épidémioclinique sur 10 ans des victimes de viols reçues en consultation à l'Institut médico-légal de Marseille, CHU de Timone. Analyse de 592 cas de victime de viol. *Rev Médecine Légale* 2014;5:62–9. doi:10.1016/j.medleg.2014.06.001.
- [2] Jänisch S, Meyer H, Germerott T, Albrecht U-V, Schulz Y, Debertin AS. Analysis of clinical forensic examination reports on sexual assault. *Int J Legal Med* 2010;124:227–35. doi:10.1007/s00414-010-0430-z.
- [3] Ingemann-Hansen O, Sabroe S, Brink O, Knudsen M, Charles AV. Characteristics of victims and assaults of sexual violence – Improving inquiries and prevention. *J Forensic Leg Med* 2009;16:182–8. doi:10.1016/j.jflm.2008.07.004.
- [4] Grossin C, Sibille I, de la Grandmaison GL, Banasr A, Brion F, Durigon M. Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic Sci Int* 2003;131:125–130.
- [5] Riggs N, Houry D, Long G, Markovchick V, Feldhaus KM. Analysis of 1,076 cases of sexual assault. *Ann Emerg Med* 2000;35:358–362.
- [6] Ingemann-Hansen O, Brink O, Sabroe S, Sørensen V, Charles AV. Legal aspects of sexual violence—Does forensic evidence make a difference? *Forensic Sci Int* 2008;180:98–104. doi:10.1016/j.forsciint.2008.07.009.
- [7] Wiley J, Sugar N, Fine D, Eckert LO. Legal outcomes of sexual assault. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1638–1641.
- [8] McGregor MJ, Mont JD, Myhr TL. Sexual assault forensic medical examination: Is evidence related to successful prosecution? *Ann Emerg Med* 2002;39:639–47. doi:10.1067/mem.2002.123694.
- [9] Gray-Eurom K, Seaberg DC, Wears RL. The prosecution of sexual assault cases: Correlation with forensic evidence. *Ann Emerg Med* 2002;39:39–46. doi:10.1067/mem.2002.118013.

- [10] Rambow B, Adkinson C, Frost TH, Peterson GF. Female sexual assault: Medical and legal implications. *Ann Emerg Med* 1992;21:727–31. doi:10.1016/S0196-0644(05)82788-X.
- [11] Saint-Martin P, Bouyssy M, Jacquet A, O’Byrne P. Les victimes d’abus sexuels: éléments médico-légaux et suites judiciaires (analyse de 756 cas). *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* 2007;36:588–94. doi:10.1016/j.jgyn.2007.04.008.
- [12] Feldberg G. Defining the Facts of Rape: The Uses of Medical Evidence in Sexual Assault Trials. *Can J Women Law* 1997;9:89.
- [13] Walker G. The (in)significance of genital injury in rape and sexual assault. *J Forensic Leg Med* 2015;34:173–8. doi:10.1016/j.jflm.2015.06.007.
- [14] Du Mont J, White D, McGregor MJ. Investigating the medical forensic examination from the perspectives of sexually assaulted women. *Soc Sci Med* 2009;68:774–80. doi:10.1016/j.socscimed.2008.11.010.
- [15] Elliott DM, Mok DS, Briere J. Adult Sexual Assault: Prevalence, Symptomatology, and Sex Differences in the General Population. *J Trauma Stress* 2004;17:203–11. doi:10.1023/B:JOTS.0000029263.11104.23.
- [16] Worling JR. Sexual abuse histories of adolescent male sex offenders: Differences on the basis of the age and gender of their victims. *J Abnorm Psychol* 1995;104:610–3. doi:10.1037/0021-843X.104.4.610.
- [17] Stene LE, Ormstad K, Schei B. Implementation of medical examination and forensic analyses in the investigation of sexual assaults against adult women: A retrospective study of police files and medical journals. *Forensic Sci Int* 2010;199:79–84. doi:10.1016/j.forsciint.2010.03.016.
- [18] Lewis D, Hutton HE, Agee TA, McCaul ME, Chander G. Alcohol Use and Unintended Sexual Consequences among Women Attending an Urban Sexually Transmitted Infections Clinic. *Womens Health Issues* 2015;25:450–7. doi:10.1016/j.whi.2015.04.009.

