SOMMAIRE

INTRODUCTION..... 1

Chapitre I : Problématique et objectifs de l'étude du viol..... 4

I Généralité 5

II Problématique 10

1. Situation du problème.....10
2. Qu'est ce qu'un viol.....10
3. Matérialité du viol.....10
   - 3.1. Considération anatomiques.....11
   - 3.2. Viol chez la vierge.....19
   - 3.3. Viol chez la non vierge.....23
4. Cas particulier.....24

III. Objectifs de l'étude du viol 27

IV. Fréquence et gravité du problème.....29

1. le viol à travers le monde.....29
   - 1.1 Pays développés 29
   - 1.2 Pays en voie de développement.....30

Chapitre II : Diagnostic Médico-légal 31

I. Rappel des manifestations cliniques.....33

1. conditions de l'examen.....33
2. Interrogatoire 33
3. Examen clinique.....36
   - 3.1. Examen de la sphère génitale 37
   - 3.2. Gestes a effectuer lors de l'examen d'une victime 38

4. Examens complémentaires 38
   - 4.1. Bilan radiologique.....44
   - 4.2. Bilan biologique.....45
5. Rédaction du rapport.....53
6. Preuve du Viol 55

II. Cas particulier de l'inceste 56

III. Conséquences cliniques et psychologiques 60

1. Conséquence du viol.....60
   - 1.1. Conséquences médico-légales.....60
   - 1.2. Conséquence médicales 61
   - 1.3. Conséquences psychopathologiques 65
   - 1.4 Conséquences sociales 67
2. Criminologie et aspect psychologiques 71
   - 2.1. Psychologie des violeurs
   - 2.2 Psychologie des violés 73

Chapitre III : Enquête épidémiologique……75
I. Enquête épidémiologique ……77

Etude rétrospective ..……78
1. Protocole d'étude……78
2. Objectifs ……..78
3. Méthodologie……...79

Etude prospective ……80
1. Matériel d'étude ……80
2. Résultats……..82
II. Résultats ……..91
III. Discussion……..89
IV. Cas cliniques……112
1. Présentation de cas cliniques……112
2. Discussion……124

Chapitre VI : Prise en charge ……128
I. Prise en charge ……...130
1. Médicale : rôle du médecin……130
2. Sociale……132
2.1. Famille……132
2.2 Les réponses sociales ……132
3. Juridique : réparation du préjudice……132
3.1. Eléments d'évaluation du préjudice corporel et psychopathologique ……132
3.2 Quant l'évaluer ……133
3.3 comment l'évaluer ……135
3.4 Problèmes juridiques……...139
3.5 responsabilité de l'expert……142
II. Prévention ……142
1. Actions préventives……142
1.1 Chez les victimes……142
1.2 Chez les agresseurs ……...142
2. Proposition de dispositions légales et sociales……...143

Chapitre V : Législation……146
I. Législation ……148
1. La loi pénale……152
2. La loi pour la protection et la promotion de la santé……. … 152
3. Code de la famille……152
4. Code de déontologie……152
5. Code civil…….. 153
6. Code de procédure pénale……153
7. Organisation Mondiale de la santé (OMS)…… 153
II. Réflexions……155
Conclusion ……158
Bibliographie……162

Je dédie cette thèse à :

Mon père , qui n'est plus parmi nous.

Ma mère

Mon épouse

Mes enfants

A notre Maître,

Madame le Professeur F.MERAH première femme médecin légiste en Algérie et en Afrique.

Trouvez aujourd'hui le témoignage de notre profond respect.

Nous vous remercions de la confiance placée en nous.

C'est grâce à vous et à votre enseignement que nous avons pu accomplir ce travail.

Nous tenons également a exprimer notre profonde reconnaissance à notre maître de médecine légale, le Professeur Y.MEHDI qui nous a toujours aidé encouragé et soutenu par ses spécieux conseils.

Au Professeur DURIGON, pour son aide et ses précieuses orientations.

C'est un plaisir pour nous d'exprimer notre fidèle amitié aux Professeurs BENHARKAT Abdelaziz et LAIDI Mohamed Salah.

Que tous nos camarades d'études trouvent ici l'expression de nos meilleurs sentiments.

INTRODUCTION

Dans le monde, beaucoup de femmes sont victimes de violences au quotidien , notamment : violences physiques , sexuelles et morales .

L'article 48 de la déclaration universelle des droits de l'homme adoptée le 10 Décembre 1948 par l'assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies , définit la violence comme étant :

« tout acte , toute négligence , toute menace dans quelque domaine ce que soit , infligeant ou susceptible d'infliger un traumatisme physique , sexuel ou psychologique à des femmes ».

Parmi les agressions sexuelles rencontrées , le viol constitue un phénomène difficile à cerner .

Notre étude à pour objectif :

- De situer le viol
- De proposer une définition médico-juridique appropriée .
- De mettre en place une prise en charge adéquate de ces victimes suivant une approche médicale , sociale et juridique .

Notre travail a permis de relever plusieurs points importants, à savoir :

- L'intérêt d'une étude et d'une concertation juridisciplinaire pour améliorer la perception de la gravité de la situation actuelle des victimes .
- La connaissance de l'origine de ce problème en vue d'adopter des mesures qui s'imposent.
- La nécessité de disposer de moyens infrastructurels, médicaux et sociaux en y adoptant des textes juridiques , afin d'éviter perpétuation de ce phénomène .

Ainsi , l'application de ces différentes propositions est en mesure d'adopter des réponses aux différents points soulevés par l'étude du viol.

En effet la prise en compte des violences à l'encontre des femmes, en général, et celle du viol en particulier se base essentiellement :

- tant sur l'urgence médicale, que juridique et sociale,

- sur la prévention d’une telle problématique qui ne cesse de prendre de l’ampleur de par le monde et également dans notre pays.

L’étude que nous allons entreprendre comporte essentiellement celle du viol, liée, il faut le préciser à une entité féminine, de tout âge, n’importe quel moyen pouvant être utilisé pour se faire.

On élimine par conséquent de notre étude, toutes les violences sexuelles commises sur une personne de sexe masculin (qui fait partie des attentats à la pudeur et particulièrement des actes contre nature), ou du même sexe (homosexualité).

CHAPITRE - I -

PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE DU VIOL

I – GENERALITES

1-Définitions

II – PROBLÉMATIQUE

1 – Situation du problème.
2 – Qu'est-ce qu'un viol ?
3 – Matérialité du viol.
    3-1- Considérations anatomiques.
    3-2- Viol chez la vierge.
    3-3- Viol chez la non vierge.
4 – Cas particuliers.

III – OBJECTIFS DE L'ETUDE DE VIOL

IV – FRÉQUENCE ET GRAVITE DU PROBLÈME

1- Le viol a travers le monde.

1-1- Pays développés.

1-2- Pays en voies de développement.

I – GENERALITES

1-DEFINITIONS :

Tout au long de l'histoire, et plus particulièrement au cours des guerres, les femmes ont été victimes de diverses formes d'agressions dont la plus répandue semble être le viol.

C'est ainsi que le viol inclut par ses contours, la conquête, le pouvoir et la domination d'un groupe d'êtres humains par un autre groupe, quelque soit l'époque, les coutumes, l'éducation ou la culture ; le viol a toujours existé et demeure encore une triste réalité.

En faisant évoluer sa condition sociale, la femme a permis l'instauration de textes législatifs qui permettent de plus en plus de la protéger, et ainsi, conjointement, l'évolution de la définition du viol, n'ayant jamais été ni médicale, ni juridique a été intimement liée à la condition féminine.

L'introduction même du terme (viol) dans le vocabulaire à partir du XVII^{e} siècle souleva l'opposition des grammairiens ; qui prétendaient qu'il n'avait de français que le mot violemment . Ainsi :

Le «LITTRE » rapporte que ce terme signifie « faire violence » à la femme.

Le « LAROUSSE » le définit comme « l'**abus** d'une femme par la force ou par la ruse ; violer vient du mot **violare**, faire violence, prendre de force».

Le « ROBERT », plus explicite, le considère comme un acte de violence par lequel un homme a des relations sexuelles avec une femme, contre sa volonté.

Le dictionnaire « OXFORD » donne quant a lui une étymologie latine au terme anglo-saxon « **rape** » du verbe « rapere ».

Saisir , prendre par la force. Il implique donc la notion de prise de possession de la propriété personnelle de quelqu'un par la violence ou contre sa volonté.

Plus spécifiques ont été les définitions psychiatriques et criminologiques du viol. Les conceptions des psychiatres, psychologues et criminologues sont très variables suivant qu'ils considèrent que le viol est un acte sexuel violent ou bien qu'il est la forme sexuelle d'une violence individuelle on collective. Ainsi donc

SCHERRER en 1958 le définit par des « rapports sexuels consommés dans la violence ».

F. D'HARCOURT (1963), de « relations imposées à une femme qui au moment des relations n'y consent pas ».

LEY RIE (1977), individualise les viols simples « d'exigence masculine impérieuse et égoïste » et les viols graves « témoins de troubles neuro-psychiques authentiques d'une dangerosité constante ».

MAC KELLAR (1978), américaine, féministe considère qu'il s'agit « d'expression sexuelle d'un acte de violence et non d'érotisme ».

G. et M. OSTAPTZEFF et collaborateurs (1980) font du viol : « un acte sexuel impliquant, quelles que soient ses modalités de réalisation, une coparticipation des deux partenaires ». Ils n'hésitent pas à faire parfois de la victime « un véritable agent violeur » que l'on doit expertiser.

Plus globalement et d'une façon plus récente, en psychiatrie, le viol est décrit comme : « Une relation sexuelle par utilisation de la force, de la peur ou de la fraude entre individus du même sexe ou de sexe opposé ; il peut donc être homosexuel ou hétérosexuel ».

D'ailleurs ce n'est que récemment que le viol d'un homme par un autre homme s'avère non seulement possible mais beaucoup plus fréquent qu'on puisse le croire.

Les Américains utilisent l'expression statutory-rape (viol selon le sens imposé par la loi) , lorsque la victime est légalement incapable de consentir à des relations sexuelles.

Entrent dans cette catégorie des victimes : les mineures de moins de 16 ans, celles atteintes de psychoses, de débilité mentale ou d'un handicap physique, de même que celles dont l'état de conscience a été modifié par la maladie, le sommeil, les drogues ou l'alcool.

Est également imposé, l'existence de « l'assaut sexuel » (une composante importante des points cardinaux juridiques américains), qui s'applique lorsqu'une personne a des contacts manuels, oraux ou génitaux avec les parties génitales d'une autre personne, qu'elle soit du même sexe ou du sexe opposé, sans qu'il n'y ait de consentement.

Les juristes ont par ailleurs également apporté leur contribution.
Le code criminel canadien, dans article 143, définit le viol ainsi :
« une personne de sexe masculin commet un viol en ayant des rapports sexuels avec une personne de sexe féminin qui n'est pas son épouse,

– sans le consentement de cette dernière ou

– avec le consentement de cette dernière si le consentement est arraché par des menaces ou par la crainte de lésions corporelles ; est obtenu en se faisant passer pour son époux ou est obtenu par de fausses et frauduleuses représentations sur la nature et le caractère de l'acte ».

Les Français ont apporté quant à eux, presque dans le même sens, une nouvelle définition du viol (23 décembre 1980) ainsi que les principales peines prévues par le code pénal pour le viol et l'attentat à la pudeur.

Auparavant, la notion de viol n'était retenue qu'en cas de coït obtenu par la force ou la menace de la force avec une femme non consentante.

La nouvelle définition, plus récente, comme étant :
« Tout acte de pénétration sexuelle, de quel que nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte ou surprise ».

Plus large et actuelle, l'on admet par cette définition, toute pénétration sexuelle que ce soit par coït ou toute autre manœuvre peut constituer l'élément de base du viol, si l'acte est réalisé par violence, surprise ou par contrainte.

