



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLEH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2017

Thèse N° 118/17

IMPÉRATIFS DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE INITIALE D'UNE FEMME VICTIME D'AGRESSION SEXUELLE

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26/05/2017

PAR

Mlle. GOUZI Imane

Née le 22 février 1991 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Agressions - Femmes - Prise en charge initiale

JURY

M. MELHOUF MOULAY ABDELILAH	PRESIDENT
Professeur de Gynécologie Obstétrique	
Mme. JAYI SOFIA.....	RAPPORTEUR
Professeur agrégé de Gynécologie Obstétrique	
M. AALOUANE RACHID.....	} JUGES
Professeur de Psychiatrie	
Mme. EL FAKIR SAMIRA	
Professeur agrégé d'Epidémiologie clinique	
M. MAATOUK SALAH-EDDINE.....	
Professeur habilité en droit privé	

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
1/ Définitions	7
2/Intérêt du sujet.....	8
3/Objectifs du travail	10
ETUDE THEORIQUE	11
1/ Aspects médicaux de la Prise en charge (PEC)	12
A/ Accueil des victimes	13
B/Recueil de l'histoire	16
C/Evaluation du retentissement organique.....	18
D/Bilan para clinique	25
E/Evaluation du retentissement psychologique	26
F/Prise en charge médicale	32
1/Soins	32
2/Prévention de la grossesse	35
3/Prévention des Infections	39
a/Infections sexuellement transmissibles (ISTs).....	39
b/Prévention du Tétanos.....	44
4/Prise en charge psychologique	45
G/ Suivi médical ultérieur :	47
1/Evaluer l'état de santé général.....	47
2/Vérifier l'observance des traitements prescrits en urgence.....	48
3/Contrôler la guérison des lésions initiales.....	48
4/Dépister une grossesse débutante.....	48
5/Dépister des ISTs consécutives à l'agression.....	48
6/Prescrire le bilan biologique et sérologique du suivi.....	49
7/Rassurer la victime	49

8/Suivi psychologique ultérieur.....	50
II. Rôle de l'assistance sociale dans le contexte marocain.....	51
III. Aspects médico légaux de la Prise en charge	52
A. Consentement de la victime	52
B. Prélèvements à visée médico légale.....	52
a/Objectifs des prélèvements à visée médico légale :	52
b/Types de prélèvements :	52
b.1. Prélèvements pour la recherche de sperme.....	53
b.2. Prélèvements génétiques.....	53
b.3. Prélèvements à la recherche de toxiques	54
c/Laboratoires référents au Maroc :	55
C. Le set d'agression sexuelle S.A.S.	56
D. Elaboration du constat initial :.....	56
1/Certificat médico légal	56
2/ Dossier médical dédié à la violence	58
3/ Conséquences d'un constat initial mal élaboré	59
E. Quelques aspects judiciaires des agressions sexuelles :	60
1/Le viol	60
2/Attentat à la pudeur	60
IV. PEC médicale des Auteurs d'Agression Sexuelle	61
MATERIELS ET METHODES.....	62
RESULTATS ET DISCUSSION.....	66
I. A propos du travail.....	67
II. Données générales	68
III. Antécédent d'un examen d'une victime d'agression sexuelle	71
IV. Prise en charge des victimes :.....	76

a/1 ^{er} geste à faire en urgence.....	76
b/Evaluation globale	79
c/Evaluation de chaque item de la prise en charge à part :	82
• L'examen de la victime.....	82
• Les examens complémentaires.....	86
• Les prescriptions impératives	91
V. Le consentement de la victime à l'examen.....	94
VI. L'aptitude à prendre en charge une victime d'agression sexuelle	97
VII. L'interruption volontaire de grossesse en cas de viol (IVG)	103
VIII. La nécessité de la formation complémentaire sur le sujet.....	105
CONCLUSION.....	108
RECOMMANDATIONS	110
RESUMES	111
ANNEXES.....	117
BIBLIOGRAPHIE	144

INTRODUCTION

Les agressions sexuelles contre les femmes est un sujet qui a fait couler beaucoup d'encre. Bien que fortement médiatisé ces dernières années, c'est un phénomène qui est bien ancien.

L'agression sexuelle représente un événement traumatisant pour la victime qui entraîne des effets psychologiques, médicaux et judiciaires. Ainsi, le premier examen médical, à faire en urgence, doit répondre à cette triple exigence. [1]

L'agression sexuelle est une urgence Médico-Judiciaire :

- Urgence médicale du fait des lourdes conséquences psychiques et organiques (infectieuses, grossesse...).
- Urgence Judiciaire car en cas d'examen initial mal fait ou trop tardif, c'est l'ensemble de la procédure et donc de l'action judiciaire qui est rendu inefficace.

Les médecins sont les premiers agents à prendre en charge ces victimes d'agressions sexuelles d'où la nécessité d'une formation adéquate car l'examen doit être réalisé rapidement, dans les meilleures conditions possibles et par un médecin compétant. La prise en charge devrait être multidisciplinaire (Médecin, psychologue, police, justice)

Les principaux objectifs des soins immédiats comprennent l'évaluation et le traitement des blessures physiques, l'évaluation et le soutien psychologique, l'évaluation et la prévention de la grossesse et la thérapie pour prévenir les infections sexuellement transmissibles. En outre, la collecte de preuves à visée médico-légale est un élément essentiel de la prise en charge immédiate de l'agression sexuelle car les procédures judiciaires ultérieures en dépendent. [2]

1/ Définitions :

- L'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence sexuelle comme « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais s'en s'y limiter, le foyer et le travail ». (OMS, 2002)[3]

Le code pénal marocain définit par son article 486 le viol comme l'acte par lequel un homme a des relations sexuelles avec une femme contre le gré de celle-ci. IL n'use pas de la terminologie d'infractions sexuelles. Il emploie les termes « d'agression », « d'atteinte » ou encore « d'exhibition », qualifiées expressément de « sexuelles ». La notion d'infraction sexuelle mérite donc d'être précisée. Elle regroupe « toutes les infractions qui portent atteinte à la liberté sexuelle en imposant ou en incitant à un comportement de nature sexuelle, ainsi que les infractions qui répriment des comportements sexuels ou des messages outrageants» [4].

Par ailleurs, dans l'article 222-22 du code pénal français, les agressions sexuelles sont définies comme « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise » ; l'agression sexuelle suppose donc la présence d'une victime en vie non consentante à l'acte.

Les agressions sexuelles comprennent le viol ainsi que les autres atteintes sexuelles autres que le viol, notamment l'attentat à la pudeur et l'outrage public à la pudeur.

2/ Intérêt du sujet :

Les violences sexuelles ont de profondes répercussions à court et long termes sur la santé physique et psychique des victimes. Elles peuvent causer des blessures corporelles allant de contusions légères à une invalidité permanente, provoquer des problèmes de santé sexuelle et reproductive et être à l'origine de maladies sexuellement transmissibles ou de grossesses non désirées. Les conséquences pour la santé mentale sont tout aussi graves et peuvent produire des effets négatifs durables, y compris des dépressions, des tentatives de suicide et un Etat de Stress Post-Traumatique(ESPT). En outre, de tels actes influent sur le bien-être social des victimes, celles-ci étant souvent stigmatisées et parfois mises au ban de la société. Outre les conséquences pour la victime elle-même, les violences sexuelles ont des répercussions directes sur le bien-être de la famille et de la communauté.

La prise en charge initiale d'une femme victime d'agression sexuelle passe avant tout par un volet médical adéquat depuis l'accueil de la victime jusqu'à la délivrance du certificat médico-légal et le suivi, en passant par plusieurs étapes.

En effet, c'est cette 1^{ère} consultation qui, quand elle est faite dans les règles de l'art, permet de garantir à la victime tous ses droits allant de la prévention de la grossesse, des maladies sexuellement transmissibles, PEC des blessures, PEC psychologique, préservation d'éventuelles pièces à conviction qui lui seraient d'un grand apport lors de son éventuelle procédure judiciaire contre l'agresseur. Tout ceci souligne le grand intérêt de notre sujet, d'autant plus que les données épidémiologiques sont alarmantes :

En effet, selon les données de l'Enquête Nationale sur la Prévalence de la violence à l'égard des femmes menée par le Haut-Commissariat au Plan en 2009, 62,8% des femmes âgées de 18 à 64 ans (6 millions) ont subi un acte de violence (toutes formes confondues) dans les 12 mois précédant l'enquête, dans 48% des

cas il s'agit de Violence psychologique, dans 15% des cas c'est une Violence physique et dans 8,7% il s'agit de violence sexuelle soit 827 mille femmes victimes d'agressions sexuelles, dont 0.4 % des rapports sexuels forcés soit 38 mille femmes. [5]

Aux Etats Unis, selon une enquête menée en 2011, 19.3% des femmes et 1.7% des hommes ont rapporté qu'ils ont été victimes, au moins une fois dans leurs vies, de viol. [6]

En Afrique, 5 à 15% des femmes rapportent l'existence d'un ou plusieurs rapports sexuels forcés, non consentis : près de 1,8 millions de femmes d'origine congolaise seraient victimes d'un viol au cours de leur vie [7]

Aux Philippines, 6% des mères célibataires indiquent que leur grossesse serait issue d'un viol [8].

La fréquence des viols reste difficile à apprécier ; même dans les pays occidentaux les mieux organisés sur le plan criminologique et policier qui persiste comme « un chiffre noir ». [9]

Cette fréquence importante souligne l'intérêt d'une PEC adéquate afin de préserver les droits des victimes, surtout que dans notre contexte où la loi ne spécifie pas la spécialité du médecin qui devrait prendre en charge ces victimes et que la pratique courante montre que les médecins généralistes peuvent être amenés à examiner ces victimes.

3/ Objectifs du travail :

Les agressions sexuelles contre les femmes est un sujet qui préoccupe de plus en plus la communauté nationale et internationale [10]. C'est un problème majeur de santé publique [10 ; 11].

L'intervention des services de santé a une importance capitale dans la détection, le diagnostic et la prise en charge des femmes victimes de violence et d'agressions sexuelles. [11 ; 12]

L'objectif de notre étude est de mettre la lumière sur la qualité de la prise en charge initiale des femmes victimes d'agressions sexuelles dans notre contexte marocain à travers un questionnaire qui vise à évaluer le niveau de connaissance des étudiants en médecine en fin de formation ainsi que des médecins généralistes sur la prise en charge initiale des femmes victimes d'agressions sexuelles . Ceci étant donné que cette prise en charge initiale peut être faite par tout médecin généraliste puisque les textes de loi ne disposent pas autrement et donc il ne doit pas refuser de recevoir une victime présumée de viol. Cependant la prise en charge serait au mieux faite dans un cadre pluridisciplinaire. [9 ; 13 ; 14]

A travers notre étude, on insistera sur les impératifs de la prise en charge initiale des femmes victimes d'agressions sexuelles sur le plan médical et médicolegal qui devraient être très bien connus par les médecins notamment généralistes ce qui leur permettrait de prendre en charge leurs patientes correctement tout en préservant tous leurs droits y compris judiciaires.

ETUDE THEORIQUE

I. Aspects médicaux de la PEC :

Le rôle du secteur de la santé face aux violences faites aux femmes est défini par l'Organisation des Nations Unies [15] :

- prévention primaire : par l'attention de la communauté portée sur les violences faites aux femmes et enfants,
- prévention secondaire : repérage précoce des victimes, soutien, surveillance et prise en charge médicale adaptée (physique, mentale...),
- prévention tertiaire : suivi à long terme, prise en charge des conséquences sur la santé physique et mentale,
- orientation pour une aide pluridisciplinaire : psychologique, sociale et judiciaire.

Lorsque la femme consulte suite à une agression sexuelle, la prise en charge diffère selon le délai écoulé depuis l'agression. Le délai est l'élément d'orientation premier dans l'approche d'une victime d'abus sexuel.

En effet, selon le guide français « le praticien face aux violences » [16] :

- Si les faits sont récents, datant de moins de 3 jours, c'est une urgence médico-légale.
- Entre 3 et 8 jours, l'examen médical doit être réalisé rapidement afin de constater d'éventuelles lésions en cours de cicatrisation.

A/ Accueil des victimes :

L'accueil des victimes est la première étape de la prise en charge.

En effet la victime peut se présenter seule à la consultation ou accompagnée de la police, elle peut également se présenter en premier lieu dans un milieu associatif.

Dans tous les cas, l'examen est fait sur la demande de la patiente elle-même, ou sur réquisition judiciaire.

Le médecin qui accueille la victime devra se présenter, rassurer la victime en lui expliquant les composantes de l'examen et que les résultats de l'examen médical sont soumis au secret professionnel et à la confidentialité à moins qu'elle ne décide elle-même de porter plainte et donc d'y avoir recours .La victime doit être prévenue que le médecin n'attestera que de ce qu'il aura pu constater dans la partie médicale et que son rôle n'est pas d'affirmer le viol. [10]

L'obtention du consentement de la victime à l'examen est une étape importante. En effet après avoir expliqué à la victime les temps de l'examen et les rubriques du formulaire de consentement, en insistant sur le fait qu'elle peut refuser n'importe quel aspect de l'examen si elle ne veut pas s'y soumettre, on lui demande de signer ou d'apposer l'empreinte de son pouce avec la signature d'un témoin si elle ne sait pas écrire. [10] (partie 11 de l'Annexe 2)

La structure d'accueil est idéalement une unité médico judiciaire ou comme l'appelle les Anglo Saxons " crisis center", cette unité est fonctionnelle au Maroc au niveau du CHU Ibn Rochd de Casablanca depuis 1999[17]. A défaut elle est admise aux urgences. Cette structure d'accueil doit comprendre un climat calme et discret pour que la patiente puisse parler et être écoutée, ainsi qu'une salle d'examen gynécologique adaptée.

L'accueil d'une victime de viol ou d'agressions sexuelles nécessite du temps et un lieu calme et paisible. Qu'il soit fait sur la demande de la victime ou sur réquisition de l'autorité judiciaire, le même soin doit y être apporté ; les raisons de l'interrogatoire et de la nécessité de l'examen clinique doivent être clairement expliquées à la victime, afin que ceci ne constitue pas une seconde agression. Croire la victime, l'aider à parler alors que sa parole vient d'être niée par l'agresseur, savoir ses réactions très variables, du mutisme à l'excitation, voire le détachement et la confusion, constituent des clés qui lui permettront de surmonter le traumatisme dans un premier temps. [17 ; 18]

Tout doit pouvoir être réalisé en un seul temps : interrogatoire, examen, prélèvements, soins, conseils...Un appareil photo polaroid ou numérique est utile pour fixer l'aspect des lésions initiales avant leur éventuelle réparation chirurgicale ou leur cicatrisation spontanée. [1 ; 10 ; 17 ; 18 ; 19]

Les impératifs de l'accueil sont schématisés selon certains auteurs [18] comme suit :

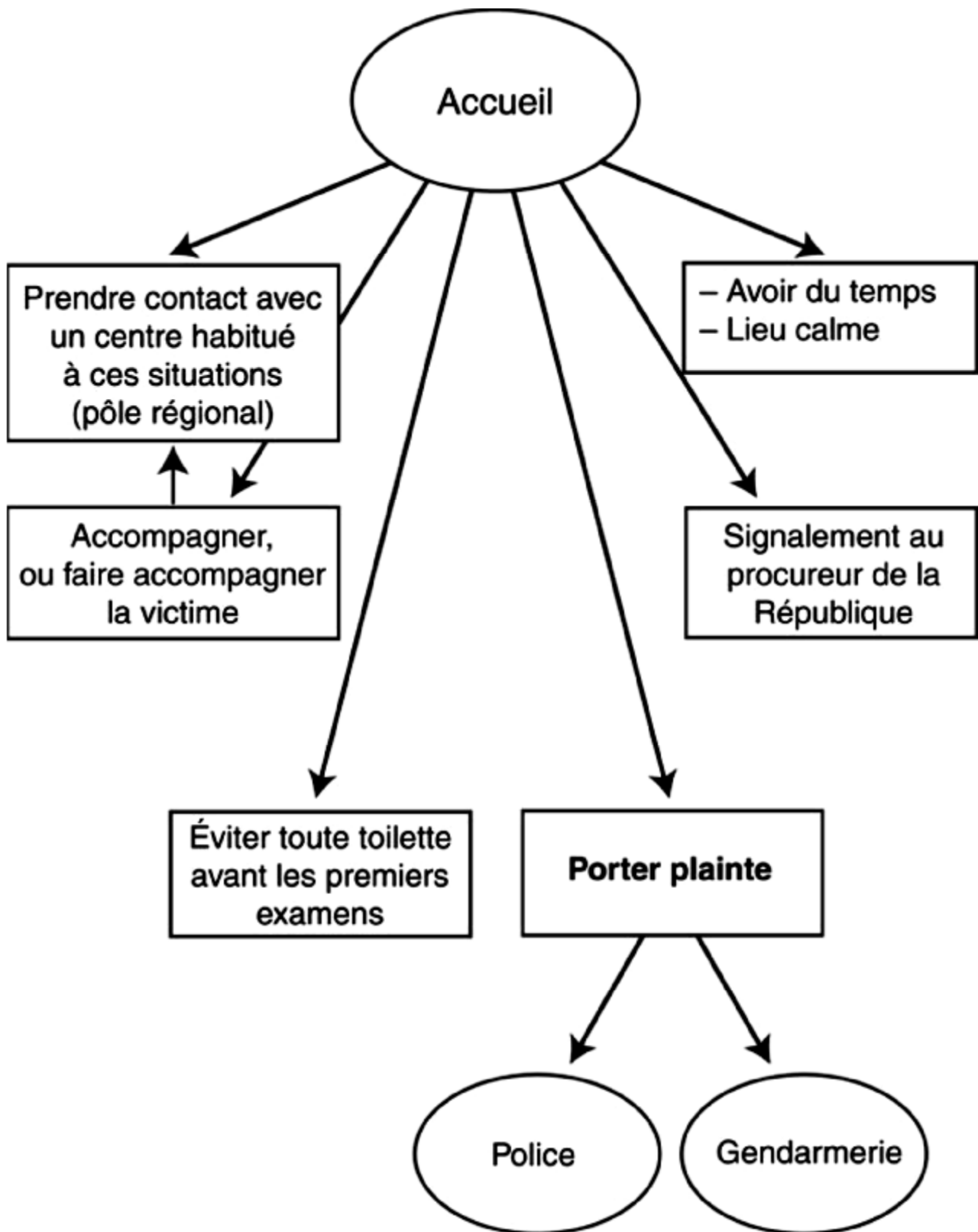


Figure 1 : Arbre décisionnel. Examen en urgence d'une victime de viol ou d'agression sexuelle. [18]

B/ Recueil de l'histoire :

1. Orientations générales :

Le médecin doit utiliser un ton calme et laisser la patiente raconter son histoire de la façon dont elle veut le faire, sans aucune hâte en évitant toute interruption ou distraction durant le recueil de l'histoire.

Si la victime semble peu enthousiaste ou résistante à livrer certains détails, il faut lui rappeler qu'elle est libre de son choix mais lui expliquer clairement les risques pour sa santé et la réassurer encore une fois quant au caractère confidentiel de toute information qu'elle livrera. [10 ; 16 ; 17 ; 18 ; 20]

2. Recueil des informations générales :

* Nom, prénom, sexe, date de naissance ou âge en années,

* Date et heure de l'examen et les noms et fonctions de toute personne présente durant l'examen : médecin, professionnel de santé ou personne de soutien/accompagnatrice dont la victime aura sollicité la présence.

*Les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux et psychiatriques.

*Rechercher un terrain d'allergie, le statut vaccinal notamment pour le tétanos et l'hépatite B, le statut sérologique de certaines ISTs s'il est connu. [1 ; 10 ; 16 ; 20]

3. Recueil des circonstances et du type d'agression :

Le médecin doit préciser durant l'interrogatoire :

- le nombre d'agresseurs, connus ou inconnus de la victime
- la date et l'heure de l'agression,
- les circonstances de l'agression sexuelle : pénétration, pénienne ou autre, par voie vaginale, anale, buccale, avec ou sans préservatif, avec ou sans éjaculation, nombre de rapports par agresseur(s). [1 ; 10 ; 16 ; 17]

Il doit également s'enquérir sur la virginité antérieure, sur une contraception en cours, sur la date des dernières règles et la date d'un éventuel rapport sexuel récent librement consenti et les moyens de contraception utilisés. [10 ; 16 ; 17 ; 20]

Le médecin doit également explorer la possibilité d'une grossesse préexistante chez la femme en âge de procréer à partir de son histoire et de l'examen médical. [10 ; 17]

Il doit rechercher s'il y a une notion de toilette intime depuis l'agression, ou des vomissements ou une défécation ou un changement des vêtements (peut faire disparaître des indices biologiques). [17 ; 20]

La recherche des troubles du comportement ou de la mémoire pouvant faire évoquer une soumission médicamenteuse. [10 ; 16 ; 17]

C/ Evaluation du retentissement organique :

Même si dans 50% des cas, l'examen somatique ne retrouve pas de lésions, il convient de les rechercher de façon systématique compte tenu du fait que la preuve de la contrainte est aussi importante que la preuve de l'atteinte sexuelle. [18]

Le corps est observé de la tête aux pieds, sans exception [2 ; 12 ; 22]

L'évaluation du retentissement organique se fait par l'examen physique qui 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 et pourront être jointes au certificat médical.

1/Examen général :

L'examen général est le premier temps qui 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. [10 ; 16 ; 20 ; 21]

Il recherche également des traces de contusion (ecchymoses, hématomes), d'abrasion, de lacération (coups d'ongles par exemple), des traces de contention et des lésions traumatiques sur l'ensemble du corps, évocatrices de strangulation (lésions ecchymotiques digitiformes, en coup d'ongle en regard des régions cervicales), de morsure ou de succion et de plaques d'alopécie (évocatrices de traction manuelle des cheveux). En effet, ces lésions corporelles sont associées aux violences sexuelles. Il recherche également des taches de sperme sur le corps, en particulier le ventre, les cuisses, la vulve, et les sous-vêtements ; ainsi que les traces de sang lors d'une défloration. [17]

2/L'examen gynécologique :

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

*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. [20]

L'examen de l'hymen est essentiel, d'autant plus qu'il revêt une importance capitale dans notre société. En effet selon une étude menée à Casablanca [23] dont l'objectif était d'explorer la sexualité des femmes âgés de 20 ans et plus sur un échantillon représentatif de la population de 800 personnes : la virginité est considérée comme un devoir social à sauvegarder dans 98,8 % des cas et les relations sexuelles avant le mariage sont prohibées dans 82,8 % des cas.

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.

Techniques de l'examen de l'hymen :

L'hymen est un repli muqueux circulaire, frontière entre la vulve et la partie inférieure du vagin, il est considéré comme «frontière médico-légale» du viol et son examen est fondamental chez la vierge.

Pour dégager l'orifice vaginal, le médecin saisit les grandes lèvres entre pouce et index puis tire doucement vers lui en avant, en haut et en dehors ; l'hymen se déplisse et ceci d'autant plus facilement si on demande à la personne de pousser «comme pour aller à la selle». L'introduction de la pointe de l'index, puis de la pointe du deuxième index, les deux doigts étant adossés, permet de distendre latéralement l'hymen en les écartant. Cette manœuvre permet d'apprécier la taille de l'orifice et de savoir si une verge en érection peut le franchir.

Un doigt introduit dans l'anus permet également de déplisser l'hymen pour rendre la fourchette bien observable.

Chez les très jeunes filles, il est parfois nécessaire d'introduire une sonde à ballonnet à travers l'orifice hyménal puis de gonfler le ballonnet et de le retirer ensuite progressivement pour tendre la membrane hyménale. L'ensemble de ces manœuvres précise l'aspect, la perméabilité et l'élasticité de l'hymen. [17]

Chez l'enfant :

De nombreuses positions ont été décrites afin de réaliser l'examen gynécologique, la plus adaptée étant celle dite de la « grenouille » : l'enfant est allongée, jambes repliées, talons contre fesses, genoux écartés, correctement éclairée, et le médecin est face à l'enfant [24]

En saisissant les grandes lèvres à mi-hauteur et en les attirant vers soi sans tirer, l'hymen s'ouvre et laisse apparaître l'orifice vaginal et les deux tiers inférieurs du vagin (Figure 2). Cette manœuvre est parfaitement indolore et bien tolérée par l'enfant. Certaines configurations hyménéales peuvent parfois amener à s'aider d'une petite sonde souple et arrondie pour déplisser le rebord hyménéal et s'assurer de la perméabilité vaginale [25]. On estime que le diamètre de l'orifice vaginal est de 4 à 5 mm chez l'enfant de moins de cinq ans, puis qu'il reste inférieur à 1 cm jusqu'au début de la puberté [26].

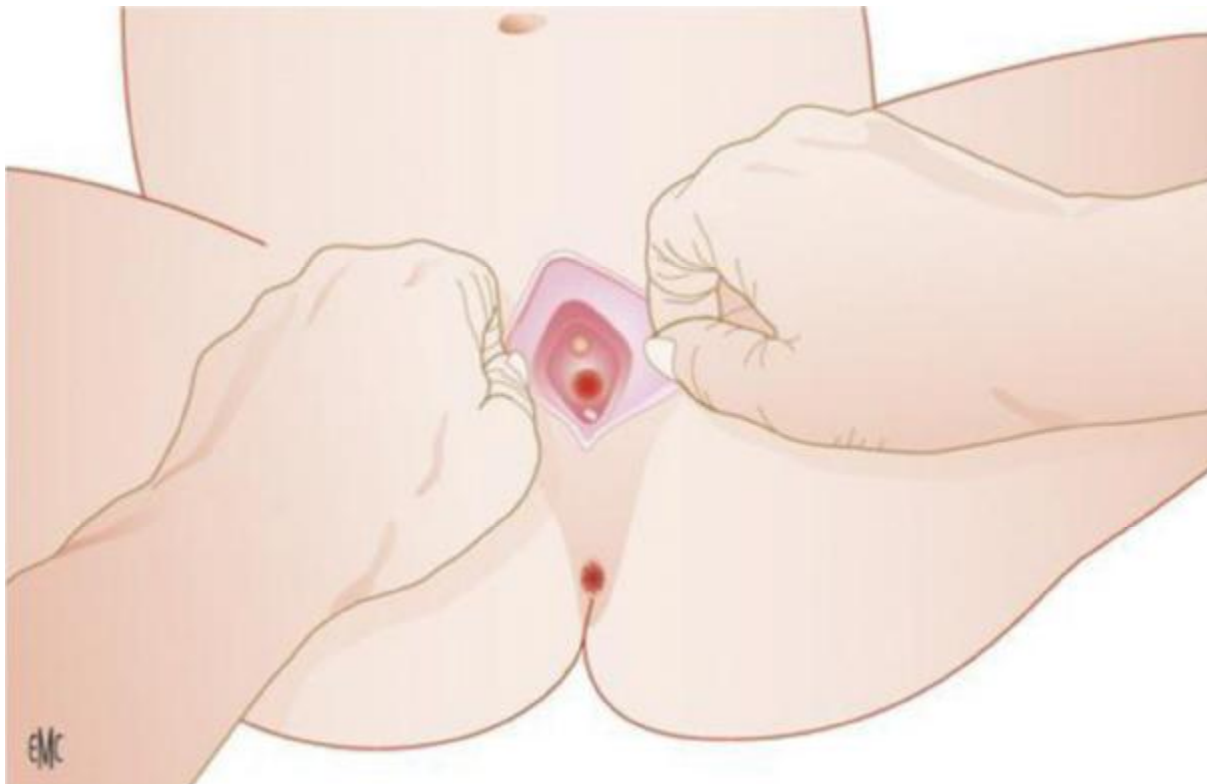


Figure 2. Examen de l'hymen et du vagin de l'enfant.[25]



Figure 3 : Hématome de l'hymen de 2 cm à 5 heures chez une patiente de 21 ans.

Photo prise 6 h après l'agression [12]

L'examen de l'hymen pourra être réalisé avec une sonde de Foley ce qui permettra de faciliter la visualisation d'éventuelles petites lésions.

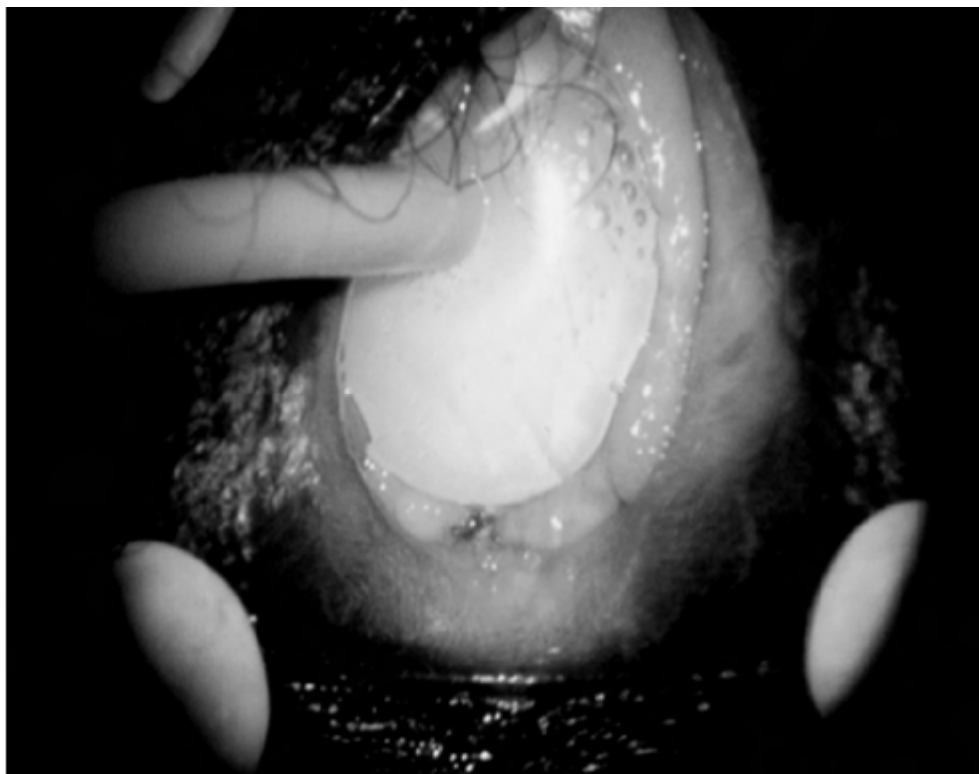


Figure 4 : Examen à la sonde de Foley. Déchirure hyménale récente à 6 heures [21]



Figure 5 : Examen à la sonde de Foley. Déchirure hyménale ancienne à 6 et 9 heures. [21]

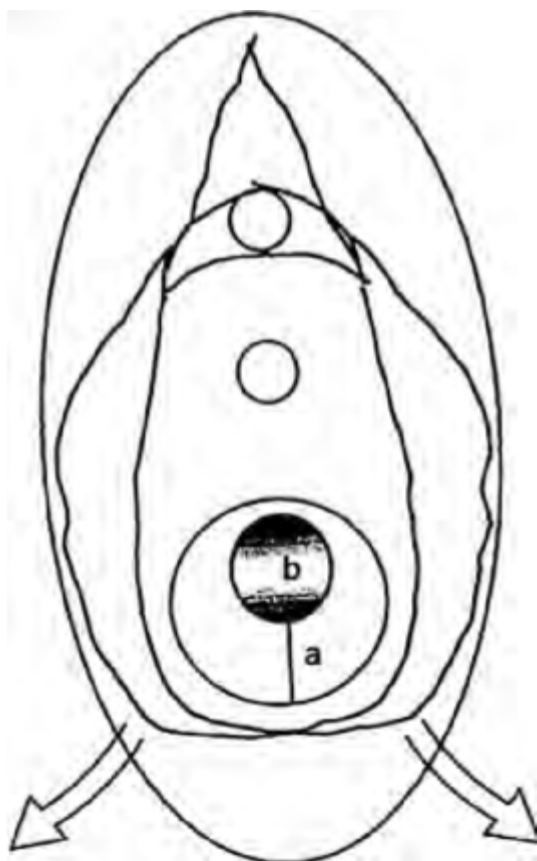


Figure 6 : Hymen falciforme. Les largeurs du bord libre (a) et de l'orifice (b) seront mesurées. [21]

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. [27 ; 28 ; 29]

Lors d'une agression ancienne, l'examen recherche des signes physiques de grossesse et d'ISTs. [10 ; 17]

*L'examen au spéculum si possible :

En cas de pénétration vaginale, on introduit doucement un spéculum, de préférence de vierge, lubrifié avec de l'eau ou du sérum physiologique, pour inspecter :

- L'aspect des bords latéraux du vagin et surtout l'aspect des culs-de-sac vaginaux, pour lesquels il faut prêter une attention particulière surtout en cas de

saignement à la recherche d'éventuelles déchirures, car elles ne sont pas facile à mettre en évidence.

-L' aspect du col utérin (préciser si l'examen est complété d'une vulvoscopie et d'une colposcopie), [2 ; 10 ; 12 ; 16 ; 17 ; 20]

La majorité des lésions est située dans la région vulvaire :

Tableau 1 : Localisation et types des lésions gynécologiques traumatiques après pénétration vaginale : [30]

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

* Le toucher vaginal doit être effectué après les prélèvements [16 ; 20 ; 21]. Il n'est interprétable que s'il est associé au palper abdominal concomitant, permettant l'examen des organes pelviens. Le vagin, le col utérin, l'utérus, les annexes, les culs-de-sac vaginaux et les muscles releveurs de l'anus sont ainsi examinés. Une fois l'examen gynécologique réalisé, un schéma est systématique, surtout si les photographies n'ont pu être prises.