- [19] Testa M, Livingston JA. Alcohol Consumption and Women's Vulnerability to Sexual Victimization: Can Reducing Women's Drinking Prevent Rape? *Subst Use Misuse* 2009;44:1349–76. doi:10.1080/10826080902961468.
- [20] Hall J, Goodall EA, Moore T. Alleged drug facilitated sexual assault (DFSA) in Northern Ireland from 1999 to 2005. A study of blood alcohol levels. *J Forensic Leg Med* 2008;15:497–504. doi:10.1016/j.jflm.2008.05.006.
- [21] Negrusz A, Poklis A, Jenkins A, Finkle B, Fraser D, Cone E, et al. Recommendations for toxicological investigations of drug-facilitated sexual assaults. *J Forensic Sci* 1999;44:227–230.
- [22] Dinis-Oliveira RJ, Magalhães T. Forensic toxicology in drug-facilitated sexual assault. *Toxicol Mech Methods* 2013;23:471–8. doi:10.3109/15376516.2013.796034.
- [23] McGregor M, Le G, Marion S, Wiebe E. Examination for sexual assault: Is the documentation of physical injury associated with the laying of charges? A retrospective cohort study 1999.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1230360/> (accessed August 17, 2016).
- [24] Anderson SL, Parker BJ, Bourguignon CM. Predictors of genital injury after nonconsensual intercourse. *Adv Emerg Nurs J* 2009;31:236–247.
- [25] Anderson SL, Parker BJ, Bourguignon CM. Changes in genital injury patterns over time in women after consensual intercourse. *J Forensic Leg Med* 2008;15:306–11. doi:10.1016/j.jflm.2007.12.007.
- [26] Ullman SE. A Comparison of Gang and Individual Rape Incidents. *Violence Vict* 1999;14:123–33.
- [27] Porter LE, Alison LJ. Examining Group Rape: A Descriptive Analysis of Offender and Victim Behaviour. *Eur J Criminol* 2006;3:357–81. doi:10.1177/1477370806065586.
- [28] Frintner MP, Rubinson L. Acquaintance Rape: The Influence of Alcohol, Fraternity Membership, and Sports Team Membership. *J Sex Educ Ther* 1993;19:272–84. doi:10.1080/01614576.1993.11074089.

- [29] Smith DK, Grohskopf LA, Black RJ, Auerbach JD, Veronese F, Struble KA, et al. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep Cent Dis Control* 2005;54:1–20.
- [30] Draughon JE. Sexual Assault Injuries and Increased Risk of HIV Transmission: *Adv Emerg Nurs J* 2012;34:82–7. doi:10.1097/TME.0b013e3182439e1a.

9 Annexes

Tableau 1

Données recueillies sur consultation du dossier médical.

Data collected on consultation of medical records.

Victime	Âge, profession.
Agression	Consommation de psychoactif, type d'agression, aboutie ou tentative, allégation de séquestration ou de répétition, commis par violence, contrainte, menace ou surprise, usage d'un préservatif, circonstances aggravantes.
Examen	Délai agression-examen, lésions (générales, péri-génitales, génitales), défloration, expertises complémentaires, compatibilité, retentissement physique et psychologique, grossesse.
Prise en charge	Prélèvements (à visée thérapeutique, toxicologique, génétique ou autre), traitements (antibiotiques, antalgiques, contraceptif, trithérapie).
Agresseur	Sexe, âge, nombre (présents et actifs), connu de la victime, prélèvements, vulnérabilité de la victime connue.

Tableau 2

Motifs de classement sans suite des affaires concernant les victimes incluses.

Motives of case closing concerning the included victims.

Motif de classement	Affaires	
	Effectif	Fréquence (%)
Infraction insuffisamment caractérisée	141	64,1
Absence d'infraction	35	15,9
Auteur inconnu	31	14,1
Procédures alternatives (réparation, rappel à la	7	3,2
Autres motifs	6	2,7

Tableau 3

Régression logistique montrant l'association (odds ratios ajustés) entre les éléments médico-légaux et l'existence d'une condamnation.

Logistic regression showing the association (adjusted odds ratios) between the forensic evidences and the existence of a conviction.