Au niveau maghrébin, la définition proprement dite du viol n'existe toujours pas, en effet seule la qualification juridique et la répression pénale de la violence sexuelle en tant que telle est proposée.

En Tunisie, l'article 227 de la loi n° 85-9 du 07 mars 1985 stipule :

Est puni de mort :

1° - Le crime de viol commis avec violence, usage ou menace d'usage d'arme.

2° - Le crime de viol commis même sans usage des moyens précités sur une personne âgée de moins de 10 ans accompli.

Est puni des travaux forcés à perpétuité le crime de viol commis en dehors des cas précédents.

Le consentement est considéré comme n'existant pas lorsque l'âge de la victime est au dessous de (13) treize ans accomplis.

En Algérie, l'article 336 du code pénal algérien (ordonnance n° 75-47 du 17 juin 1975) stipule : « Quiconque a commis le crime de viol est puni de la réclusion à temps de cinq à dix ans ».

Si le viol à été commis sur la personne d'une mineure de (16) ans, la peine est la réclusion à temps de dix à vingt ans'.

Sans toujours le définir, les articles 337 et 337 bis, dressent les contours juridiques de la répression du viol et de ses auteurs.

Nous pensons qu'une fois défini, donc mieux ou plus facilement répressible, le viol doit pour cela être étudié, classé, traité en soulignant l'intérêt d'une prévention s'appuyant sur l'information du groupe social, sur la fréquence et la gravité des abus sexuels.

Le viol, acte de pouvoir et de violence, qui se trouve dans tous les milieux et dans toutes les classes de la société, bien plus l'éducation, les valeurs sociales, les mœurs, la culture, la religion ; les sentiments et beaucoup d'autre facteurs influencent nos attitudes et modèlent notre perception de ce phénomène.

Malgré sa complexité résultant de nombreuses variables impliquées, il importe néanmoins, de parler du viol autrement, d'en discuter et d'apporter des changements perceptibles dans la façon de l'aborder.

A ce sujet, plusieurs questions se posent à nous :
Qui sont les victimes ? Qui viole ?

La victime subit-elle des traumatismes physiques, et psychologiques ?
Quelle est la démarche du policier ou du gendarme dans les cas de viol ?

Les personnels de la santé :

- Reçoivent-ils et traitent-il d'une manière adéquate les victimes ?
- Peuvent-ils prendre en charge convenablement les agresseurs ?

Le système judiciaire rend- il justice et à la victime et à l'accusé ?
Les femmes peuvent-elles se défendre contre les hommes ?
Pourra-t-on parler de viol lorsque l'agresseur et la victime sont du même sexe ?
Y a-t-il une limite à définir le viol du point de vue social, médical et juridique ?
Enfin, quelles sont les reformes que les femmes, les hommes et la communauté peuvent proposer pour prendre réellement en charge ce phénomène en vue de cerner et de limiter au mieux ses conséquences parfois dramatiques.

Autant de questions auxquelles il est certes difficile de répondre, mais auxquelles néanmoins, nous essayons d'apporter le plus d'éléments sociaux, médicaux et juridiques pouvant y remédier.

Les statistiques sommaires dont on dispose actuellement, que ce soit en Algérie, ou ailleurs dans le monde, illustrent bien la croissance des violences sexuelles en général, et du viol en particulier.

Et même si le débat demeure toujours ouvert, nous pensons que l'analyse des causes responsables de ce phénomène devrait tenir compte essentiellement des facteurs culturels, religieux, sociologiques, économiques et psychologiques du problème.

II – PROBLEMATIQUE

1 – Situation du PROBLÈME :

Il s'avère que, de plus en plus, les agressions sexuelles ont tendance à constituer un véritable fléau social, dont la prévention et même la répression retiennent l'attention des autorités aussi bien médico-sociales (administratives), que judiciaires.

Nos consultations spécialisées nous ont permis de constater, non seulement la propension de ce phénomène au cours de ces dernières années mais également la situation dramatique dans laquelle se retrouvent les victimes de ces agressions, que les autorités sanitaires et judiciaires n'arrivent pas à maîtriser par insuffisance de moyens appropriés.

Le viol constitue l'agression sexuelle la plus fréquente et la plus grave par toutes ses complications et ses séquelles dont la prise en charge n'est qu'imparfaitement et

insuffisamment assurée, ce qui nécessite actuellement des mesures pratiques urgentes.

Il représente également une part de consultation médico-légale non négligeable (prés de 1.5%), d'où l'intérêt porté à l'étude de cette question.
Il apparaît donc nécessaire que tout praticien soit mieux informé sur les conditions et la conduite de l'examen des victimes de violences sexuelles et du viol en particulier.

2 – QU'EST – CE QU'UN VIOL ? :

Les diverses définitions rapportées sont plus juridiques que médicales. Pour cela, il faut plus se baser sur les faits objectifs, généralement constatés lors de l'expertise médico-légale, constitués par des éléments cliniques, radiologiques et biologiques, afin d'apporter la preuve, la matérialité du viol.

Le constat doit se faire sur la base de considérations anatomiques, éléments essentiels du diagnostic positif du viol, à compléter, et éventuellement à confirmer par des examens biologiques et radiologiques.
En effet, une insuffisance ou un retard dans l'élaboration du bilan initial des violences, risque de ne pas parvenir à des conclusions objectives et probantes permettant au magistrat de juger en connaissance de cause

3 – MATERIALITE DU VIOL :

Elément important dans le diagnostic du viol, nous avons jugé utile de rappeler l'anatomie de l'hymen et celle des organes génitaux externes.
Le viol étant classiquement un acte de pénétration sexuelle, il faudra donc rechercher les lésions et différentes traces associées.

3 – 1 – Considérations anatomiques :

3-1-1 : Le périnée antérieur et les organes génitaux externes :

Les limites de cette région sont à la fois profondes et superficielles .
En profondeur, le périnée antérieur va jusqu'à la partie inférieure du muscle releveur de l'anus à travers l'aponévrose périnéale profonde.

En superficie, il constitue une région triangulaire, limitée au sommet par la symphyse pubienne, par la ligne bi-ischiatique à sa base et latéralement par les sillons génito-cruraux.

Les repères osseux de cette région sont facilement perceptibles chez une femme en position gynécologique par :

Le bord inférieur de la symphyse pubienne en avant.
Les branches ischio-pubiennes obliques d'arrière en avant et de dehors en dedans latéralement.
Les tubérosités ischiatiques en arrière.

Ainsi donc, et de par sa situation, le périnée antérieur de la femme présente une morphologie qui sera différente suivant la position des cuisses. Représentant une

simple fente antéro-postérieure située entre la partie supérieure de la face interne des cuisses et étendue depuis le mont de Vénus en avant et jusqu'à 4 cm. de l'anus en arrière, lorsque la femme est en position debout ; mais aussi pourra prendre une forme triangulaire à sommet antérieur pubien, sur la femme en position gynécologique.

3-1-2 : La vulve :

Décrite, comme étant une protubérance ovalaire, allongée dans le sens sagittal, limitée par deux replis cutanés : les grandes lèvres entre lesquelles s'ouvre la fente vulvaire.

Collés en dedans des grandes lèvres, se trouvent deux autres replis minces, antéro-postérieurs et de coloration rosée : les petites lèvres (ou nymphes) qui se rejoignent en arrière au niveau de la fourchette vulvaire, et en avant pour former le clitoris

PLANCHE N° : 1

Entre les grandes et petites lèvres se trouve situé le canal vulvaire au fond duquel s'ouvre

en avant : l'urètre,
en arrière : le vagin, dont l'orifice inférieur est partiellement obturé chez la vierge par l'hymen.

3-1-3- Les grandes lèvres :

Replis cutanés, sous forme quelquefois de bourrelets, de consistance rugueuse, allongés, mesurant 8 à 10 cm. de long et de forme triangulaire, épais à leur base et légèrement surélevés. Le bord libre, arrondi est revêtu de poils.

L'extrémité antérieure se réunit à celle du côté opposé pour former la commissure labiale antérieure.

L'extrémité postérieure se réunit à celle du côte opposé, également pour former la commissure labiale postérieure, ou fourchette vulvaire.

Des deux côtes, la face axiale, glabre et humide, forme au contact de la face extérieure de la petite lèvre le sillon inter-labial.

3-1-4- Les petites lèvres :

Appelées également nymphes, ce sont deux replis cutanés, situés en dedans des grandes lèvres, minces, de coloration rose, glabres et humides. Leur forme est triangulaire, à base inférieure de 3 à 4 millimètres, de 3 à 4 centimètres de longueur et de 1 à 1,5 centimètre de hauteur. Elles tendent en avant et en haut à recouvrir l'urètre, dégageant ainsi la partie postérieure de l'orifice vulvaire.

L'extrémité postérieure, très étroite, s'étale en longueur sur la face intérieure des grandes lèvres et se réunit à celle du côte opposé sur la ligne médiane en délimitant avec la fourchette vulvaire, la facette naviculaire (fossa vestibules vaginale). Quant à l'extrémité antérieure, elle se dédouble en 2 replis secondaires.

- Un repli postérieur, formant à la face postérieure du clitoris, avec son homologue, le frein du clitoris (frenelum clitoridis).

- Un repli antérieur, recouvrant en avant le clitoris, forme avec son homologue opposé, le prépuce clitoridien (capuchon ou prépitium clitoridis).

3-1-5- Le clitoris
L'équivalent du pénis. C'est une saillie conique, parfois cylindrique de 3 à 4 centimètres de long, situé au dessous de la symphyse pubienne et à la partie antérieure de la vulve. Il comprend en général deux parties :

- Le corps ou hampe clitoridienne, sur la face postérieure duquel se fixe le frein du clitoris.

La tête ou extrémité libre et arrondie se situe en bas du corps, appelée également le gland clitoridien..

3-1-6- Le canal vulvaire :

Espace virtuel, limité par la face axiale des grandes et petites lèvres, dont le fond constitue le vestibule. Cet espace est de forme ovalaire, limité en avant par le clitoris, et en arrière par la commissure postérieure des grandes lèvres, comprend deux régions.

Le vestibule urétral, au fond duquel s'ouvre le méat urétral, avec de part et d'autres les deux orifices des glandes de Skene.

Le vestibule vaginal, qui correspond à l'orifice inférieur du vagin.

Il est séparé des petites lèvres par le sillon nympho-hyménéal à la partie postérieure duquel s'ouvre l'orifice des canaux excréteurs des glandes de Bartholin.

Et, c'est justement chez la vierge que cet orifice est partiellement obstrué par l'hymen.

3-1-7- : L'hymen :

Notre expérience, quant à l'examen de plus de 300 cas de femmes victimes de viol ou de tentative de viol, nous laisse penser qu'il existe une multitude de variétés d'hymens. Cela ne fait que confirmer toutes les études faites à ce sujet et qui ont montré en plus une difficulté de classification de ces différents types.

Certains ont voulu les classer en prenant en considération la forme de la membrane, d'autres en se basant sur la forme de l'orifice hyménéal, d'autres enfin admettant ces deux caractères à la fois, comme moyen de classification.

Prenant en compte toutes ces considérations, comme la plupart des auteurs, nous retenons comme base de classification la forme de l'orifice hyménéal, en admettant qu'il existe une forme initiale dont seraient issues toutes les autres.

Ainsi donc, TARDIEU, TOURDEL, admettent la forme labiée comme type initial de l'hymen en se basant sur des notions embryologiques.

HOFFMANN, LACASAGNE et MARTIN-E, suggèrent quant à eux que ce soit l'hymen annulaire qui serait la forme initiale, se basant ainsi sur sa fréquence élevée.

De ces deux formes, de loin les plus fréquentes, apparaissent plusieurs autres formes intermédiaires possédant leurs propres particularités morphologiques.