* L'examen de l'anus :

Il faut 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. [2 ; 10 ; 16 ; 17 ; 20].

Les violences sexuelles anales constituent un facteur indépendant de risque de lésions génitales en cas d'agression sexuelle [31].

D/ Bilan para clinique :

Les examens complémentaires ont plusieurs objectifs :

1/Objectif médical :

Les prélèvements sanguins visent à assurer la prise en charge initiale et le suivi des soins ultérieurs :

* bactériologique : prélèvement vaginal, PCR urinaire chlamydiae,

*sérologies : syphilis, VIH, VHB, VHC,

* Béta-HCG. [10 ; 12 ; 16 ; 17 ; 20]

2/Objectif judiciaire :

Recueillir des indices biologiques nécessaires à la documentation des enquêteurs :

Dans notre contexte marocain, les prélèvements se font suite à une réquisition judiciaire.

a/ documentation de la réalité des faits : preuve de la présence de sperme

* biochimique (papier test de détection de la phosphatase acide prostatique)

* cytologique : présence de spermatozoïdes (toutes cavités, tampon et autres)

b/ Documentation d'une éventuelle soumission chimique :

La soumission chimique consiste à administrer à l'insu d'une personne, une substance psychoactive à des fins criminelles visant à réduire sa volonté, son libre arbitre, son indépendance ou toute autre forme de pensée, d'émancipation physique ou psychique de la victime [32].

Dans les cas des viols où la relation sexuelle est bien établie, l'auteur des faits déclare régulièrement que la victime était bien évidemment consentante. L'obtention

de cette preuve scientifique irréfutable est rendue très difficile car le délai écoulé entre les faits et les prélèvements biologiques (sang, urine) est souvent trop long [33] pour permettre la détection des agents de soumission chimique dont la demi-vie est souvent très courte [34 ; 35].

C'est pourquoi le prélèvement orienté et l'analyse de cheveux sont particulièrement importants, car ils peuvent apporter une preuve probante à posteriori [36].

c/ identification de l'agresseur :

* empreintes génétiques : écouvillons au niveau du cul de sac vaginal postérieur, vêtements, recherche de poils pubiens de l'agresseur

* prélèvements de police scientifique : prélèvements sous- unguéaux, fibres trouvées sur la victime, écouvillonnage de taches suspectes... [10 ; 16 ; 17]

E/Evaluation du retentissement psychologique :

Sur le plan clinique, dans 70% environ des cas, l'impact traumatique déclenche une réaction de détresse et/ou un état de dissociation péri traumatique qui est un état de conscience modifiée probablement destinée à soustraire la victime de l'horreur de la situation vécue. Ces réactions de défense péri traumatique permettent de prévoir la survenue d'un Etat de Stress Post Traumatique(ESPT) [37].

Les victimes de viols et d'agressions sexuelles, présentent dans un peu moins de 40% des cas environ un ESPT [38], dont les manifestations cliniques sont bien connues [39].

Les événements traumatiques sexuels ont des conséquences plus fréquentes et plus graves que les autres types d'événements traumatiques. Ils atteignent profondément les croyances fondamentales antérieures des victimes : les concernant (contrôle, confiance, estime de soi, intimité), concernant les autres et le monde

devenus dangereux. Les conduites d'évitement caractéristiques de l'ESPT affectent fréquemment leur sexualité de façon plus ou moins durable. Les états dépressifs, plus fréquents que les ESPT, affectent la moitié des victimes. [40]

La toxicomanie et/ou l'alcoolisme constituent une complication fréquente ; ils peuvent s'interpréter comme une tentative d'automédication contre les symptômes d'intrusion ou d'hyper activation neurovégétative de l'ESPT. [10]

Selon un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé [41], les femmes ayant subi des agressions sexuelles ont un risque 2,3 fois plus élevé que les autres d'avoir une consommation d'alcool excessive

Les troubles somatoformes (troubles de somatisation, troubles de conversion, troubles douloureux) ne figurent pas parmi les critères de l'ESPT dans le « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V) » [42], mais ils sont une complication cliniquement fréquente. [40]

L'ESPT se caractérise suite à un événement traumatique par [42] :

- Des symptômes de reviviscence ou syndrome de répétition :

Lorsque le sujet revit ou croit revivre la scène traumatisante lui imposant des agissements adaptés à la situation imaginaire et générant une importante détresse ;

_ Une sensibilité particulière à des signaux déclencheurs de crises : situation similaire, comme, dans le cas qui nous intéresse, les examens intimes, les interventions chirurgicales et les douleurs postopératoires ;

_ Des souvenirs intrusifs, ou douloureux, ou flash-back.

- Des symptômes d'évitement, comme par exemple une amnésie de l'événement ;

- une hyperactivité neurovégétative.

Selon Kessler [43], l'anxiété généralisée touche environ 15 % des femmes, le trouble panique 12.6 % des femmes, la phobie simple près de 30 % des femmes et l'agoraphobie 22% des femmes. Les troubles dissociatifs durables, intermittents sont une complication qu'il faut rechercher attentivement [40].

Les modifications du mode de vie sociale apparaissant dans les suites de l'agression sont multiples. Une organisation fonctionnelle nouvelle de l'individu se traduit par un sentiment de tension, avec l'apparition de méfiance, d'impatience et d'irritabilité sociales, altérant de façon notable la qualité de vie relationnelle. Parallèlement au développement de conduite d'évitement et à l'appauvrissement du mode de pensée, s'établit un cortège de troubles psychosexuels, à type de baisse de la libido. Les sujets peuvent développer, sur un mode chronique et invalidant, des états anxio- phobiques avec conduites obsessives compulsives et/ou des états dépressifs majeurs ou des manifestations dissociatives. [44]

La mémoire traumatique des violences [45] est le symptôme central des troubles psychosomatiques. Elle est produite lors de la mise en place de mécanismes psychiques et neurobiologiques de sauvegarde exceptionnels pour échapper au risque vital que génère le stress extrême déclenché par des violences traumatisantes. En effet ces violences incompréhensibles et impensables entraînent une effraction et une sidération du psychisme qui ne peut alors contrôler l'activité de la structure sous-corticale responsable de la réponse émotionnelle, l'amygdale cérébrale, ni la sécrétion hormonale de cortisol et d'adrénaline qu'elle déclenche. Or la quantité croissante sécrétée de ces hormones constitue un risque vital cardiovasculaire et neurologique pour l'organisme. Face à ce risque le cerveau sécrète à son tour en urgence des drogues "dures" (morphine-like et kétamine-like) qui font littéralement "disjoncter" le circuit de l'émotion, en coupant les connections entre l'amygdale et les autres structures et en produisant une dissociation. La réponse

émotionnelle s'éteint brutalement et les victimes dissociées décrivent alors un sentiment d'irréalité, voire d'indifférence et d'insensibilité, comme si elles étaient devenues de simples spectateurs de la situation du fait d'une anesthésie émotionnelle et physique liée à la disjonction. [45 ; 46 ; 47 ; 48 ; 49 ; 50 ; 51]

Le stress induit une surproduction d'hormones du stress, l'adrénaline et le cortisol, responsable de manifestations physiques au niveau cardiaque et neurologique pouvant mettre en jeu le pronostic vital : tachycardie, anxiété, parfois infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral [52].

L'excès de cortisol, neurotoxique, entraîne une souffrance neuronale pouvant être responsable d'un état de mal épileptique, d'une perte de connaissance, d'ictus amnésique, voire d'un coma. [45]

Cette surproduction de cortisol peut détruire ou léser jusqu'à 30% des neurones. [53 ; 54]

L'imagerie médicale permet d'objectiver clairement la déconnection entre le système limbique et le cortex. En effet, des chercheurs américains ont pu constater des modifications de la structure et de fonction de l'hippocampe cérébrale sur des IRM et des PET-Scan de personnes présentant un état de stress post traumatique. L'hippocampe devenant alors de plus petite taille et inactive. [53 ; 55 ; 56]

Certaines conduites paradoxales socialement ou judiciairement stigmatisantes (automutilations, conduites à risque, conduites hétéro agressives, consommation de produits psychotoxiques, conduites sexuelles déviantes, etc.) permettent aux victimes de se mettre dans un état dissociatif d'anesthésie émotionnelle qui les soulage. Par sentiment d'impuissance, par manque de temps, par conviction personnelle ou encore par méconnaissance des troubles psycho-traumatiques, les médecins se résignent à soigner seulement les symptômes physiques décrits par la victime. [57]

Sans prise en charge, ces troubles psycho traumatiques perdureront dans le temps et hanteront la vie de la victime. Or, ces manifestations peuvent s'atténuer par des séances de psychothérapie grâce à la plasticité du cerveau. [58]

La présentation clinique de la victime sera très variable, selon le contexte, mais aussi selon son propre mode de réaction à l'agression. Schématiquement, nous décrirons deux types de situations cliniques : celle d'une victime d'agression sexuelle unique et récente puis celle d'abus répétés qui évoluent ou qui ont évolué sur une plus longue durée.

1/ Perturbation psychologique secondaire à une agression récente :

Différentes composantes peuvent se rencontrer, parfois l'une prédomine, parfois elles se succèdent rapidement dans le temps : La stupeur avec difficulté à établir le contact, l'angoisse, l'agitation désordonnée avec des bouffées d'agressivité et la composante dépressive qui est constante. [10 ; 16 ; 40]

Même lorsque la victime donne l'image d'une apparente maîtrise de soi, ou bien qu'elle semble absente de ce qui lui est arrivé, le sentiment de désespoir est profond [45 ; 46]

Il faut noter l'absence de parallélisme entre la gravité de l'agression et l'expressivité du tableau clinique. De même, la sévérité ou au contraire la discrétion du tableau initial n'a pas de valeur prédictive pour l'évolution ultérieure. [16 ; 45]

2 / Perturbation psychologique secondaire à une longue période d'abus sexuels :

Certains signes expriment la forte composante dépressive. Ils sont assez constants mais peu spécifiques. Ils traduisent de forts sentiments de dévalorisation de soi. La victime se sent coupable de ce qui lui est arrivé, coupable de ne pas s'être suffisamment défendue, coupable de s'être laissé faire, coupable de ne pas avoir parlé [16].

Les troubles du sommeil sont constants, ils sont souvent accompagnés de cauchemars. Les capacités de concentration intellectuelle sont parasitées par des ruminations incessantes, la fatigabilité est extrême. Les troubles affectifs peuvent être très contrastés : désordre émotionnel, colère, crises de larmes, irritabilité ou, au contraire, repli sur soi, perte des investissements habituels, passivité extrême. [16 ; 37 ; 44 ; 45 ; 46]

Les tentatives de suicide sont souvent des signes d'appel. Ullman et Najdowski [59], ont étudié la relation entre « les idées suicidaires sérieuses et tentatives suicidaires » et « les caractéristiques démographiques, l'histoire des traumatismes, les caractéristiques de l'agression, la prise en charge post-agression et les troubles psychosociaux » chez les femmes adultes victimes d'agression sexuelle. Les résultats ont montré que les victimes d'AS ont un risque plus élevé de suicide avec des idées suicidaires plus élevées chez les survivantes jeunes, minoritaires et bisexuelles. Les traumatismes répétés, l'utilisation de drogues et la divulgation de l'agression sont liées à des tentatives de suicide plus importantes, alors que l'accompagnement et la prise en charge et le contrôle de la récupération étaient lié à moins de tentatives.

Les symptômes de répétition sont spécifiques de l'agression : Les Cauchemars, la phobie des situations où la victime se trouve avec toute personne lui rappelant l'agresseur, la phobie des lieux ou des circonstances dans lesquels survenaient les abus sexuels. Ces troubles phobiques peuvent parfois s'exacerber en de véritables états de panique. [16 ; 44 ; 45 ; 49]

Le retentissement sur la vie sexuelle de la victime, dont l'élaboration est gravement perturbée avec un dégoût de la sexualité qui peut amener des comportements en apparence paradoxaux : multiplications des relations sexuelles éphémères, conduites à risque, attitudes provocantes. [16 ; 37]

Tout ceci souligne le grand intérêt d'un suivi parallèle par des psychologues/psychiatres pour une meilleure réinsertion de la victime dans la société.

F/ PEC Médicale :

Quel que soit le type de violences, les violences faites aux femmes ont des conséquences dramatiques sur la santé physique et psychologique de la victime qui les subit. [9 ; 10 ; 11 ; 38 ; 45 ; 60 ; 61 ; 62]



FIGURE 7 : CONSEQUENCES DES VIOLENCES SUR LA SANTE ET LE COMPORTEMENT DES VICTIMES [63]

1/ Soins :

Les premiers soins ne doivent être administrés qu'après examen clinique complet et recueil des preuves à visée médico légale, ainsi que de prises de photos avec l'accord de la victime, ensuite la victime pourra se changer. [18]

La victime peut être prise en charge en ambulatoire, sinon une hospitalisation est proposée chaque fois que l'agression s'est accompagnée de blessures physiques ou qu'elle est à l'origine d'un état de détresse psychologique aiguë. Il en sera de

même lorsque la victime est isolée sur le plan relationnel ou du fait du dévoilement. [10 ; 16]

La victime ayant subi une agression sexuelle est un avant tout une patiente, qui consulte suite à des symptômes, des maux, qu'elle désire soigner. On estime à 1 % le nombre de victimes qui décèderont des suites de leurs blessures [64]. Heureusement, la très grande majorité des victimes nécessite des soins accessibles aux soignants qui les reçoivent. [20]

Si elle présente des lésions traumatiques, elle peut être acheminée au bloc opératoire pour complément de PEC. [10 ; 16 ; 17 ; 20 ; 21]

a/Traitement chirurgical :

Des plaies cutanéomuqueuses peuvent nécessiter un parage chirurgical et/ou une suture au bloc opératoire, sous conditions d'asepsie strictes et anesthésie suffisante. En cas d'hémorragie non contrôlée, génitale ou autre, une exploration diagnostique puis thérapeutique est fortement conseillée. Selon SUGAR et al, en 2003, 2,2% de leurs patientes présentaient des fractures, 1,3% des lésions intracrâniennes ou viscérales, et au total 5% nécessitaient une hospitalisation en service médico-chirurgical [24]. Selon ces mêmes auteurs, après une agression sexuelle, il existe 2 fois plus de lésions traumatiques corporelles extra génitales que de lésions génito-anales. Selon les études, ces lésions physiques concernent habituellement les femmes de plus de 40 ans.

La réfection chirurgicale de potentielles lésions traumatiques gynécologiques nécessite une multidisciplinarité de la prise en charge des victimes d'agression sexuelle et d'être à proximité d'une équipe chirurgicale adaptée [65].

▼ Hymenoplastie :

La reconstruction de l'hymen semble être une intervention généralement bénigne que les patientes demandent pour des raisons sociales. De telles raisons

invoquent les dimensions sociales de la santé, et ont souvent des effets profonds et des implications affectant l'avenir pour les femmes qui recherchent cette procédure. Cependant, ils défient la culture qui exige aux femmes non mariées d'être vierge. La procédure expose le conflit entre l'éthique de la fausseté ou la tromperie cosmétique et l'éthique discriminatoire d'exiger de la vertu chez les femmes seulement. [66]

Il y a des chirurgiens qui estiment que ces procédures chirurgicales sont acceptables. Dans ce cas, si une femme estime que la chirurgie reconstructive est dans son meilleur intérêt, les chirurgiens doivent respecter son autonomie et procéder à la réparation ou la renvoyer aux médecins qui le feront. Ceci est particulièrement pertinent étant donné qu'au moins la moitié des femmes ont affirmé que leurs précédents rapports sexuels ont été forcés. La chirurgie peut protéger ces femmes contre de violentes représailles sociales. Mais il serait inapproprié d'arrêter l'argument ici : Respecter la demande de reconstruction de l'hymen d'une patiente doit être comprise dans le contexte. La chirurgie est seulement une solution intérimaire car les vraies solutions ne sont pas médicales mais sociales ; c'est la promotion d'une plus grande égalité des sexes dans les normes sociales et les coutumes. [67]

Soulignons enfin qu'il n'y a pas de recommandations dans le sens de reconstruction de l'hymen dans la loi marocaine.

b/Traitement médical :

- Le traitement anxiolytique n'est pas systématique. S'il s'avère nécessaire, il sera donné à la victime en mains propres, à la fin de la consultation, afin d'éviter tout risque d'addiction et de dépendance [64]. Un traitement par une benzodiazépine, de type Alprazolam 0,25 mg, un comprimé, ou par un antihistaminique tel que Hydroxyzine dichlorhydrate 25 mg, un comprimé, est proposé en première intention, par voie orale, en l'absence d'allergie. Les

psychotropes sont utilisés en traitement d'appoint pour la sédation et l'anxiété, et non dans le traitement du syndrome de stress post-traumatique [68].

- Infection vulvo-vaginale

En dehors de la peur d'être atteinte d'une infection sexuellement transmissible, potentiellement grave de par ses conséquences, la victime peut avoir une mycose, ou autre vulvo-vaginite, qu'il convient de traiter en attendant les résultats des prélèvements.

2/Prévention de la grossesse :

En cas de rapport vaginal, mais aussi anal ou vulvaire (migration possible des spermatozoïdes) chez une adolescente ou une femme en période d'activité génitale, sans contraception efficace, il convient de prévenir la survenue d'une éventuelle grossesse. [16]

On fait préciser la date des dernières règles, le délai écoulé depuis l'agression.

La grossesse non désirable peut entraîner des coûts sociaux importants et des risques individuels dont la plus grande partie pourrait être évitée par la contraception d'urgence (CE). [69]

Une étude américaine [70] a révélé que le taux de grossesses parmi les patientes victimes d'agressions sexuelles varie entre 1% et 5% et la moitié de ces grossesses se terminent par un avortement.

La contraception d'urgence fournit une méthode sûre de contraception post coïtale qui pourrait réduire les grossesses liées aux agressions sexuelles de 88% à 95% si prise dans une fenêtre de 120 heures après l'agression. [71]

4 méthodes sont disponibles, y compris le dispositif intra-utérin de cuivre (DIU) et 3 voies orales. Les méthodes sont : le lévonorgestrel (GNL) 1,5 mg (une pilule à base de progestatif), acétate d'ulipristal (UPA) 30 mg (un modulateur sélectif de récepteur de progestatif), et le régime de Yuzpe (dose élevée de contraceptifs

oraux combinées). Toutes ces options de la contraception d'urgence peuvent être utilisées dans les 3 jours suivant le rapport sexuel avec une efficacité variable (Tableau 1) [72], l'acétate d'ulipristal et le DIU gardent leur efficacité jusqu'à 5 jours après l'agression.

Dans une étude menée à un hôpital universitaire en Corée du Sud pour évaluer l'efficacité de la contraception d'urgence à base de lévonorgestrel à dose unique dans la prévention des grossesses suite aux agressions sexuelles [73], La dose unique de lévonorgestrel a été extrêmement efficace pour la prévention de la grossesse chez les victimes d'agressions sexuelles avec un taux d'échec de 0,68% (soit 2 grossesses pour 302 patientes).

Dans une autre étude consacrée à la comparaison de l'efficacité du lévonorgestrel et l'ulipristal [74], 1696 femmes ont reçu une contraception d'urgence dans les 72 heures après le rapport sexuel (acétate d'ulipristal, n = 844; lévonorgestrel, n = 852). Il y avait 15 grossesses dans le groupe l'acétate d'ulipristal soit 1.8% et 22 dans le groupe lévonorgestrel soit 2.6%. Dans cette même étude, 203 femmes ont reçu une contraception d'urgence entre 72 h et 120 h après les rapports sexuels, il y avait trois grossesses, toutes dans le groupe du lévonorgestrel. Ce qui montre l'efficacité de l'ulipristal par rapport au lévonorgestrel.

Le dispositif intra-utérin de cuivre (DIU Cu) est la méthode la plus efficace de contraception d'urgence et devrait être placé dans les 5 jours après l'agression sexuelle, il réduit le risque de grossesse à 99% [71]. Cependant, pas tous les auteurs sont d'accord sur la contraception avec le DIU vu le risque infectieux existant [20]. Certains auteurs le contre indiquent vu le risque infectieux élevé [76].

Ces méthodes sont d'autant plus efficaces qu'elles sont prises précocement :

- Le lévonorgestrel doit être utilisé le plus tôt possible, dans les 12 heures, car son efficacité diminue avec le temps, passant de 95 % pendant les 24 premières heures, à 85 % entre 24 et 48 heures, pour chuter à 58 % entre 48 et 72 heures. [76]
- L'ulipristal est actif pendant 5 jours après le rapport à risque, mais là aussi, son action est d'autant plus efficace qu'il est pris rapidement après le rapport non protégé. [76]
- Le DIU-Cu : Posé jusqu'à 5 jours après le rapport à risque, son efficacité est proche de 100 %. [75 ; 77]

Tableau 2 : Emergency Contraception Methods [72]

Method	Brand name	Dosage	Timing of use after unprotected sex	Patient accessibility
Levonorgestrel single dose	Plan B One-Step: Take action Next choice one dose My way After pill After a EContra EZ	1.5 mg, one time	Within 72 h for optimal benefit; can be used 120 h postcoitusa	Plan B One-Step: over the counter with no age restriction
Split doseb	Levonorgestrel tablets (generic) Plan B Next choice	0.75 mg, 2 tablets 12 h apart	Within 72 h for optimal benefit; can be used 120 h postcoitusa	All other formulations: behind the counter for patients aged ≥ 17 y or by prescription for patients aged ≥ 16 y
Ulipristal acetate	Ella	30 mg, one time	Within 120 h	By prescription
Copper intrauterine device	ParaGard	Single device inserted	Within 120 h	Needs office visit
Combined oral contraceptive (Yuzpe regimen)	Numerous brands availablec	Need to combine pills to total 100 mg of ethinyl estradiol and either 0.5-1 mg of levonorgestrel or 1 mg of norgestrel, 2 doses 12 h apart	Within 120 h	By prescription

aUse as soon as possible after unprotected sex.

bDose can be combined to take 1.5 mg at one time.

cThe following formulations of oral contraceptives have been declared safe and effective by the US Food and Drug Administration for emergency contraception: levonorgestrel 0.15 mg/ethinyl estradiol 30 mg; levonorgestrel 0.1 mg/ethinyl estradiol 20 mg; norgestrel 0.5 mg/ethinyl estradiol 50 mg.

3/Prévention des maladies infectieuses :

a/Prévention des ISTs :

Devant toute agression sexuelle ayant occasionnée un contact sexuel, il existe un risque infectieux transmissible, de l'agresseur à la victime. Une prophylaxie des ISTs doit être proposée et expliquée à la victime afin d'être acceptée. De nombreux protocoles existent suivant les équipes, mais les principes sont les mêmes. [1 ; 2 ; 10 ; 12 ; 16 ; 18 ; 50 ; 64 ; 78 ; 79].

Les infections sexuellement transmissibles peuvent être [80] : infections par gonocoque, chlamydiae trachomatis, trichomonas vaginalis, herpès génital, syphilis, mais également infection à VIH et virus de l'hépatite B, Hépatite C.

- Concernant les ISTs bactériennes et parasitaires :

La prise en charge du risque infectieux après une agression sexuelle [81] est comme suit :

Une prophylaxie dirigée contre la gonococcie, le chlamydia trachomatis et l'infection trichomonale, quel que soit le test d'IST, continue d'être recommandé à l'évaluation initiale en raison du risque d'ISTs élevé et le faible taux de retour pour suivi des survivantes d'agressions sexuelles. Une étude rétrospective de Gavril et al [82] a constaté que moins de la moitié (48,8%) des victimes d'agressions sexuelles ont retourné pour une évaluation de suivi.

La prophylaxie recommandée a été mise à jour pour inclure le Ceftriaxone 250 mg par voie intramusculaire (dirigé contre le gonocoque) plus l'Azithromycine 1 g par voie orale (dirigé contre le chlamydia), plus le métronidazole ou le tinidazole 2 g par voie orale en une seule dose (dirigé contre le trichomonas).

Le tinidazole comme traitement à dose unique a été rapporté comme équivalent ou supérieur au métronidazole pour le traitement de T. vaginalis chez les femmes [83]. Les deux médicaments peuvent augmenter la probabilité de vomir

lorsqu'ils sont fournis aux femmes avec une contraception d'urgence lors de la visite initiale, et les survivantes d'AS peuvent avoir récemment ingéré de l'alcool. Par conséquent, certains experts recommandent que les nitroimidazoles soient fournis aux patientes pour les prendre chez elles (quelques heures après la prise de la contraception d'urgence) plutôt que lors de l'évaluation initiale. [81]

- Concernant les ISTs virales :

- v Pour le VIH :

Depuis 2009, seulement quelques études ont décrit l'évaluation du risque du VIH parmi les survivantes d'agressions sexuelles [81].

Pour aider à déterminer quelles patientes devraient recevoir le traitement prophylactique post exposition non professionnelle (HIV nPEP), un algorithme (figure 7) du groupe de travail du département américain de la santé et des services humains sur la prophylaxie de l'exposition non professionnelle est recommandé [84].

Les considérations dans l'algorithme comprennent : Le moment de l'exposition, le statut VIH de l'agresseur (rarement connu), le risque de VIH, les comportements de l'agresseur et les caractéristiques de l'exposition.

Pour les survivantes d'agressions sexuelles, le VIH nPEP est généralement recommandé si la patiente se présente à la consultation en moins de 72 heures après l'exposition et l'agresseur est connu comme séropositif. Pour les patientes qui se présentent dans un délai inférieur à 72 heures mais le statut VIH de l'agresseur est inconnu, la détermination au cas par cas devrait tenir compte de l'estimation du risque d'acquisition par liquide biologique et par voie d'exposition [84], en quel rapport sexuel réceptif est associé au plus haut risque de transmission du VIH d'une personne infectée par le VIH parmi les expositions sexuelles.

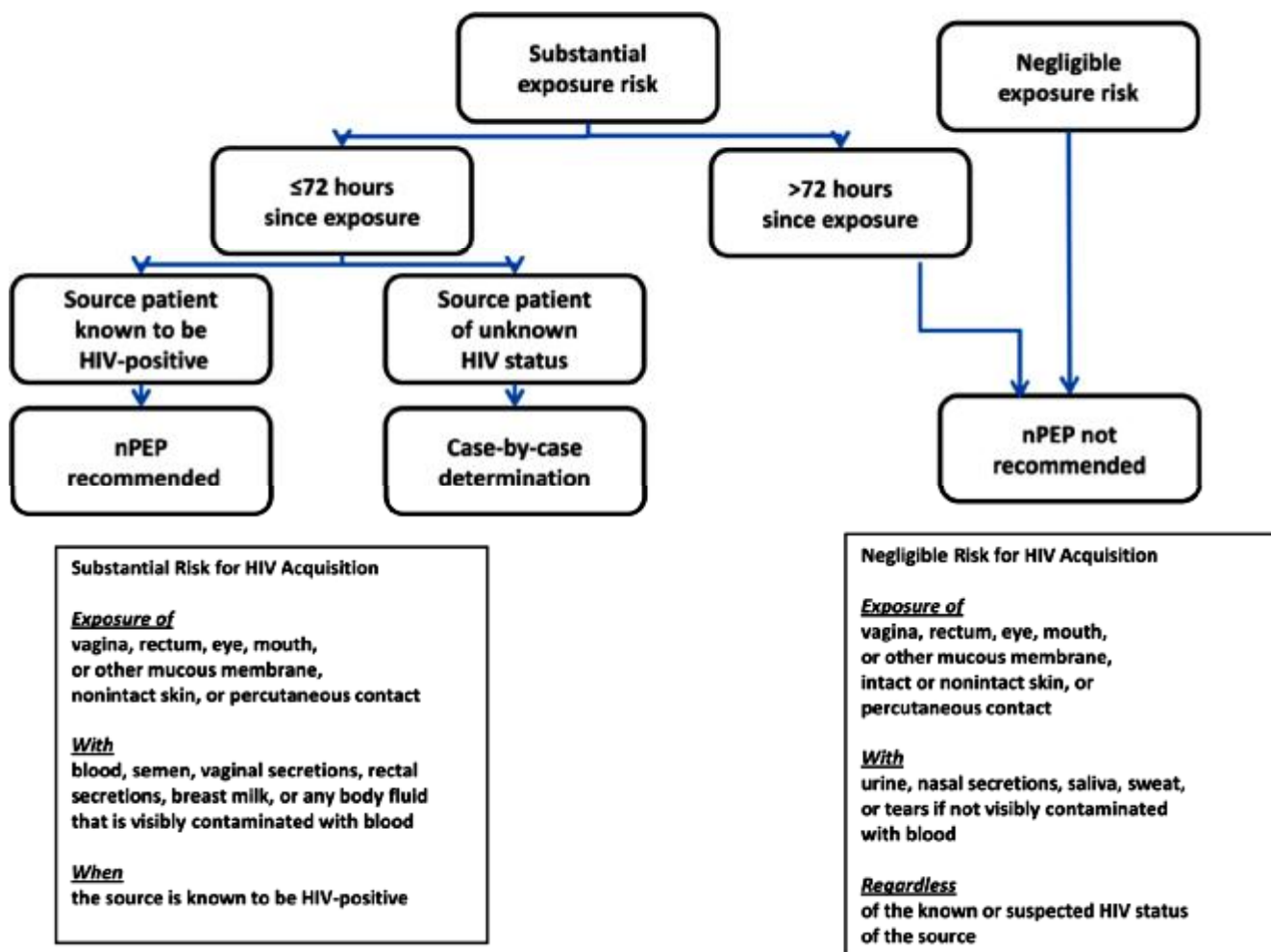


Figure 8 : Algorithm for evaluation and treatment of possible human immunodeficiency virus (HIV) nonoccupational postexposure prophylaxis (nPEP)

Chacko et al [85] ont mené une méta-analyse de 24 études impliquant l'adhésion à la prophylaxie post exposition non professionnelle au HIV avec soit 2 médicaments ou 3 médicaments parmi les survivants aux agressions sexuelles, et trouvé que cette adhésion variait de 12% à 74% avec une estimation globale de 40,3%. L'étude la plus récente incluse dans la méta-analyse a impliqué des survivantes en Afrique du Sud, où un taux d'adhésion de 74% a été réalisé avec un régime de 2 médicaments en 28 jours en mettant en œuvre un programme axé sur les soins infirmiers à l'hôpital où sont fournis les visites de suivi, les médicaments et les conseils en matière de viol pour les femmes victimes d'agressions sexuelles [86].

Une étude prospective multicentrique observationnelle de Tosini W. et al, sur l'évaluation de la tolérance de la prophylaxie post-exposition au VIH (PEP) avec la formulation de comprimés de Ténofovir / Emtricitabine et de Lopinavir / Ritonavir (TDF / FTC + LPV / r) [87] chez les adultes ayant un risque de transmission du VIH au cours des 48 dernières heures a conclu que compte tenu des données d'études antérieures effectuées selon une méthodologie similaire, le taux d'abandon découlant d'événements indésirables est apparu beaucoup plus faible dans la formulation de comprimés de TDF / FTC + LPV / r que ceux de zidovudine / lamivudine (ZDV / 3TC) + nelfinavir ($P < 0,0001$), ZDV / 3TC + lopinavir / ritonavir capsules de gel mou ($P < 0,01$) et 3TC + TDF + atazanavir renforcé par le ritonavir ($P < 0,05$) et devrait être considéré comme un standard de soins concernant le VIH PEP.

Au Maroc, la décision de prescrire ou non une thérapie antirétrovirale prophylactique est du ressort du médecin référent formé à évaluer le risque, selon le cas la prophylaxie post exposition sera recommandée, facultative ou inutile. La thérapie doit être débutée au mieux avant la 6ème heure ou au plus tard le 3ème jour. Cette thérapie prophylactique post exposition dure un mois, elle comportait les 3 ARV de première ligne: Zidovudine AZT+ Epivir 3TC+ Indinavir IND. [88]

Actuellement, et selon les dernières recommandations nationales et de l'OMS [89 ; 90], elle comporte le Ténofovir / Emtricitabine et de Lopinavir / Ritonavir (TDF / FTC + LPV / r) pendant 28 jours, un suivi sérologique sur 6 mois est recommandé selon le schéma suivant : H0, M1, M3 et M6.

Un bilan sanguin pré-thérapeutique est réalisé (NFS, plaquettes, créatinine, bilan hépatique). [2 ; 10 ; 16]

Il s'agit d'un traitement lourd car au traumatisme de l'agression subie s'ajoutent des effets indésirables fréquents et des contraintes importantes (horaires et règles de prise, fourniture en pharmacie hospitalière). Il requiert rigueur et

régularité de la part de la victime à une période de sa vie où elle est déstabilisée. Visant à prévenir une infection grave, ce qui devrait être un élément rassurant, ce traitement peut néanmoins être vécu comme inquiétant, ravivant à chaque prise le risque de contamination et le souvenir de l'agression. Les abandons sont fréquents surtout les premiers jours du traitement. [16]

▼ Pour l'Hépatite B :

En cas d'agression de moins de 8 jours, en l'absence de vaccination ou en cas de vaccination douteuse ou incomplète, on fait une injection de vaccin contre l'hépatite B. La poursuite ou non de la vaccination sera discutée selon le résultat de la sérologie initiale (antigène HbS, anticorps anti HbC, anticorps anti HbS). [2 ; 10 ; 12 ; 16 ; 20]

▼ Pour l'Hépatite C :

On ne propose pas de traitement prophylactique contre le virus de l'Hépatite C, [2 ; 10 ; 12 ; 16 ; 17 ; 20], vu que le risque de transmission est faible [91].