Variable	OR [IC 95 %]	p
Séquestration	1,75 [0,97 ; 3,15]	0,064
Compatibilité		0,07
Non compatible	Référence	-
Non évaluable	2 ,59 [0,56 ; 11,93]	0,221
Violences physiques confirmées	2,92 [0,51 ; 16,83]	0,232
Compatible	5,1 [1,04 ; 25,06]	0,045
Consommation de substances psycho actives	0,42 [0,22 ; 0,79]	0,005
Traitement antalgique	2,82 [1,44 ; 5,52]	0,003
Trithérapie	0,39 [0,2 ; 0,77]	0,004
Nombre d'agresseurs		< 0,001
Unique	Référence	-
Supérieur à un	0,28 [0,1 ; 0,76]	0,013

Conclusions et perspectives

1 Rappel des résultats

Notre étude a mis en évidence l'existence de plusieurs facteurs associés à la présence d'une condamnation au terme de la procédure judiciaire. Les variables en lien avec une probabilité moindre de condamnation étaient : une victime sous l'emprise de substances psychoactives lors de l'agression, la prescription d'une trithérapie d'urgence dans les suites de l'agression et la présence de plusieurs agresseurs. La prescription d'un traitement antalgique, interprété comme la gravité des lésions traumatiques secondaires à l'agression, était quant à elle en lien avec une plus forte probabilité de condamnation. C'était également le cas lorsque les victimes alléguait avoir été séquestrée et lorsque le médecin examinateur qualifiait ses constatations de compatibles avec les allégations d'agression sexuelle, bien que les probabilités p étaient à la limite de la significativité.

Il faut toutefois modérer ces résultats. Compte tenu de la situation, notre objectif n'était en aucun cas la prédiction de l'issue de la procédure mais la mise en évidence d'associations statistiques afin d'orienter nos réflexions et nos recherches futures. Dans un processus aussi complexe qu'une procédure judiciaire, il serait impossible de mettre en évidence des liens de causalité entre un élément de l'examen médical et l'issue de la procédure qui aboutit parfois plusieurs années après.

La mise en évidence de ces associations et surtout le fait que l'une d'entre elles se retrouve également dans la littérature internationale peut nous permettre de concentrer les recherches et les démarches qualité vers des points précis de l'examen médico-légal.

2 Conclusions

Comme mentionné dans la conclusion de l'article, les principaux éléments que l'on peut ressortir de cette étude sont :

- ✓ l'importance d'une description précise et d'une interprétation des lésions traumatiques constatées lors l'examen externe et gynécologiques ;
- ✓ la nécessité de la mise en évidence d'une intoxication de la victime, volontaire ou non, ayant pu altérer son discernement ou expliquer une perte de connaissance ou une amnésie des faits ;
- ✓ l'importance de réduire le délai entre l'agression et la prise en charge médico-légale afin de recueillir les preuves tant qu'elles sont intactes.

2.1 Le délai de prise en charge

C'est un des grands problèmes du médecin légiste :

Le corps mort se décompose et le vivant cicatrise

Les lésions les plus discrètes disparaissent, les plus importantes s'atténuent, l'organisme élimine les toxiques... Le délai est plus ou moins long selon la

gravité de l'agression ou de l'intoxication mais la plupart des preuves médicales d'une agression sexuelle finit tôt ou tard par disparaître.

2.2 Les lésions traumatiques

Une agression sexuelle n'est pas toujours violente, et une relation sexuelle violente n'est pas toujours une agression. Dans de nombreux cas, il est possible qu'une femme victime d'agression sexuelle ne se débatte pas : menace, surprise, emprise de l'agresseur, viols conjugaux... L'absence de lésions traumatiques ne remet donc en aucun cas en compte des allégations d'agression sexuelle. Toutefois, la constatation de lésions peut permettre :

- ✓ D'objectiver une pénétration et parfois d'en préciser le type (pénien, digital ou instrumental) : lésion vulvaire, de la paroi vaginale, hyménéale, anale ;
- ✓ D'objectiver une contrainte : lésion des zones de maintien (poignets, chevilles), de préhension (cuir chevelu, bras, avant-bras, cou) ;
- ✓ D'objectiver des violences à orientation sexuelle : lésions à la face interne des cuisses, aux seins, etc.

Au final, l'examen lésionnel peut conforter des allégations de pénétration et/ou de violences, la preuve du non-consentement de la victime est du ressort de la justice et c'est cet ensemble qui confirmera l'agression sexuelle et mènera à une condamnation du ou des auteurs présumés.