En tout état de cause, l'étude anatomique de cette structure est un élément de base quant au diagnostic médico-légal du viol, d'où la nécessité d'en connaître toutes les formes morphologiques.

Ainsi donc, sur les 595 dossiers étudiés ,139 cas présentaient à l'expertise médico-légale, différentes formes d'hymen, dont l'étude, a permis de relever :

- hymens de forme annulaire 37,4%
- hymens labiés 20,14%
- hymens semi-lunaires 19,4%
- hymens en fer à cheval 13,66%
- hymens plicaturés (dilatables) 8,6%

- ♦ hymens infranchissables 0,71%

Ces chiffres retrouvés dans notre étude, très proches des statistiques déjà établies par différents auteurs, nous permettent ainsi d'étudier les divers types d'hymens, de par leur fréquence décroissante retrouvée (17).

a - Forme annulaire :

L'orifice prend une forme plus au moins circulaire. Son examen met en évidence la présence d'une commissure postérieure qui est généralement plus importante que la commissure antérieure, à tel point que l'on peut la comparer à la forme présentant un orifice plus ou moins allongé qui est la forme ovale.

PLANCHE N° : 2

b - Forme labiée :

L'orifice est dans ce cas formé par l'existence de deux feuillets disposés de part et d'autre du canal vaginal, dont les bords libres reposent entre eux vers la ligne médiane, entraînant l'aspect de fente parfois verticale, sinueuse ou rectiligne.

Il est cependant nécessaire de préciser un caractère important qui est la présence d'une partie membraneuse, faisant une sorte de commissure à chaque extrémité de la fente.

Cette partie est toujours plus accentuée vers la commissure postérieure et dans le cas ou elle est très développée, l'hymen prend la forme dite en « carène », souvent retrouvée aux premiers stades du développement de la membrane, fréquente chez les nouveau-nés et les jeunes enfants.

On peut enfin obtenir la forme dite en « crête » lorsque cette accentuation est très prononcée.

c - Forme semi-lunaire :

L'orifice hyménéal prend la forme d'un demi-cercle présentant deux bords :
L'un inférieur en demi-cercle, concave.
L'autre supérieur, moins accentué, plus ou moins rectiligne.

La commissure postérieure peut présenter une hauteur assez importante jusqu'à faire rapprocher l'orifice hyménéal du méat urinaire.

Il est à signaler que cette forme peut être très rarement inversée.

d - Forme en fer à cheval :

Très proche de la forme précédente, l'orifice est moins important, plus rectiligne, avec son bord inférieur à concavité plus prononcée.

e - Forme plicaturée :

Ce sont des hymens présentant des membranes très élastiques, très lâches, se dilatant considérablement, atteignant les bords de la paroi vaginale et se traduisant par le plissement de la membrane .

Plusieurs variétés ont été notamment décrites selon la forme initiale correspondante :

- hymen en prépuce (F. en fer de cheval)
- hymen en cul de poule (F. labiée)
- hymen en bourse (F. annulaire)
- hymen en carène (F. semi-lunaire)

Ces différents hymens présentent donc une membrane très ample, peu résistante qui admet sans difficulté et assez souvent sans déchirure l'acte de pénétration du membre viril, particularité retrouvée notamment dans les cas d'hymen dit « complaisant », ou facilement dilatable.

f) Forme infranchissable :

Comportant parfois un orifice (pertuis étroit), parfois plusieurs petits orifices(h. cribriforme). Ailleurs c'est l'hymen présentant deux orifices (hymen en pont).

Plus rare encore l'hymen imperforé, en cloison complète, considéré par certains auteurs comme une forme pathologique.

La particularité de cette forme infranchissable est la structure musculaire, parfois tendineuse, voire même cartilagineuse de la membrane hyménéale ou le coït a lieu avec impossibilité d'intromission de la verge dans le vagin. C'est le cas du viol sans défloration.

g)- Forme criblée ou cribriforme

Comportant une membrane hyménéale épaisse et calleuse, présentant de petites ouvertures de diamètre variant de 2 à 3 mm. .

h)- Forme à lambeaux :

Deux catégories font partie de cette forme, ce sont les hymens dits lobés, et les hymens corolliformes.

Cette forme à lambeaux ayant une particularité médico-légale, car elle peut prêter à confusion avec les déchirures anciennes.

i)- Forme particulière selon l'âge :

Chez le nouveau-né :

Il faut savoir que la membrane hyménéale existe déjà à la naissance, mais c'est sa situation morphologique qui varie suivant l'âge. En réalité, à la naissance c'est le prolongement et la terminaison de la muqueuse vaginale dans le vestibule vulvaire.

Chez les petites filles :
L'hymen est très profondément placé, et ce en raison de la saillie des grandes lèvres qui forment avec les petites lèvres une sorte d'entonnoir au fond duquel se trouve l'orifice vaginal. Visible à l'examen gynécologique, en écartant bien les cuisses et en tirant en avant et en haut les lèvres, on découvre l'hymen généralement situé à 6 à 8 millimètres de l'entrée de la vulve. Avec l'âge, cet hymen deviendra plus distinct et plus apparent.

Chez la femme non vierge :
L'intérêt de l'étude médico-légale de l'hymen chez la femme non vierge réside dans le fait :

De déterminer approximativement la date des faits de par l'existence ou non de lambeaux post-traumatiques ou par l'effacement de la membrane hyménéale, jusqu'à sa disparition.

De prouver l'existence d'un acte sexuel, malgré l'absence de l'hymen par la présence de lésions de violences sur l'ensemble du corps ou au niveau de la région génitale, de traces de sperme au niveau des orifices génitaux ou autres orifices naturels ; quelquefois, c'est l'existence d'ecchymoses au niveau de la muqueuse vaginale qui peut être la seule preuve de l'acte sexuel.

En somme, chez la non vierge et en position gynécologique, l'examen met en évidence la présence d'un fin liseré blanchâtre délimitant l'insertion antérieure de l'hymen.

Cette insertion ne présentant alors ni signes hémorragiques, ni inflammatoires et peut même être absente dans certains cas de femmes multipares.

3 - 2 Viol chez la vierge :

Trois éléments importants sont généralement retenus pour poser le diagnostic médico-légal d'un viol récent chez la vierge :

La défloration
Les lésions de violences
Les traces organiques laissées par l'agresseur qui sont retrouvées sur la victime.

3–2–1 La défloration :

Est définie comme l'ensemble des lésions occasionnés par l'intromission d'un corps dur et résistant, généralement le sexe, dans l'orifice vaginal, entraînant dans la majorité des cas, des déchirures hyménéales s'accompagnant assez souvent de douleurs et d'hémorragies.

La classification faite sur les différentes formes d'hymen permet de noter certaines exceptions du fait de leur morphologie anatomique constitutionnelle. En effet, dans certains cas de défloration, on peut noter :

L'absence de perte de sang du fait de la vascularisation très peu importante de la membrane hyménéale.

L'absence de déchirure concernant l'hymen facilement dilatable dit « complaisant », l'hymen résistant (hymen fibreux, tendineux ou semi–cartilagineux).

Dans d'autre cas, il y a lieu de rappeler cette forme d'hymen frangé à bords sinueux et festonnés, constituant des encoches congénitales, à ne pas confondre avec des lambeaux traumatiques d'un hymen défloré.

Il y a lieu de noter également les particularités constatées, concernant, la façon dont peut se rompre l'hymen, qui dépendent, de la nature de celui-ci, ainsi que de la violence avec laquelle s'est produite l'agression.

Sur ce point, plusieurs études ont été faites :

TOURDES, TARDIEU et MASHKA ont essayé d'expliquer ceci du fait de la forme géométrique de la membrane hyménéale. TARDIEU a même dit pour asseoir sa théorie :

« Il y a, à l'égard du siège de la déchirure, de nombreuses différences qui tiennent à l'étendue de la membrane, à sa forme et à sa résistance »(70).

Par contre, pour ce qui et du siège des déchirures, plusieurs hypothèses ont été données par certains auteurs :

Pour TOURDES : - l'hymen labié et circulaire se rompt en quatre endroits avec formation de deux lambeaux de chaque côté.
L'hymen semi-lunaire se rompt en trois à cinq endroits, dont presque toujours deux en latéraux .
Pour TARDIEU : - l'hymen labié se rompt en deux endroits : en haut et en bas par rapport aux commissures des lèvres avec formation de deux lambeaux.

L'hymen semi-lunaire se rompt en trois endroits avec deux lambeaux latéraux et un médian.

Pour SIMONIN : - l'hymen labié se rompt en deux endroits de part et d'autre de la commissure postérieure.
L'hymen semi-lunaire se rompt également en deux endroits.

Les aspects théoriques classiques diffèrent selon les auteurs, et ceci s'explique par la diversité morphologique des membranes hyménéales qui varie selon les individus, et chaque hymen se rompt à sa manière, de façon unique, multiple, latérale ou médiane, et souvent au niveau du cadran postérieur.

Une fois rompu , l'hymen présente des déchirures ayant des bords formant une surface muqueuse dont les caractères sont ceux d'une plaie récente : sanguinolents, tuméfiés, asymétriques, cruentés et inégaux.

Ces lambeaux, issus de la déchirure hyménéale, évoluent normalement vers la cicatrisation suivant un processus qui peut être :
- rapide, de 2 à 3 jours, si les mesures d'hygiène entreprises sont strictes
- très lent, de 15 à 20 jours, si les soins sont négligés, avec en général apparition d'infection.

Cette évolution cicatricielle permet dans beaucoup de cas, et d'une façon sûre, d'estimer la date de la défloration.

Ainsi, le magistrat demande assez souvent à l'expert :
« Dire si la défloration est ancienne ou récente »
« Déterminer la date de la défloration ».

A cet effet, des auteurs ont étudié la question et leur conclusion est variable quant à la durée approximative de la cicatrisation :

Pour

BROUARDEL : de 3 à 4 jours
BRIAND et CHAUDE : de 5 à 6 jours
TOULMOUCHE : de 8 à 12 jours
BALTHAZARD-TARDIEU : de 15 à 20 jours.
D'une façon générale, on peut admettre, et beaucoup d'auteurs actuellement sont d'accord sur ce point, que :

Lorsque les bords de la déchirure hyménéale présentent des signes hémorragiques et/ou inflammatoires, ces lésions ont moins de 15 jours et qu'il s'agit d'une défloration récente.

Lorsque la muqueuse recouvrant le bord des déchirures prend un aspect normal, linéaire, blanchâtre, la déchirure remonte à plus de 15 jours et qu'il s'agit d'une défloration ancienne, confirmée également par la présence de caroncules myrtiformes correspondant à une atrophie des lambeaux qui se tassent et s'aplatissent contre la paroi vaginale, formant ainsi de petits débris, saillies mamelonnées, arrondies, inégales, disposées sur un même plan autour de l'orifice vaginal.

3-2-2- Les lésions de violences :

Leur mise en évidence à l'examen de la victime est un élément important du diagnostic, mais non essentiel. Ces lésions de violences, traces objectives, sont fréquemment retrouvées lors de l'expertise médico-légale.
Multiples et variables, elles peuvent dans certains cas avoir des conséquences très graves, voire mortelles pour la victime.

Ainsi donc, l'examen de la membrane hyménéale doit être effectué de façon systématique lors de la pratique de l'autopsie médico-légale chez une jeune fille décédée d'une mort violente, voire même suspecte.

3-2-3- Les traces organiques retrouvées chez la victime :

Ces traces se retrouvent : dans le vagin, dans l'anus, sur la chemise ou la culotte, sur les cuisses. Dans le cas d'examen précoce ou de mort de la victime, elles font l'objet d'identification spéciale.

Parmi ces traces à rechercher figurent :

Le sperme : par la mise en évidence de spermatozoïdes ou d'éléments de spermatozoïdes.

Les poils pubiens de l'agresseur trouvés sur la victime peuvent apporter par leur recherche et leur examen de précieux renseignement quant au diagnostic médico-légal du viol.