▼ Infection à HPV

Les données concernant les infections à HPV chez les victimes d'agressions sexuelles (AS) ont été rapporté par une étude transversale prospective et multicentrique impliquant de jeunes filles évaluées pour abus sexuel [92]. Les enquêteurs ont constaté une prévalence du HPV de 11,8% dans l'ensemble, avec un taux de prévalence du HPV plus élevée (20,6%) chez les victimes âgées de plus de 10 ans que les autres (5,6%) ($P < .0001$). Compte tenu de cette prévalence élevée du HPV et des conséquences connues de l'infection, aux Etats Unis comme en France, la vaccination contre l'HPV pour les survivantes âgées de 9 à 26 ans devrait être faite au moment de l'examen initial si elles n'ont pas été préalablement vaccinées [81]. A noter qu'on ne dispose pas de recommandations nationales dans ce sens.

L'efficacité du vaccin bivalent contre le HPV a été de 62,0% contre la détection anale d'ADN du HPV 16/18. Une revue des essais contrôlés randomisés de phase 3 conduits avec le vaccin quadrivalent a démontré que l'efficacité du vaccin contre le HPV varie de 45,1% à 54,8% pour la néoplasie intra-épithéliale cervicale Grade 2-3 et 79,5% pour les verrues des organes génitaux [93].

En plus, il existe des données de littérature suggérant que même moins de 3 doses du vaccin bivalent peuvent fournir un certain niveau de protection contre l'infection du col de l'utérus par l'HPV [94]. Une étude menée chez des adolescentes a signalé que la vaccination contre l'HPV était associée à moins d'infections à l'HPV malgré une vaccination incomplète et des comportements sexuels à haut risque [95]. Par conséquent, malgré les défis liés à la vaccination contre l'HPV chez les survivantes d'AS qui se présentent dans les services d'urgence, il semble être avantageux pour ces patientes d'administrer même une dose. Le renvoi pour les doses suivantes du vaccin contre l'HPV devrait être tenté à 1-2 mois et 6 mois après la première dose (Au moins 24 semaines après la première dose). Certains experts recommandent également que les examens de suivi pour les survivantes d'AS sont pris en considération à 1-2 mois pour réévaluer le développement de verrues anogénitales, en particulier chez les victimes diagnostiquées avec d'autres ISTs. [81]

Les risques à long terme [96] sont :

- Cancer du col (à cause de l'HPV)
- Infection génitale haute (à cause du : Chlamydia – gonocoque)

b/Prévention du Tétanos

En cas d'érosion avec effraction cutanée, l'immunité antitétanique est recherchée : une vaccination est pratiquée si le sujet n'est plus ou pas protégée. Le relais auprès du médecin traitant est mis en place pour le suivi des plaies et blessures cutanées superficielles simples : retrait fils de suture, réfection de

pansement, contrôle de cicatrice, sont à la portée du médecin généraliste. [10 ; 16 ; 20]

4/ PEC psychologique :

L'assistance psychologique immédiate est primordiale et le premier contact est essentiel et déterminant pour le suivi ultérieur. Il permet de déterminer : l'âge de la victime, le type d'agression : viol unique ou abus sexuels longtemps perpétrés, le temps écoulé depuis l'agression qui peut être récente et donner lieu à des signes de souffrance psychologique aigüe ; ou ancienne, longtemps passée sous silence, et qui, dès sa révélation, est accompagnée d'une symptomatologie traumatique constituée. La personnalité de l'agresseur, qui peut être totalement inconnu de la victime, ou un proche, voire un membre de la famille. [2 ; 10 ; 16 ; 17 ; 20]

La conduite à tenir ne peut donc être codifiée de façon stéréotypée. Elle devra chaque fois s'adapter au contexte. Certaines lignes directrices communes à toutes les situations doivent cependant être respectées [16]:

Il importe de bannir toute attitude et tout propos qui risquent de majorer, voire de renouveler le traumatisme. La victime se sent coupable de ce qui lui est arrivé, elle craint de ne pas être crue. Plus que la peur, c'est souvent cette culpabilité paradoxale qui vient cadenasser les secrets et qui entraîne le silence ou la rétraction.

Ces aspects sont encore majorés lorsque la révélation risque de bouleverser l'équilibre familial.

° Au-delà de son sens clinique, le médecin doit donc faire appel à toutes ses capacités d'empathie, de délicatesse et d'humanisme pour permettre à la victime d'aller au bout de son récit, sans jamais lui renvoyer une impression de méfiance, d'incrédulité ou de jugement de valeur.

° le médecin n'a pas à jouer un rôle d'enquêteur. Il ne lui appartient pas d'établir l'exactitude des faits. Son rôle est de prodiguer les premiers soins et de faire un premier constat clinique qui pourra se matérialiser par un certificat médical.

✓ LES SOINS EN URGENCE

Leurs indications doivent être pesées, cette PEC est constituée de 2 volets : la prescription médicale et le soutien psychologique.

- Les médicaments psychotropes

Ils n'ont qu'un rôle adjuvant, mais l'aide qu'ils peuvent apporter ne doit pas être négligée. Il importe de ne pas laisser se développer de graves troubles du sommeil, théâtre de symptômes de reviviscence. La prescription d'un hypnotique peut être nécessaire. De même, les paroxysmes anxieux, les tensions insupportables, les bouffées d'agressivité bénéficieront d'un traitement sédatif (le plus souvent, des benzodiazépines). Ces prescriptions devront être limitées dans le temps et leurs effets expliqués aux patients [16] et l'absence de prescription par le médecin ouvre souvent la porte à l'automédication. [16 ; 97]

- Le soutien psychologique

L'essentiel, lors du premier contact, est d'éviter le repli de la victime sur elle-même avec l'instauration ou l'aggravation d'une symptomatologie traumatique enkystée. Quelques rencontres courtes mais répétées sont nécessaires pour suivre l'évolution immédiate. Dans la majorité des cas, le médecin qui a rencontré en premier la victime, peut continuer l'accompagnement les premiers temps quelle que soit sa spécialité. Son action est bien engagée puisqu'il a été l'interlocuteur privilégié après l'expérience mortifère et que ses constatations ont permis un possible recours à la loi. [16]

G/ Suivi médical ultérieur

Dans les suites d'une agression sexuelle (A.S.) récente avec pénétration, il est indispensable de proposer une consultation médicale de contrôle, un mois environ après les faits. En cas de lésions physiques importantes, la victime peut être revue plus rapidement. La victime peut être suivie par le médecin consulté lors de l'agression ou tout autre médecin de son choix. Elle est prévenue de la possibilité d'être contactée en cas d'anomalie constatée sur le bilan initial. Dans les situations d'agression plus ancienne ou sans pénétration, le bien-fondé d'une consultation à distance est évalué et discuté au cas par cas avec la victime. [10 ; 16]

Il convient d'identifier un médecin référent pour organiser le suivi médical ultérieur malgré le fait qu'il est fréquent que la victime ne se présente pas à la consultation de contrôle [82]. Cette consultation médicale comprend plusieurs objectifs :

1/ Evaluer l'état de santé général :

Evaluation de l'état psychique à travers l'évaluation de l'humeur, des troubles du sommeil ou de l'appétit, le recours à des médicaments ou toxiques, le recours à un psychiatre ou psychologue depuis l'agression.

Selon une étude américaine, à peu près le tiers des femmes consultantes pour des soins médicaux après viol ont déclaré l'utilisation de molécules stupéfiantes (marijuana, utilisation illicite de drogues psychoactives, automédication, alcool) durant l'année précédant l'étude. 71 % de ces femmes ont reportés l'utilisation d'alcool seul. [97]

Si aucune prise en charge psychologique n'a été mise en place depuis l'agression, cet entretien peut être l'occasion d'orienter la patiente vers une consultation spécialisée ou vers une association de soutien aux victimes. [10 ; 16]

2/ Vérifier l'observance des traitements prescrits en urgence

Traitement antirétroviral : durée et quantité réellement prise, effets secondaires.

Antibiothérapie, vaccination contre l'hépatite B : à poursuivre en cas de vaccination débutée lors de la consultation initiale. [10 ; 16]

3/ Contrôler la guérison des lésions initiales

Les lésions génito-anales initiales sont habituellement cicatrisées. En cas de fellation, on vérifie la normalité de l'examen du rachis cervical et de la bouche (gorge et ouverture de la mâchoire). En cas de lésions corporelles associées lors de l'agression, on vérifie au cours de l'examen la guérison de toutes les lésions. Si besoin, on oriente vers le spécialiste correspondant. [16]

4/ Dépister une grossesse débutante

Chez la femme en période d'activité génitale, on vérifie la survenue des règles depuis l'agression (aspect, quantité, durée) ainsi que la poursuite de la contraception habituelle éventuelle. Au moindre doute, on fait un dosage des bêta-HCG.

5/ Dépister des MST consécutives à l'agression :

L'interrogatoire porte sur l'apparition de symptômes anormaux au niveau de la gorge, de l'anus ou de la sphère uro-génitale (brûlures, douleurs, écoulements, ulcérations...). On recherche également les symptômes évocateurs de primo-infection par le VIH (fièvre, asthénie, adénopathies, rash cutané...). L'examen clinique est ciblé sur le site de l'agression. Il recherche des signes d'infection avec possibilité de prélèvements en fonction du site de l'agression et de la symptomatologie. [16]

6/ Prescrire le bilan biologique et sérologique de surveillance :

Le bilan est adapté en fonction du délai écoulé entre l'agression et le bilan, des résultats du bilan initial et des traitements antiviraux suivis après l'agression.

Les recommandations [2 ; 10 ; 16] concernant le bilan de surveillance sont comme suit :

Tableau 3 : Bilan biologique de surveillance :

Medical Follow-up After Sexual Assault	
Time Point	See Provider for
2 weeks	STI check
6 weeks	<ul style="list-style-type: none"> • Pregnancy test • HIV • Syphilis • Hepatitis C • 2nd Hepatitis B series if previously given
12 weeks	<ul style="list-style-type: none"> • Syphilis • HIV • Hepatitis C
24 weeks	<ul style="list-style-type: none"> • HIV • 3rd Hepatitis B series if previously given

7/ Rassurer la victime

Lorsqu'elle fait suite à une agression récente, la consultation de contrôle est une étape privilégiée car elle ré aborde les différents points cités ci-dessus. Conduite avec le même tact, elle se déroule dans un contexte moins dramatique que la consultation initiale. Elle permet le plus souvent de rassurer la victime sur la restauration de son intégrité anatomique : les lésions cicatricielles habituellement minimales, la normalité du bilan initial, l'absence de complication visible lors de la consultation. De plus, on lui explique les prélèvements de contrôle et la possibilité d'un traitement adapté en cas d'anomalie dépistée, la poursuite d'une surveillance

sérologique prolongée et l'assurance d'être informée des résultats des examens à venir. [16]

8/ Le suivi psychologique ultérieur :

Le recours au spécialiste, psychiatre ou psychologue n'est pas systématique. Dans bon nombre de cas, le médecin qui a assuré le premier accueil peut poursuivre l'accompagnement quelle que soit sa spécialité. L'orientation rapide vers un psychiatre sera néanmoins nécessaire dans les cas les plus sévères avec un état de détresse manifeste avec prostration intense, agitation, agressivité anormale, des épisodes de panique apparus peu de temps après l'agression, des symptômes de déréalisation ou de dépersonnalisation ou la notion d'antécédents psychiatriques : dépression majeure, troubles de la personnalité, pathologie psychotique... [16]

II. Rôle de l'assistance sociale dans le contexte marocain :

Certains hôpitaux du royaume disposent d'une assistance sociale qui joue un rôle important dans notre contexte marocain. Ses principales tâches se résument en: (annexe 3)

- * Accueil et entretien des victimes.
- * Evaluation de la situation.
- * Information et renseignements.
- * Orientation.
- * Facilitation des démarches.
- * Suivi.

Les assistances sociales ont à leur disposition une fiche du ministère du développement social de la famille et de la solidarité (Annexe4) qu'ils remplissent pour les femmes victimes de violence.

Ces assistances, sont intégrées dans des cellules de PEC des Femmes et Enfants Victimes de Violences (FEEVV) [10].

On dispose à Fès de 3 cellules de PEC des FEEVV, implantées au niveau du CHU HASSN II (annexe 5), de l'hôpital régional EL GHASSANI et de l'hôpital IBN EL KHATIB. Ces cellules ont une très grande importance dans la prise en charge des femmes victimes d'agressions sexuelles dans notre contexte marocain, surtout que des unités spéciales de prise en charge de ces victimes sont quasi absentes et que les victimes se trouvent, si elles décident de consulter, au niveau des urgences des hôpitaux. L'accompagnement de l'assistance sociale dans ce cas et dans notre contexte est primordial.

A noter qu'une unité d'urgence médico-judiciaire est fonctionnelle au CHU Ibn Rochd de Casablanca depuis 1999, sous la supervision du service de médecine légale du même CHU. [17]

III. ASPECTS MEDICO-LEGAUX DE LA PEC :

A. Consentement de la victime :

Il faut s'assurer du consentement préalable de la victime à l'examen et à la collecte des preuves médico-légales, l'établir par écrit et respecter l'éventuel refus de la victime. [2 ; 10 ; 12 ; 16 ; 17]

Le ministère de la santé marocain a mis à la disposition du praticien un modèle de consentement (partie 11 de l'annexe 2).

B. Prélèvements à visée médico légale

a/Objectifs des prélèvements à visée médico-légale :

Les prélèvements médico-légaux à effectuer ont pour but de permettre la recherche de sperme ou de liquide séminal ; l'identification génétique de l'agresseur à travers les substances repérées sur le corps de la victime ou sur le lieu de l'agression qui garde parfois des traces de sang, sperme, salive ou un autre matériel biologique de l'agresseur et la mise en évidence de substance psychoactive si la survivante a été victime d'une soumission chimique. [10]

b/Types de prélèvements :

Les prélèvements n'ont d'intérêt que s'ils sont réalisés précocement. Idéalement, ils doivent être entrepris dans les premières 24 heures. Après 72 heures, les chances d'avoir des résultats probants sont considérablement réduites. [2 ; 10 ; 12 ; 16 ; 17 ; 20]

Afin de garantir leur authenticité et leur force probante, une réquisition policière ou judiciaire doit être exigée par le prestataire de service. [2 ; 10 ; 16]

Le praticien doit toujours réaliser les prélèvements avec des gants ; numéroter tous les sites des prélèvements ; étiqueter rigoureusement les échantillons ;

répertorier les prélèvements dans le certificat médical initial et le dossier clinique de la survivante ; conserver et stocker correctement les échantillons avant qu'ils soient saisis et scellés par les enquêteurs. [10]

b.1.Prélèvements pour la recherche de sperme :

Les prélèvements de sperme sont faits selon le contexte de l'agression (déclarations de la victime et constatations cliniques), sans toilette préalable par des écouvillons de coton sec (type écouvillon pour bactériologie), séchés à l'air libre après leur réalisation et acheminés rapidement au laboratoire spécialisé. Ces écouvillons sont introduits soit à l'aveugle, soit sous spéculum ou anoscope non lubrifié ; le choix des sites de prélèvements est orienté selon les déclarations de la victime: vulve et périnée, vagin (cul-de-sac vaginal postérieur, parois vaginales), de l'exocol et de l'endocol, anus, bouche sous la langue, derrière les incisives et les amygdales, peau par une compresse humidifiée pour essuyer la zone tachée. [10]

Selon le site, le délai écoulé depuis l'agression au-delà duquel il devient illusoire de retrouver des spermatozoïdes est variable [10 ; 16 ; 20] : Vagin : 72 à 96 heures ; Anus : 72 heures ; Bouche : 48 heures; Peau : 24 heures. Par ailleurs, les tests de recherche immuno-enzymatique du liquide séminal sont particulièrement efficaces et peuvent être réalisés immédiatement, notamment la recherche du Prostatic Specific Antigen (PSA).

b.2.Prélèvements génétiques :

Les prélèvements en vue d'une identification génétique de l'agresseur ont pour but de recueillir des cellules provenant du ou des agresseurs pour établir leurs empreintes génétiques et les comparer à celles de la victime, sur le plan national, on recommande de [16] :

Faire acheminer les prélèvements par les enquêteurs, au laboratoire spécialisé de biologie moléculaire qui est saisi par le magistrat.

Effectuer les prélèvements de sperme de la même manière précédemment décrite avant de les congeler à - 18° C ou les conserver à 4° C pendant 48 h ; Conserver les prélèvements de poils ou de cheveux découverts sur la victime ou ses vêtements dans une enveloppe en papier kraft à température ambiante.

En cas de morsure de la victime par l'agresseur, réaliser un écouvillonnage pour prélèvement de salive dans un délai de 24 heures par un écouvillon humidifié puis séché et conservé à température ambiante.

En cas de griffures par la victime sur l'agresseur, prélever en raclant sous les ongles de la victime ou en coupant les ongles et conserver dans une enveloppe en papier kraft à température ambiante.

Conserver les vêtements tachés (salive, sang, sperme), ainsi que tout support inerte (textile, mouchoir papier, préservatif...) portés lors des faits dans du papier kraft et remis aux enquêteurs. En général, il n'y a pas de limite de délai pour réaliser les analyses sur les supports inertes.

En parallèle, faire un prélèvement de sang de la victime sur 2 tubes EDTA de 5 ml, congelés à - 18° C ou conservés à 4° C pendant 48 h, ou par grattage intra-buccal et conservation à température ambiante afin de permettre l'identification du profil génétique de la victime.

b.3.Prélèvements à la recherche de toxiques :

Réaliser des prélèvements à la recherche de toxiques en vue d'identifier une soumission médicamenteuse ou toxique de la survivante en cas de signes d'appels à type de confusion, amnésie, ivresse, hallucinations, hébétude, malaise...ou de signes neurovégétatifs à type d'hypotonie, hypotension, bradycardie...ou sur la base de déclarations de la survivante alléguant une intoxication volontaire ou non (alcool, toxiques, médicaments...).[16]

Effectuer à cette fin des prélèvements de sang sur deux tubes, des urines sur un flacon à ECBU et une touffe de cheveux de la taille d'un crayon coupée à ras du cuir chevelu et orientée du côté de la racine. [2 ; 10 ; 12 ; 16 ; 32 ; 34]

c/Laboratoires référents au Maroc :

Il faut prendre en considération les capacités des laboratoires à analyser les preuves, en vue de proposer des alternatives, si nécessaire, de façon à ne pas collecter des preuves qui ne puissent être traitées et se rappeler que si la victime souhaite porter plainte et si l'affaire est jugée au cours d'un procès, le médecin peut être appelé à faire un rapport au tribunal. Il faut connaître ses responsabilités de médecin en ce qui concerne le rapport médical qui devra être présenté devant un tribunal. [16]

Dans notre contexte marocain, les prélèvements ne se font qu'après réquisition et c'est le procureur général du Roi qui désigne le laboratoire où vont se faire les analyses suivant le lieu de l'agression. Les deux laboratoires chargés à l'échelle nationale des investigations criminelles et d'expertise scientifique pour le compte des pouvoirs publics sont : Le Laboratoire National de la Police Scientifique à Casablanca et le laboratoire de Recherches et d'Analyses Techniques et Scientifiques -LARATES- de la Gendarmerie Royale à Temara. Si l'agression a eu lieu dans un milieu urbain les analyses se font au Laboratoire National de la Police Scientifique à Casablanca, si elle a eu lieu dans un milieu rural, c'est au niveau du LARATES que se font les analyses.

C. Le set d'agression sexuelle S.A.S. :

C'est un kit composé de différents éléments dédiés à la collecte des preuves médico légales. Il comporte l'ensemble des étapes numérotées que le praticien doit suivre dans sa prise en charge. Seuls les médecins légistes sont habilités à l'utiliser. L'ouverture d'un Set d'Agression Sexuel (SAS) nécessite le dépôt écrit d'une plainte par la personne victime. Si la patiente refuse de porter plainte, il n'y a pas d'ouverture de ce SAS, mais la prise en charge globale est maintenue, et le dossier médical dûment rempli. [98]

Ce kit n'existe pas au Maroc.

D. Elaboration du constat initial :

1/Certificat médicolegal :

Le certificat médical peut être rédigé par tout médecin. Il constitue un acte authentique attestant par écrit, de la part d'un médecin, l'existence de lésions traumatiques ou de symptômes traduisant une souffrance psychologique. C'est le premier élément objectif sur lequel l'autorité judiciaire pourra s'appuyer pour décider de l'orientation de la procédure. C'est un élément de preuve qu'il est indispensable de conserver pour toute procédure civile ou pénale. L'opportunité des poursuites judiciaires et l'importance des peines en dépendent largement. Il peut aussi constituer un élément de preuves qui sera très utile ultérieurement lors d'une aggravation de la situation si la femme ne l'utilise pas immédiatement. [16]

Le certificat médical est remis en mains propres à la victime, sauf en cas de réquisition policière ou judiciaire où le certificat n'est remis qu'à l'autorité requérante, et il ne contient dans ce dernier cas seulement que les réponses aux questions posées par l'autorité requérante. [99]

Il faut toujours garder un double du certificat dans le dossier médical. Tout certificat doit porter deux mentions sous peine de nullité : l'identité du médecin rédacteur et celle de la victime. Il doit porter, en outre, la signature manuscrite du médecin et la date de sa rédaction. Il faut rédiger le certificat médical de manière lisible, précise, sans termes techniques et sans abréviations. [16 ; 99] En effet le certificat comporte [17] : L'identité du praticien et sa signature, la date et l'heure de l'examen de la victime, l'identité de la victime et des personnes qui ont assisté à l'examen (parents, membres du personnel médical), les déclarations de la victime concernant la date et l'heure de l'agression, les circonstances de l'agression avec le nombre d'agresseurs, les faits, la souffrance physique et psychique éprouvée ainsi que les symptômes manifestés pendant et après le viol, la description détaillée de toutes les traces de violence aux niveaux somatique général, périnéal et psychologique .Il faut insister sur les répercussions psychologiques immédiates et apparentes lors de l'entretien avec la personne violée, les différents prélèvements effectués ainsi que les analyses prescrites, le risque de grossesse. Il faut préciser si les lésions corporelles ou psychiques apparentes entraînent une incapacité temporaire totale (ITT) de travail. Sont également importants les schémas réalisés ainsi que les éventuelles photographies prises lors de l'examen initial.

Le certificat doit permettre de distinguer ce que rapporte la victime, ce dont elle se plaint, les constatations médicales, leur interprétation et la conclusion/synthèse. La rédaction du certificat doit être soigneuse, précise et circonstanciée.

Le médecin ne doit pas [10 ; 16 ; 17 ; 99] interpréter les faits rapportés par la victime, ou faire un examen partiel, c'est-à-dire se limiter à un examen gynécologique ou anal en oubliant le reste du corps, oublier la réalisation de l'ensemble du prélèvement ou bien faire une mauvaise conservation avant la

transmission au laboratoire, minimiser le traumatisme psychique et ses conséquences. Il est nécessaire de faire des réserves quant aux répercussions psychologiques qui peuvent parfois ne se manifester que dans un deuxième temps.

Il ne faut pas conclure à l'absence d'agression sexuelle lorsque l'examen clinique est négatif. Le médecin peut préciser «l'examen de ce jour ne permet ni d'infirmier, ni de confirmer les déclarations de l'intéressé». Le médecin ne doit pas qualifier le viol ; ceci est du domaine du magistrat. Il doit se contenter de certifier les résultats de l'entretien et de l'examen. [17 ; 99]

Le certificat élaboré par le médecin généraliste dans ce contexte est qualifié de certificat médicolégal, avec toutes les conséquences qui s'en suivent, notamment la possibilité d'être appelé à témoigner au tribunal ou expliquer le contenu de son certificat.

2/ Dossier médical dédié à la violence :

Le ministère marocain de la santé a mis à la disposition des praticiens un dossier médical dédié à la femme victime de violence, notamment sexuelle.

Ce dossier comporte 11 parties comprenant : l'identification de la victime ; l'évaluation psychologique ; les antécédents ; des informations concernant l'agression ; l'examen médical avec 3 pictogrammes pour noter l'emplacement exact des lésions au niveau de la tête , du corps et des parties génitales ; les examens para cliniques effectués avec leur date; les preuves médico légales prélevées ; les prélèvements pour l'évaluation médicale ; les traitements prescrits ; l'orientation vers un spécialiste ou un centre ou une hospitalisation et le consentement en dernière partie. (Annexe 2)

3/ Conséquences d'un constat initial mal élaboré :

Le premier contact avec la victime est un temps essentiel dans la prise en charge. Ainsi que le premier constat clinique élaboré. En effet la prise en charge médicale, psychologique ainsi que le recours en justice dépendent largement d'un premier contact adéquat et d'un constat bien établi.

En effet, selon une étude cherchant l'existence d'une association entre certaines des données de l'entretien et de l'examen clinique, et l'issue de la procédure judiciaire chez 756 victimes d'agressions sexuelles, il existe une association statistiquement significative entre la présence d'un médecin légiste et les condamnations (avec un $p=0,0164$) [100] dans les poursuites judiciaires. Ce qui implique la nécessité d'un examen médical réalisé par un médecin compétent et formé à la prise en charge des victimes d'agressions sexuelles avec une approche multidisciplinaire.

Si le constat initial est mal élaboré, les conséquences judiciaires pour la victime peuvent être graves :

- La préservation de son droit au recours en justice est perturbée vu le manque de preuves médico légales requises ou l'absence de leurs collecte.
- Faire des prélèvements au-delà du délai limite peut exposer la victime à la négativité des tests ce qui peut compromettre ses droits. [32]
- Il faut faire l'examen somatique le plus tôt possible après l'agression avant que la victime ne soit pas changée ni lavée afin que les prélèvements effectués puissent avoir un intérêt médico-légal. [2 ; 10 ; 12 ; 16 ; 17 ; 20]

E. Quelques aspects judiciaires des agressions sexuelles :

1/Le viol

Selon l'Article 486 du code pénal marocain, le viol est l'acte par lequel un homme a des relations sexuelles avec une femme contre le gré de celle-ci. Il est puni de la réclusion de cinq à dix ans. Toutefois si le viol a été commis sur la personne d'une mineure de moins de dix-huit ans, d'une incapable, d'une handicapée, d'une personne connue par ses facultés mentales faibles, ou d'une femme enceinte, la peine est la réclusion de dix à vingt ans.

Lorsque l'infraction est commise par un ascendant ou une personne ayant autorité la peine du viol est portée de dix à vingt ans et de vingt à trente ans selon les deux cas prévus aux deux alinéas de l'article 486 du CPM.

Les 3 éléments constitutifs de cette infraction sont :

Élément matériel : l'acte de pénétration doit être commis par le sexe de l'auteur ou dans le sexe de la victime

Élément moral : le recours à la violence, la menace, la contrainte ou la surprise. C'est l'élément clé, qui permet d'établir l'absence de consentement.

Intention coupable : C'est la conscience ou la volonté d'accomplir un acte illicite. Peu importe le mobile du viol : simple recherche d'une jouissance, haine, vengeance...

2/Attentat à la pudeur :

Article 485 du CMP : «Est puni de la réclusion de cinq à dix ans, tout attentat à la pudeur consommé ou tenté avec violence contre les personnes de l'un ou de l'autre sexe. Si le crime est commis sur la personne d'un mineur de quinze ans, le coupable est puni de la réclusion de dix à vingt ans».

Les éléments constitutifs sont :

- 1/ un attentat à la pudeur,
- 2/ consommé ou tenté avec violence,
- 3/ l'intention coupable.

IV. PEC médicale des auteurs d'agressions sexuelles :

Dans la prise en charge thérapeutique, la personne est un patient même s'il a commis un acte délictueux. Les règles médicales habituelles sont donc en vigueur : pas de traitement sans indication médicale et accord préalable du sujet .La prise en charge thérapeutique des auteurs d'agressions sexuelles s'adresse à la personne, qui ne doit jamais être réduite ni à ses actes ni à ses symptômes. Elle a pour objectif la prise en charge de la souffrance du sujet, l'amélioration des fonctionnements psychologiques, relationnels et sociaux. [101]

Certains facteurs de risque sont associés au développement de conduites d'agressions sexuelles. Parmi ceux-ci, les antécédents d'AS dans l'enfance, les carences affectives par négligence ou abandon, les maltraitances et les dysfonctionnements familiaux. Les données statistiques récusent actuellement une relation nécessairement directe entre le fait d'avoir été agressé sexuellement durant l'enfance et celui de devenir ultérieurement agresseur. [102]

Les auteurs d'agressions sexuelles doivent faire l'objet d'un suivi judiciaire, social et thérapeutique. La prise en charge thérapeutique a pour objectif de maîtriser la récurrence sinon l'éviter mais aussi et surtout la protection des victimes potentielles des délinquants sexuels. Pour y parvenir, elle doit améliorer le fonctionnement psycho-social du patient et diminuer voire supprimer les pulsions sexuelles. Les comorbidités somatiques ou psychiatriques doivent être explorées et traitées prioritairement si elles sont en lien avec la nature des faits. La prise en charge thérapeutique des auteurs d'agressions sexuelles a pour élément central la psychothérapie, préférentiellement la psychothérapie cognitivo-comportementale. Les traitements pharmacologiques, regroupant l'hormonothérapie par les anti-androgènes et les traitements psychotropes principalement représentés par les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, viennent compléter la psychothérapie pour les auteurs d'agressions sexuelles les plus sévères. [103 ; 104]

MATERIELS ET METHODES

A/Type de l'étude :

Etude transversale étendu du 05/09/2016 au 15/02/2017 qui a permis de questionner 245 médecins et faisant fonctions d'interne.

B/Objectif de l'étude :

Evaluer le degré de connaissances des médecins généralistes et des étudiants de médecine en fin de formation en ce qui concerne la prise en charge initiale des femmes victimes d'agressions sexuelles.

C/Population d'étude :

Médecins généralistes du secteur public et les médecins faisant fonction d'internes de la ville de Fès.

Critères d'inclusion : statut du médecin généraliste ou faisant fonction d'interne

Critères d'exclusion : les médecins n'ayant pas répondu au questionnaire

D/Méthodologie :

1/Recueil des données :

Par le moyen d'un questionnaire anonyme (Annexe 1) comportant des questions visant :

- 1/ Le profil du médecin : sexe, ancienneté, lieu d'exercice.
- 2/ L'antécédent d'un examen d'une victime d'agression sexuelle, sinon une assistance à l'examen.
- 3/ Le premier geste à faire en urgence devant une victime d'agression sexuelle et la prise en charge complémentaire suggérée.
- 4/ L'intérêt du consentement de la victime à l'examen.
- 5/ Les appareils à examiner et aux examens complémentaires à effectuer y compris à visée médico légale.
- 6/ Les prescriptions systématiques à faire.
- 7/ La place de la prise en charge psychologique en urgence.
- 8/L'aptitude de prendre en charge une victime d'agression sexuelle en urgence.
- 9/ L'aptitude de la rédaction du certificat médico-légal.
- 10/La connaissance de l'existence d'un dossier médical pré établi dédié à la prise en charge des femmes victimes d'agressions sexuelles.
- 11/ L'interruption volontaire de la grossesse.
- 12/La demande d'une formation dans ce domaine.

2/Moyens d'analyses statistiques :

Toutes les variables étaient résumées par l'utilisation des statistiques descriptives. Les variables qualitatives étaient décrites en termes de proportion.

Dans un deuxième temps, une analyse uni-variée a été faite pour étudier les caractéristiques liées à l'examen d'une victime d'agression sexuelle. Lors de la comparaison de groupes, nous avons utilisé le Test de Khi deux.

L'analyse statistique des données a été réalisée avec le logiciel Epi Info 3.4 version 2007. Une valeur de $p < 0.05$ était considérée comme significative.

RESULTATS

ET DISCUSSION

I. A propos du travail :

Cette étude a permis de mettre la lumière sur le niveau de connaissance des médecins généralistes de la région de Fès et des étudiants en fin de formation de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès sur la PEC médicale initiale des femmes victimes d'agressions sexuelles.

Ceci étant donné que les items : « PEC des femmes victimes de violences » et « rédaction du certificat médico-légal » ont été enseignés au module de médecine légale en 5^{ème} année, une seule fois durant le parcours des étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

Pour ce qui est de la formation continue des médecins généralistes, il n'y a pas de modules ou de Diplôme Universitaire comprenant ce thème enseigné à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès.

Cette étude étant première dans ses objectifs et ses méthodes, la discussion avec d'autres travaux similaires est limitée.

II. Données générales :

a/Profil des médecins :

Les résultats sont présentés comme suit :

Tableau 4 : Répartition des médecins selon le profil

Profil	Nombre	Répartition
Médecins généralistes	89	36.3%
Médecins internes	156	63.7%

Les médecins généralistes représentent un peu plus que le tiers des questionnaires.