Mais comme cela a été mentionné plus haut, les lésions traumatiques secondaires à une agression sexuelle sont le plus souvent superficielles

(ecchymoses, abrasions, plaies superficielles) et cicatrisent donc rapidement. L'évolution de la coloration des ecchymoses dans le temps a été étudiée⁴, et l'aspect des abrasions et plaies peut nous permettre d'évaluer leur stade de cicatrisation. Mais ces éléments sont imprécis et ne remplacent pas un descriptif lésionnel dans les suites immédiates de l'agression.

2.3 Les analyses toxicologiques

La consommation de substances psychoactives peut porter atteinte à la crédibilité de la victime. Il est donc important de la mettre en évidence au plus vite. La métabolisation d'une molécule toxique s'exprime en demi-vie : c'est le temps nécessaire pour que la concentration d'une substance soit diminuée de la moitié de sa valeur initiale. On considère qu'il faut à l'organisme 5 demi-vies pour éliminer le toxique entièrement.

L'alcool⁵

Son élimination dépend évidemment de la quantité absorbée. Sa métabolisation est très variable selon les individus mais elle est en moyenne de 0,15 g/L/heure (minimum 0,08 g/L/h ; maximum 0,22 g/L/h). À un taux d'intoxication d'alcoolique de 3 g/L, un individu moyen est au stade de stupeur (troubles de la vision, baisse de la vigilance, troubles moteurs,

⁴ Vanezis P. Interpreting bruises at necropsy. *J Clin Pathol* 2001;54:348–355.

⁵ Renaux A, Hassoun A, Charlier C, Kintz P, Mangin P, Renaux-Muylkens I, Beauthier JP. Toxicologie clinique et médico-légale. In: Beauthier JP. *Traité de médecine légale*. 2008. P. 603-639.

confusion). Il lui faudra alors 20 heures pour éliminer métaboliser totalement l'alcool ingéré.

Les benzodiazépines

La famille des benzodiazépines regroupe de nombreuses molécules dont les demi-vies varient de 2 heures 30 (zolpidem) à 150 heures (prazépam, nordazépam, clorazépate dipotassique). La fenêtre de détection urinaire peut aller jusqu'à six jours en fonction de la quantité ingérée. Il est possible de doser soit le principe actif, soit le métabolite.

Le GHB (gamma-hydroxybutirate)⁶

C'est une des méthodes de soumission chimique les plus difficiles à mettre en évidence en toxicologie médico-légale. En effet, sa demi-vie est de 30 à 50 minutes, il est décelable dans le sang pendant 8h et dans l'urine pendant 12h. Il ne possède aucun produit de dégradation caractéristique et pérenne dans l'organisme (dégradation en dioxyde de carbone et en eau).

Les amphétamines

Il existe plusieurs analogues de l'amphétamine dont le plus connu est l'ecstasy (méthylène dioxy méthamphétamine, MDMA). Sa demi-vie plasmatique est de 4 à 12 heures. En fonction des molécules, l'élimination urinaire varie de 1 à 7 jours. De nombreux métabolites ont été identifiés et

⁶ Jordan A. Analyse du GHB dans l'urine et le sang de personnes vivantes et de personnes décédées, en vue de la définition de l'intervalle des valeurs physiologiques chez les personnes vivantes et l'évaluation du délai post-mortem. Lausanne: Centre universitaire Romand de médecine légale; 2008.

peuvent être dosés dans le sang, les urines et les cheveux (mais également dans la salive et la sueur).

3 Perspectives

Notre travail a permis de mettre en évidence des moyens d'optimisation de la prise en charge médico-légale des victimes d'agression sexuelle. La première nécessité est bien entendu de faire parler les victimes, les convaincre de la nécessité de révéler l'agression et de porter plainte. Une fois que la plainte est déposée, si les faits sont récents, la victime doit être examinée dans les plus brefs délais par un médecin légiste. Cet aspect est maintenant bien optimisé de par l'organisation des centres d'accueil et des astreintes de médecine-légale.

Enfin, bien que tous les aspects de l'examen médico-légal soit importants et nécessaires, certains méritent peut-être plus notre attention. Ainsi, la description des lésions traumatiques doit être précise et complète, orientée par les allégations de la victime. Le champ de recherche concernant cet aspect de l'examen doit encore être exploré.