Le sang :
Les traces hémorragiques proviennent généralement de la déchirure de l'hymen, parfois de la muqueuse vaginale et doivent être recherchées et identifiées sur le lit, sur le sol, les vêtements, etc.…

La perte de sang est considérée comme le symbole de la défloration, c'est une conséquence immédiate des lésions hyménéales.

Son abondance est variable et dépend de plusieurs facteurs : les dimensions de la verge ou de l'objet utilisé, la force avec laquelle l'acte sexuel est effectué, peuvent entraîner des déchirures plus ou moins profondes, pouvant aller jusqu'au vagin, voire même le périnée.

Exceptionnellement, la défloration peut entraîner une hémorragie très abondante, nécessitant une intervention médicale urgente, et pouvant dans certains cas très rares cités par NEUGEBAUER entraîner la mort de la victime(39).

Ces traces de sang peuvent, dans un autre cadre, appartenir à l'agresseur et se retrouver généralement au niveau des ongles de la victime (en essayant de se défendre) ou sur un objet quelconque utilisé également par la victime comme moyen de défense.

Le prélèvement de ces traces de sang ainsi que leur étude ont un intérêt médico-légal certain quant à l'identification du présumé agresseur et la détermination de son origine.

3-3 Viol chez la non vierge :
Des trois principaux éléments, constituant le viol chez la vierge, seule la défloration est absente.

En effet l'examen de la membrane hyménéale met en évidence la présence de lambeaux cicatrisés dans certains cas, mais en général, il est noté l'absence totale de l'hymen.

Le médecin expert doit faire la part des choses dans beaucoup de cas, et ce, en se basant sur le diagnostic original de ces encoches, permettant au magistrat de rejeter ou de retenir les bases de l'accusation. Tout repose alors sur la présence ou non de ces lambeaux et de leur diagnostic différentiel avec les lambeaux hyménéaux d'origine congénitale.

- PARIOT. P, décrit les lambeaux congénitaux, comme étant à bords arrondis, formant des sortes de volutes et les scissures qui les séparent ne se continuent que très rarement jusqu'à l'insertion vaginale et dans tous les cas ne permettent pas, par suite de leur largeur vers leur bord libre, l'affrontement de deux lambeaux voisins.

Ces scissures sont généralement symétriques.

- HABERDA, lui, est affirmatif pour dire que toute encoche assez profonde pour mettre à nu la paroi vaginale est une encoche de défloration.

D’une manière générale, on peut dire que les encoches traumatiques, de défloration, sont rarement symétriques, plutôt multiples, tantôt superficielles, tantôt profondes, siégeant le plus souvent au niveau du quadrant postérieur.

Pour ce qui est des deux autres éléments, à savoir les lésions de violences et les traces organiques laissées par l’agresseur sur la victime, ils peuvent être présents de la même façon et avoir la même importance médico-légale et les mêmes implications juridiques.

4_ Cas particuliers.
4-1 La défloration produite par une cause autre que le sexe. :

a - La défloration hyménéale peut être due à d’autres mécanismes que le coït. La cause la plus fréquente étant la déchirure par une main étrangère, au cours d’un attentat a la pudeur. Celle-ci peut se faire en général par introduction brusque d’un ou de plusieurs doigts dans le vagin, entraînant parfois des déchirures profondes ; surtout si le doigt ne pénètre pas dans l’orifice hyménéal, mais vient buter contre la membrane, il peut alors entraîner la désinsertion de l’hymen qui se traduit par une perte de substance concave au niveau de la ligne d’insertion vaginale.

b - Les manœuvres onanistiques (de masturbation) que se livrent certaines jeunes filles, avec les doigts ou avec un objet quelconque, peuvent rarement entraîner une déchirure de l’hymen.

c - Plus rares encore, quelques cas de défloration involontaire par le médecin ou cours d’un examen gynécologique.

d - Certaines pratiques sportives ont été également citées comme cause de défloration, lorsqu’elles se faisaient d’une façon brusque : l’équitation, la danse avec écartement brusque des cuisses, ainsi que lors d’accident de la voie publique à l’origine d’un traumatisme du bassin, ayant entraîné une rupture de l’hymen (02 cas ont été répertoriés), ou de traumatisme direct de la région vaginale (coup de pied) : 01 cas a été répertorié à l’origine d’une plaie contuse de la muqueuse vaginale et de l’hymen.

e - Dans le cas d’hymen infranchissable, une défloration thérapeutique est nécessaire, afin de permettre à la femme d’avoir une vie sexuelle normale.

On procède à une incision complète de la membrane hyménéale.

4-2 Particularités des variations périnéales physiologiques chez les petites filles(15) :

Il est clair que les médecins sont de plus en plus sollicités pour examiner des enfants supposés être victimes d’abus sexuel.

Il leur est notamment demandé de fournir des critères objectifs pour établir la réalité d’une agression sexuelle sur un enfant. Il a été souvent donné une importance particulière à ce qui a été considéré comme de petites anomalies des organes génitaux de l’enfant. Or, bien souvent, les variations périnéales physiologiques chez

les petites filles, témoins d'une anatomie normale, sont mal connues par les médecins.

Des études faites sur des fillettes prepubères, âgées de 03 mois à 11ans ont montré le très grand nombre de variétés anatomiques et la grande fréquence d'anomalies mineures de l'hymen.

Ainsi, la forme de l'hymen présente en général les variations suivantes :

* demi-circulaire postérieur (avec déficit du tissu antérieur) : 62%.
* Annulaire ou circonférenciel :19%.
* Frangé : 8%.
* Atrophique (ayant moins de 02 millimètres de tissu depuis la base jusqu'au bord libre hyménéal) : 6%, fréquemment rencontré lorsqu'il y a des antécédents d'infections.
* Invisible en raison d'adhérences labiales :04%.
* Imperforé : 1%.

Les bords libres droit et gauche de l'hymen sont réguliers et symétriques dans plus de 90% des cas.

Le bord libre de l'hymen peut présenter des irrégularités à type de caroncules ou de bosses (11%).

La vascularisation hyménéale (qui ne peut être vue qu'au colposcope) est décrite comme :

Réticulaire (de la base hyménéale au bord libre) 53%.
Augmentée localement ou de façon diffuse, avec parfois extension vers la fourchette postérieure : 37%.
Avec zone médiane a vasculaire : 4%
Avec une vascularisation quelconque, qui ne peut être précisée : 6%.

Lorsqu'une chute à califourchon sur le périnée se produit (8% des enfants examinés), il est fréquent de trouver au niveau de la fourchette une incisure. Mais l'hymen n'est en général pas atteint.

Cette étude, concernant la fréquence des variations périnéales mineures, à la limite de la visibilité chez les fillettes impubères, implique notamment que d'une part il est souhaitable que l'examen clinique soit complété par un examen au colposcope et que d'autre part il ne faut pas que le médecin examinateur se laisse aller à des conclusions hâtives d'abus sexuel devant la découverte d'anomalies de l'hymen, du vestibule et de la fourchette, pouvant prêter à confusion avec des lésions traumatiques (sexuel ou autre) et devant souligner encore plus l'importance de l'interrogatoire des personnes accompagnant l'enfant.

En tout état de cause, l'examen négatif ne permet pas d'exclure toute atteinte sexuelle. En effet, les attouchements avec ou sans pénétration au doigt constituent un délit, tel que réprimé par le code pénal dans le cadre des attentats à la pudeur.

III – OBJECTIFS DE L'ETUDE DU VIOL :

Très peu d'études, ont été consacrées au viol spécifiquement, hormis les écrits de la presse et le nombre somme toute peu important de communications à l'occasion de certains congrès scientifiques, concernant beaucoup plus précisément et d'une façon plus générale les attentats à la pudeur.

Témoin en est que, d'une part, nous ne possédons pas de statistiques précises concernant le viol et que, d'autre part, sa prise en charge médico-judiciaire, très insignifiante, fait qu'il n'existe pas à ce jour :

- De structures adéquates spécifiques
- De définition légale du viol permettant de le prendre en charge socialement et juridiquement.

Nous allons essayer, au cours de cette étude, d'en présenter les principaux objectifs. Il y a lieu de signaler que notre travail comporte :

Une étude rétrospective portant sur les violences sexuelles en général et du viol en particulier, commis en prenant tous les cas répertoriés durant les années 1994, 1995, 1996 et 1997.

Une étude prospective réalisée à partir :
d'une fiche de consultation comprenant les aspects cliniques et biologiques des cas recensés au niveau du service de Médecine Légale du CHU Beni-Messous principalement et des autres services de gynécologie obstétrique, de réanimation, des urgences médicales et chirurgicales, et de médecine légale (Alger et B.E.O.).

Des dossiers de victimes de violences sexuelles au niveau des tribunaux d'Alger.

Le but de notre travail est de parvenir également à proposer les principales mesures indispensables à la prise en charge des victimes de viol pour éviter toutes les conséquences dramatiques, à savoir : l'avortement, l'infanticide, et l'enfance abandonnée.

Les objectifs de notre étude consistent à :

1° - Démontrer la réalité du problème au sein de notre société.

2° - Définir de façon précise et explicite le viol par rapport aux autres attentats à la pudeur.

3° - Standardiser une méthode d'examen (en proposant un modèle type de rapport d'examen médico-légal d'une victime de viol).

4° - Mettre en place une politique de prévention et de prise en charge adéquate en agissant sur trois volets :

Médical : Assurer l'accueil, la prise en charge thérapeutique de la victime du viol et de ses complications.

Social : Basé sur l'existence ou la création de centre d'accueil des victimes et de leurs agresseurs.

Juridique : Prévoir une législation :

En définissant le viol avec ses différents aspects.

Concernant la prise en charge des complications du viol (grossesse, IST ,SIDA, hépatites)

Pour indemniser les victimes de viol.

IV – Fréquence et gravité du problème :

1- Le viol à travers le monde :
1-1- Pays développés :

France :

Selon les sources INSEE(20), l'étude statistique effectuée de 1989 à 1993 a mis en évidence que :

Les femmes représentent 51% de la population ; la délinquance spécifique à leur encontre, comptabilisée par la direction centrale de la sécurité publique peut être schématiquement divisée en deux grandes catégories :

Les agressions à caractère sexuel
Les violences intra-familiales.

En ce qui concerne la première catégorie, l'étude des statistiques permet de constater que les agressions à caractère sexuel à l'encontre des femmes majeures restent stable de 1989 à 1993, contrairement aux mineures ou elles sont en augmentation.
Total des attentats à la pudeur : 2507 dont 413 avec violences.
Total des viols : 1437 dont 94 viols collectifs, et 386 avec violences.
Le taux d'évolution par rapport à l'année 1989 est de + 1,4% et par rapport à l'année 1992 est de 0,4% ;

Il est à noter un point important dans la législation française, c'est que les dispositions inscrites dans l'article 222-13 du nouveau code pénal reconnaissent comme

« délit les violences ayant entraîné une ITT inférieure à 8 jours dès lors qu'elles sont commises par le conjoint de la victime ».

Ceci pouvant bien entendu donner réflexion quant à la possible insertion du viol conjugal dans le cadre de la législation algérienne.

Etats Unis :
En 1987, à la demande de la commission américaine sur le crime, 10.000 familles représentatives des USA furent interrogées sur la criminalité, dont elles avaient été victime sans le dévoiler :

Les viols et les cambriolages étaient trois fois plus nombreux que ceux déclarés à la justice, et, dans certains quartiers et certains états, 10 fois plus nombreux.

Si l'on prend en considération qu'en moyenne 1 viol toutes les 20 minutes est déclaré, avec une croissance de 2,7% de 1987 à 1992, on peut aisément comprendre que le viol occupe une place très importante dans les agressions sexuelles aux Etats-Unis.