Les faisant fonctions d'internes représentent près des deux tiers des questionnaires.

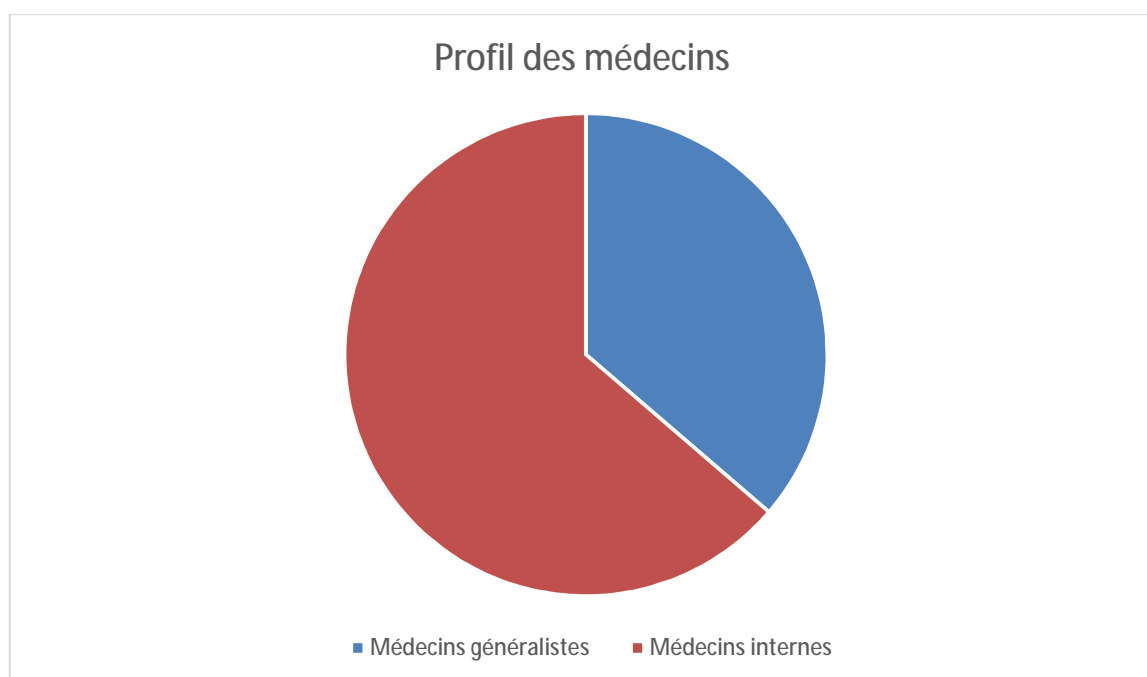


Figure 9 : Répartition des médecins selon le profil

b/ Sexe des médecins :

Les résultats sont représentés comme suit :

Tableau 5 : Répartition des médecins selon le sexe

Catégories	Nombre	Répartition
Médecins hommes	78	31.7%
Médecins femmes	168	68.3%

Les hommes représentent le tiers des questionnaires tandis que les femmes représentent les deux tiers

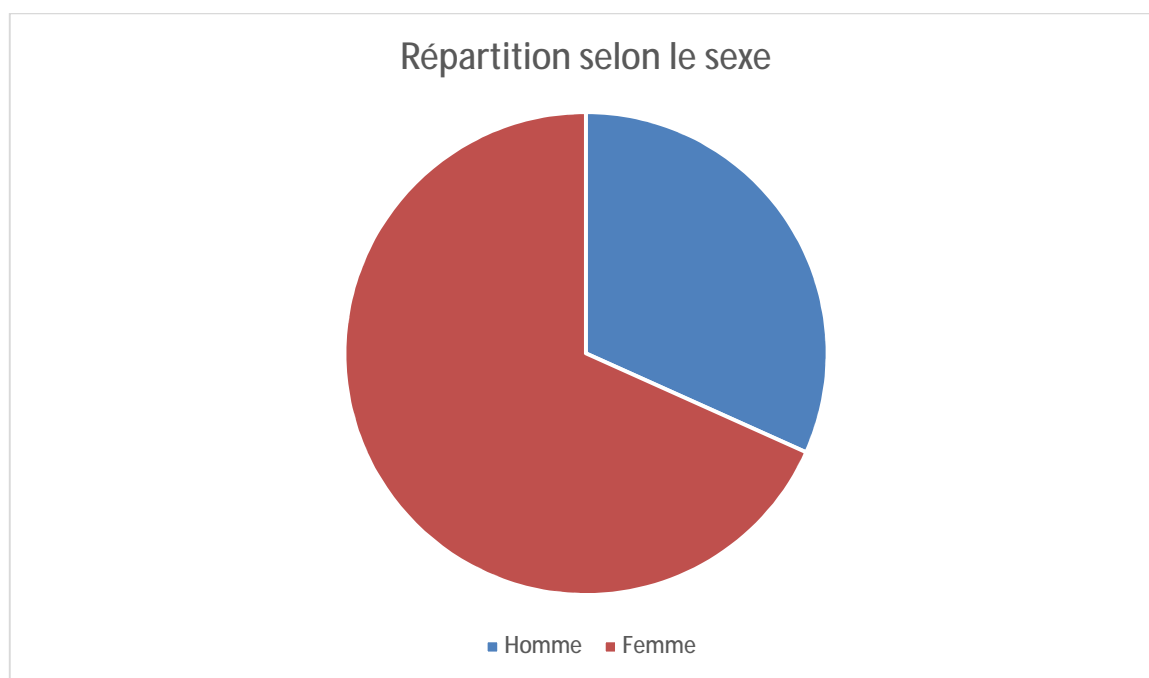


Figure 10 : Répartition des médecins selon le sexe

c/Ancienneté des médecins :

Les médecins généralistes n'ont pas précisé la durée de leur ancienneté, par conséquent l'analyse selon le profil médecins généraliste / Faisant fonction d'interne est difficile.

d/ Lieu d'exercice :

Les résultats sont représentés comme suit :

Tableau 6 : Répartition des médecins selon le lieu d'exercice

Lieu d'exercice	Nombre	Répartition
Urgences	115	47.3%
Centre de santé urbain	120	49.3%
Centre de santé rural	8	3.4%

Les médecins exerçant aux urgences représentent avec ceux qui exercent aux centres de santé urbains près de la totalité des questionnaires.

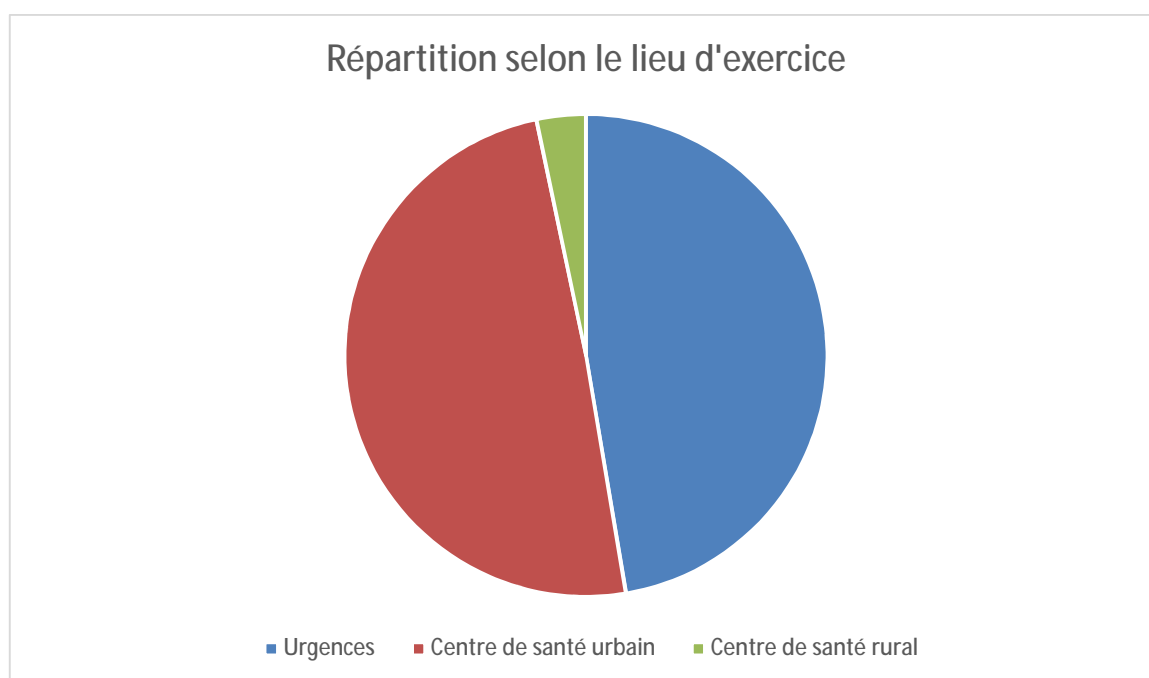


Figure 11 : Répartition des médecins selon le lieu d'exercice

III. L'ATCD d'un examen d'une victime d'agression sexuelle

a/ ATCD d'un examen d'une victime d'agression sexuelle :

Les résultats se présentent comme suit :

Tableau 7 : Répartition des médecins selon l'ATCD de l'examen d'une victime d'agression sexuelle

	Nombre	Répartition
ATCD d'un examen	58	23.6%
Pas d'ATCD d'examen	187	76.4%

Près du quart des médecins questionnés ont déjà examiné une victime d'agression sexuelle, alors que près des trois quart ont déclaré qu'ils n'ont jamais examiné une victime d'agression sexuelle.

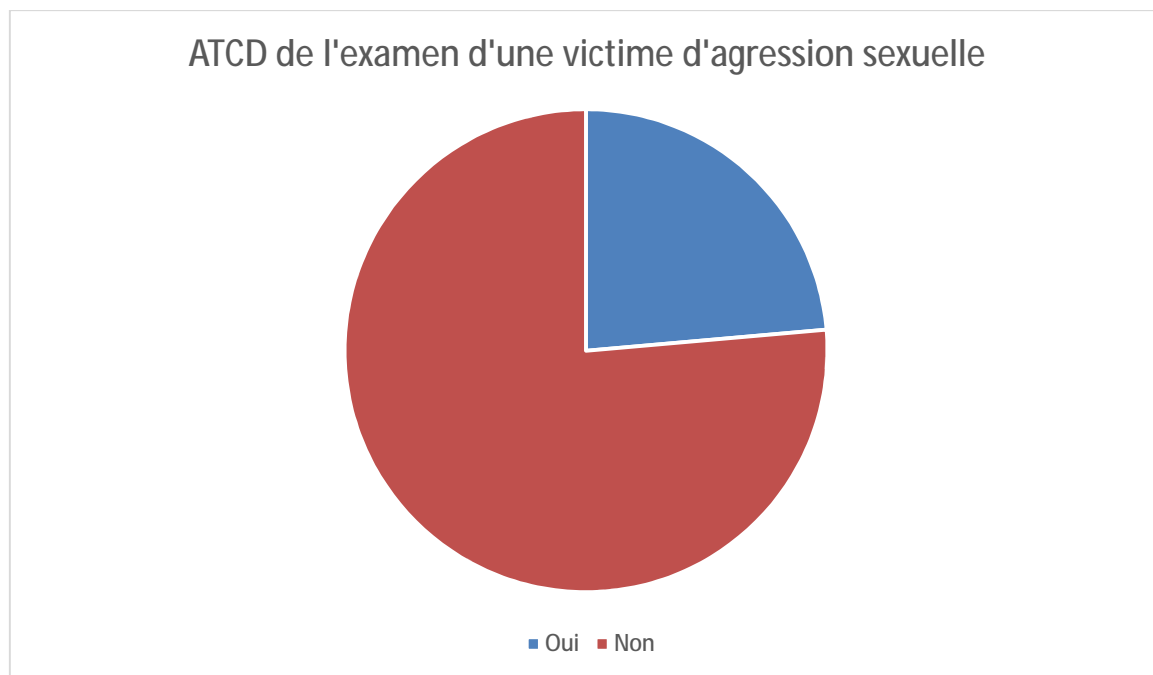


Figure 12 : Répartition des médecins selon l'ATCD d'examen d'une victime d'agression sexuelle

a.1. Variable selon le profil :

Les résultats se présentent comme suit :

Tableau 8 : Examen des victimes selon le profil des médecins

Profil	Oui	Non	<i>p</i>
Médecins généralistes (n=89)	47.2%	52.8%	0.000
Faisant fonction d'interne (n=156)	10.3%	89.7%	

Les médecins généralistes sont les médecins qui ont examiné plus de victimes d'agressions sexuelles : La moitié des médecins généralistes questionnés a déjà examiné une victime d'agression sexuelle tandis que la majorité des faisant fonctions d'internes questionnés n'a jamais examiné une victime d'agression sexuelle.

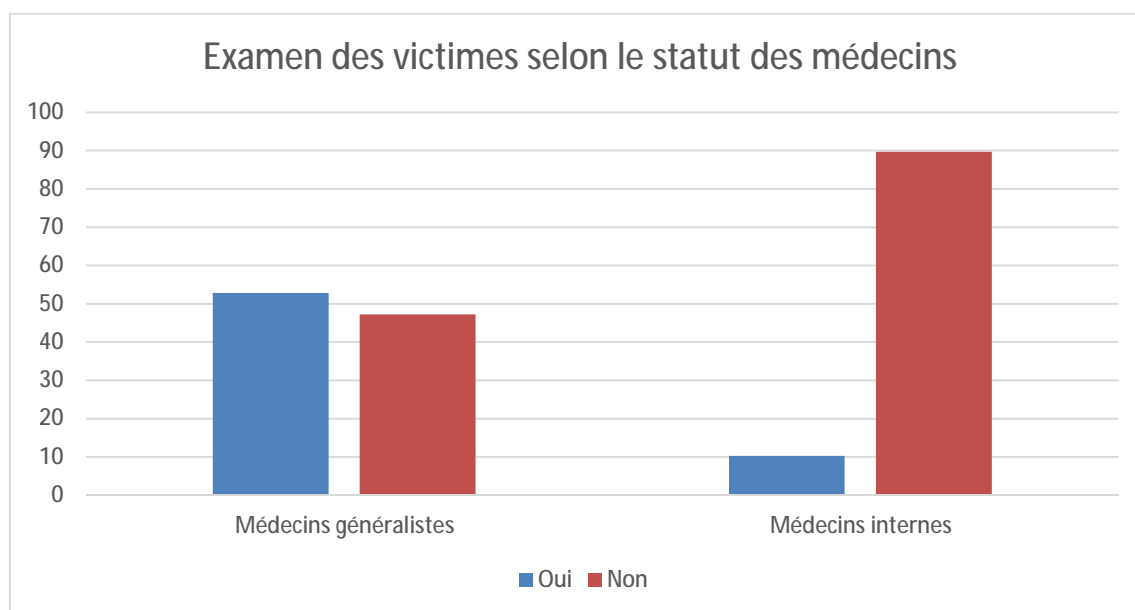


Figure 13 : Examen des victimes selon la variable du profil des médecins

a.2.Variable selon le lieu d'exercice :

Les résultats se présentent comme suit :

Tableau 9: Examen des victimes selon la variable du lieu du travail

Lieu d'exercice	Oui	Non	p
Urgences (115)	18.3%(20)	81.7%	NS
Centre de santé urbain(117)	29.7%(34)	70.9%	
Centre de santé rural(11)	37.5%(4)	62.5%	

Au niveau des urgences : le un cinquième des médecins ont déjà examiné une victime d'agression sexuelle.

Au niveau des centres des centres de santé urbains et ruraux, près du tiers des médecins questionnés ont déjà examiné une victime d'agression sexuelle. Il n'y a pas de relation entre le lieu et l'examen de la victime (p=0.150).

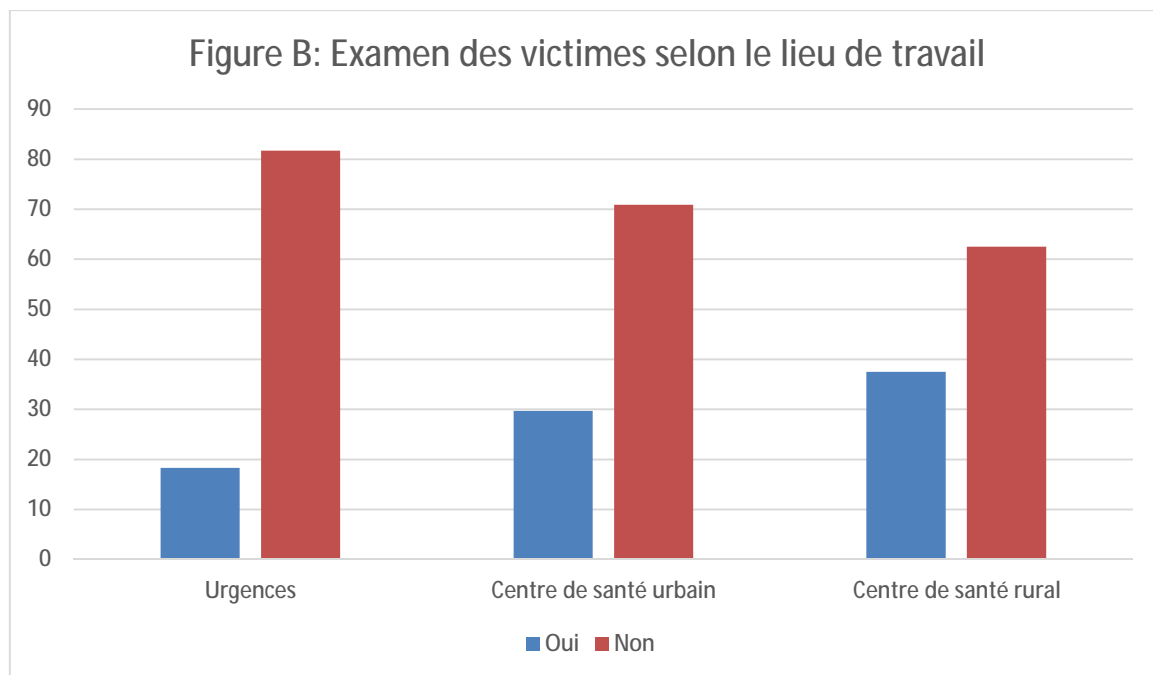


Figure 14: Examen des victimes selon le lieu d'exercice

Au total 58 médecins (des 245 questionnés) ont déjà examiné une victime d'AS, ceci souligne l'intérêt de la formation continue des médecins généralistes dans la PEC initiale des victimes d'AS puisque selon la structure concernée le pourcentage des médecins examinant la victime peut aller jusqu'à 37.5%.

On a constaté que le pourcentage des médecins ayant été amené à examiner une victime d'agression sexuelle est faible (23.6%). Mais malgré cela nous soulignons sur la qualité de cette prise en charge puisque ces 23.6% correspondent à 58 médecins, c'est-à-dire au moins 58 femmes victimes d'agressions sexuelles ; et par conséquent, si leur prise en charge est incomplète, les conséquences pourrait être dramatique aussi bien sur le plan personnel que social. A titre d'exemple, la conséquence pourrait être 58 grossesses non désirées d'où l'intérêt de mettre la lumière sur le niveau de connaissances des médecins généralistes concernant les impératifs de cette PEC.

b/ATCD d'une assistance à un examen d'une victime d'AS :

Les résultats se présentent comme suit :

Tableau 10 : Répartition des médecins selon l'assistance à l'examen d'une victime d'agression sexuelle

Catégories	Nombre	Répartition
Ayant déjà assisté	8	3.7%
N'ayant jamais assisté à un examen	180	96.3%

Parmi ceux qui ont déclaré n'avoir jamais examiné une victime d'agression sexuelle, la majorité a déclaré n'avoir jamais assisté à un examen, tandis qu'une minorité a déclaré avoir assisté à un examen.

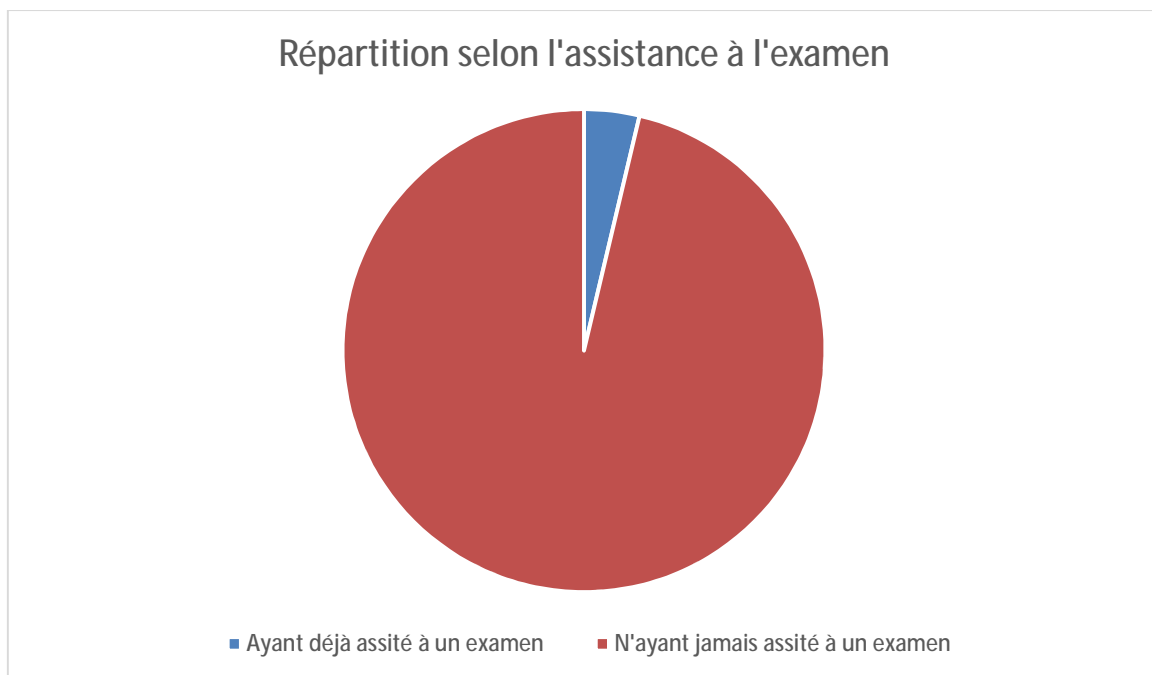


Figure 15: Répartition des médecins selon l'assistance à l'examen d'une victime d'agression sexuelle

IV. Prise en charge des victimes :

a/Le 1^{er} geste à faire en urgence :

Les résultats se présentent comme suit :

Tableau 11 : Répartition des premiers gestes à faire en urgence

Geste urgent	Nombre	Récurrance
Examiner la victime	147	59.8%
Administrer la contraception d'urgence	51	20.7%
Appeler la police	35	14,3%
Aviser une assistance sociale en 1er lieu	8	3.3%
Prévenir les ISTs en 1er lieu	3	1.2%

59.8% des médecins ont jugé que le 1^{er} geste à faire en urgence est l'examen de la victime. La contraception d'urgence a été proposée dans 20.7% des réponses tandis que 14% ont choisi d'appeler la police ; or ce geste ne doit être fait que si la patiente est d'accord. La prévention des ISTs et l'appel de l'assistance sociale a été proposé par une minorité.

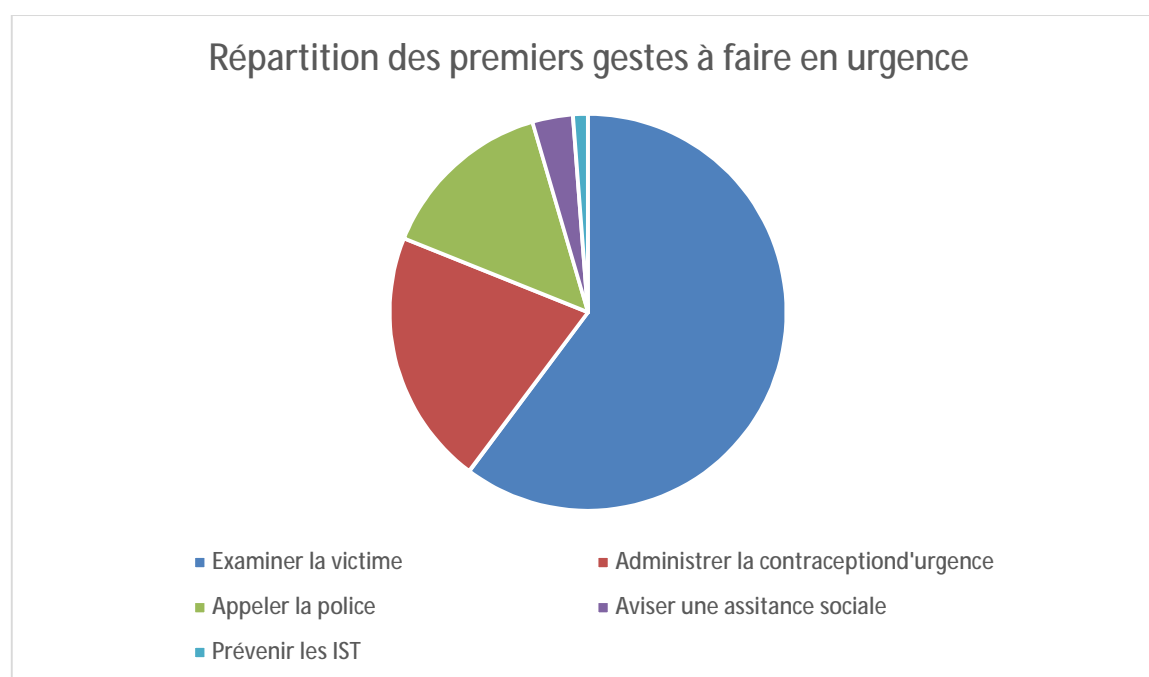


Figure 16: Répartition des premiers gestes à faire en urgence

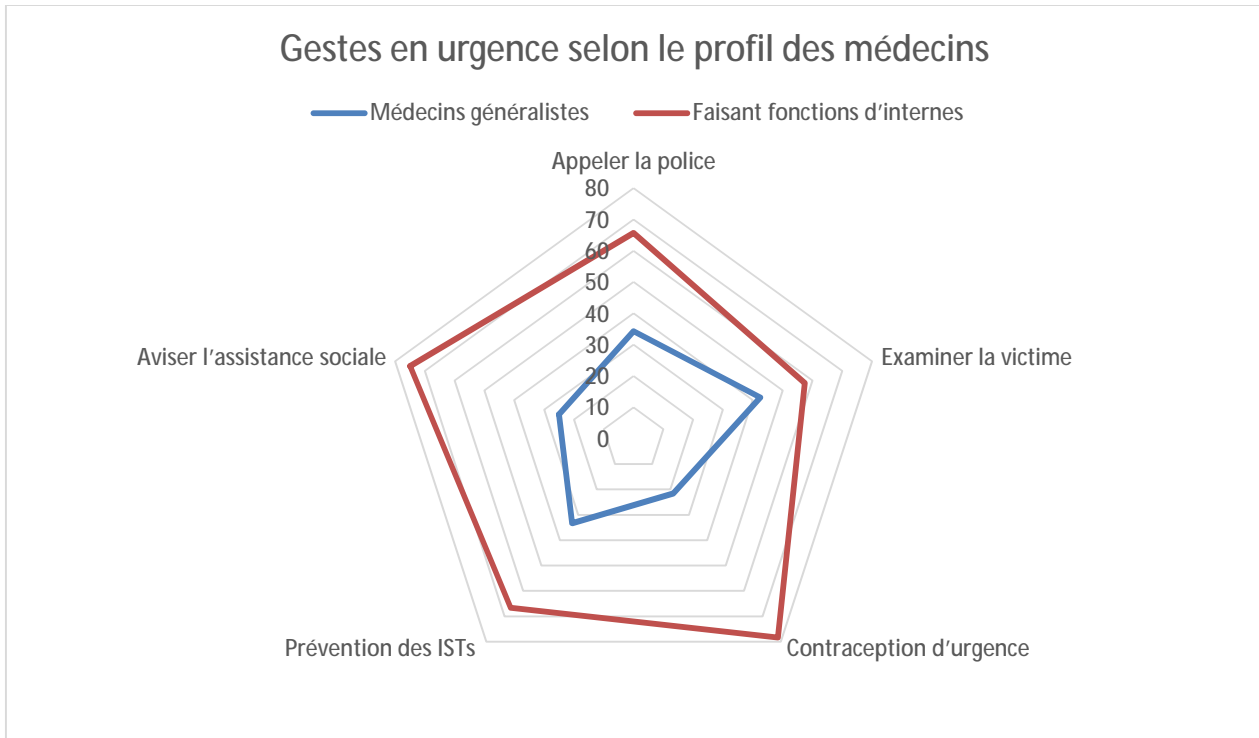


Figure 17 : Répartition des gestes selon le profil des médecins

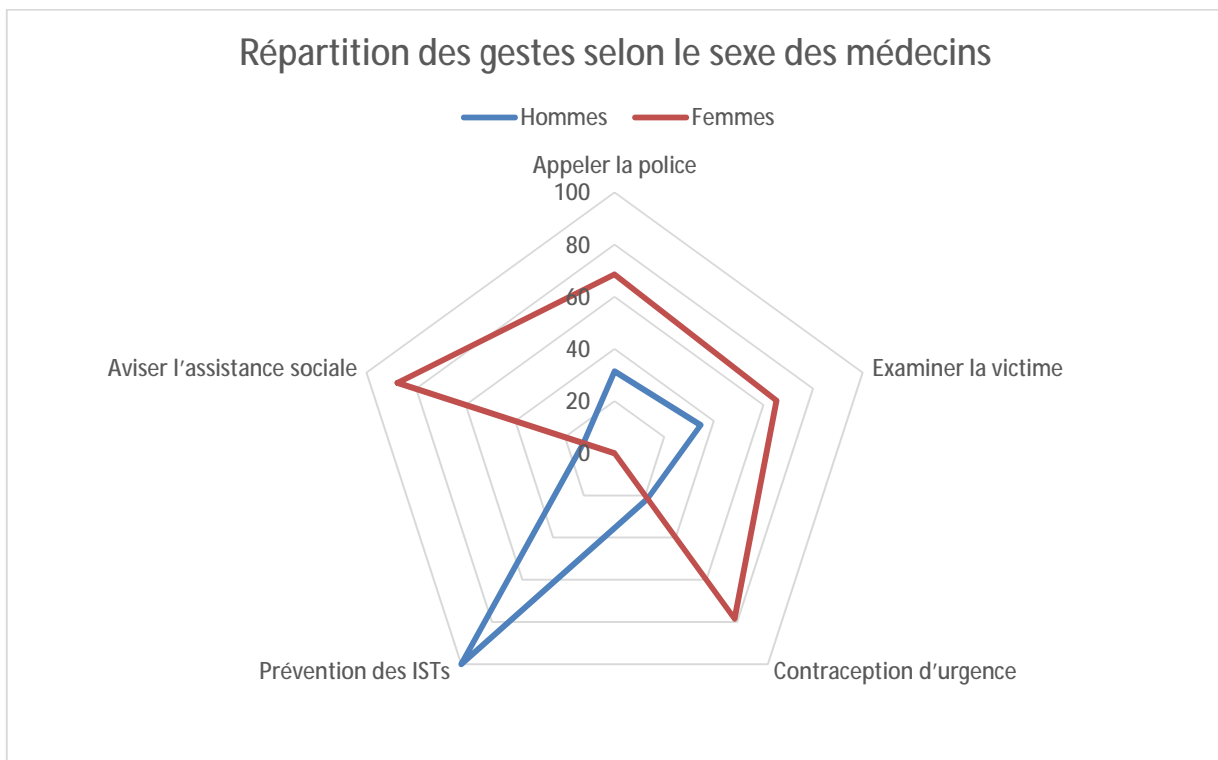


Figure 18 : Répartition des gestes selon le sexe des médecins

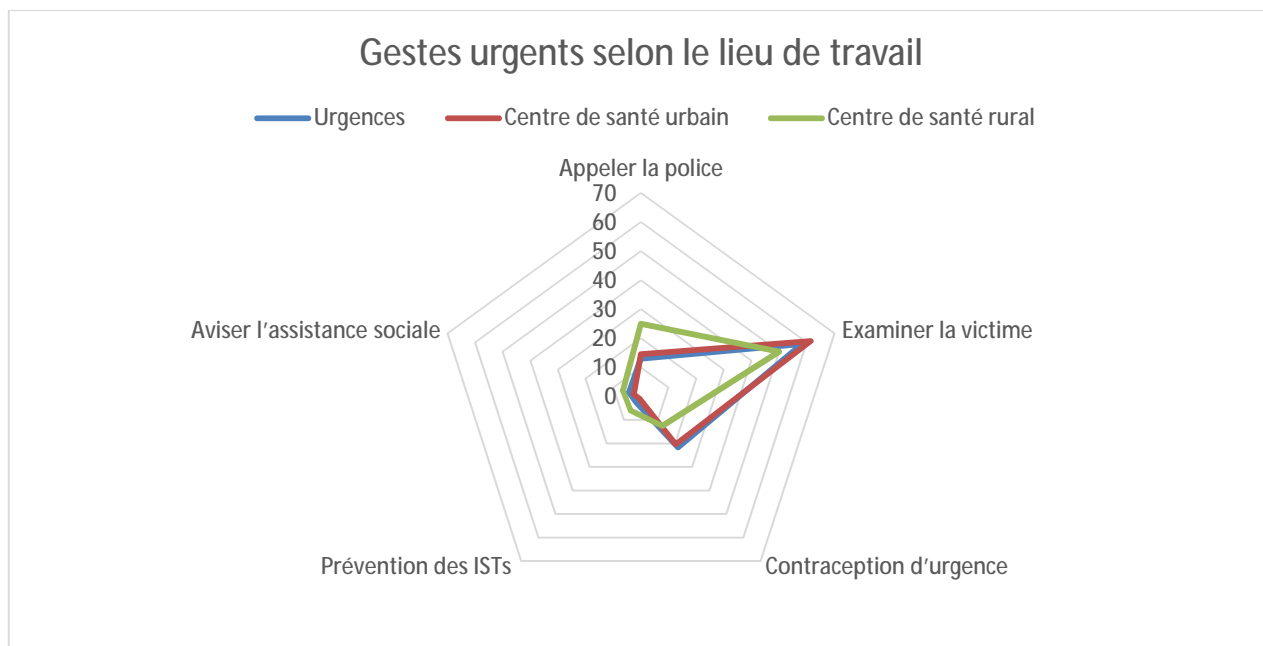


Figure 19: Gestes urgents selon le lieu du travail

b/ Evaluation des globale de la prise en charge proposée par les médecins :

Les réponses des médecins sur la prise en charge des victimes comprennent les réponses sur le 1^{er} geste à faire en urgence et la prise en charge complémentaire proposée par les médecins.