1-2 Les pays en voie de développement :

Le manque de moyens infrastructurels de prise en charge médicale, et psychosociale est tel que l'étude du viol n'a pas bénéficié des souhaits escomptés concernant ce véritable fléau.

Ainsi les différentes études faites en différents pays : Tunisie, Sénégal et en Roumanie, ont relevé d'une part l'existence réelle de ce fléau social, indiquant que les risques humains, médicaux et sociaux de la sexualité parfois pathologique obligent à l'approche scientifique, des moyens de prophylaxie par des programmes de santé adéquats .

Les chiffres avancés dans ces trois pays ne sont pas tous très significatifs du fait qu'il n'y a pas de statistiques globales et détaillées concernant le viol proprement dit, mais d'une façon générale, les attentats à la pudeur.

CHAPITRE - II -

DIAGNOSTIC MEDICO-LEGAL DU VIOL

I- RAPPEL DES MANIFESTATIONS CLINIQUES
1 – Conditions de l'examen
2 – Interrogatoire
3 – Examen clinique
3 – 1 – Examen de la sphère génitale
3 – 2 – Gestes à effectuer lors de l'examen d'une victime
4 – Examens complémentaires
5 – Rédaction du rapport
6 - Preuve du viol :

II – CAS PARTICULIER DE L'INCESTE
III – CONSEQUENCES CLINIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES
1 - Conséquences du viol
1 – 1 Conséquences médico-légales
1 – 2 Conséquences médicales
1 – 3 Conséquences psychopathologiques
1 – 4 Conséquences sociales
2 - Criminologie et aspects psychologiques
2 – 1 Psychologie des violeurs
2 – 2 Psychologie des violées

I – RAPPEL DES MANIFISTATIONS CLINIQUES

Le médecin est souvent appelé a intervenir et à donner son avis concernant des faits se rapportant à des attentats aux mœurs et d'agressions sexuelles. L'expertise médicale représente donc un élément essentiel dans la procédure judiciaire.

Le plus souvent, l'expert agit dans un cadre médico-légal, en relation étroite avec la juridiction qui l'a désigné et à laquelle il remettra l'ensemble de ses constatations.

1 – Conditions de l'examen :

L'examen se fait dans la majorité des cas sur réquisition de la police judiciaire ou du tribunal.

Il doit être effectué en présence d'une tierce personne (généralement un deuxième médecin ou une infirmière).

Il arrive parfois que l'examen de la victime se fasse dans le cadre de l'urgence, sans réquisition.

Des conditions matérielles doivent également être réunies. Ainsi, l'examen de la région génitale chez la femme étant du point de vue médico-légal très délicat, il doit être fait avec le maximum de moyens instrumentaux, à savoir :

- Une table d'examen simple ou une table gynécologique disposant d'épaulières et d'étriers.
- Etre en présence d'une source lumineuse focalisée (scialytique).
- Des gants stériles ainsi que des doigtiers.
- De la vaseline, des compresses.
- Une sonde à ballonnet (sonde de Foley).
- Une loupe.
- Un colposcope.

2 – Interrogatoire :

Après avoir mis en confiance la victime, lui avoir expliqué l'examen médico-légal qui lui sera pratiqué, ainsi que son but, le médecin doit procéder avec beaucoup de psychologie, de tact et de douceur dans le calme, en interrogeant la victime sur :

- La date des faits et leur nature.
- La date des dernières règles.
- La prise de contraceptif ou non.
- L'existence de rapports antérieurs ou non, plus précisément sur sa vie sexuelle habituelle.
- Les antécédents gynécologiques et obstétricaux.
- La notion de grossesse en cours ou non.
- L'existence d'éventuels documents médicaux présentés par la victime doivent être examinés et résumés dans le dossier, en gardant toujours si possible des copies.
- Les antécédents medico-psychologiques, toxicomaniaques et judiciaires de la victime.

D'autre part, il y a lieu de souligner lors de l'interrogatoire :

- L'évaluation des allégations d'agressions sexuelles chez les enfants(13) .

Les allégations d'agressions sexuelles concernant des enfants constituent depuis ces dernières années une problématique face à laquelle les instances judiciaires, policières et sociales se trouvent confrontées.

Le problème de ces allégations ne doit pas pour autant se poser , lorsqu'il s'agit d'enfant. En effet, an cours des années 1970, la plupart des auteurs traitant du dépistage des enfants victimes de sévices sexuels partageaient la philosophie exprimée, entre autres, par LUCIE Berliner en 1985 (travailleuse sociale), selon laquelle les enfants ne mentent **jamais** à propos des sévices sexuels.

Au cours des années 1990, l'attitude générale classique, qui consistait à considérer comme fondée toute allégation de sévices sexuels concernant un enfant, a changé de bord, notamment aux Etats-Unis, vers une attitude fréquente qui consiste maintenant à admettre d'abord que l'allégation est fausse.

Cette attitude ne semble pas due cependant au fait que l'on considère désormais que les enfants mentent lorsqu'ils parlent de sévices sexuels, mais parce que de nombreux professionnels mettent d'emblée en doute le témoignage de l'enfant, considérant à priori qu'il a dû être induit par autrui.

D'une façon générale, l'on désigne par rapport sexuel d'un adulte et celui d'un enfant, sous le terme d'abus sexuel. Bien que l'on puisse certainement considérer que l'adulte impliqué abuse de la confiance que l'enfant a peut-être placée en lui, ou encore comprendre que d'une façon grammairienne, on utilise par euphémisme, l'emploi de l'expression abus sexuel pour désigner l'utilisation d'un enfant par un adulte dans le but d'en obtenir une stimulation ou une satisfaction sexuelle.

En effet cela implique que l'adulte peut utiliser l'enfant dans ses rapports sexuels jusqu'à un certain point au delà duquel il y aurait exagération, donc abus.

Ainsi dans certaines sociétés, malgré les rationalisations fréquemment entendues et rapportées qui tendent parfois à justifier les rapports entre adultes et enfants, on ne peut nier que ces rapports occasionnent des séquelles psychologiques au niveau du sentiment d'identité, du développement psychosexuel et du maintien de l'estime de soi qui peuvent être considérables et souvent traumatiques.

Que l'agression sexuelle de l'enfant ait eu lieu dans un contexte de tendresse amoureuse ou de violence agressive influe peu sur le sentiment de l'enfant d'avoir été utilisé par l'adulte pour obtenir une satisfaction sexuelle qu'il n'était ni psychologiquement ni physiologiquement apte à partager et à laquelle il ne pouvait que se soumettre.

En tout état de cause, on peut considérer, que toute définition de l'agression sexuelle de l'enfant doit en ce sens comprendre deux notions fondamentales qui à notre avis caractérisent la relation entre l'enfant et l'adulte qui le choisit comme partenaire sexuel :

1 - La notion d'emprise, de pouvoir et d'autorité exercée par l'adulte sur l'enfant.

2 - La nature sexuelle de leur rapport , utilisée comme source de stimulation ou de satisfaction sexuelle.

Par la suite, le problème du dépistage de ces enfants victimes de sévices sexuels se pose..

Ainsi, le nombre de plaintes concernant les sévices sexuels commis sur des enfants a augmenté de façon certaine, notamment depuis l'obligation faite à tout médecin de signaler et de dénoncer des cas soupçonnés de maltraitance envers les enfants (Loi du 31-07-1990). Ces nombreux cas, dont le chiffre est en perpétuelle croissance, sont aussi accompagnés d'une augmentation importante des allégations de sévices sexuels considérées comme fausses.

Celles-ci se produisent généralement dans deux types de circonstances :

- Lorsque la plainte de sévices sexuels survient dans le contexte de la séparation d'un couple.

- Peut être le fait de simple citoyens, médecins, psychologues, officiers de police judiciaire et éducateurs, qui, en raison d'une méconnaissance de la problématique, interprètent certains comportements, signes ou symptômes comme la preuve de l'existence d'une situation de sévices sexuels, malgré l'absence de déclaration spontanée de l'enfant.

D'autre part, l'examen médical d'un enfant victime de sévices sexuels entraîne chez le médecin l'apparition de réactions émotives, souvent inconscientes .

En effet, le sentiment d'une forte émotion et d'un désarroi qui peut s'emparer de lui devant les actes sexuels parfois violents et dégradants dont sont victimes certains enfants, peut amener le clinicien à déployer, quelquefois consciemment, un zèle inhabituel, ou encore l'inciter à adopter une attitude à la fois de médecin et de juge.

Ces réactions émotionnelles ne sont certes pas rares et peuvent même être considérées comme normales, empêchant cependant le médecin d'accomplir avec toute l'objectivité nécessaire sa mission.

Dans un tout autre ordre d'idées, et dans le cadre de l'expertise médico-légale, l'impartialité du médecin est la meilleure garantie que son rapport final, puisse contribuer à protéger et à aider une réelle victime de sévices sexuels.

Cette capacité du médecin, de demeurer objectif, malgré un contexte conflictuel enfant- adulte, lui permettra d 'identifier les fausses allégations, susceptibles de faire courir à l'enfant un préjudice tant physique que moral.
Telles peuvent être les particularités de l'interrogatoire, concernant les enfants.

3 – Examen clinique :

Il doit être complet, à la recherche de lésions de violences (à reproduire éventuellement sur un schéma) qui peuvent siéger dans toutes les zones frappées ou saisies par l'agresseur.

Chez 40% environ des femmes il est retrouvé des traces de contusions, d'abrasions, de lacérations, de contention.

Les lésions les plus généralement retrouvées se résument ainsi que le montre le schéma.

Il est bien évident, que peuvent exister des lésions plus graves, pouvant dans certains cas entraîner le décès de la victime.

3-1 Examen de la sphère génitale :

Phase importante de l'examen médico-légal, car dans beaucoup de cas c'est du résultat de cette phase d'examen que va dépendre la conclusion de l'expertise qui intervient de façon certaine sur l'évolution de l'affaire à traiter.

Cet examen débute par celui des caractères sexuels secondaires :
examen du développement des seins
la pilosité axillaire
la pilosité pubienne

Ensuite, mettre la victime en position d'examen : en position gynécologique avec les pieds sur les étriers, cuisses écartées.

Ceci permet à l'examinateur d'écarter les grandes lèvres sous une source de lumière efficace bien focalisée afin d'explorer la membrane hyménéale.

Il faudra :

- en déterminer le type : labié, ovalaire …
- rechercher l'existence de déchirures, en étudier les caractères, dater la défloration (ancienne, récente)

La région sous-urétrale antérieure et la fossette naviculaire postérieure seront inspectées à la recherche de traces d'ecchymoses, ou de simples irritations, car ces deux zones, compte tenu de la position dans laquelle la victime a été placée lors de l'agression sexuelle, subissent avec prédilection les traumatismes d'une brutale intromission de la verge en érection, ou de tout autre objet.

Il est à noter qu'il existe également une deuxième technique permettant l'examen de l'hymen et qui consiste en une méthode simple et non traumatisante : Introduire une sonde de Foley par l'orifice hyménéal, la gonfler de 8 à 10 cm^3 en arrière de la membrane pour la distendre et permettre ainsi d'effectuer un bon examen.

Mais généralement, l'hymen, par un examen habituel simple est facile à mettre en évidence, en tirant sur les grandes lèvres en avant et vers le haut, ou

quelquefois s'aider par un toucher rectal, qui va permettre un bombement de la cloison recto-vaginale entraînant un étalement de la zone postérieure d'insertion de l'hymen.

L'examen du col utérin au spéculum peut compléter l'examen gynécologique, à la recherche de lésions attestant d'un acte sexuel parfois brutal. Cet examen, de pratique médico-légale rare, se fait généralement chez la non vierge.