Les résultats se présentent comme suit :

Tableau 12 : Types de prise en charge des victimes par les médecins

Gestes	1 ^{er} geste à faire en urgence	Prise en charge complémentaire	Total
Examen de la victime	59.8%	10%	69.8%
Administration de la contraception d'urgence	20.7%	31%	51.7%
Appel de la police	14.3%	10.5%	24.8%
Aviser une assistance sociale	3.3%	23.5%	26.8%
Prévention des ISTs	1.2%	22.6%	23.8%
Référence à un centre hospitalier		8.2%	8.2%
Recherche de preuves médico-légales		4%	4%
Avis gynécologique		1.4%	1.4%
PEC Psychologique		32%	32%

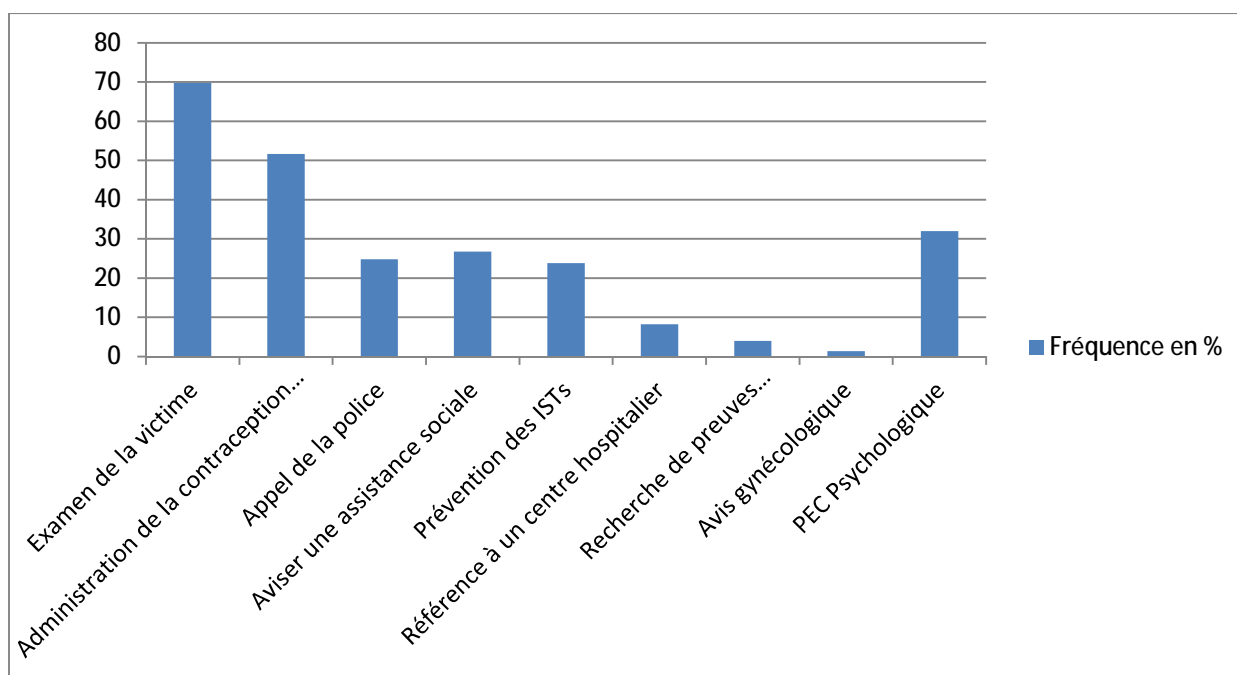


Figure 20 : Types de prise en charge des victimes par les médecins

69.8% ont préconisé un examen de la victime, juste la moitié (51.7%) a pensé à administrer une contraception d'urgence. A peu près du quart a pensé à appeler la police (24.8%), appeler l'assistance sociale (26.8%) et la prévention des ISTs (23.8%).

La référence à un centre hospitalier a été proposée dans 8.2% des réponses, avec 1.4% qui ont pensé à solliciter un avis gynéco.

On note qu'aucune proposition n'a concerné les prélèvements toxicologiques, alors qu'ils sont d'un grand intérêt si on suspecte une soumission chimique ou si la patiente déclare ainsi.

Le tiers (32%) a proposé une prise en charge psychologique. Tandis que la majorité des réponses sur la question directe « Pensez-vous, que la prise en charge en urgence psychologique est nécessaire ? » a suggéré qu'une PEC psychiatrique en urgence est nécessaire.

Les résultats se présentent comme suit :

Tableau 13:Pec psychiatrique en urgence

Pec psychiatrique en urgence	Réponses
Oui	96.7%
Non	3.3%



Figure 21: Pec psychiatrique en urgence

c/Evaluation de chaque item de la prise en charge à part :

▼ L'examen de la victime :

- S'agissant de l'examen général :

Les réponses se présentent comme suit :

Tableau 14 : Examen général

Examen général, y compris les parties intimes	Réponses
Oui	88.6%
Non	11,4%

L'examen général y compris les parties intimes a été proposé dans presque la totalité des réponses (88.6%). En effet, le corps doit être observé de la tête aux pieds, sans exception [2 ; 10 ; 12 ; 16 ; 17 ; 22]



Figure 22 : Examen général de la victime

- L'examen des appareils autorisés par la victime :

Les réponses se présentent comme suit :

Tableau 15 : Autorisation de la victime des appareils à examiner

Catégories	Répartition
Oui	16.3%
Non	83,7%

83.7% des médecins sont conscients de la nécessité de réaliser un examen général incluant les parties intimes ; cependant juste 16% sont conscients de n'examiner que les parties autorisées par la victime. Ceci souligne le risque de réactiver les mêmes souffrances psychologiques si l'examen est fait sans l'autorisation de la victime.

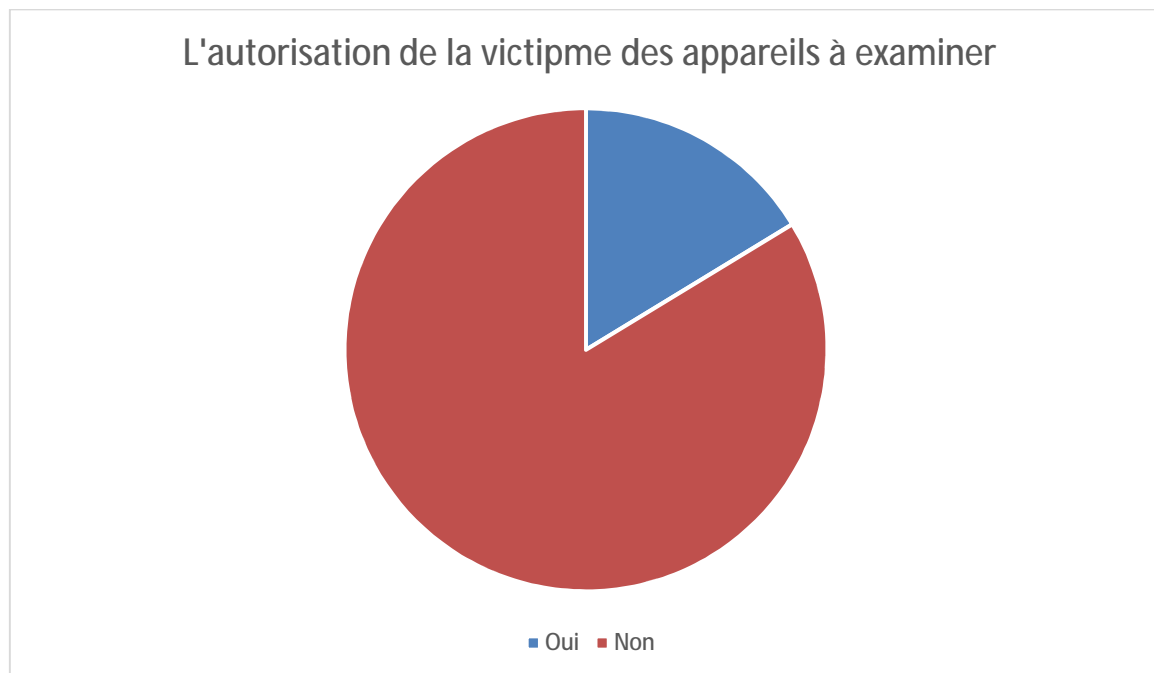


Figure 23: Autorisation de la victime aux appareils à examiner

- L'examen seul avec la patiente :

Les réponses se présentent comme suit :

Tableau 16 : Examen seul avec la patiente

Examen seul avec la patiente	Réponses
Oui	52.7%
Non	47,3%

L'examen seul avec la patiente a été approuvé dans un peu plus que la moitié des réponses (52.7%), alors que la présence d'une tierce personne de sexe féminin ou de la famille de la victime constitue un facteur réconfortant pour cette dernière pour mieux vivre l'examen. [10 ; 16 ; 17]

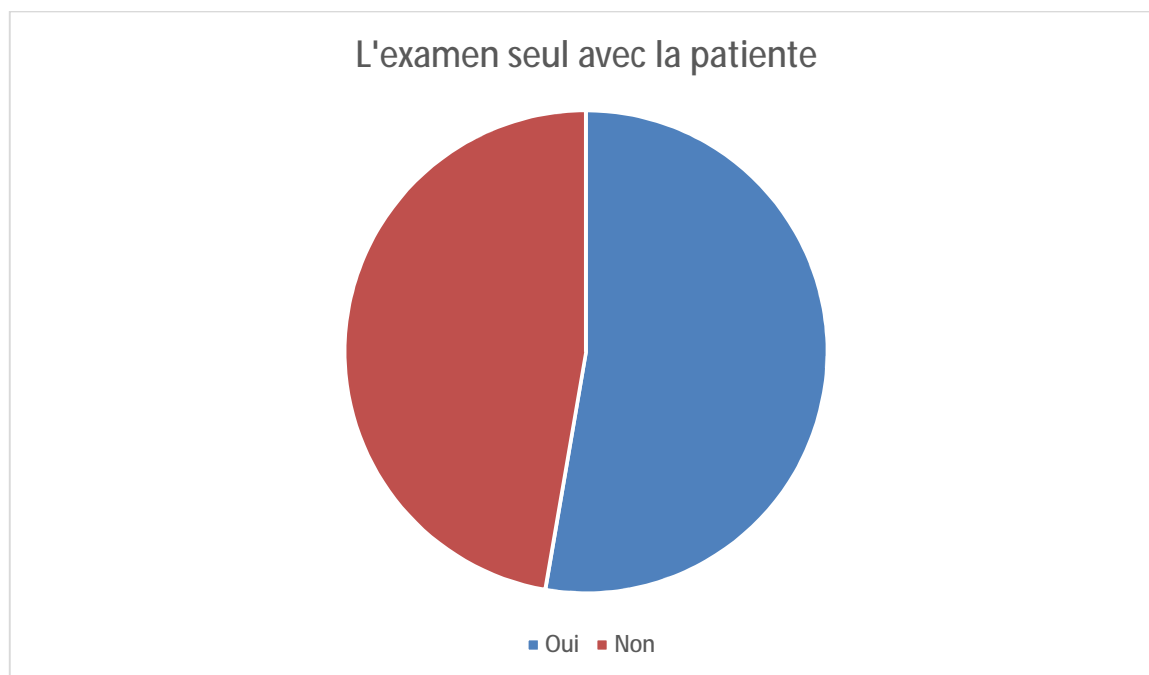


Figure 24: Examen seul avec la patiente

- Concernant la prise de photos :

Les réponses se présentent comme suit :

Tableau 17 : Obligation de prendre des photos

Prise de photos	Réponses
Obligatoire	30.7%
Non obligatoire	69,3%

69.3% des médecins ont jugé que la prise de photos est non obligatoire alors que c'est un acte qui permet, après l'accord de la patiente, de préserver des indices qui peuvent l'aider dans sa procédure judiciaire si elle décide de porter plainte.



Figure 25: Obligation de prendre des photos

▼ Les examens complémentaires :

- S'agissant de la nécessité des examens complémentaires :

Les examens complémentaires ont été jugé nécessaires dans la majorité des réponses .Les résultats se présentent comme suit :

Tableau 18 : Nécessité de faire les examens complémentaires

Les examens complémentaires	Réponses
Nécessaires	90.7%
Non nécessaire	9,3%

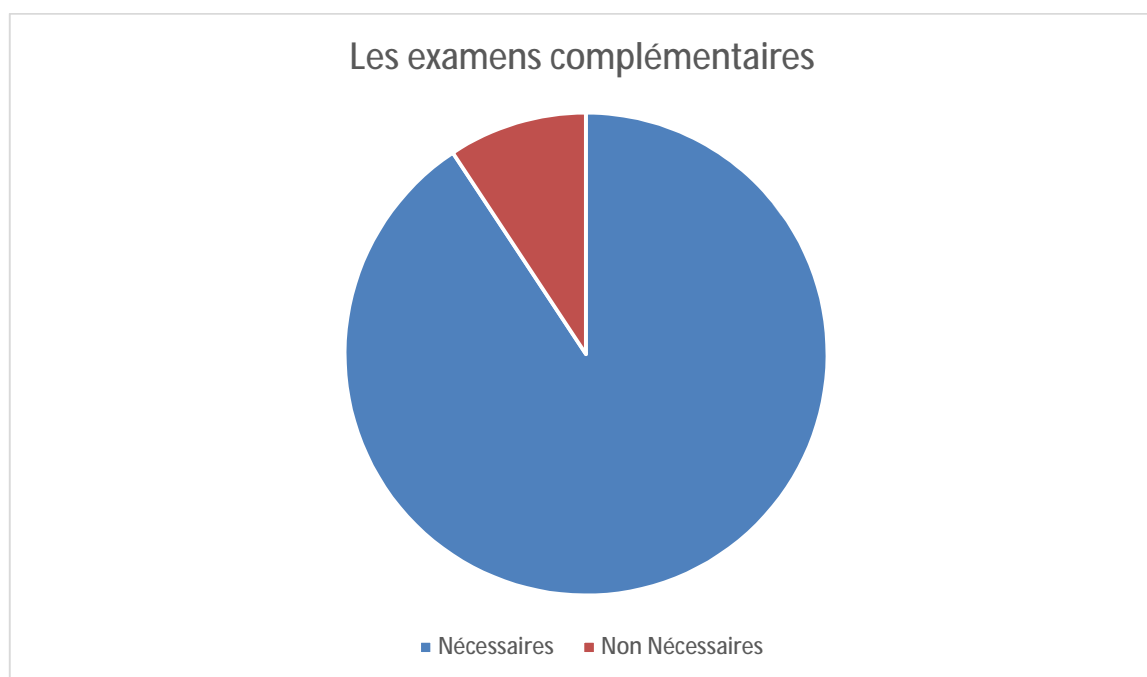


Figure 26: Nécessité de faire les examens complémentaires

- S'agissant de la biologie standard :

Les résultats se présentent comme suit :

Tableau 19 : Nécessité de faire une biologie standard

Biologie standard	Réponses
Nécessaires	26%
Non nécessaire	74%

La biologie standard a été jugé nécessaire dans le quart des réponses tandis que dans les trois quart elle n'a pas été jugée nécessaire. En effet, en cas d'indication de traitement prophylactique contre le VIH, un bilan pré thérapeutique s'avère nécessaire (NFS, transaminases, amylasémie...)

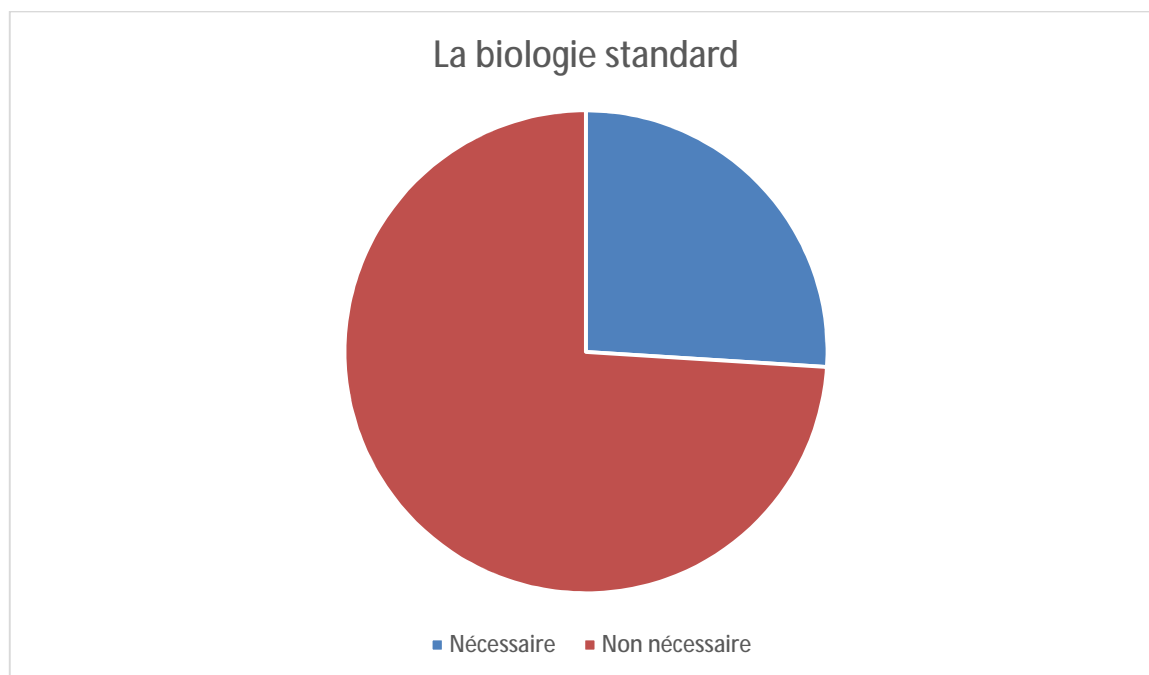


Figure 27: Nécessité de faire une biologie standard

- S'agissant de la sérologie des ISTs :

Les résultats se présentent comme suit :

Tableau 20 : Sérologies des ISTs

Sérologies	Réponses
Nécessaires	20%
Non nécessaire	80%

Certes, la sérologie des ISTs a été jugée nécessaire dans 80% des cas, mais dans les 20% des cas restants la non prescription des sérologies pourrait faire perdre à la patiente la possibilité de connaître son statut initial, et éventuellement de son agresseur, ce qui facilitera la PEC sur le plan préventif et thérapeutique, notamment sur la prévention contre le VIH.

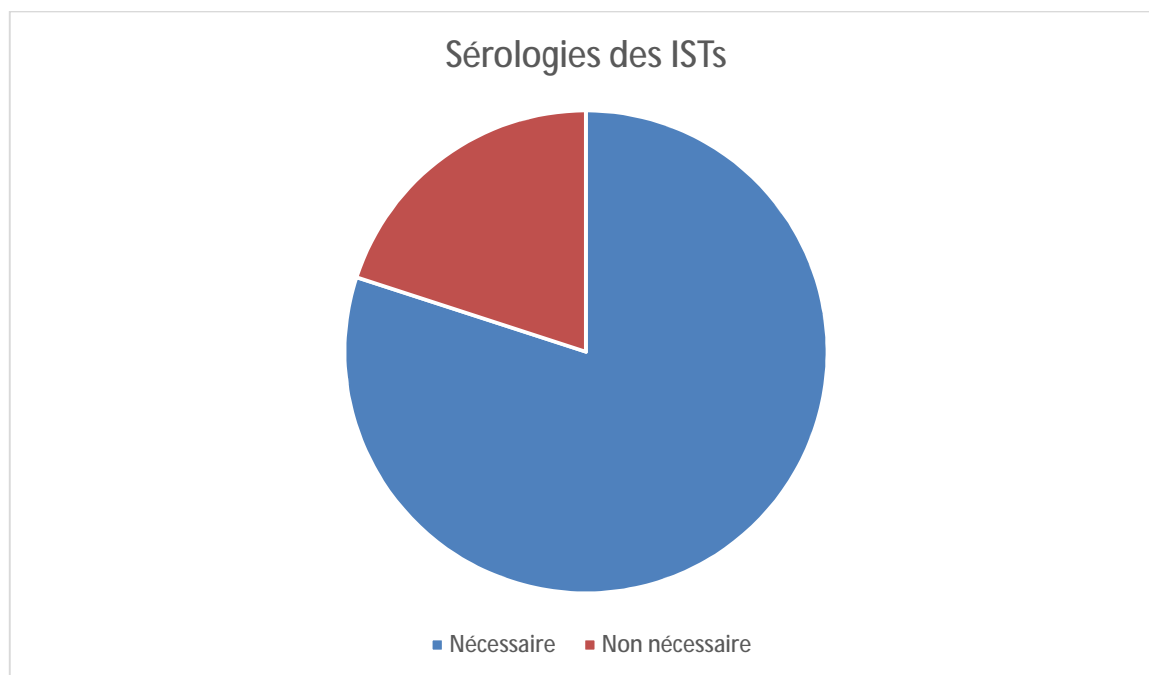


Figure 28: Nécessité des sérologies

- S'agissant des prélèvements à visée médico-légale

Les réponses sont présentées comme suit :

Tableau 21 : Prélèvements à visée médico-légale

Prélèvements a visée médico-légal	Réponses
Nécessaires	78.6%
Non nécessaire	20.4%

Ils ont été jugés nécessaires dans les trois quarts des réponses et non nécessaires dans le quart des réponses.

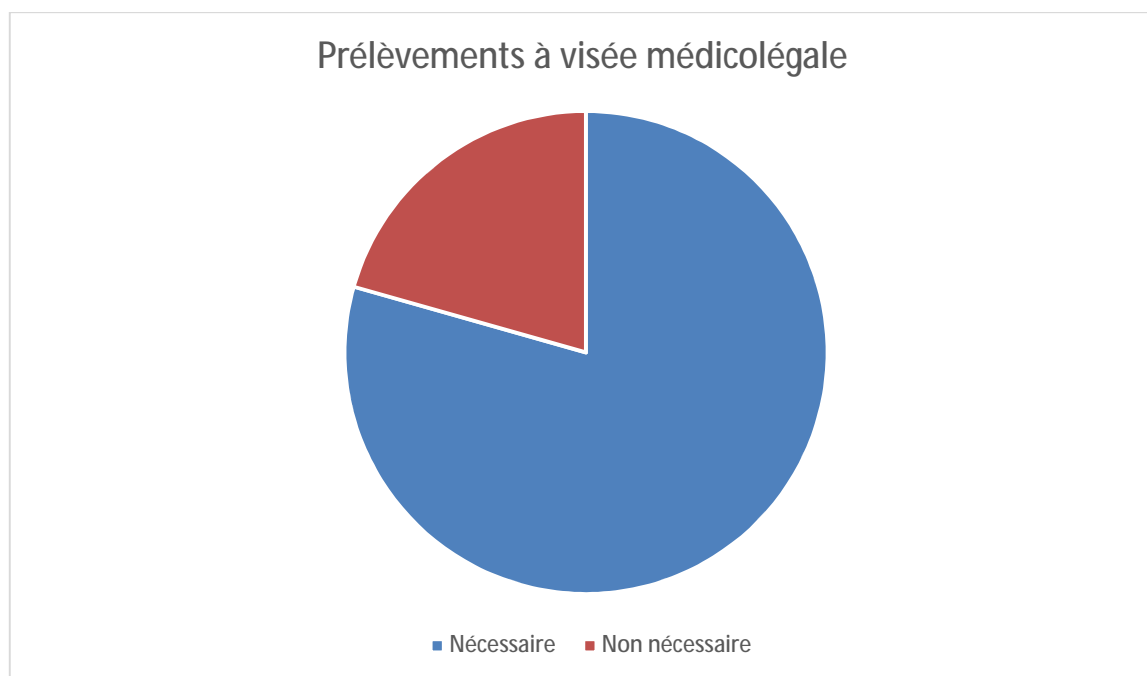


Figure 29: Prélèvements à visée médico-légale

Les examens proposés par les médecins :

Tableau 22 : Les examens à visée médico-légale

Types de prélèvements	Récurrance
Recherche d'ADN ou du sperme	49%
Une sérologie des ISTs	35%
Prélèvement vaginal	11%
Test de grossesse	6%

Uniquement 49% des réponses a suggéré la recherche de l'ADN ou du sperme sur la victime comme prélèvement à visée médico-légale, alors que les autres médecins ont indiqué des sérologies ISTs, un prélèvement vaginal ou un test de grossesse. Ce qui souligne le manque d'information des médecins généralistes concernant les prélèvements à visée médico-légale nécessaires et constituant des preuves à conviction majeures en cas de procédure judiciaire.

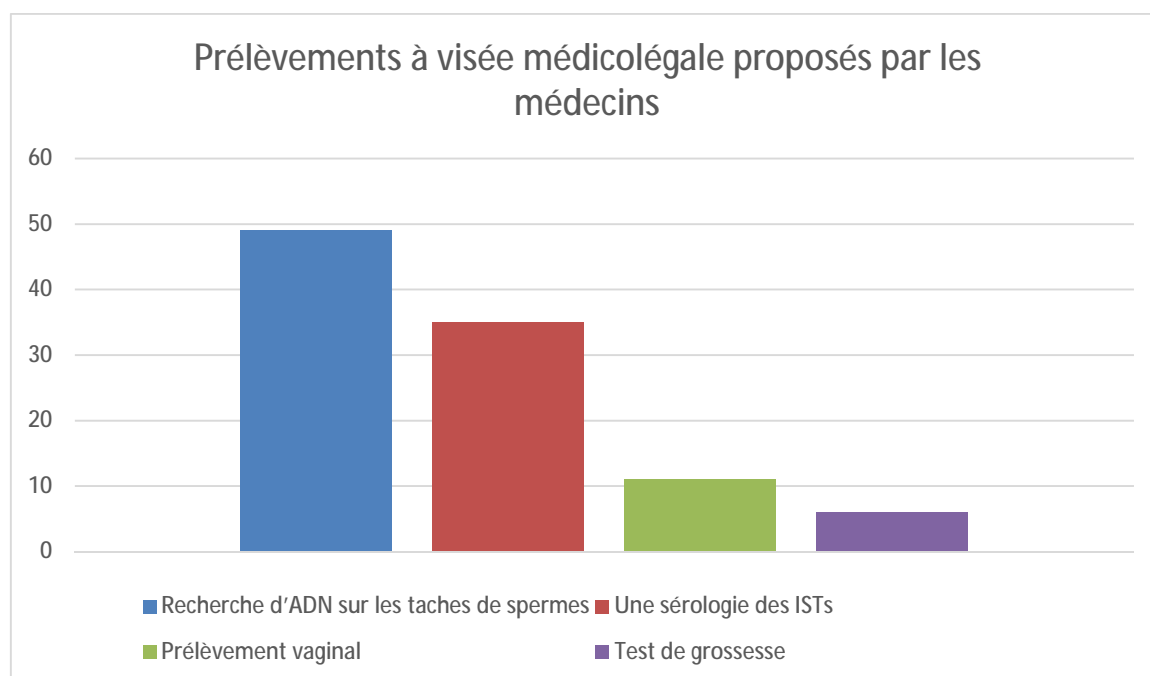


Figure 30: Les examens à visée médico-légale proposés par les médecins

▼ Les prescriptions à faire :

Les résultats se présentent comme suit :

Tableau 23 : Prescription systématique à faire

Prescription systématique à faire	Réponses
Oui	50.4%
Non	44.6%
Je ne sais pas	5%

On a noté que juste 50.4% des médecins ont déclaré qu'il y a une prescription systématique à faire, ce qui souligne le manque d'information des médecins généralistes notamment concernant l'obligation de prescrire la contraception d'urgence qui permet d'éviter d'éventuelles grossesses non désirées, source d'aggravation des souffrances psychologiques avec des retentissements graves sur le plan personnel et social.

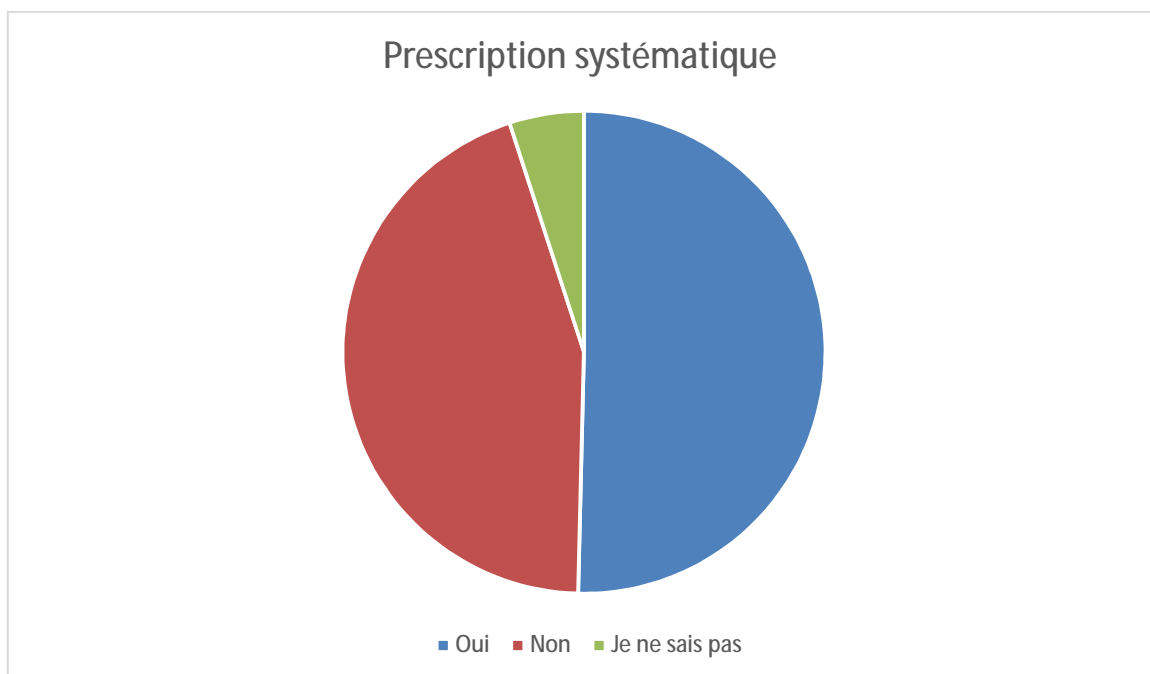


Figure 31: Prescription systématique à faire

- La prescription proposée par les médecins:

Les résultats se présentent comme suit (une réponse ou plus) :

Tableau 24 : Prescription proposée

Prescription	Réccurrence
Contraception d'urgence	91%
Traitement préventif des ISTs	16%
Anxiolytiques	4%

Pour les médecins ayant indiqué une prescription systématique à faire (50.4% des médecins questionnés) : 91% ont suggéré une contraception d'urgence, alors que à peine 16% ont suggéré un traitement préventif des ISTs.

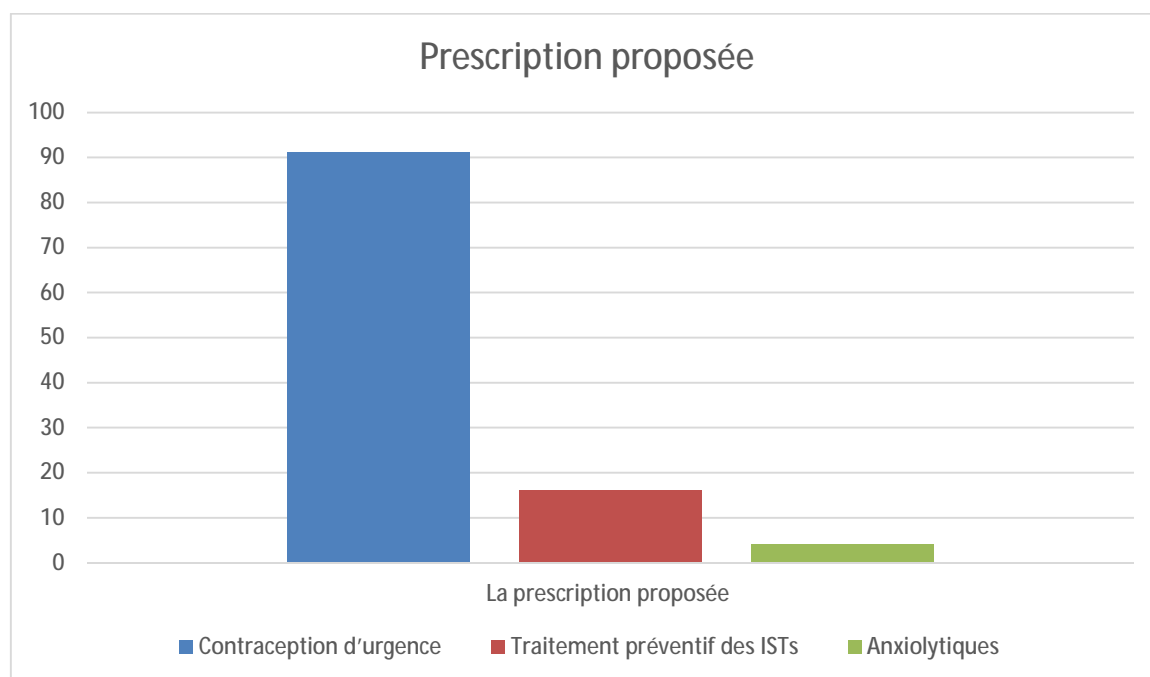


Figure 32: Prescription proposée

Exemple de protocole pour le soin des victimes d'agression sexuelle [2]

- Contact advocate and law enforcement if indicated and/or desired by patient
 - Medical screening by physician or other qualified provider
 - Ulipristal Acetate 30mg po x 1 dose (if reproductive age and not using contraception)
 - Metoclopramide 10mg po x 1dose (if administering emergency contraception)
 - Hepatitis B adult vaccine 20meg IM inj. as directed x 1 dose (if patient not vaccinated)
 - Tetanus/diphtheria/pertussus (Tdap)0.5mL, IM injection x 1 dose
(If there was penetration of a foreign object by the perpetrator and the last tetanus toxoid booster is unknown or more than 10 years ago.)
NOTE: IF patient is NOT penicillin allergic, choose azithromycin, metronidazole and ceftriaxone
 - Azithromycin 1000 mg po once
 - Metronidazole 2000mg po x 1 dose (provide prescription if etoh within 24 hours)
 - Ceftriaxone 250 mg, IM, once. *For gonorrhea in the setting of severe cephalosporin allergy(anaphylaxis/hives), azithromycin 2000mg po once PLUS gentamicin 240mg IM once*
 - Tenofovir 300mg+Emtricitabine 200mg po daily(Truvada) x 1 dose PLUS Dolutegravir(Tivicay) 50mg po daily x 1 dose followed by 28-day course(provide 4 day supply to patient)
HIV non-occupational post exposure prophylaxis should be discussed with all sexual assault patients with exposure of vagina, rectum, mouth or any mucous membrane to blood, semen, or vaginal/rectal secretions AND who presents within 72 hours of assault
 - HPV vaccination is recommended for female survivors aged 9–26 years
- Laboratory**
- Urine pregnancy test
 - Hold tube of blood (avoids multiple blood draws and for use if additional bloodwork is indicated)
 - HIV Ag/Ab
 - Hepatitis C Antibody
 - RPR
 - Hepatitis B Surface Antigen (only if not vaccinated or status is not known)
 - Hepatitis B Surface Antibody
- If HIV Prophylaxis is to be given to the patient order all of the following labs:
- Hepatic Function Panel
 - Amylase Level
 - Creatinine
 - CBC
- If drug-facilitated assault is suspected
- Obtain specific consent
 - Obtain first voided specimen since assault (30mL)
 - Obtain blood sample using gray top tube (30mL)
 - Specimens should be sent to reference laboratory as indicated by local health authority

IM Intramuscular

mL Milliliters

PO Oral

V. Le consentement de la victime à l'examen :

Les réponses concernant le consentement sont présentées comme suit :

Tableau 25 : Répartition selon l'obligation du consentement de la victime à l'examen.

	Nombre	Répartition
Le consentement de la victime à l'examen par écrit est obligatoire	172	69,9%
Le consentement de la victime à l'examen par écrit n'est pas obligatoire	51	20,7%
Je ne sais pas	23	9,3%

Le consentement de la victime à l'examen par écrit a été suggéré dans les deux tiers des réponses, tandis que le un cinquième des médecins n'a pas suggéré le consentement par écrit alors qu'il est obligatoire aussi bien sur le plan national que sur le plan international du moment que l'examen médical ne se conçoit qu'avec l'accord préalable de la victime, d'où l'importance de l'accueil et des explications qui lui sont fournies [2 ; 10 ; 12 ; 16 ; 17 ; 20 ; 105]

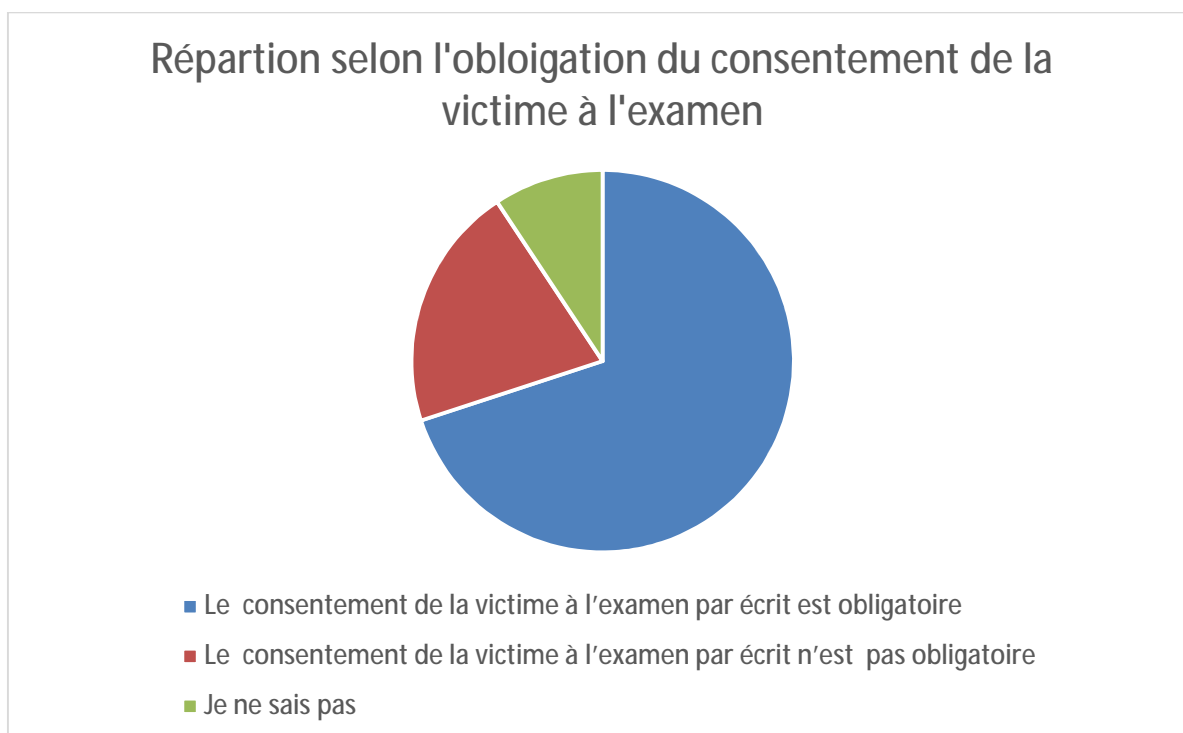


Figure 33: Répartition selon l'obligation du consentement de la victime à l'examen.

*Concernant le consentement de l'accompagnant :

Les réponses sont présentées comme suit :

Tableau 26 : Répartition selon le consentement de l'accompagnant de la victime

	Réccurrence
Le consentement de l'accompagnant par écrit est obligatoire	61,8%
Le consentement de l'accompagnant n'est pas obligatoire	30%
Je ne sais pas	9,1%

Le consentement de l'accompagnant a été jugé obligatoire dans près des deux tiers des réponses, tandis que 30% ne l'ont pas jugé obligatoire ; or le consentement de l'accompagnant est obligatoire quand il s'agit d'une mineur ou quand la capacité de la victime à consentir est altérée (conscience altérée en cas d'ivresse ou administration de drogues).

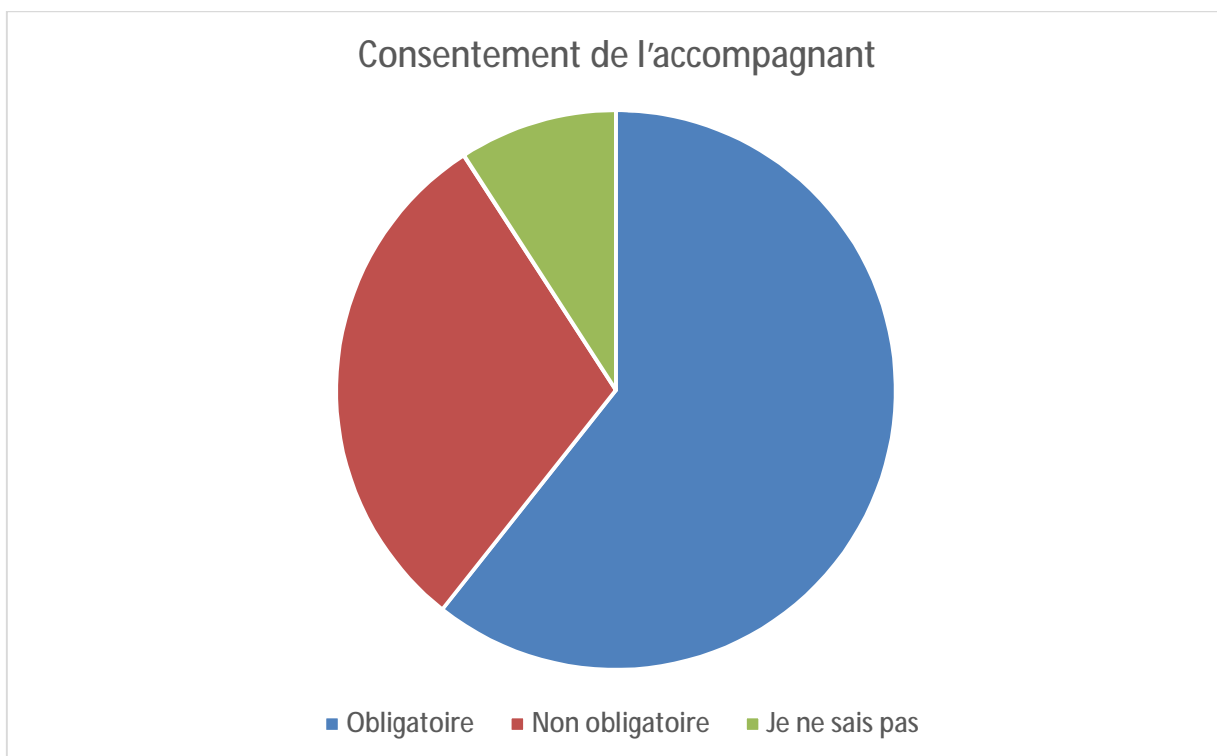


Figure 34: Répartition selon le consentement de l'accompagnant de la victime

*S'agissant de l'intérêt du consentement de la victime à l'examen :

Les réponses sont présentées comme suit :

Tableau 27 : Répartition selon l'intérêt du consentement

Intérêts	Répartition
Intérêt médico-légal/Protection juridique du médecin	56%
Alliance thérapeutique	44%

L'intérêt médico-légal du consentement et la protection juridique du médecin ont été la raison du consentement dans un peu plus de la moitié des réponses. Empêcher l'examen d'être vécu comme une deuxième agression et donc un intérêt psychologique et une recherche de l'alliance thérapeutique a été avancé dans un peu moins de la moitié des réponses.

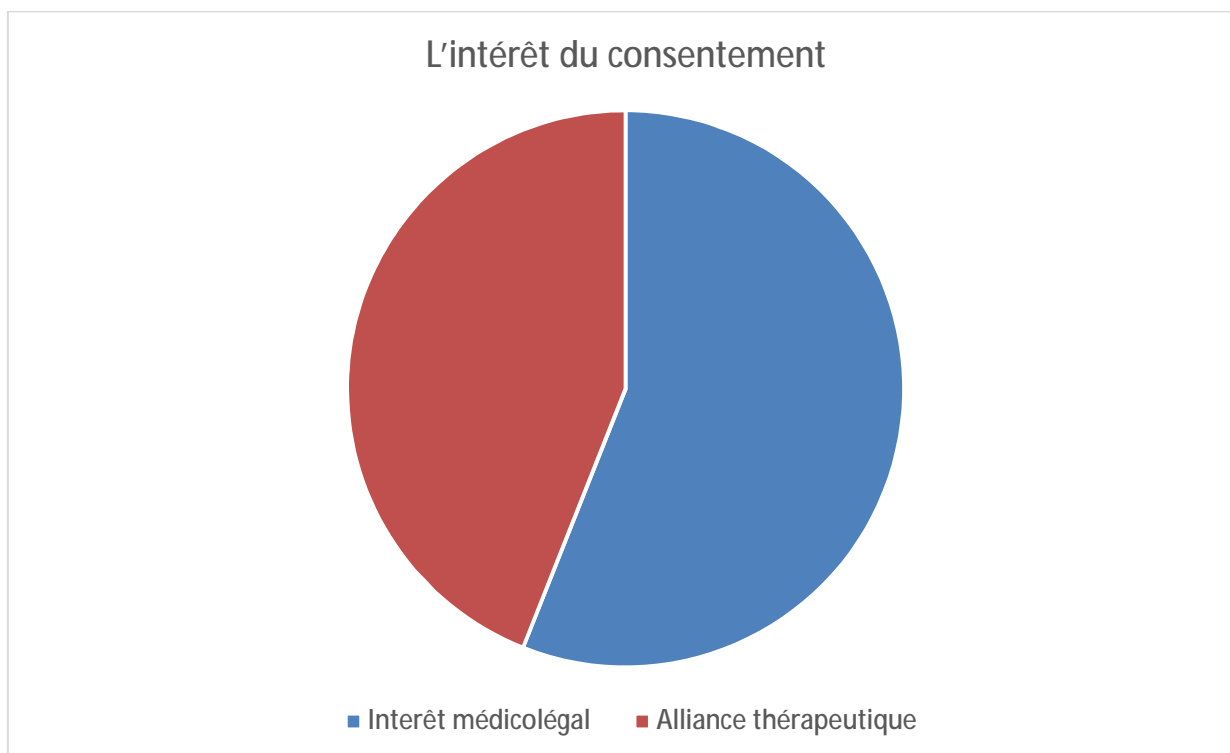


Figure 35: Répartition selon l'intérêt du consentement

VI. L'aptitude à prendre en charge une victime en urgence :

- La PEC de la victime en urgence :

Les réponses se présentent comme suit :

Tableau 28: Aptitude à prendre en charge une victime d'agression sexuelle en urgence

Capacité de prendre une victime d'agression sexuelle en urgence	Réponses
Oui	21%
Non	79%

Plus des trois quart des médecins ne se sont pas jugés capables de prendre en charge une victime d'agression sexuelle en urgence ce qui souligne l'intérêt de donner de l'importance à la formation médicale et la formation continue pour les généralistes.

Ces résultats sont comparables à ceux de la littérature vu que la plupart des médecins généralistes se sentent, à ce jour, insuffisamment formés pour dépister et prendre en charge les victimes de violences sexuelles. [56 ; 106 ; 107 ; 108]

Même si les réseaux se développent de plus en plus, encore nombreux sont les médecins qui se sentent solitaires dans la prise en charge des victimes de violences.

[60 ; 109]

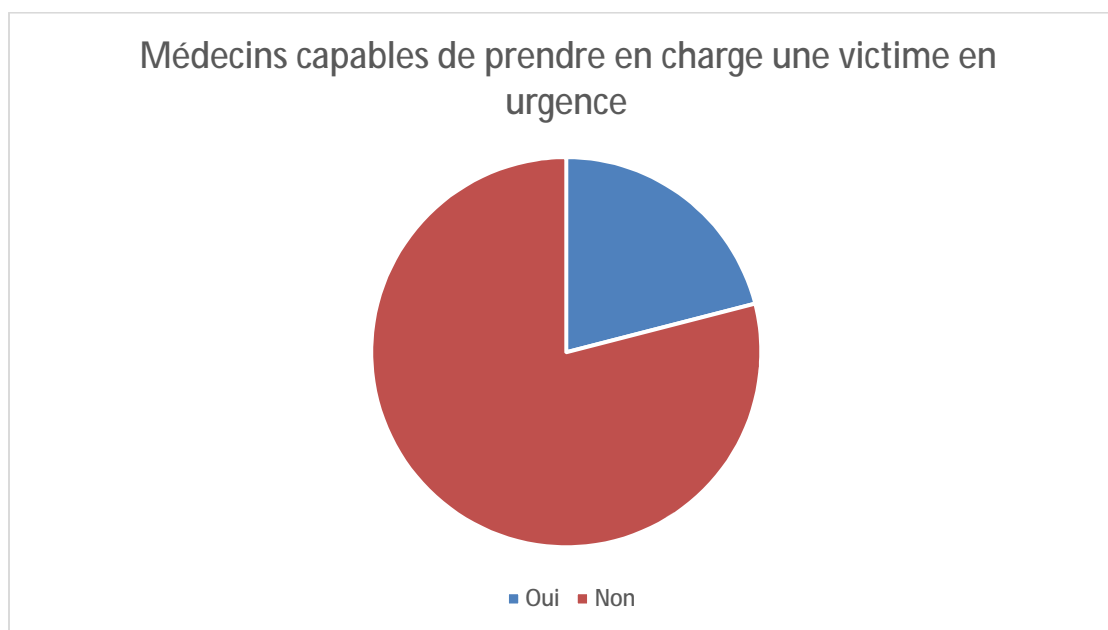


Figure 36: Aptitude à prendre en charge une victime d'agression sexuelle en urgence

- Le rapport de la consultation faite en urgence :

Les résultats se présentent comme suit :

Tableau 29: La rédaction du rapport médical initial

Rapport de la 1 ère consultation	Réponses
Oui	51,9%
Non	48,1%

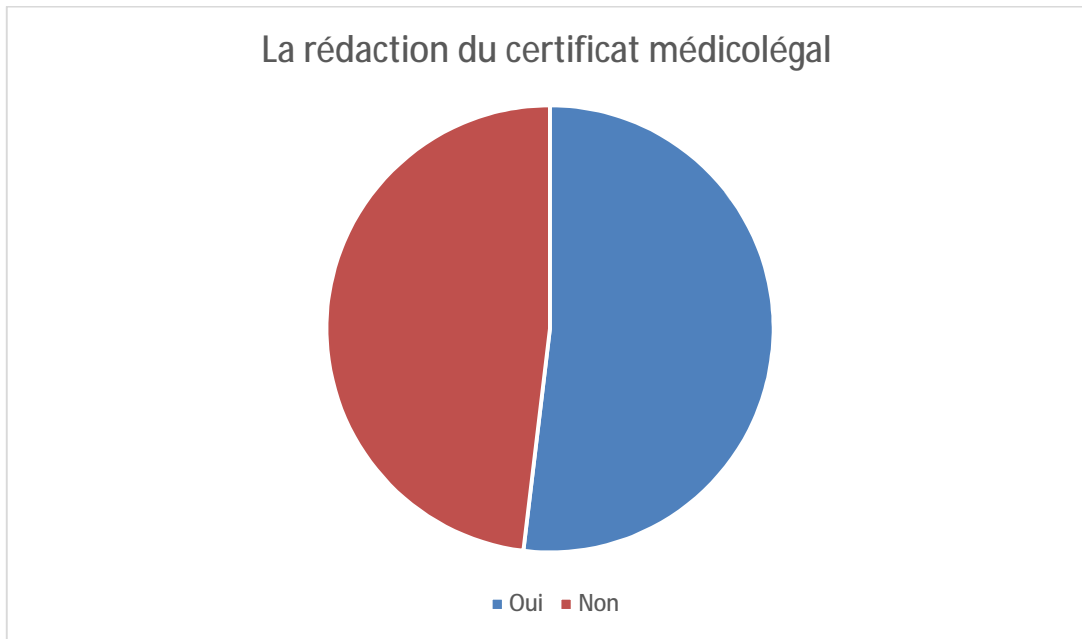


Figure 37: Rédaction du certificat médico-légal

Parmi les médecins qui se sont jugés capable de prendre en charge une victime d'agression sexuelle en urgence, à peine la moitié a déclaré connaître comment rédiger le rapport de la consultation faite en urgence. Ces résultats sont comparables à ceux de la littérature : Les médecins généralistes présentent des difficultés à remplir le certificat médico-légal et à Déterminer l'ITT. Selon une enquête réalisée auprès de 200 médecins généralistes du département de Loire-Atlantique [110], Le terme d'ITT est souvent confondu avec l'arrêt de travail. Seulement 55% des médecins interrogés déterminent systématiquement une ITT lors de La rédaction de certificats de coups et blessures, d'après cette même étude. Les

Médecins se disent influencés par la gravité de l'agression pour déterminer l'ITT. Les «répercussions psychologiques» de l'agression représentent la principale difficulté des médecins pour déterminer l'ITT.

- La connaissance de l'existence d'un dossier pré établi consacré aux victimes des agressions sexuelles :

Les réponses se répartissent comme suit :

Tableau 30: Connaissance de l'existence d'un dossier pré établi consacré aux victimes de violence

Connaissance de l'existence d'un dossier pré établi	Réponses
Oui	19,3%
Non	80,7%

Malheureusement, plus des trois quarts des médecins ne sont pas au courant de l'existence d'un dossier médical pré établi dédié à la prise en charge de l'agression sexuelle alors que ce dossier existe il y a au moins 10 ans. Ce dossier a en effet un grand intérêt dans la standardisation de la PEC en guidant le médecin pour assurer tous les actes nécessaires et obligatoires qui permettent de préserver à la patiente ses droits.

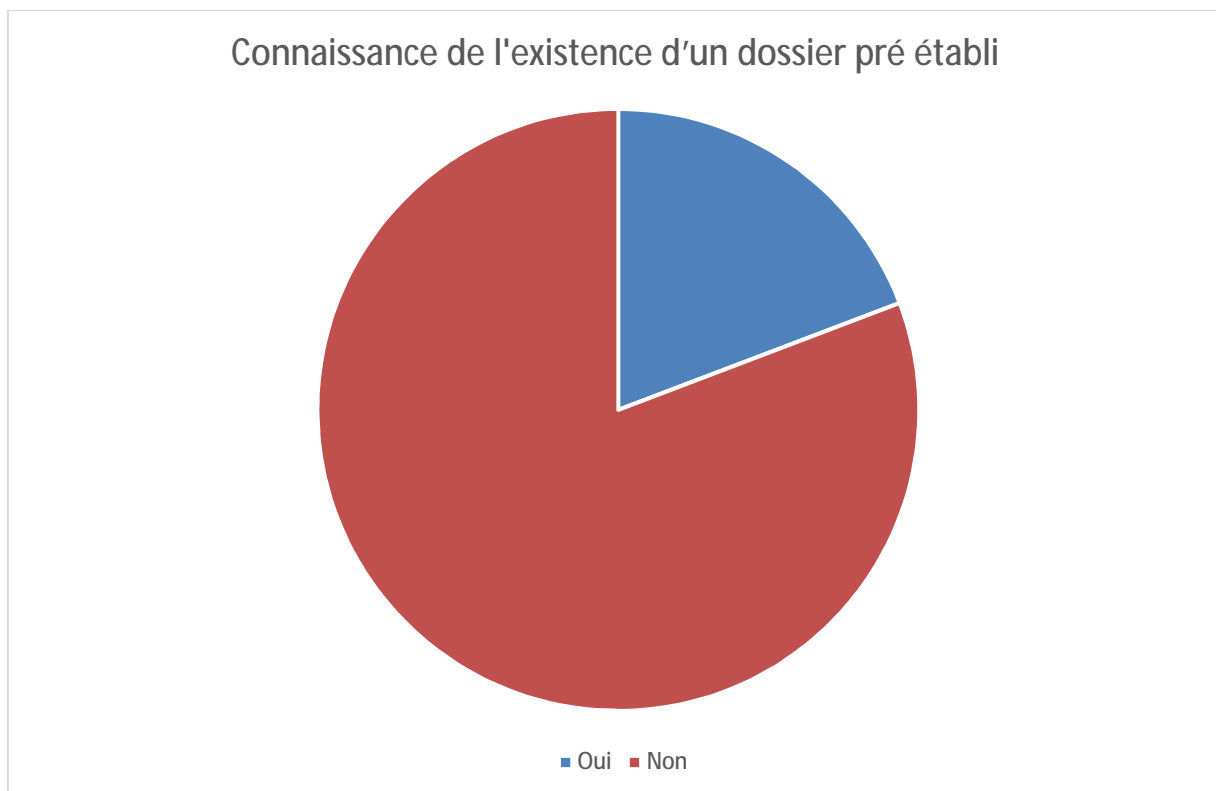


Figure 38: Connaissance de l'existence dossier préétabli consacré aux victimes de violence

- L'Obligation de formuler une conclusion claire auprès des représentants de la police ou de la justice :

Les résultats se présentent comme suit :

Tableau 31: Obligation de formuler une conclusion claire auprès des représentants de la police ou de la justice

Obligation de formuler une conclusion claire	Réponses
Oui	46,3%
Non	19,7%
Je ne sais pas	34%

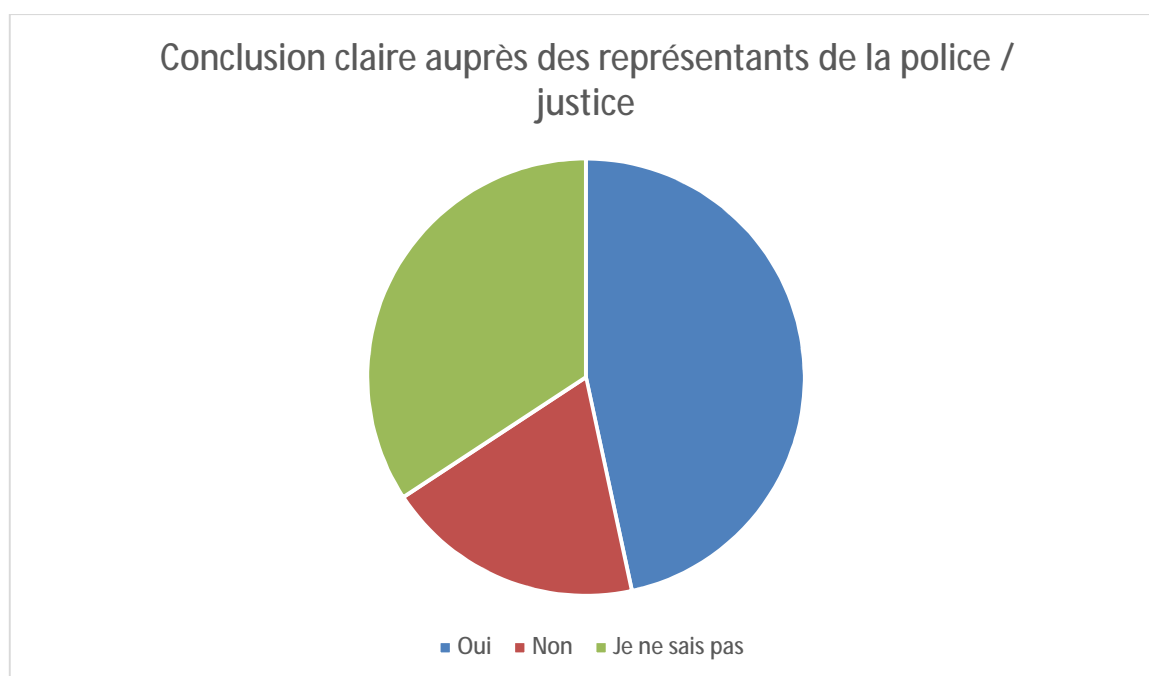


Figure 39: Obligation de formuler une conclusion claire auprès des représentants de la police ou de la justice

Près de la moitié ont affirmé avoir l'obligation de faire une conclusion claire auprès des représentants de la police ou de la justice

Le tiers a déclaré qu'ils ne savent pas s'ils ont l'obligation de faire une conclusion claire auprès des représentants de la police ou de la justice ou pas.

Le reste a déclaré qu'ils n'ont pas l'obligation de faire une conclusion claire auprès des représentants de la police ou de la justice.

Que l'examen médical ait lieu sur réquisition judiciaire ou non, à l'issue de celui-ci, une synthèse doit être rédigée. Elle prend la forme d'un certificat médical en l'absence de dépôt de plainte, ou d'un rapport médico-légal s'il y a une réquisition secondaire à une plainte (Annexe 6). L'ensemble de l'examen médical est consigné dans cette synthèse et une conclusion préliminaire (dans l'attente des résultats des prélèvements standards et selon le contexte, d'autres examens complémentaires demandés ou de consultations ultérieures prévues) est donnée [2 ; 10 ; 16 ; 17 ; 20].

Le médecin doit établir un certificat médical descriptif en tenant compte des conséquences somatiques et psychologiques de la victime qui déterminera la période d'incapacité totale de travail (ITT) correspondant aux nombres de jours où la victime ne peut plus effectuer des activités de la vie courante induites par les lésions ou les troubles. Ces activités sont: manger, se laver, dormir, s'habiller, se déplacer, parler. Il est important de réaliser ce certificat même si la victime ne souhaite pas porter plainte. Il conserve ce certificat dans le dossier pour garder une trace de cette consultation. [98 ; 111]

Si la victime change d'avis et souhaite porter plainte, le médecin sera alors en mesure de lui fournir une copie du certificat. Ce document médico-légal permet à la victime de déposer plainte et constitue un élément de preuves des violences subies. [61 ; 98 ; 111 ; 112]

VII. L'interruption volontaire de la grossesse en cas de viol :

Les résultats se présentent comme suit :

Tableau 32: *IVG en cas de viol sur le plan légal*

IVG en cas de viol	Réponses
Oui	29.9%
Non	46.7%
Je ne sais pas	23.4%

Alors que le risque de tomber enceinte après un viol est de 5% [64 ; 113], près de la moitié des médecins ont affirmé que la victime n'a pas le droit d'interrompre la grossesse en cas de viol sur le plan légal tandis que tiers a déclaré que la victime a le droit d'interrompre la grossesse en cas de viol sur le plan légal et un quart a déclaré qu'ils ne savent pas si elle a le droit d'interrompre la grossesse en cas de viol sur le plan légal.

Ces résultats peuvent être expliqués par le fait que le projet de loi amendant le code pénal a été adopté jeudi 9 juin 2016 par le Conseil de gouvernement. Et parmi les différentes dispositions de ce projet, celle concernant le droit à l'avortement, désormais élargi au viol et à l'inceste après ouverture d'une enquête judiciaire dans un délai de 90 jours après le début de la grossesse. Le projet de loi doit aller au parlement, être discuté en commission puis voté en plénière une fois finalisé.



Figure 40: *IVG en cas de viol sur le plan légal*

VIII. Nécessité de formation complémentaire :

Les résultats se présentent comme suit :

Tableau 33: Enseignement du thème de la prise en charge médicale initiale d'une femme victime d'agression sexuelle.

Enseignement du thème	Réponses
Oui	94.7%
Non	5.3%

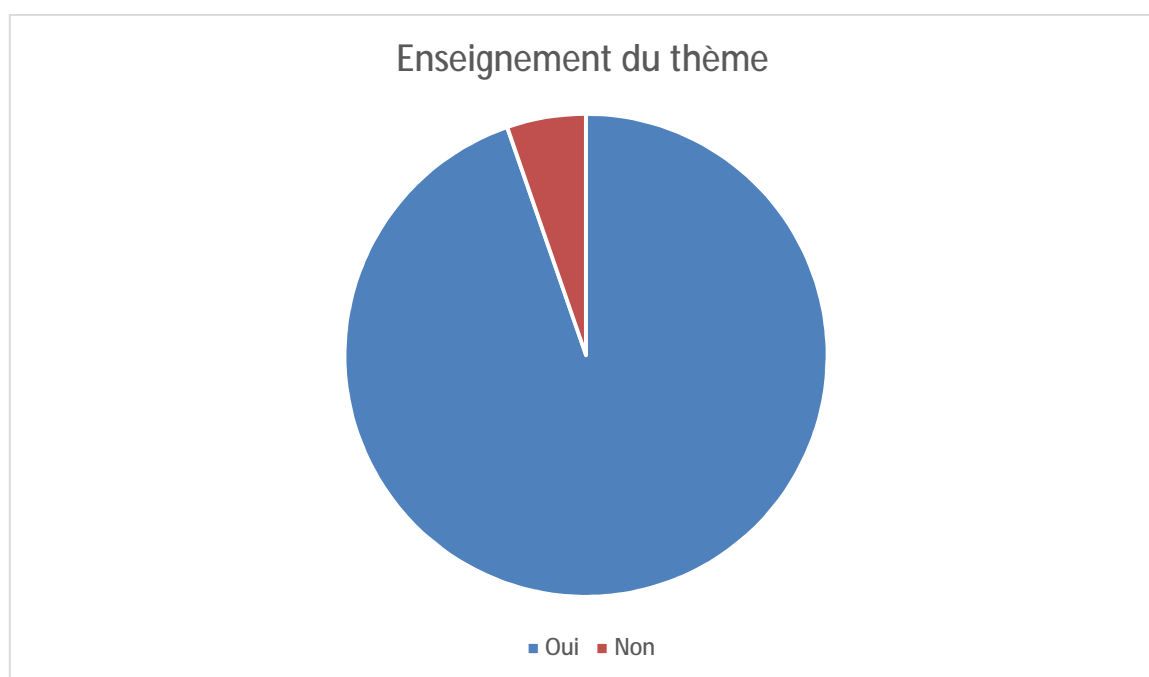


Figure 41: Enseignement du thème de la prise en charge médicale initiale d'une femme victime d'agression sexuelle.