L'examen de la sphère génitale est complété par celui de la région anale, qui consiste en :

Inspection de la marge anale en position genu-pectorale ; ainsi l'existence d'une fissure hémorragique, d'une contracture réflexe douloureuse ou d'un délabrement complet hémorragique et douloureux serait en faveur d'une sodomie récente, alors que la présence de plis radiés atténués. ou absents, parfois même une béance permanente de l'anus avec atonie indolore du sphincter serait en faveur d'une sodomie ancienne.
Faire un toucher rectal pour évaluer la tonicité du sphincter anal, et rechercher un saignement intra-anal ou intra-rectal.

Enfin, l'examen de la cavité buccale n'aura d'intérêt que pour rechercher les lésions de violences, qui accompagnent assez souvent le viol et dans un cadre plus spécifique, pour pratiquer des prélèvements à la recherche de spermatozoïdes.

3-2 Gestes à effectuer lors de l'examen d'une victime :
L'implication médico-juridique du viol est telle que certains examens et gestes sont à faire :

- Photographies des lésions, si possible en couleur : preuve importante ultérieurement de l'agression violente de l'inculpé.

- Procéder à des prélèvements pour un examen bactériologique ;
- Prélèvement pour la recherche de traces de sperme en précisant le délai de celui-ci par rapport aux faits.

- Faire un diagnostic biologique de grossesse par le dosage des BHCG sanguins.
- Faire un TPHA et VDRL immédiats.

PLANCHE N° : 3

PLANCHE N° : 4

PLANCHE N° : 5

PLANCHE N° : 6

Après un examen médico-légal d'une victime d'agression sexuelle et plus précisément du viol, il est toujours demandé et conseillé au médecin praticien de :

- Prescrire une contraception post-coïtale
- Entamer un traitement de vulvo-vaginite
- Rechercher une contamination syphilitique : TPHA et VDRL
- Faire une sérologie HIV, hépatites

4 - EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

L'examen médico-légal d'une victime de viol est assez particulier, par le fait qu'il doit être dans tous les cas effectué sur réquisition des O.P.J. ou par le tribunal, et être complété par une multitude d'examens complémentaires, utiles aussi bien pour la procédure judiciaire, que pour la santé de la victime elle-même .

L'examen médico-légal comprend :

- un examen médical proprement dit qui tente d'établir un bilan de santé de la victime sur 03 plans

- Lésionnel
- Psychique
- Gynécologique

- un ensemble d'examen complémentaires :
- Radiologique
- Biologique
- Tests psychologiques ou psychométriques.

Ces examens complémentaires doivent être faits après un examen clinique complet devant attester de l'existence ou non de violences subies, tant générales que gynécologiques ainsi qu'au plan psychique.

4-1 Bilan radiologique :

- *Les radiographies standard : à la recherche d'éventuelles lésions osseuses témoignant de la violence de l'agression.*

- L'échographie abdomino-pelvienne : permet de poser le diagnostic d'un éventuel état gestationnel.

Ceci se fera en tenant compte du délai imparti entre la date des faits, la date des dernières règles (DDR) et celle de la consultation médico-légale.

4-2 Bilan biologique :

Ce bilan doit être systématique et doit comporter :

4-2-1 Prélèvement à visée cytologique :
La présence de spermatozoïdes dans les prélèvements cytologiques effectués après une agression sexuelle dépend de facteurs cliniques et techniques.

La probabilité de retrouver des spermatozoïdes dans un prélèvement cytologique après un viol, dépend de plusieurs facteurs.

a - Localisation anatomique :

*** Vagin** : Il est évident que le milieu cervico-vaginal est le plus apte à assurer une bonne conservation des spermatozoïdes.

Encore faut-il que les conditions hormonales soient convenables pour prolonger notamment leur survie. La glaire cervicale abondante, capte et retient les spermatozoïdes.

La période lutéale et plus encore la prépuberté et la post-ménopause ne permettent pas un long maintien des spermatozoïdes dans les voies génitales.

L'effet des contraceptifs oraux est variable, le plus souvent défavorable par leur action progestative.

*** Anus** : les spermatozoïdes ont une survie courte et s'altèrent rapidement , on ne retrouve habituellement que des têtes isolés, sans flagelle, reconnaissables seulement par leur forme et surtout par la différence de coloration entre l'acrosome et la zone sous-équatoriale.

*** Bouche** : les prélèvement buccaux contiennent rarement des spermatozoïdes. Ils se font surtout dernière les incisives. Seulement l'absorption et les mouvements de la salive suffisent à éliminer ceux qui n'ont pas été rejetés d'emblée.
*** Cheveux, poils, peau** : il est illusoire de chercher à retrouver des spermatozoïdes prélevés à sec sur la surface cutanée, dans les cheveux ou les poils.

*** Vêtements** : Egalement difficile à les mettre en évidence. Parfois au niveau des sous-vêtements prélevés et conservés à temps.

b - Délai entre l'agression et le prélèvement :

La probabilité de retrouver des spermatozoïdes sur prélèvement cytologique après un délai prolongé dépend surtout de la localisation anatomique ainsi que des conditions physiologiques locales :

La localisation la plus favorable à la survie des gamètes étant les voies génitales féminines.

Ils se conservent jusqu'à 12h après le rapport dans la glaire exocervicale si celle-ci est suffisamment abondante et de bonne qualité.

Les spermatozoïdes peuvent également persister plusieurs jours dans les cryptes glandulaires de l'endocol, mais il est difficile de les en extraire.

- Toilette locale : Les ablutions peuvent à elles seules faire disparaître la plus grande partie des spermatozoïdes. Par contre, ceux qui sont retenus dans la glaire cervicale y résistent bien sauf s'il s'agit d'irrigations vaginales prolongées.

L'utilisation de savon ou de détergents provoque une lyse membranaire qui se traduit par la rupture du spermatozoïde au niveau du collet. Seules persistent les têtes plus ou moins en lyse et qui peuvent devenir extrêmement difficile à reconnaître.

Au niveau de la bouche , l'absorption d'aliments, et dans le tractus anorectal, la défécation, éliminent totalement les spermatozoïdes.

- **Caractéristiques du sperme :** le sperme humain est extrêmement variable en ce qui concerne la concentration des spermatozoïdes, leur mobilité et leur morphologie.

Ce sont ces caractères qui influent sur la probabilité de retrouver les cellules germinales dans les prélèvements. Celle-ci sera nulle en cas d'azoospermie, modérée en cas d'oligoasthénospermie.

Parfois aussi, la présence de spermatozoïdes de forme anormale en très grande proportion permet d'établir un « profil de spermocytogramme » qui est peu susceptible de variations chez un individu donné et qui peut présenter un intérêt médico-légal certain.

Il est maintenant possible également de procéder à une analyse de l'ADN des spermatozoïdes par biologie moléculaire afin de définir le profil génétique de l'agresseur supposé, le prélèvement par rinçage vaginal ou écouvillonage doit être précoce (moins de 12h après l'agression), effectué de façon stérile afin de pouvoir extraire l'ADN avant sa dégradation .

c - Conditions techniques de recueil cytologique :

En dehors du cas très favorable, mais exceptionnel, où du sperme frais sous forme liquide peut être recueilli, l'examen cytologique se fait habituellement sur frottis fixé et coloré.

Le matériel nécessaire à ce prélèvement se compose généralement de

- spatule de bois ou plastique (abaisse langue ou spatule d'Ayre) pour les prélèvements vaginal, exocervical et buccal.

- Ecouvillons pour toutes les localisations, en particulier pour conserver les échantillons en vue d'une éventuelle enquête génétique.

- Lames de verre pour microscopie, de préférence avec une extrémité dépolie.

- Fixateur cytologique en aérosol ou, à défaut, bombe de laque pour cheveux

- Pipettes et poires pour aspiration si les liquides sont assez abondants.

Les prélèvements sont effectués au niveau des régions :

Gynécologique : il doit être pratiqué au niveau vaginal, excocervical et endocervical.

- Vagin : dans le cul de sac postérieur à l'aide de la spatule d'Ayre ou d'un abaisse langue : si les quantités de liquide sont abondantes, elles peuvent être aspirées à la pipette.

- Exocol : au niveau de l'orifice externe du col, grâce à la spatule d'Ayre. Si le col est traumatisé, ou utilisera un écouvillon.

- Endocol : le prélèvement se fera à l'aide d'un écouvillon en insistant sur les parois, et ce, pour extraire des sécrétions glandulaires.

Anale : A l'écouvillon, dans le canal anal, on cherche à déplisser la muqueuse pour atteindre le fond des cryptes. Un prélèvement profond devra être pratiqué, attaquant la portion externe de l'ampoule rectale.

Buccale : Le fond des sillons gingivo-jugal et gingivo-labial est raclé à l'aide d'un abaisse-langue et le prélèvement est étalé sur une lame. On peut également utiliser l'écouvillon.

Quel que soit le niveau (du prélèvement), (03) prélèvements sur écouvillon doivent être conservés, parfaitement séchés en tube hermétique à – 18°C pour permettre uniquement une éventuelle étude génétique, du fait qu'il ne pourront plus servir pour d'autres investigations cytologiques.

Dans tous les cas, dès qu'un prélèvement est pratiqué, il doit être étalé sur lame, sans laisser le temps à la spatule ou à l'écouvillon de sécher, puis fixé (à l'aide d'un aérosol fixateur, d'une laque pour cheveux, ou à défaut à l'air chaud).

Chaque lame devra par la suite être impérativement identifiée par une fiche comportant :

- L'identification de la victime, son âge, sexe.
- La date et l'heure du prélèvement
- Les niveaux anatomiques de prélèvement
- L'existence de pénétration, d'éjaculation et d'usage de savon ou de détergent.

4-2-2 Prélèvement bactériologique :

On doit procéder à un prélèvement vaginal et un prélèvement d'endocol, avant l'utilisation de tout produit antiseptique pour rechercher une maladie sexuellement transmissible.

Ces prélèvements seront faits par écouvillonnage simple et devant obéir à des techniques de prélèvement et de transport, selon qu'il s'agit de recherche du gonocoque ou du chlamydia.

4-2-3 Prélèvement sérologique :

Sérologie de la syphilis : elle est prélevée dès la première consultation et renouvelée trois (03) semaines plus tard, afin de s'assurer de l'absence de positivité (TPHA – VDRL).

La sérologie HIV : la transmission du sida étant possible, il est nécessaire de proposer un dépistage à la victime, en sachant qu'une sérologie négative lors de ce premier examen n'exclut pas une contamination lors de l'agression. Il faudra répéter cette sérologie 4 à 6 mois plus tard, afin de s'assurer de l'absence de positivité.

Dans le cas ou l'agresseur est retrouvé, il est impératif de procéder à une recherche du virus HIV et de portage de l'infection par le virus de l'hépatite.

4-2-4 Prélèvement hormonal ou immunologique :
Le dosage des PHCG plasmatiques, ce prélèvement est impératif même si la patiente est sous contraception supposée efficace, afin surtout de pouvoir trancher sur l'origine d'une éventuelle grossesse ultérieure.

Il conviendra de prélever 10 ml de sang sur un tube qui sera adressé au laboratoire pour dosage radio-immunologique.

Un nouveau dosage sera envisagé ultérieurement, en l'absence de survenue des règles à la date normale, ou en cas de règles anormales ou de métrorragies.

4-2-5 Prélèvements toxicologiques :
Essentiellement le dosage de certains toxiques, pouvant entrer dans le cadre d'une agression sexuelle, tels que :

- le dosage de l'alcoolémie
- la barbitémie.

Ces dosages devront se faire dans certains contextes bien particuliers, ou sur demande de l'autorité requérante.

4-2-6 Autres prélèvements :
Ces prélèvements, facultatifs certes, mais qui peuvent avoir parfois une portée diagnostique très importante, concernent :

- La présence de débris : terre, éclisses de bois, paille …
- La présence de chair ou de poils sous les ongles
- La présence de souillures : sang, sperme sur les vêtements.

Ces différents taches et débris devront être, lors du premier examen médico-légal, signalés et prélevés, soumis à une expertise médico-judiciaire, pour identification.

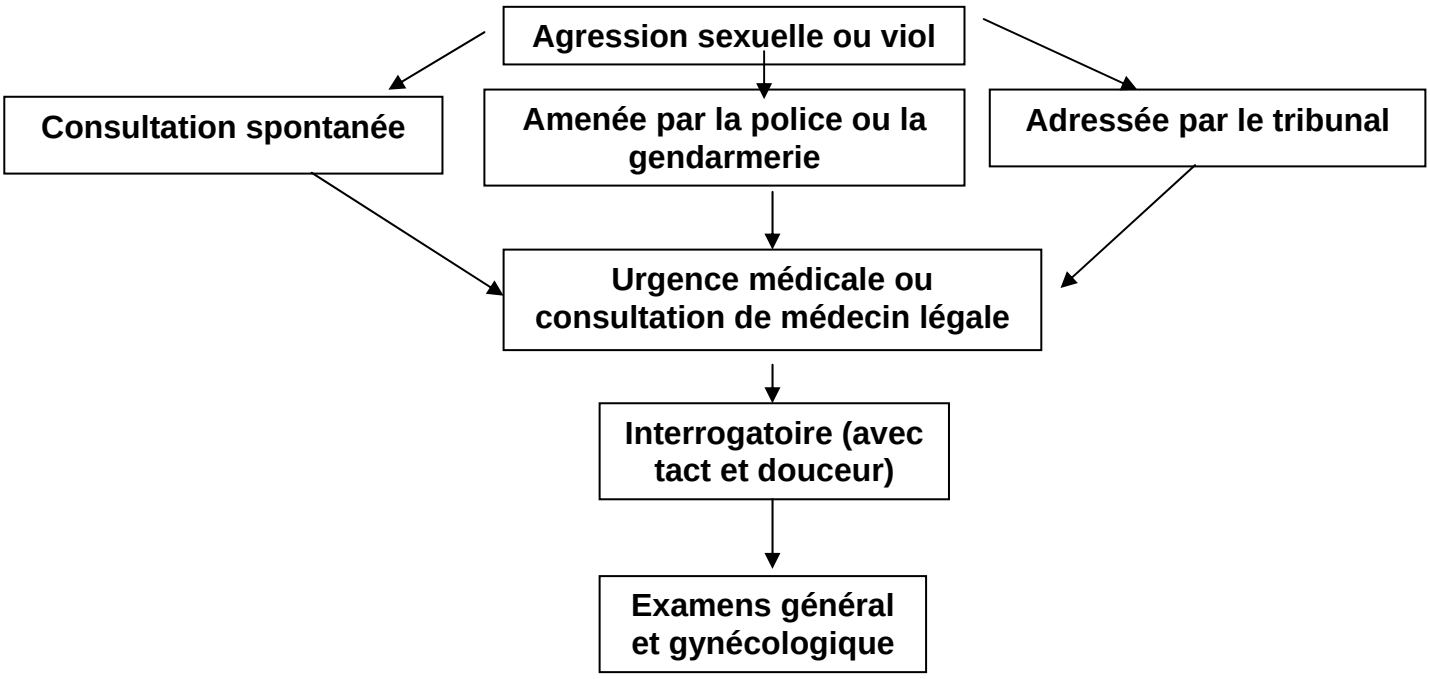
Ainsi, la chronologie des différentes explorations complémentaires dans le cadre d'une consultation pour agression sexuelle et notamment pour le viol doit se faire selon le tableau suivant :

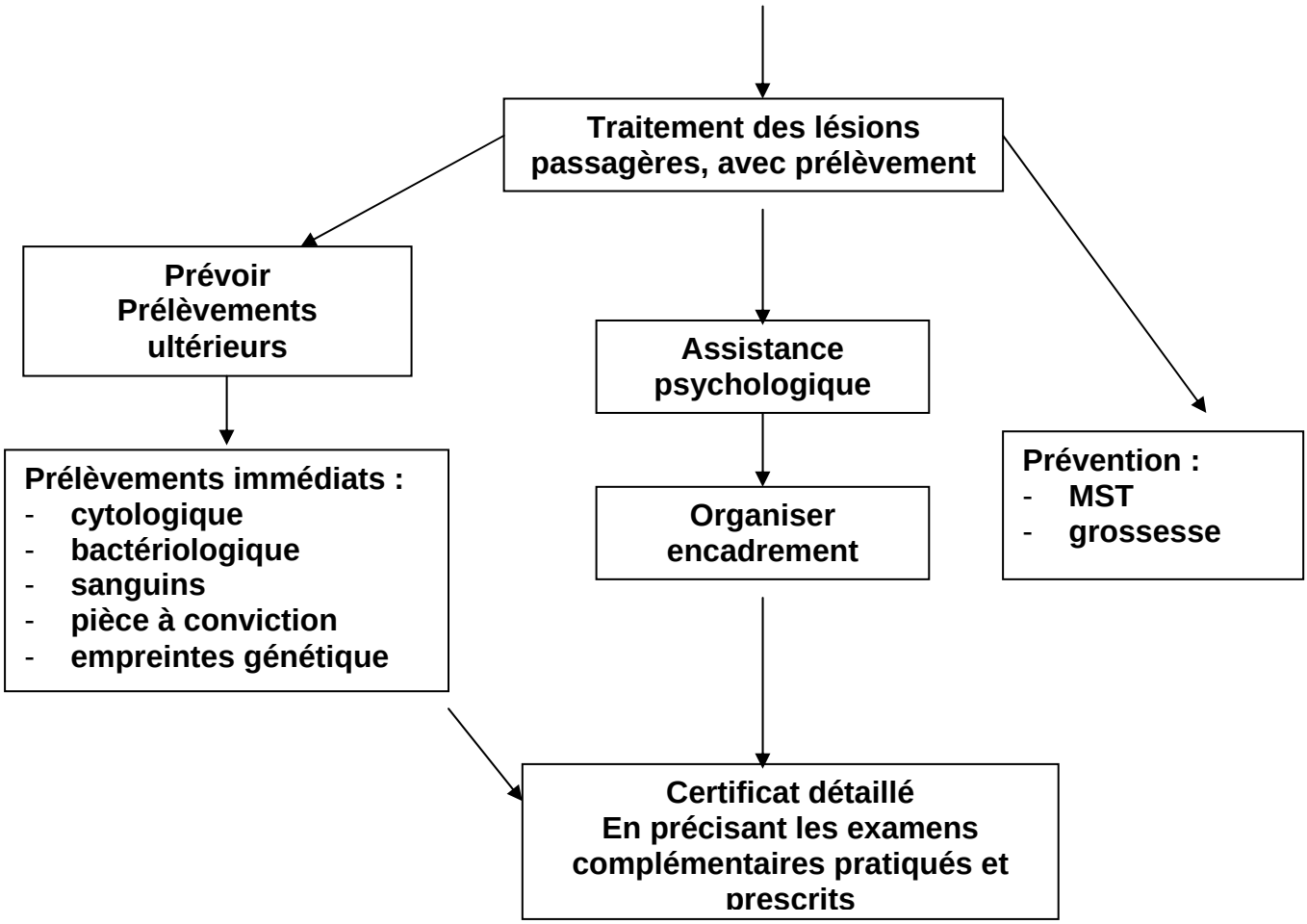
	En urgence	**3 à 4 Semaines**	**4 à 6 Mois**
Sang	+		

Cytologie Vagin-endocol Buccal-anal.	+		
Bactériologie Vagin–endocol	+		
P.HCG Plasmatique	+	- Retard des règles - Si règles anormales ou métrorragies	
Sérologie TPHA – VSRL	+	+	
Sérologie HIV	+ - pour la victime - pour l'agresseur si connu		+ de principe
Alcoolémie Barbitémie	Selon le contexte		
Empreintes Génétiques	+ + avant 12 Heures		
Hépatite	+	+	+

En résumé, l'adoption d'une méthode de travail quant à la place des examens complémentaires dans le cadre de l'accueil d'une victime présumée de viol, ou d'agression sexuelle en général, nous la préconisons de cette façon :

Prise en charge et examen Médico-légal d'une victime de violences sexuelles




Traitement des lésions passagères, avec prélèvement
Prévoir Prélèvements ultérieurs
Assistance psychologique
Prévention :
- MST
- grossesse
Prélèvements immédiats :
- cytologique
- bactériologique
- sanguins
- pièce à conviction
- empreintes génétique
Organiser encadrement
Certificat détaillé
En précisant les examens complémentaires pratiqués et prescrits

5 – Rédaction du rapport :

A l'issue de cet examen médico-légal, le médecin généraliste ou spécialiste doit répondre à la mission qui lui a été demandée en rédigeant un certificat détaillé ou un rapport d'expertise médicale, où tous les éléments cliniques, radiologiques et biologiques retrouvés, y soient consignés.

Nous avons jugé utile pour cela d'essayer d'établir un modèle de rapport d'examen médical d'une victime d'agression sexuelle. (Modèle page suivante).

Une fois établi, ce rapport médico-légal est remis à :

La police, la gendarmerie ou au juge d'instruction si la demande d'examen a été faite sur réquisition (à médecin).

La victime en mains propres, qui le remettra aux autorités judiciaires pour intenter une action en justice, du fait de l 'agression sexuelle, et jamais à un tiers.

La famille, s'il s'agit d'une mineure.

Il est toujours demandé de garder un double du rapport d'expertise médicale, dans un lieu sûr.

CENTRE HOSPITALO UNIVERSITAIRE DE …….

EXAMEN MEDICAL D'UNE VICTIME D'AGRESSION SEXUELLE

Je soussigné D^{r} : ……..
Requis par M ……
Commissariat ou Gendarmerie de , …….. n° : …….. du …/…/…..
A l'effet d'examiner M^{elle} /M^{me} ……Age ……

FAITS RAPPORTES PAR LA VICTIME :
Date : …./…./…. Heure : ….h ….. Délai depuis l'agression : …….

Lieu de l'agression : …….
Agresseur : …… , connu (s)/inconnu(s)
Menaces utilisées : Oui / Non : Verbales – Physiques – Arme

EXAMEN CLINIQUE :
DDR :
L'examen somatique retrouve : ……
……
……
L'examen de la région génitale :
1°) L'examen gynécologique retrouve :
un hymen : ……..
……..
2°) L'examen de la région anale retrouve :
une marge anale : ……
……...
un sphincter anal : ……..

PRELEVEMENTS ET EXAMEN EFFECTUES :
Recherche de spermatozoïdes :
Sérologie : . syphilis : Oui / Non
. HIV : Oui / Non
. Hépatites : Oui / Non
. Autres : Oui …….
Prélèvements bactériologiques :
Localisation .
Echographie abdomino-pelvienne pratiquée le : …./…./….. au ……...
…….. retrouve ……..

CONCLUSION

Des constatations cliniques et investigations effectuées à l'examen de la nommée ……. âgée de ……,
il résulte que l'intéressée :
……
……
……

D^{r} ……... Date : ……

6 - Preuve du viol :
Ce n'est qu'à l'issue :

- D'un bon interrogatoire, (on peut s'aider dans certains cas du P.V. de la police ou de la gendarmerie)
- D'un examen médico-légal complet
- D'un ensemble d'examens complémentaires, en faveur de la possibilité d'une agression sexuelle

- ♦ D’éliminer les cas pouvant faire penser à un viol (comme diagnostic différentiel)

que l’on pourra effectivement être certain que l’agression physique dont a été victime une personne de sexe féminin, est une agression sexuelle et qu’il s’agit réellement d’un viol.

C’est à dire, est-ce que tous ces éléments répertoriés sont la preuve d’un viol ?

Oui, si l’on tient compte de deux assises essentielles.

1°) – Médicale :

Tous les éléments positifs retrouvés lors du diagnostic médico-légal du viol

2°) – Juridique :

Essentielle, pour mettre en exergue le viol avec toutes ses particularités par rapport aux attentats à la pudeur en général et aux agressions sexuelles en particulier.