La majorité a souhaité avoir ce thème enseigné sous forme de séminaire ou de cours (94.7%). Les résultats de la thèse du Dr Morvant évoquent que les médecins attribuent la difficulté d'aborder les violences conjugales avec leurs patients notamment au fait de «Ne pas être suffisamment informés sur ce thème» [60] Même si la thèse du Dr Morvant concerne spécifiquement les violences conjugales, elle montre que le manque de formation induit une difficulté de repérage et de prise en charge de celles-ci. En Extrapolant cette affirmation à tous les types de violences,

nous pourrions penser que le manque de formation sur les violences engendrerait une difficulté de prise en charge.

Selon Une étude réalisée auprès de 200 Etudiants en médecine d'Ontario (Canada), 84% Des étudiants ne se sentent pas assez formés aux violences faites aux femmes et 87,9% d'entre eux veulent être formés [114] ce qui correspond à nos résultats.

Une Etude observationnelle prospective a été réalisée de juillet à octobre 2013, auprès des étudiants en médecine de France sur la formation initiale des médecins au sujet des violences [115]. La majorité des étudiants de cette étude (94.9% soit 1392 Etudiants) pensent que le médecin à un rôle majeur pour prendre en charge les victimes de violences sexuelles ; Les étudiants en médecine sont eux-mêmes parfois victimes de violences dans leur vie personnelle : 8.9% des étudiants de cette étude ont été victimes des violences sexuelles.

95% des étudiants sont intéressés, voire très intéressés, pour recevoir une formation adaptée sur le thème des violences (96,0%), Dépister les violences (96,0%) Et traiter les conséquences des violences (95,1%).

La Plupart (80,7%) des étudiants estiment ne pas avoir eu de formation sur les violences sexuelles.

Ces résultats peuvent résumés comme suit :

Tableau 34 : Comparaison des résultats de notre étude avec d'autres études

	Notre étude	Thèse du Dr AUSLENDER [115]	Etude à Ontario (Canada) [114]
Aptitude à prendre en charge en urgence des victimes d'AS	79% ne se sentent pas capables de PEC les victimes d'AS en urgence	58.5% des étudiants ont constaté que la PEC des violences en général est inadaptée	84% des étudiants ne se sentent pas assez formés aux violences faites aux femmes
Formation sur ce thème	94.7%	95%	87.9%

CONCLUSION

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

L'accueil de la victime est une étape essentielle dans la PEC, qui permet d'établir un climat de confiance entre le médecin et la victime. Après l'obtention du consentement, le médecin procède à l'examen de la victime suivi des prélèvements médicaux et à visée médico-légale, des photographies peuvent être nécessaires. La victime bénéficie des soins immédiats, d'une prise en charge psychologique ainsi qu'un suivi ultérieur.

Le certificat est remis soit la victime soit à l'autorité requérante si l'examen fait suite à une réquisition.

245 médecins ont répondu au questionnaire de notre étude ce qui nous a permis de montrer que 58 médecins ont déjà examiné une victime d'agression sexuelle soit 23.6% des 245 questionnés. La plupart (79%) ne se sont pas jugés capables de prendre en charge une victime d'agression sexuelle en urgence et la majorité a souhaité avoir ce thème enseigné (94.7%). Juste la moitié (51.9%) des médecins qui se sont jugés capable de prendre en charge une victime d'agression sexuelle en urgence (21%), a déclaré connaître comment rédiger le rapport de la consultation faite en urgence.

Concernant la prise en charge, 69.8% des médecins ont préconisé un examen de la victime alors que juste la moitié (51.7%) a pensé à administrer une contraception d'urgence. Aucune proposition n'a concerné les prélèvements toxicologiques, alors qu'ils sont d'un grand intérêt si on suspecte une soumission chimique ou si la patiente déclare ainsi. La totalité des médecins (96.7%) pense que la prise en charge psychologique constitue une urgence thérapeutique, cependant elle n'a représenté que 32% de leurs propositions thérapeutiques.

Recommandations

A l'instar de notre étude, un manque de formation dans la PEC des femmes victimes d'agression sexuelle est évident.

On recommande de :

1/ Consacrer plus d'heures d'enseignement à ce chapitre.

2/ Proposer un atelier de formation continue pour les médecins généralistes sur ce thème.

3/ Créer un centre d'accueil, ou « crisis center » au niveau du CHU HASSAN II de FES dédié spécialement à aux victimes d'agressions sexuelles assurant une prise en charge globale y compris psychologique et pouvant recevoir les victimes référées de la part des médecins généralistes se sentant incapables de la PEC des victimes d'agressions sexuelles dans les meilleurs délais.

4/ Importer le set d'agression sexuelle : SAS au niveau des CHUs du Maroc

RESUMES

Résumé

Les médecins sont les premiers agents à prendre en charge les victimes d'agressions sexuelles d'où la nécessité d'une formation adéquate car l'examen doit être réalisé rapidement, dans les meilleures conditions possibles et par un médecin compétant. L'évaluation du niveau de connaissance des médecins généralistes et des étudiants en fin de formation sur la prise en charge des victimes d'agressions sexuelles était l'objectif principal de notre étude.

Les impératifs des soins immédiats comprennent l'évaluation et le traitement des blessures physiques, l'évaluation et le soutien psychologique, l'évaluation et la prévention de la grossesse et la thérapie pour prévenir les infections sexuellement transmissibles. En outre, la collecte de preuves à visée médico-légale est un élément essentiel de la prise en charge immédiate de l'agression sexuelle car les procédures judiciaires ultérieures en dépendent.

245 médecins ont répondu au questionnaire de notre étude ce qui nous a permis de montrer que 58 médecins ont déjà examiné une victime d'agression sexuelle soit 23.6% des 245 questionnés. La plupart (79%) ne se sont pas jugés capables de prendre en charge une victime d'agression sexuelle en urgence et la majorité a souhaité avoir ce thème enseigné (94.7%). Juste la moitié (51.9%) des médecins qui se sont jugés capable de prendre en charge une victime d'agression sexuelle en urgence (21%), a déclaré connaître comment rédiger le rapport de la consultation faite en urgence.

Concernant la prise en charge, 69.8% des médecins ont préconisé un examen de la victime alors que juste la moitié (51.7%) a pensé à administrer une contraception d'urgence. Aucune proposition n'a concerné les prélèvements toxicologiques, alors qu'ils sont d'un grand intérêt si on suspecte une soumission

chimique ou si la patiente déclare ainsi. La totalité des médecins (96.7%) pense que la prise en charge psychologique constitue une urgence thérapeutique, cependant elle n'a représenté que 32% de leurs propositions thérapeutiques.

Tout ceci souligne le grand intérêt de notre sujet du fait des lacunes et du manque de formation des médecins généralistes et des faisant fonctions d'internes à ce sujet. Nous recommandons donc, de consacrer plus d'heures à l'enseignement de ce module et de l'intégrer dans le cadre des Diplômes Universitaires ainsi que de la formation continue des médecins.

Abstract

Requirements of initial medical care of females victims of sexual assault

Doctors are the first agents to take care of victims of sexual assault, hence the need for adequate training because the examination must be carried out quickly, under the best possible conditions and by a competent physician. The main objective of this study was to assess the level of knowledge of general practitioners and students at the end of training on the care of victims of sexual assault.

Immediate care needs include assessment and treatment of physical injuries, assessment and psychological support, assessment and prevention of pregnancy, and therapy to prevent sexually transmitted infections. In addition, the collection of forensic evidence is an essential element in the immediate management of sexual assault because subsequent judicial proceedings depend on it.

245 physicians responded to the questionnaire in our study, which enabled us to show that 58 (23.6%) physicians have already examined an sexual assault victim. Most (79%) did not consider themselves capable of dealing with a victim of sexual assault in emergency situations and the majority wanted to have this theme taught (94.7%). Just the half (51.9%) of the doctors who rated themselves as capable of dealing with an emergency sexual assault victim (21%), said they knew how to write the report of the emergency consultation

Concerning the priorities of the treatment, 69.8% of the doctors recommended a review of the victim whereas just half (51.7%) thought to administer emergency contraception. No proposal concerned the toxicological samples while there are very important if a chemical submission is suspected or if the patient declares so. All doctors (96.7%) think that psychological care is a therapeutic emergency, but it represented only 32% of their therapeutic proposals.

All this underlines the great interest of our subject because of the doctor's knowledge gap on this subject. We therefore recommend spending more hours on teaching this module and integrating it into the University Diplomas and continuing education of doctors.

ANNEXES

1/Questionnaire de l'étude :

IMPERATIFS DE LA PEC MEDICALE INITIALE D'UNE FEMME SE DISANT VICTIME D'AGRESSION SEXUELLE (A.S)

Les agressions sexuelles contre les femmes est un sujet qui préoccupe de plus en plus la communauté nationale et internationale. L'objet de notre étude est de mettre la lumière sur l'importance de la prise en charge médicale initiale des femmes victimes d'agressions sexuelles à travers l'évaluation des connaissances des médecins généralistes ainsi que des étudiants de médecine en fin de formation par le moyen d'un questionnaire.

Nous vous prions de bien vouloir prendre le temps pour y répondre.

1/ Vous êtes :
1. 1 Profil : Médecin généraliste : 1 <input type="checkbox"/> Faisant fonction d'interne : 2 <input type="checkbox"/>
1.2 Sexe : a Homme : 1 <input type="checkbox"/> b Femme : 2 <input type="checkbox"/>
1.3 Ancienneté : années
1.4. Lieu d'exercice :
1.4 .a : Urgences 1 <input type="checkbox"/>
1.4. b : centre de santé : 2 urbain <input type="checkbox"/> 3 : rural
1.5 : Autres <input type="checkbox"/> Précisez :

2/ Avez-vous déjà examiné une victime d'agression sexuelle (AS) ?
2.1 : a : Oui 1 <input type="checkbox"/> b : Non 0 <input type="checkbox"/>
2.2 Si Non : Avez-vous déjà assisté à un examen ?
a : Oui 1 <input type="checkbox"/> b : Non 0 <input type="checkbox"/>

3/ Devant une victime d'agression sexuelle, quel est le premier geste à faire en urgence ?
3.1. a Appeler la police 1 <input type="checkbox"/>
3.1. b Examiner la victime 2 <input type="checkbox"/>
3.1. c Donnez une contraception d'urgence 3 <input type="checkbox"/>
3.1. d Prévenir des IST 4 <input type="checkbox"/>
3.1. e Prévenir une assistance sociale 5 <input type="checkbox"/>
3.2 Quelle prise en charge complémentaire faut-il assurer ?

4/ Le consentement de la victime à l'examen :

4.1.a : doit se faire par écrit

1 OUI 0 Non

4.1.b : le consentement de l'accompagnant est obligatoire

1 Oui 0 Non

4.2 : Quel est l'intérêt du consentement :

0 Je ne sais pas

5/L'examen de la victime doit s'intéresser à quel(s) appareil(s) ?

5.1- Un examen général, y compris les parties intimes

1Oui 0Non

5.2- L'examen des appareils que la victime a autorisé

1Oui 0Non

5.3- Doit se faire seul avec la patiente

1Oui 0 Non

5.4- La prise de photos est obligatoire

1Oui 0NON

6 / les examens complémentaires sont à faire :

1 OUI 0 Non

6.1. a. Prélèvements biologiques à visée médico légale

1 Oui Non 0

6.1. b. Sérologies des IST

1 Oui Non 0

6.1. c Biologie standard

1 Oui Non 0

6.2. Quels sont les examens à visée médico légale ?

7/ Y a-t-il une prescription systématique à faire ?

7.1 a : 1 oui

b : 0 non

7.2. Si oui, laquelle ?

8/ Pensez-vous qu'une prise en charge en urgence psychologique est nécessaire ?

8.1 Oui 1

8.2 Non 0

9/ Estimez-vous capable de prendre en charge une victime d'une A S en urgence ?

9.1. a Oui 1

9.1.b Non 0

9.2 Si oui, connaissez-vous comment établir le rapport de la première consultation faite en urgence ?

9.2.a Oui 1

9.2.b Non 0

10/ Etes-vous au courant de la disponibilité d'un dossier médical pré établi dédié à la prise en charge de l'agression sexuelle ?

10.1 1 Oui

10.2 0 Non

11/ Sur le plan médico-légal, êtes-vous obligé de formuler une conclusion claire concernant la réalité de l'agression sexuelle ou non auprès des représentants de la police ou de la justice ?

11. a 1 Oui

11.b 0 Non

11.c Je ne sais pas 2

12/Est-ce que vous pensez que l'IVG est permise légalement en cas de viol ?

12. a Oui 1

12.b Non 0

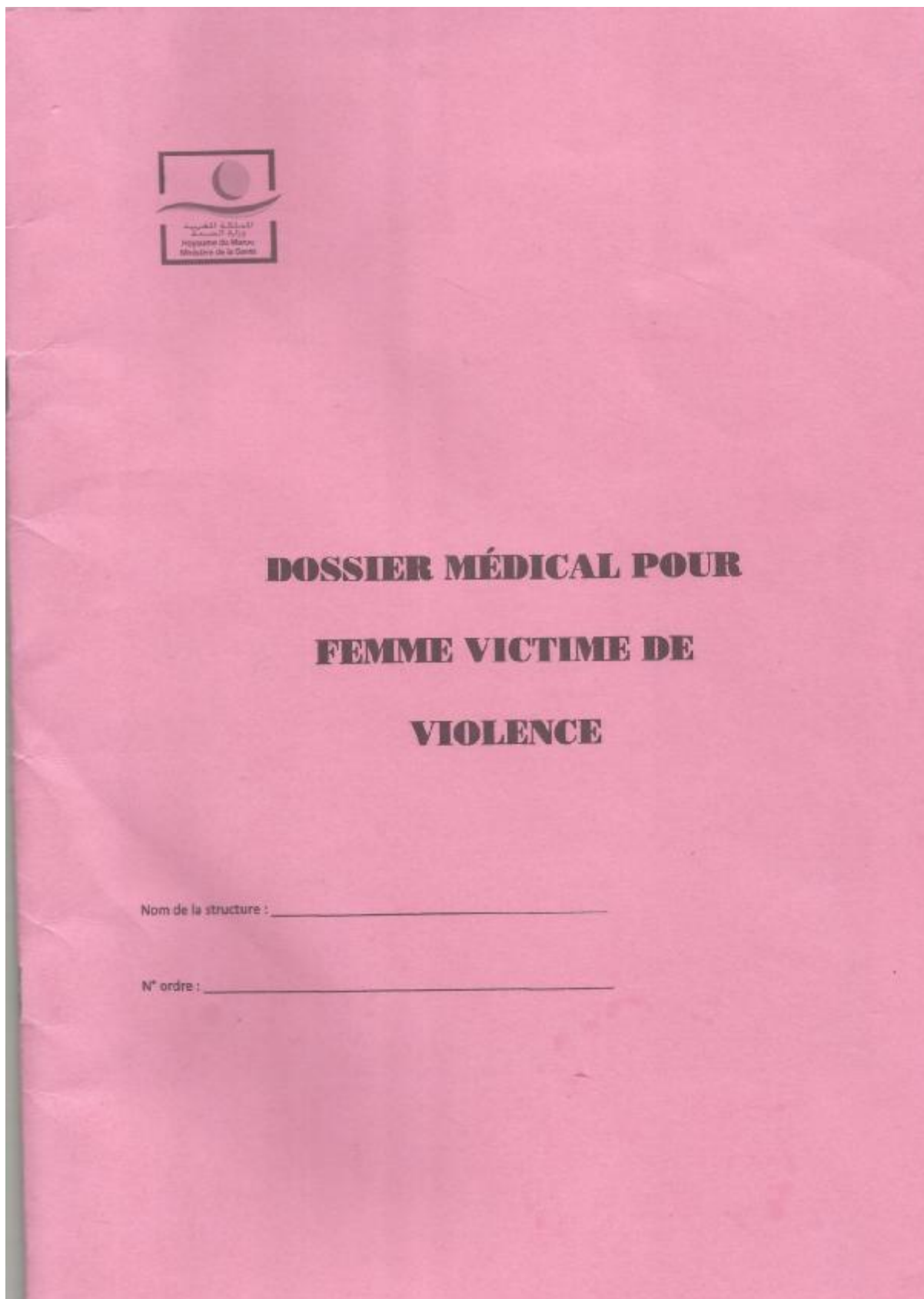
12.c Je ne sais pas 2

13/ Pensez-vous qu'il serait intéressant que ce thème vous soit enseigné sous forme de séminaire ou de cours ?

13. a Oui 1

13.b Non 0

2/ Dossier médical du ministère pour la femme victime de violence :





DOSSIER MÉDICAL POUR
FEMME VICTIME DE
VIOLENCE

Nom de la structure : _____

N° ordre : _____

1- IDENTIFICATION :

Nom et prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / _____

Domicilié à : _____

Etat matrimonial : Célibataire Veuve
 Mariée Divorcée

Accompagnée par : _____

Date et heure de l'examen : ___ / ___ / _____ à ___ h __ En présence de : _____

2- EVALUATION PSYCHOSOCIALE DE LA VICTIME

Architecture familiale (description, personnes cohabitant sous le même toit) :

Profession : _____ / Profession du mari : _____

Type d'habitation : _____

Habitudes toxiques : _____

3- ANTECEDENTS :

Antécédents médico-chirurgicaux : _____

Antécédents gynéco-obstétricaux : _____

Si agression sexuelle : Date des dernières règles : ___ / ___ / _____

Règles en cours lors de l'agression : Oui Non

Contraception utilisée : Oui Non Spécifier : _____

Preuve de grossesse : Oui Non

Nombre de semaines de grossesse : ____

Antécédents allergiques : _____

Vaccinations : _____

Antécédents de violences antérieures: _____

Séropositivité : _____

4- L'AGRESSION

Date de l'agression : ____ / ____ / ____

Heure de l'agression : ____ h ____

Lieu de l'agression : _____

Agresseur(s) : inconnu connu (identité) : _____

Si connu, lien avec la victime : _____

Aggression unique ou répétée : _____

Description de l'agression par la victime :

Description de l'agression par l'accompagnant :

Si agression sexuelle

	Attouchement	Pénétration	Ejaculation	Moyen utilisé	Ne sait pas
Vaginale/vulvaire					
Anale					
Orale					

Ejaculation sur le corps : Oui Non Si oui, quel site ? _____

Comportement après l'agression (Vomissements, miction, défécation, lavage des dents, changement de vêtement, etc.) : _____

Si agression physique

Les moyens ou armes utilisés : _____

La localisation des coups et blessures : _____

Les signes fonctionnels ressentis ou symptômes présents : _____

Si agression psychologique

Description : _____

Si privations

Description : _____

5- EXAMEN MEDICAL

Examen général

Aspect extérieur (vêtement, cheveux, handicap évident) : _____

Poids : ___ kg

Taille : ___ cm

Fréquence respiratoire : _____

Pouls : ___ /mn

Tension artérielle : _____

Température auriculaire : _____

Etat général : _____

Evaluation psychologique (calme, en pleurs, anxieuse, coopérative, etc.)

Examen physique

Décrire systématiquement, en le notant sur le pictogramme, l'emplacement exact des blessures, des abrasions, des pétéchies, des marques en précisant le type, le siège, les dimensions, la couleur, la forme et d'autres détails.

➤ Tête et visage (pictogramme 1): _____

➤ Bouche et nez (pictogramme 1): _____

➤ Yeux et oreilles (pictogramme 1): _____

➤ Cou (pictogramme 1): _____

➤ Thorax (pictogramme 2) : _____

➤ Dos (pictogramme 2) : _____

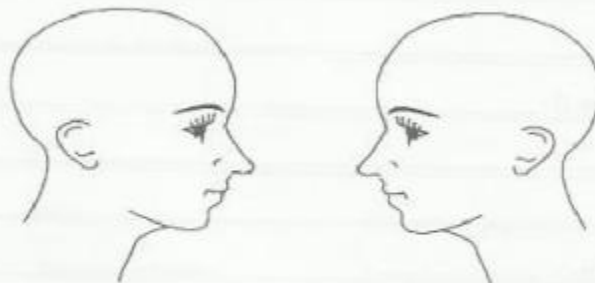
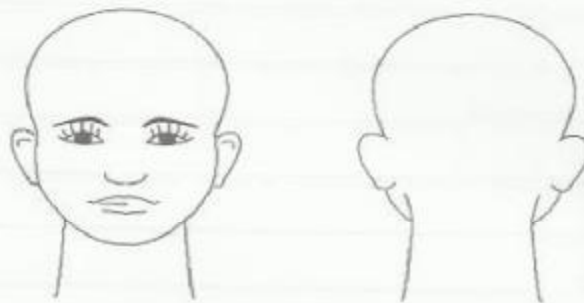
➤ Abdomen (pictogramme 2): _____

➤ Fesses (pictogramme 2): _____

➤ Membres inférieurs (pictogramme 2): _____

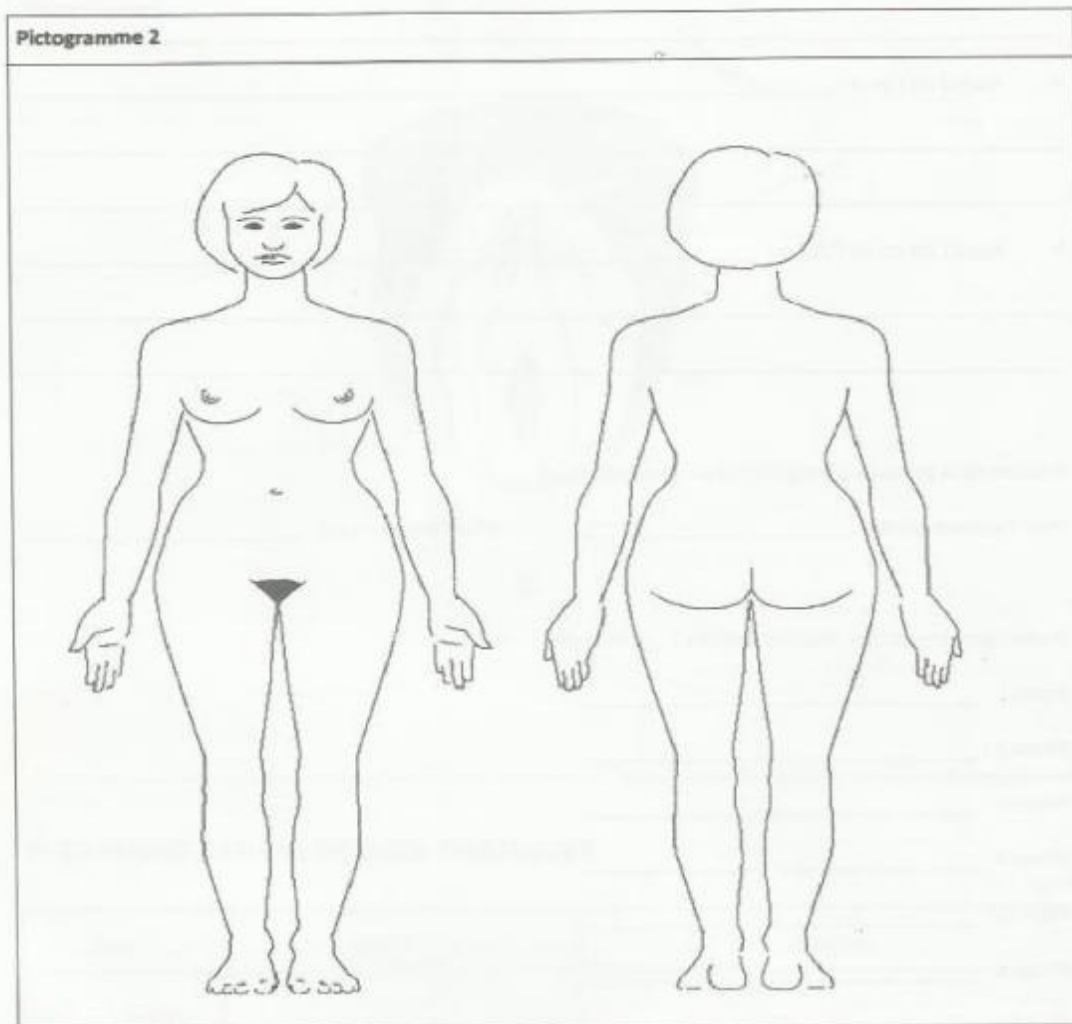
➤ Membres supérieurs (pictogramme 2): _____

Pictogramme 1



Profil droit

Profil gauche



Examen génital et anal : Décrire les lésions et les noter sur le pictogramme

➤ Aspect du périnée : _____

➤ Aspect de la vulve : _____

➤ Aspect de l'hymen : _____

➤ Aspect de l'anus : _____

➤ Aspect du col de l'utérus : _____

Position de la patiente (généupectoral ou gynécologique)

Pour l'examen génital : _____

Pour l'examen anal : _____

Si photographies prises, préciser nombre : ___ et le site :

Photo 1 : _____

Photo 2 : _____

Photo 3 : _____

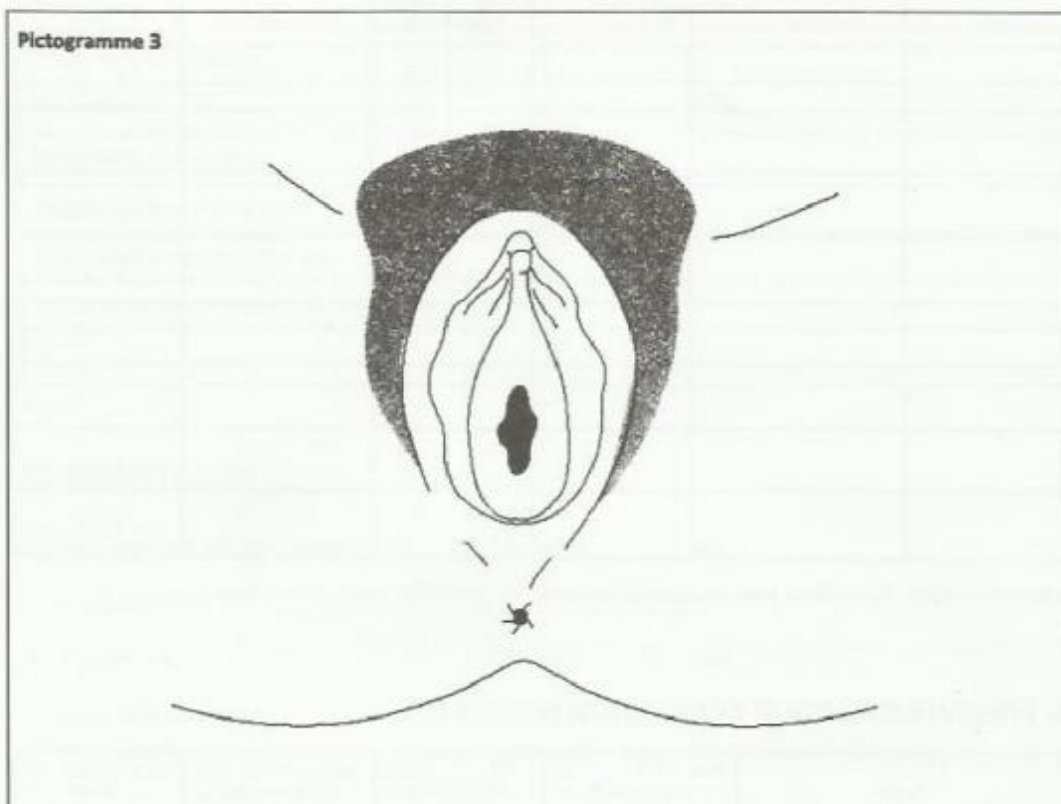
Photo 4 : _____

Photo 5 : _____

Photo 6 : _____

Photo 7 : _____

Photo 8 : _____



6- EXAMENS PARA CLINIQUES PRATIQUES

Date	Nature	Résultats
__/__/__		
__/__/__		
__/__/__		
__/__/__		

7- PREUVES MEDICO-LEGALES PRELEVEES

Type	Emplacement	Envoyées à ...	Stockées à ...	Prélevées par ...	Date
					__/__/__
					__/__/__
					__/__/__
					__/__/__
					__/__/__
					__/__/__
					__/__/__
					__/__/__

A titre d'exemple : Ecouvillons, poils ou cheveux retrouvés sur la victime, sang, urine, cheveux, etc.

8- PRELEVEMENT POUR EVALUATION MEDICALE

Type	Envoyées à ...	Stockées à ...	Prélevées par ...	Date
Sérologie VIH				__/__/__
Sérologie de l'hépatite B				__/__/__
Sérologie TPHA-VDRL				__/__/__
Autres : _____				__/__/__

7- PREUVES MEDICO-LEGALES PRELEVEES

Type	Emplacement	Envoyées à ...	Stockées à ...	Prélevées par ...	Date
					__/__/__
					__/__/__
					__/__/__
					__/__/__
					__/__/__
					__/__/__
					__/__/__
					__/__/__

A titre d'exemple : Ecouvillons, poils ou cheveux retrouvés sur la victime, sang, urine, cheveux, etc.

8- PRELEVEMENT POUR EVALUATION MEDICALE

Type	Envoyées à ...	Stockées à ...	Prélevées par ...	Date
Sérologie VIH				__/__/__
Sérologie de l'hépatite B				__/__/__
Sérologie TPHA-VDRL				__/__/__
Autres : _____				__/__/__

9- TRAITEMENTS PRESCRITS

Traitement	Oui	Non	Type et remarques
Traitement de blessures			
Prévention IST			
Contraception d'urgence			
Prophylaxie contre le tétanos			
Prophylaxie post exposition VIH			
Vaccination contre l'hépatite B			
Autres			

10- ORIENTATION

- ⇒ Professionnels de santé spécialistes : oui non
 Si oui, spécialité : _____
- ⇒ Psychologue : oui non
 Si oui, identité : _____
- ⇒ Centre d'écoute et d'orientation (CEO) : oui non
 Si oui, lequel : _____
- ⇒ Autorités judiciaires : oui non
 Si oui, laquelle : _____
- _____

Mesures de sécurité mises en place

Traitement ambulatoire

Hospitalisation

Service : _____ Numéro d'entrée : _____

11- CONSENTEMENT

التاريخ : ____ / ____ / ____	جدارة موافقة
اسم المؤسسة : _____	
أشهد أنا الموقع (ة) أسفله،	
أن الدكتور (ة) _____	
قام بشرح إجراءات الفحص الطبي و تجميع وسائل الإثبات	
و تمكن الشرطة القضائية و/أو المحكمة من المعينات المجرة.	
أمنح موافقتي للمؤسسة الصحية المذكورة أعلاه للقيام بالإجراءات التالية : _____	
(ضع علامة على الحالة المناسبة) :	
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	إجراء فحص طبي بما في ذلك للأعضاء التناسلية:
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	أخذ عينات بيولوجية من أجل إجراء تحاليل ذات هدف علاجي:
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	أخذ عينات للحصول على أدلة جنائية:
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	أخذ صور فوتوغرافية:
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	تمكن الشرطة القضائية و/أو المحاكم من العينات و البيانات الطبية المتعلقة بي:
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	علاج كل المضاعفات الطبية:
إمضاء الشاهد	إمضاء

11- CONSENTEMENT

التاريخ : ____/____/____	جذابة موافقة
اسم المؤسسة : _____	
أشهد أنا الموقع(ة) أسفله،	
أن الدكتور(ة) _____	
قام بشرح إجراءات الفحص الطبي و تجميع وسائل الإثبات	
و تمكن الشرطة القضائية و/أو المحكمة من المعينات المجرة.	
أمنح موافقتي للمؤسسة الصحية المذكورة أعلاه للقيام بالإجراءات التالية :	
(ضع علامة على الخانة المناسبة) :	
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	إجراء فحص طبي بما في ذلك للأعضاء التناسلية:
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	أخذ عينات بيولوجية من أجل إجراء تحاليل ذات هدف علاجي:
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	أخذ عينات للحصول على أدلة جنائية:
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	أخذ صور فوتوغرافية:
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	تمكن الشرطة القضائية و/أو المحاكم من العينات و البيانات الطبية المتعلقة بي:
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	علاج كل المضاعفات الطبية:
إمضاء الشاهد	إمضاء

Formulaire de consentement Date : ___/___/___

Nom de la structure sanitaire : _____

Je, soussigné(e), _____ (inscrire l'identité de la victime) atteste que le Docteur
_____ (inscrire l'identité du médecin) m'a expliqué la procédure
de l'examen, de la collecte des preuves et de la remise des constatations à la police et/ou au tribunal.


J'autorise donc la structure sanitaire nommée ci-dessus à effectuer les interventions suivantes :

Cocher les cases correspondant aux interventions autorisées

- Pratiquer un examen médical, y compris gynécologique
- Prélever des échantillons biologiques pour toute investigation à visée médicale
- Prélever des échantillons pour une investigation à visée judiciaire
- Prendre des photographies
- Fournir les preuves et l'information médicale concernant mon affaire à la police et/ou aux tribunaux
- Traiter toute complication médicale

Signature de la victime Signature du (de la) témoin

3/ Rôle de l'assistance sociale dans la PEC des femmes victimes d'agressions sexuelles [116]:



Normes et Standards pour la prise en charge des femmes et des enfants survivants à la violence

GUIDE DE REFERENCE

Annexe 9

Rôle de l'assistante sociale dans la prise en charge des femmes victime de violence.

Accueil

Les victimes arrivent à l'hôpital traumatisées, déprimées, désespérées, apeurées, souvent chassées, ou enfuies du domicile conjugal à une heure tardive, sans ou avec des enfants à charge, sans moyens, et sans aucun soutien familial.

Elles doivent trouver chez l'assistante sociale tout le réconfort, le soutien et l'aide appropriée, ce qui leur permettra d'être en confiance et de s'exprimer avec aisance.

De ce fait l'accueil devra être chaleureux, respectueux et sécurisant.

Il faut donc :

- Etre disponible pour écouter
- Accepter la personne telle qu'elle est sans jugement préalable
- Et respecter la confidentialité

Entretien

Entrer en relation avec la personne pour comprendre son problème et sa demande, ceci suppose :

- une écoute active
- une attitude objective
- une attitude d'empathie
- une attention pour décoder un problème ou une demande sous-jacente.

Evaluation de la situation

Pour voir la conduite à tenir, en tenant compte des potentialités de la personne et de son environnement.

Information et renseignements

Sur les possibilités d'aide existantes (à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital)

Accompagnement social

- Accompagnement dans toutes les démarches nécessaires à l'hôpital pour lui permettre de bénéficier des soins adéquats dans les meilleurs délais.
- Assistance pour les soins et le certificat médico-légal (gratuité), médicaments, vêtements, béquilles, chaises roulantes et le transport.
- Visite au chevet des victimes en cas d'hospitalisation.

Orientation

- vers un service à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital (selon l'indication du médecin de la cellule)
- vers les centres d'écoute pour une assistance juridique
- vers le tribunal ou le commissariat pour déposer une plainte

Ceci se fait à la demande de la victime.

Facilitation des démarches A l'extérieur de l'hôpital :

- Par liaison ou contact téléphonique avec les différents partenaires externes (centres d'écoute, assistantes sociales ou médecins des hôpitaux spécialisés... ..)
- Intervention dans les cas où la victime a besoin d'hébergement sécurisé (à sa demande), par contact avec les centres d'hébergement appropriés s'ils existent..

Suivi

Assurer le suivi de la situation quand c'est possible en maintenant le lien avec les différents partenaires (membres du réseau local identifié) pour avoir un feedback.

Travaux rédactionnels

- Recueil des informations sur un support approprié
- Rédaction des enquêtes sociales
- Etablissement des rapports statistiques
- Archivage des documents

163

4/ fiche du ministère du développement social de la famille et de la solidarité :

استمارة خاصة بتصريحات النساء ضحايا العنف

وزارة التنمية الاجتماعية والأسرة والمساكن

MINISTRE DU DEVELOPPEMENT SOCIAL DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE

مصدر المعلومات

المنطقة	2. الإقليم	3. رقم الاستمارة	رقم تسلسلي	المنطقة	رمز الخلية
---------	------------	------------------	------------	---------	------------

معلومات حول الضحية

1. مستشفى	2. الدرك الملكي	3. الأمن الوطني	4. محكمة	5. مركز الاستماع الوطني
-----------	-----------------	-----------------	----------	-------------------------

معلومات حول الضحية

1. حضري	2. قروي			
1. عادية	2. حامل	3. معاقة	4. مريضة	5. منعمة على المخدرات

المميزات الديمغرافية والاقتصادية للضحية والمعتدي

1. متزوج	2. طليق	3. خطيب	4. أخ أو أخت	5. أب أو أم	6. عائلة الضحية
7. صديق	8. عائلة الزوج	9. هيئة التدريس	10. مشغل أو رئيس في العمل	11. جار	12. علاقة بياها

حالة العائلة

1. متزوج (ع)	2. عزوب/عازبة	3. مطلق (ع)	4. أرمل (ع)	5. غير معروف
--------------	---------------	-------------	-------------	--------------

مستوى التلاميذ

1. بدون	2. ابتدائي	3. إعدادي	4. ثانوي	5. جامعي	6. غير معروف
---------	------------	-----------	----------	----------	--------------

نشاط المهني

1. حرفي (ع) أو عامل (ع)	2. ربة بيت	3. طالب (ع)	4. عاطل (ع)	5. متقاعد (ع)
6. مستخدم (ع) بيوت	7. إطار متوسط/مستخدم (ع)	8. تاجر (ع) أو مستغل (ع)	9. مهاجر (ع)	10. إطار عالي أو عضو من الحركة
11. مسؤول (ع) في إدارة	12. غير معروف			

جنس المعتدي

1. ذكر	2. أنثى
--------	---------

أسباب زيارة الضحايا للخلايا والأجراءات المتخذة

الخلية	أسباب الزيارة	الإجراءات المتخذة
المستشفى	1. طلب معلومات	1. تم الشهادة طبية
	2. الحصول على شهادة	2. استشارة بالمستشفى
	3. التكفل النفسي	3. تقديم علاجات
	4. التكفل الطبي	4. التوجيه نحو
المحكمة	1. طلب معلومات	1. المرافعة في حالة اعتقال
	2. المتابعة القضائية	2. المتابعة في حالة سراح
	3. وضع شكاية	3. الحفظ بالتنزل
	4. إقامة صلح	4. الحفظ للأسباب أخرى
الدرك الملكي	1. وضع شكاية	1. تحرير محضر
		2. إخبار النيابة العامة
		3. إلقاء القبض على المعتدي
لأمن الوطني	1. طلب معلومات	1. تحرير محضر
	2. وضع شكاية	2. إخبار النيابة العامة
		3. إلقاء القبض على المعتدي
الاستماع	1. طلب معلومات	1. الاستماع و الدعم النفسي

أشكال وأشكال الاعتداء و معلومات حول العنف									
معلومات حول العنف									
20. أفعال الإعتداء		21. مكان العنف	22. زمن العنف	23. وتيرة العنف	24. التأثير العضوي للعنف	25. التأثير النفسي للعنف			
1	بيت الزوجية	1	صباحا	1	دائم	1	رضوخ	1	التوتر
2	مكان العمل/الدراسة	2	زوالا	2	منوّد	2	كسور	2	الخوف
3	الشارع	3	ليلا	3	نادر	3	نزيف	3	التهيار حصبي
4	منزل الضحية	4		4	أول مرة	4	امسقاط الجنين	4	محاولة التحاير
5	مرفق عمومي	5		5		5	حمل		
6	منزل المعتدي	6		6		6	اقتضاض البكوة		
العنف الجسدي									
1	الضرب والجرح								
3	التسمم								
4	حرق								
5	إجهاض								
6	اختطاف/احتجاز								
7	عنف مقضي إلى الموت								
العنف الجنسي									
1	اغتصاب								
2	علاقات جنسية شاذة								
3	نقل مرض جنسي								
4	تحرش جنسي								
5	زنا المحارم								
6	تحريض على الفساد								
العنف المتعلق بتطبيق مبادئ الأسرة									
1	الطرد من بيت الزوجية								
2	عدم الإنفاق على الأسرة	3	عدم الاعتراف بالأطفال	4	رفض ثبوت الزوجية	5	عدم التسجيل بالحالة المدنية		
6	الحرمان من الزواج	7	الإرغام على الزواج	8	الحرمان من حضارة الأطفال	9	الحرمان من زيارة الأطفال		
10	المنع من الإنجاب	11	تعدد الزوجات بتحليل القوتون	12	الغياب والهجر				
العنف المصنوعي									
1	السب والقذف والتحقير	2	تكسيرات المنزل	3	التهديد	4	التهجم على المسكن	5	خيانة زوجية
6	الحرمان من الخروج	7	اختطاف الأبناء	8	تمزيق أو حرق ملابس	9	مضايقة نفسية		
العنف الاقتصادي والاجتماعي									
1	عدم الإنفاق على الأسرة	2	الطرد التمسفي من البيت	3	الحرمان من التطبيب	4	عدم توفير سكن مستقل		
5	الحرمان من العمل	6	الحرمان من الميراث	7	الحرمان من الدراسة	8	الاستيلاء على أعراض خاصة أو ممتلكات		
9	الطرد من بيت العائلة	10	الحرمان من وثائق رسمية	11	السرقه				
26. وسائل الاعتداء الجسدي									
1	الأيدي والأرجل	2	صدمات كهربائية	3	سلاح	4	مواد كيميائية	5	الكي
						6	أدوات منزلية		

المميزات الديمغرافية و الاقتصادية للمعتدين (في حالة التصريح بأكثر من معتدي واحد)

المعتدي 2

12. جنس المعتدي		1 ذكر	2 أنثى
13. السن			
14. الحالة العائلية	1 متزوج(ة)	2 أعزب/عزبة	3 مطلق(ة)
17. المستوى الدراسي	1 بدون	2 ابتدائي	3 ابتدائي
10. النشاط المهني	1 حرفي(ة) أو عامل(ة)	2 ربة بيت	3 طالب(ة)
	6 مستخدم(ة) بيوت	7 إطار متوسط/مستخدم(ة)	8 تاجر(ة) أو مستقل(ة)
	10 إطار عالي أو عضو من الحركة	11 مسؤول(ة) في إدارة	12 غير معروف
	5 غير معروف	6 غير معروف	9 مهاجر(ة)

المعتدي 3

12. جنس المعتدي		1 ذكر	2 أنثى
13. السن			
14. الحالة العائلية	1 متزوج(ة)	2 أعزب/عزبة	3 مطلق(ة)
17. المستوى الدراسي	1 بدون	2 ابتدائي	3 ابتدائي
10. النشاط المهني	1 حرافي(ة) أو عامل(ة)	2 ربة بيت	3 طالب(ة)
	6 مستخدم(ة) بيوت	7 إطار متوسط/مستخدم(ة)	8 تاجر(ة) أو مستقل(ة)
	10 إطار عالي أو عضو من الحركة	11 مسؤول(ة) في إدارة	12 غير معروف
	5 غير معروف	6 غير معروف	9 مهاجر(ة)

المعتدي 4


12. جنس المعتدي		1 ذكر	2 أنثى
13. السن			
14. الحالة العائلية	1 متزوج(ة)	2 أعزب/عزبة	3 مطلق(ة)
17. المستوى الدراسي	1 بدون	2 ابتدائي	3 ابتدائي
10. النشاط المهني	1 حرافي(ة) أو عامل(ة)	2 ربة بيت	3 طالب(ة)
	6 مستخدم(ة) بيوت	7 إطار متوسط/مستخدم(ة)	8 تاجر(ة) أو مستقل(ة)
	10 إطار عالي أو عضو من الحركة	11 مسؤول(ة) في إدارة	12 غير معروف
	5 غير معروف	6 غير معروف	9 مهاجر(ة)


المعتدي 5

12. جنس المعتدي		1 ذكر	2 أنثى
13. السن			
14. الحالة العائلية	1 متزوج(ة)	2 أعزب/عزبة	3 مطلق(ة)
17. المستوى الدراسي	1 بدون	2 ابتدائي	3 ابتدائي
10. النشاط المهني	1 حرفي(ة) أو عامل(ة)	2 ربة بيت	3 طالب(ة)
	6 مستخدم(ة) بيوت	7 إطار متوسط/مستخدم(ة)	8 تاجر(ة) أو مستقل(ة)
	10 إطار عالي أو عضو من الحركة	11 مسؤول(ة) في إدارة	12 غير معروف
	5 غير معروف	6 غير معروف	9 مهاجر(ة)

5/Fiche de l'assistance sociale au sein de la cellule de PEC des FEEVV au niveau du CHU Hassan II Fès

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
CENTRE HOSPITALIER HASSAN II - FES
UNITE DE PRISE EN CHARGE DES FEMMES
ET ENFANT VICTIMES DE VIOLENCE





FES LE :

Fiche d'information

Nom et prénom :

Age:

Adresse :

Niveau scolaire :

Lieu et date de violence :

Type de violence :

L'agresseur :

Diagnostic :

Situation sociale :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6/ Exemple d'une demande d'examen sous réquisition :

المملكة المغربية
وزارة العدل
محكمة الاستئناف
.....
المحكمة الابتدائية
.....
النيابة العامة
خلفية التكفل بالنساء
والأطفال

أمر بإجراء فحص طبي
بخصوص اعتداء جنسي

نحن (1)
بناء على الشكاية المقدمة ضد المسمى :
بارتكاب جناية الاغتصاب والاعتداء الجنسي
فنتقدم الطبيب الدكتور :
بمستشفى : الجسالي
للقيام بفحص الضحية : (الهوية الكاملة)
وفق النموذج المعتمد من طرف وزارة الصحة
وذلك من أجل (2) :
- إجراء فحص بدني.
- إعطاء وصف دقيق لكل الإصابات البدنية والجروح أو الحروق.
- الإشارة إلى مواضعها، مساحتها، عددها، قديمة أو حديثة.
- إجراء فحص مهبطي (علامات فض البكارة، حديثة أو قديمة)
- إجراء فحص شرجي (الرضوض الظاهرة).
- التأكد من احتمال وجود حمل.
- بيان الآثار النفسية للاعتداء الذي تعرضت له الضحية.
- بيان مدة العجز الكلي الموقوف الذي لحق بالضحية.
- وضع تقرير مفصل عن كل ذلك وتوجيهه إلينا حالا - داخل أجل (2)

ملف :
ملاحظة :
تؤدي الصوائر (الأجور)
بواسطة قوائم بيانية
تحرز في ثلاثة نظائر
طبقا للنموذج المعد لهذه
الغاية.
(الفصول 34, 35, 36
و37 من ظهير 31 دجنبر
1986)

1) الوكيل العام للملك أو
وكيل الملك.
2) يشطب على ما لا فائدة
فيه.

وحرر بـ فاتي في 22

BIBLIOGRAPHIE

- [1] SOMOGYI A. Item 183 : accueil d'un sujet victime de violences sexuelles. Elsevier, Masson. Le tout en un ECN, 2011.
- [2] Roxanne A. Vrees, MD Evaluation and Management of Female Victims of Sexual Assault OBSTETRICAL AND GYNECOLOGICAL SURVEY Volume 72, Number 1 2017.
- [3] World Health Organization. Violence against women – Intimate partner and sexual violence against women. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
- [4] Audrey DARSONVILLE, « Le surinvestissement législatif en matière d'infractions sexuelles », Archives de politique criminelle ,Editions A. Pédone 2012/1 (n° 34), p. 31-43.
- [5] Haut-Commissariat au Plan. Enquête nationale sur la prévalence de la violence à l'égard des femmes au Maroc • 2009
- [6]: National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011
- [7] PETERMAN A, PALERMO T, BREDEKAMP C. Estimates and determinants of sexual violence against women in the Democratic Republic of Congo. Am J Public Health, 2011, 101, 6, p. 1060-1067.
- [8] DARU PH, OSAGIE EO, PAM IC, et al. Analysis of cases of rape as seen as the Jos University Teaching Hospital, Jos, North Central Nigeria. Niger J Clin Pract, 2011, 14, 1, p. 47-51.
- [9] : Soutoul JH, Chevrant-Breton G. *Les agressions sexuelles de l'adulte et du mineur*. Paris: Ellipses; 1994
- [10] : GUIDE DE REFERENCE Marocain : Normes et Standards pour la prise en charge des femmes et des enfants survivants à la violence 2007.
- [11] Not a minute more Ending Violence Against Women. United Nations Development Fund for Women (UNIFEM), 2003.

- [12] Cantu M, Coppola M, Lindner A.J.: Evaluation and management of the sexually assaulted woman. *Emerg Med Clin N Am* 21 (2003) 737–750
- [13] Kahn-Nathan J. Le gynécologue face aux violences sexuelles. *Lettre Gynécol* 1997;227:11–4.
- [14] Grossin C, Sibille I, Lorin de la Grandmaison G, Basnar A, Brion F, Durigon M. Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic. Sci Int* 2003;131:125–30.
- [15] Organisation des Nations Unies. «Module de programmation sur le travail avec le secteur de la santé pour mettre fin aux violences contre les femmes et les filles.» 2011.
- [16] Le praticien face aux violences sexuelles. Ministère chargé de la Santé. Imprimerie de France, 2000.
- [17] H. EL NABHANI : Les agressions sexuelles chez la femme adulte en pratique médico-légale (étude rétrospective à propos de 279 cas). Casablanca, thèse n° 150, 2013.
- [18] F. Guillet-May *, O. Thiebaugeorges Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol. *EMC-Médecine* 2 (2005) 13–23
- [19] : Rey-Salmon C. Examen et prise en charge des victimes d'agression sexuelle. *LA REVUE DU PRATICIEN* VOL. 62 Juin 2012
- [20] LEJEUNE J. Caractéristiques médico-légales de l'examen gynécologique normal compare à celui de victimes d'agression sexuelle. THESE en Médecine Spécialisée en Gynécologie Médicale .Nancy 2011
- [21] J. Loriau, A. Soussy. Aspects médico-légaux de la prise en charge d'une victime d'agression sexuelle. *Pelv Perineol* (2006) 1: 265–271
- [22] VOLPELLIER M. Physical forensic signs of sexual torture in children. A guideline for non-specialized medical examiners. *Torture*, 2009, 19, 2, p. 157-166.

- [23] Kadri N., Mchichi Alami K., Berrada S., La sexualité au Maroc : point de vue de sexologues femmes. *Sexologies* (2010) 19, 53—57
- [24] Thibaud E. Examen clinique gynécologique de l'enfant et de l'adolescente. *Ann Dermatol Venereol* 2004;131:873—6.
- [25] Z. Chakhtoura et al. Gynécologie de l'enfant et de l'adolescente *Journal de pédiatrie et de puériculture* (2013) 26, 38—56
- [26] Gardner JJ. Descriptive study of genitalia variation in healthy, non-abused premenarchal girls. *J Pediatr* 1992;120(2 Pt 1):251—7.
- [27] Sugar N, Fine D, Eckert L (2004) Physical injury after sexual assault: Findings of a large case series. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 190: 71-6
- [28] White C, Mc Lean I (2006) Adolescent complainants of sexual assault; injury patterns in virgin and non-virgin groups. *J Clin Forensic Med* 13: 172-80
- [29] Palmer C, McNulty A, d'Este C, et al. (2004) Genital injuries in women reporting sexual assault. *Sex Health* 1: 55-9
- [30]: *De Slaughter L., Brown CRV. : Cervical findings in rape victims, Am J Ob Gyn 164 : 528, 1991)*
- [31] *Hilden M, Schei B, Sidenius K (2005) Genitoanal injury in adult female victims of sexual assault. Forensic Science International 154: 200-5*
- [32] PÉPIN G., CHEZE M., DUFFORT G. , VAYSSETTE F. De l'intérêt des cheveux et de la spectrométrie de masse tandem pour la soumission chimique : à propos de neuf cas. *Annales de Toxicologie Analytique*, vol. XIV, n° 4, 2002
- [33] Kintz P., Villain M., Cirimele V, Goullé J.P, Ludes B. Usage criminel de substances psychoactives : le problème de la durée de détection. *Acta Clinica Belgica*. 2002 ; 57 supp.I : 24-3.

- [34] Gaillard Y., Goullé J.P, Pépin G. Le GHB dans la soumission chimique, en médecine légale et en thérapeutique : Interprétation des résultats : sang, urine, cheveux. La Clusaz 2001 : Résumé : 9i m c Congrès annuel de la Société Française de Toxicologie Analytique.
- [35] Verstraete A. Fenêtre de détection des xénobiotiques. 40LN'nc congrès de toxicologie clinique, 24-27 mars 2002, Djerba.
- [36] Ghysel M.H., Pépin G., Kintz P. La soumission médicamenteuse. Toxicorama. 1998 ; 10 : 126-127.
- [37]: Marmar CR , Weis DS. The peritraumatic dissociative experiences scale. In Wilson JP, editor. Assessing Psychological Trauma and PTSD: a handbook for practitioners. New York: Guildford Press, 1997.p421-28.
- [38]:Organisation mondiale de la santé. classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (10^e ed). Paris : Masson 1993.
- [39] État de stress post-traumatique (ESPT) Brillon, P. (1999). Se relever d'un traumatisme, Réapprendre à vivre et à faire confiance. Québecor Éd., Montréal.
- [40] Lopez G. Clinique et prise en charge des adultes victimes d'agressions sexuelles. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-510-A-60, 2012.
- [41] Organisation Mondiale de la Santé. «Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes: prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire intime.» 2013.
- [42]: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders_ (5th ed). 2013.
- [43]: Kessler R, Sonnega A, Bromet Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1995;52:1048-60.

- [44] : Monnet François P., Soussy A., Monnet P.B., Diamant-Berger O. Approche psychopathologique de victimes de violences sexuelles à partir de l'expérience du service médico-judiciaire de l'Hôtel-Dieu à Paris. In: *Déviance et société*. 1989 - Vol. 13 - N°4. pp. 339-351.
- [45] Salmona M. *Le Livre noir des violences sexuelles*. Dunod. 2013.
- [46] Lazimi G, Duguet A, Lopez G, De Beco I, Salmona M, Piet E, Hervé C, Jehel L, Senon JL, Ducrocq F. *Violences Sexuelles et autres violences faites aux femmes*. *Revue Médecine*. 262---268. 2014 Juin.
- [47] Vaiva G, Ducrocq F. Neurobiologie des états de stress psychotraumatiques. In: Jehel L, Lopez G, editors. *Psychotraumatologie*. Paris: Dunod; 2006. p. 13-25.
- [48] Lopez G. Comment aborder et traiter une maltraitance ancienne chez l'adulte? In: *Conférence de consensus, Les conséquences des maltraitances sexuelles : les reconnaître, les soigner, les prévenir*. Paris: John Libbey Eurotext; 2004. p. 217-38.
- [49] Ledoux JE, Muller J. Emotional Memory and psychopathology. *Philosophical Transactions Of the Royal Society Of London B: Biological Sciences*. 1997 Nov 29;352(1362):1719-26.
- [50] McFarlane AC. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry*. 2010 Feb;9(1):3-10.
- [51] Lettre n°1 de l'Observatoire national des violences faites aux femmes. MIPROF. 2013.
- [52] Valladares E, Peña R, Ellsberg M, Persson LA, Högberg U. Neuroendocrine Response to violence during pregnancy-----impact on duration of pregnancy and fetal growth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(7):818-23.

- [53] Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB, Mayberg HS, North CS, Stein MB. Posttraumatic Stress disorder: A state of the science review. *Journal Of Psychiatric Research*. 2006 Feb; 40(1):1–21.
- [54] Yehuda R, LeDoux J. Response Variation Following Trauma: A Translational Neuroscience Approach to Understanding PTSD. *Neuron*. 2007 Oct 4;56(1):19–32
- [55]Bremner JD, Vythilingam M, Vermetten E, Southwick SM, McGlashan T, Nazeer A, et al. MRI And PET Study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2003 May. 160(5):924–32.
- [56] Shin LM, Rauch SL, Pitman RK. Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006 Jul 1;1071(1):67–79.
- [57] Salmona M. Mémoire traumatique et conduites dissociantes, in Coutanceau R, Smith J (eds.). *Traumas et résilience*. Paris : Dunod, 2012
- [58] Site de l'association Mémoire Traumatique Et Victimologie www.memoiretraumatique.org (Août 2015)
- [59] Ullman SE, Najdowski CJ. Correlates of serious suicidal ideation and attempts in female adult sexual assault survivors. *Suicide Life Threat Behav*. 2009; 39:47–57.
- [60] Morvant C. *Le Médecin face aux violences conjugales : Analyse à partir d'une étude auprès de médecins généralistes*. Thèse De médecine générale. Paris 6. 2000.
- [61] Ray-Salmon C. Violences Sexuelles Item 10/Q 183. *La Revue Du Praticien*. 2014 Janv. 64(1):135.
- [62]Henrion R. Rapport. 2001.

- [63] Lettre N°4 de l'Observatoire National des violences faites aux femmes. OMS, 2014
- [64] LINET T, NIZARD J. Constats de violences sexuelles : rédaction d'un protocole d'accueil et mise en pratique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2004, 33, p. 99-109
- [65] SPITZER RF, KIVES S, CACCIA N, et al. Retrospective review of unintentional female genital trauma at a pediatric referral center. *Pediatric Emergency Care*, 2008, 24, 12, p. 831- 835.
- [66] Rebecca J. Cook, Bernard M. Dickens .Hymen reconstruction: Ethical and legal issues. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 107 (2009) 266–269
- [67] Ross L.N.: Commentary: Surgery is not what it seems. *Education and debate BMJ VOLUME 316 7 FEBRUARY 1998*
- [68] BRONCHARD M, ROBIN M, MAURIAC F, et al. Prise en charge des adolescentes et des adultes victimes de viols extra-familiaux dans les suites récentes de leur agression. *L'Encéphale*, 2001, 27, 1, p. 1-7.
- [69] Kavanaugh ML, Saladino RA, Gold MA. Emergency contraception services for adolescents: a National Survey of Children's Hospital Emergency Department Directors. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2009;22:111-9.
- [70] Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:320-4.
- [71] Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:531-7.
- [72] Batur P ;Lisa N. Kransdorf; and Petra M. Casey: Emergency Contraception. *Mayo Clin Proc.* 2016;91(6):802-807

- [73] Choi DS, Kim M, Hwang KJ, Lee KM, Kong TW. Effectiveness of emergency contraception in women after sexual assault. *Clinical and Experimental Reproductive Medicine*. 2013;40(3):126-130. doi:10.5653/cerm.2013.40.3.126.
- [74] Glasier A.F. et al, Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet* 2010; 375: 555-62
- [75] Cleland K, Zhu H, Goldstuck N, et al. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience. *Hum Reprod*. 2011; 27:1994-2000.
- [76] M Detoef : Contraception d'urgence (chap 52) « La contraception en pratique: De la situation clinique à la prescription » Elsevier Health Sciences France, 2013
- [77] FFPRHC (Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care) Guidance (April 2006). « Emergency contraception ». *J Fam Reprod Health Care* 2006 ; 121-8.
- [78] QUESTREL F, KIERZEK G, FOURNIER L, et al. Aspects médico-légaux du traumatisme sexuel. *EMC, Gynécologie*. Mise à jour 2007, 205-A-10, 8p.
- [79] MEIN JK, PALMER CM, SHAND MC, et al. Management of acute adult sexual assault. *MJA*, 2003, 178, p. 226-230.
- [80] Campbell, et Soeken. «Forced sex and intimate partner violence: effects on women'shealth.» *Violence against women*, 1999: 1017-1035.
- [81] Seña A.C., et al.: Sexual Assault and Sexually Transmitted Infections in Adults, Adolescents, and Children. *Clin Infect Dis*. 2015 Dec 15; 61 Suppl 8:S856-64.
- [82] Gavril AR, Kellogg ND, Nair P. Value of follow-up examinations of children and adolescents evaluated for sexual abuse and assault. *Pediatrics* 2012; 129:282-9.

- [83] Forna F, Gülmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women. Cochrane Database Syst Rev 2003; CD000218
- [84] Centers for Disease Control and Prevention. 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 2005; 54(RR-2):6–12.
- [85] Chacko L, Ford N, Sbaiti M, Siddiqui R. Adherence to HIV postexposure prophylaxis in victims of sexual assault: a systematic review and meta-analysis. Sex Transm Infect 2012; 88:335–41
- [86] Roland ME, Myer L, Martin LJ, et al. Preventing human immunodeficiency virus infection among sexual assault survivors in Cape Town, South Africa: an observational study. AIDS Behav 2012; 16:990–8
- [87] Tosini W, Muller P, Prazuck T, Benabdelmoumen G, Peyrouse E, Christian B, Quertainmont Y, Bouvet E, Rabaud C. : Tolerability of HIV postexposure prophylaxis with tenofovir/emtricitabine and lopinavir/ritonavir tablet formulation. AIDS. 2010 Sep 24; 24(15):2375–80
- [88] N.ATI KI Profil épidémiologique des accidents exposant au sang chez le personnel soignant de l'hôpital IBN SINA de Rabat. Faculté de médecine de Rabat, Thèse n°9 / 2011
- [89] OMS: Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection .Recommendations for a public health approach - Second edition .June 2016
- [90] OMS: Stratégie de coopération OMS-MAROC 2017-2021 / Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de la Méditerranée orientale. 2016

- [91] News Medical. Virus de l'hépatite C rarement transmis par voie sexuelle entre les hétérosexuels monogames. Mars 2013. www.news-medical.net/news/20130319/15005/French.aspx
- [92] Unger ER, Fajman NN, Maloney EM, et al. Anogenital human papillomavirus in sexually abused and nonabused children: a multicenter study. *Pediatrics* 2011; 128:e658-65.
- [93] Schiller JT, Castellsagué X, Garland SM. A review of clinical trials of human papillomavirus prophylactic vaccines. *Vaccine* 2012; 30(suppl 5):F123-38.
- [94] Kreimer AR, Rodriguez AC, Hildesheim A, et al. Proof-of-principle evaluation of the efficacy of fewer than three doses of a bivalent HPV16/18 vaccine. *J Natl Cancer Inst* 2011; 103:1444-51.
- [95] Cummings T, Zimet GD, Brown D, et al. Reduction of HPV infections through vaccination among at-risk urban adolescents. *Vaccine* 2012; 30:5496-9.
- [96] Campbell. «Health consequences of intimate partner violence.» *The Lancet*, 13 Avril 2002: 1331-1336
- [97]: McCauley et al.: Substance use among women receiving post-rape medical care, associated post-assault concerns and current substance abuse: Results from a national telephone household probability sample. *Addict Behave.* 2013 April ; 38(4): 1952-1957.
- [98] Judith A. Linden, M.D. Care of the Adult Patient after Sexual Assault *N Engl J Med* 2011 ;365:834-41 updated on March 29, 2012, at NEJM.org.
- [99] HAS : Certificat médical initial concernant une personne victime de violences, RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE, Octobre 2011.
- [100] P. Saint-Martina, M. Bouyssy, A. Jacquet, P. O'Byrne : Les victimes d'abus sexuels : éléments médico-légaux et suites judiciaires (analyse de 756 cas). *Journal de Gynécologie Obstétr et Biol de la Reprod* 36 (2007) 588-594

- [101]HAS : Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans, RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE, JUILLET 2009.
- [102] Fédération française de psychiatrie : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle CONSENSUS ET RPC. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 30 (2002) 1005–1013
- [103] B.LE Dare, A. Jehannin, F. Lanoe, F. Philippe,C. Tassel , M. Abondo, N. Marie : Prise en charge thérapeutique des auteurs d'agressions sexuelles. Annales Pharmaceutiques Françaises (2015) 73, 257—265.
- [104] S. Hachouf, M. Bénézech : Éléments pour une approche thérapeutique des agresseurs sexuels Ann Méd Psychol 2001 ; 159 : 182–9
- [105] BOUTET G. Examen gynécologique. EMC, Gynécologie. Mise à jour 2010, 43-A-10, 26p
- [106] Chambonet JY, Douillard V, Urion J, Mallet R. La Violence conjugale : prise en charge en médecine générale.2000 Sep 18 .14(507):1481–5.
- [107]Cornilleau A. Le Médecin face aux violences conjugales: évolution des pratiques en 10 ans. Thèse De Médecine générale. 2012.
- [108]Lazimi G. The General practitioner's role in identifying and supporting female victims of violenceRev Infirm. 2014 Nov. 205:25–7.
- [109] Le Bail AS. Etat Des lieux des connaissances de médecins généralistes rennais sur la prise en charge de femmes victimes de violences conjugales. Thèse De médecine générale. Faculté De médecine de Rennes. 2010.
- [110] Barrios L, Renaud C, Bresson C, Boidin L, Rodat O, Leux C. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes sur la détermination de l'incapacité totale de travail. La revue du Prat. Janv 2014. 64(1):19.
- [111] HAS. Comment Etablir un certificat médical initial ? Mai 2012.

- [112] Vasseur P. Profil De femmes victimes de violences conjugales. La Presse Médicale. 2004 Dec;33(22):1566-8.
- [113] LATHROP A. Pregnancy resulting from rape. J Obstet Gynecol Neonatal Nurse, 1998, 27, p. 25-31
- [114] Sprague S, Kaloty R, Madden K, Dosanjh S, Mathews DJ, Et al. Perceptions Of intimate partner violence: a cross sectional survey of surgical residents and medical students. J INJ VIOLENCE RES. 5(1):1-10.
- [115] AUSLENDER V. LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES : ENQUÊTE NATIONALE AUPRÈS DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. Thèse de médecine générale. Paris 6. 2015
- [116] GUIDE DE REFERENCE Marocain : Normes et Standards pour la prise en charge des femmes et des enfants survivants à la violence 2007 p163.