II - CAS PARTICULIER DE L’INCESTE :

L’inceste est considéré comme une relation sexuelle pratiquée par des individus auxquels la loi interdit de se marier en raison de leurs liens familiaux ou de leur consanguinité.

Bien qu’il existe dans toute société une forme d’inceste considérée comme tabou, le degré des liens familiaux à partir desquels le mariage est interdit varie considérablement d’une culture à une autre et d’une époque à une autre. De manière universelle, les relations sexuelles intra-familiales sont proscrites.

Historiquement, on a constaté une exception à cette règle au sein des castes royales de l’Egypte antique, dont les membres étaient obligés de se marier entre eux afin de préserver la pureté du sang royal.

Chez les Hindous, chez beaucoup d'Amérindiens et certaines familles royales d'Europe, des familles au sein de ces groupes sociaux pratiquent l'endogamie et dont les membres sont contraints de se marier, entraînant des liaisons que la législation contemporaine pourrait considérer comme incestueuses.

Certains anthropologues, comme Claude Lévi-Strauss affirment que le tabou de l'inceste constitue la base des échanges de conjoints entre les familles et qu'en ce sens, il est le fondement de toute organisation sociale.

En Algérie, l'inceste est considéré comme un crime, il est puni par la loi, par le fait des trouble psychomoteurs importants qu'il peut engendrer sur les victimes.

C'est pour cela que, bien qu'elle ne soit pas une notion juridique du droit pénal, la relation incestueuse est prise en compte parmi les « attentats aux mœurs » prévus et réprimés par les articles 333 à 337 du code pénal algérien, soit comme élément constitutif de l'attentat à la pudeur, soit comme circonstances aggravantes.

La justice, à laquelle l'inceste est souvent dénoncé avec réticence, devra choisir dans l'arsenal législatif dont elle dispose, les armes juridiques les plus adaptées à la situation familiale qui lui est soumise, ce qui suppose une expertise médico-psychologique des membres la composant, ainsi qu'une écoute attentive et répétée de la victime.

L’inceste, pourra-t-il être considéré uniquement comme affaire de famille ? Oui, selon l’article 337 du CP qui cite les personnes pouvant faire cas de relations incestueuses. Ou, serait-il un grave problème de société, jusqu’à être considéré comme une profanation de la génération et un refus de la vie. Ainsi, l’interdit de l’inceste est un acte de conjure qui place l’enfant dans une altérité radicale face à ses parents, dont l’amour qu’il leur transmettra constitue les rives, c’est un geste de création ; son annulation place l’enfant hors de ce courant, et les parents comme antagonistes des lois de la société.

L’inceste a pu passer longtemps pour un phénomène rare, pourtant, dès 1965 aux USA, une enquête effectuée auprès de 1 000 étudiants du secondaire permettait d’établir que plus de 25% déclaraient avoir eu des relations sexuelles avec un adulte qui avait autorité sur eux et ce, avant l’âge de 13 ans, alors que le signalement aux autorités de ces actes ne concernait que 6% des cas.

Les études statistiques des années suivantes ont confirmé ces chiffres et depuis maintenant près d’une dizaine d’années, l’abus sexuel est apparu comme une forme majeure de mauvais traitement à enfant.

Différentes études ont donc été faites depuis ;
L’étude de la sociologue DIANA RUSSEL (63) à San Francisco : 19% des 960 femmes de plus de 18 ans, interrogées déclarent avoir eu une expérience sexuelle intra-familiale avant l’âge de 18 ans.

Dans 3% des cas, il s’agit de rapports père naturel /fille.

L’étude de MARGARET LYNCH(63), portant sur 1 600 cas en Grande-Bretagne parmi lesquels 1 072 cas de sévices sexuels étaient signalés.

-85% des victimes étaient des filles.
-23% avaient moins de 05 ans.

L’étude de SlBERT (63) auprès de 200 prostituées mineures à San Francisco révèle le chiffre de 40% de relations incestueuses dans leur passé, dont 13% avec le père naturel.

En France, le chiffre de 5 000 cas d’inceste par an est avancé, or près de 300 cas seulement ont été jugés. Le chiffre noir d’incestes non repérés apparaît donc très important.

L’ensemble de ces études a montré que la relation incestueuse concernait par ordre de fréquence selon la relation :

Père / fille :	60% des cas.
Beau père / fille :	17% des cas.
Frère / sœur :	9% des cas.
Oncle / nièce :	7% des cas.
Mère / fils :	3% des cas.
Beau–frère / belle–sœur :	1% des cas.

Grand–père / petite fille : 1% des cas.

La particularité de l'inceste, comme violence, présentant des troubles polymorphes, réside dans le cadre de l'expertise de ces victimes.

En effet dans la grande majorité des cas étudiés, les abus sexuels sont commis à la phase dite de latence et dénoncés à l'adolescence.

Il a été pour cela décrit par JULIEN BIGRAS (94), analyste psychothérapeute une distinction de la chronologie de l'agir incestueux, comme suit :

A court terme : c'est la phase de détresse aiguë. Au moment où s'interrompt ce qu'il nomme la liaison entre père et fille, on observe des décompensations brutales chez les adolescentes habituellement âgées de 14 à 16 ans marquées par :

- tentatives de suicides itératives
- états dépressifs sévères.
- fugues
- actings sexuels.
- entrée dans la toxicomanie.

Ainsi, les distorsions majeures infligées à la maturation affective et la souffrance qui en découle étaient jusque là agissantes mais relativement masquées derrière le fléchissement scolaire, la réapparition d'une énurésie nocturne, les troubles du sommeil et les modifications du caractère.

A long terme : ce sont les affections d'allure psychosomatique marquées par :

- La frigidité.
- Des accès de dépersonnalisation.
- Des comportements masochistes.
- Des tentatives de suicide.
- Des conduites d'échec, notamment dans la vie conjugale.

La mise en évidence de ces troubles à court et à long terme se fait non sans difficultés d'une part, de la victime elle-même qui tait assez souvent son malheur et d'autre part de son entourage, la mettant dans un refus d'entendre.

Ainsi, « la surdité » à l'inceste, dont l'évocation sidère, stupéfie, brouille les pensés, peut se retrouver chez tous les intervenants médicaux et socio-judiciaires, quelle que soit leur vigilance.

Enfin, le médecin, en position d'expert, doit respecter un double impératif :

1° - Le devoir de vérité : vis à vis de l'autorité judiciaire, dont le fondement est le strict respect du matériel clinique recueilli et de ses implications médico-légales.

2° - Le maintien d'une position de médecin, dont le fondement est l'intention thérapeutique potentielle de toute objectivation clinique jusque dans cette concurrence extrême qu'est l'expertise.

Les victimes d'inceste lui en donnent largement l'occasion dans un contexte souvent dramatique.

Du point de vue législatif, les articles 334, 337 et 337 bis du CPA donnent une définition globale de l'inceste, qui, en faisant partie des attentats à la pudeur, a une particularité par le fait qu'il concerne toute relation sexuelle sans spécificité, entre une personne donnée (mineure ou majeure) et un de ses ascendants.

Le code français réprime quant à lui deux cas de perversions que sont l'inceste et l'homosexualité, mais elles ne le sont qu'en tant que circonstances aggravantes des crimes de viol ou d'attentat à la pudeur commis sur des mineurs de 15 ans.

Du point de vue médical, l'agression incestueuse, sur ce qu'il nous a été permis de constater, est marquée par la diminution très perceptible des lésions de violences extra-génitales, remplacées toutefois par une emprise psychologique de la part de l'agresseur sur la victime et qui se traduit forcement par une plus grande manifestation ultérieure des conséquences psycho-pathologiques.

III - Conséquences cliniques et psychopathologiques :

1-Conséquences du viol :

Le médecin amené à examiner la victime d'un viol doit savoir que son attitude a des répercussions situées à divers niveaux :

- Sur le plan médico-légal :

En raison de l'examen et des prélèvements qu'il effectue immédiatement après l'agression d'une part, du certificat descriptif qu'il doit remettre à la victime d'autre part.

- Sur le plan médical :

En raison des soins d'urgence qu'il peut être amené à pratiquer, mais surtout pour la prévention d'une maladie vénérienne ou d'une grossesse, et de leur prise en charge.

- Sur le plan psychiatrique :

Pour tenter d'atténuer les conséquences graves que peut entraîner un viol.

- Sur le plan social :

Le milieu socioculturel traditionnel, la morale religieuse, font que les victimes présentent un état de détresse dramatique et sont contraintes de garder le silence par crainte de déshonneur et de représailles .

1 1- Conséquences médico-légales :
Cet aspect est essentiel. En effet, outre l'accueil et les soins à prodiguer, le médecin doit rédiger un certificat médical détaillé où sont consignées ses observations et ses conclusions. Ce document, systématiquement demandé par les autorités judiciaires, mérite une attention particulière et doit rapporter les précisions suivantes :

D'une part, deux conditions nécessaires, pour que, juridiquement et ce du point de vue de la jurisprudence , on puisse affirmer qu'il y a viol :

- La pénétration ou la tentative de pénétration
- Les violences physiques ou la contrainte morale

D'autre part l'examen de l'hymen est particulièrement important. Des deux techniques précédemment décrites : soit la méthode classique ou à l'aide de la sonde de FOLEY, on peut apprécier les caractères de l'hymen (son aspect, sa résistance, sa perméabilité) ainsi que de la présence de déchirures fraîches ou de cicatrices de défloration ancienne ou récente.

La difficulté de diagnostic différentiel entre une frange et une déchirure lorsque l'examen se fait à distance de l'agression.
Il faut rechercher les traces de lésions extra-génitales dont la description est détaillée dans le certificat, et préciser l'état des vêtements.

Des prélèvements doivent être pratiqués aussi précocement que possible par le médecin expert, qui en général reçoit la victime plusieurs jours après l'agression.

Il ne peut donner qu'un avis approximatif, en fonction de la cicatrisation des lésions, d'où l'importance d'un premier examen très soigneusement fait au décours immédiat du viol.

1.2 – Conséquences somatiques (médicales) :
Parmi les conséquences somatiques les plus importantes retrouvées lors d'un viol, nous allons citer successivement :

Traumatismes physiques:

1.2 - 1 Lésions génitales :
Le viol est souvent à l'origine de lésions génitales et extra-génitales plus ou moins importantes, selon les circonstances de l'agression.

a – des lésions génitales mineures, à type :

- D'abrasions vaginales.
- De déchirures hyménéales.
- De griffures au niveau des cuisses ou de la vulve.

b)- des lésions génitales graves : on a pu décrire des :

- Éclatements vaginaux.
- Délabrements vaginaux.
- Déchirements du cul de sac postérieur avec hémorragie importante.

Enfin, il est à noter que les lésions les plus graves sont observées chez les filles de moins de 10 ans et qui peuvent être expliquées par la disproportion des organes génitaux en présence.

1.2-2 Lésions extra-génitales :

Dans près de la moitié des cas de femmes victimes de viol, il est retrouvé des lésions à type de :

Contusions : 25%
Abrasions épidermiques, ecchymoses : 37%
Lacérations : 18%

Dans l'autre moitié des cas environ, l'examen somatique est normal, sans lésions traumatiques. On ne peut pas conclure qu'il n'y a pas eu viol, mais seulement qu'il n'y a pas de traces de lutte, donc qu'il n'y a pas eu d'opposition ou de résistance (ou peut-être pas de possibilité), du fait que la victime est hors d'état de se défendre, étant sous l'effet d'une imprégnation de produits, d'ivresse ou de drogue.

Il faut toutefois rappeler que, lorsqu'il s'agit d'un agresseur unique, pourvu que la victime soit « avertie » et ne soit pas l'objet d'une menace de mort précise, ses résistances, quelle que soit la vigueur de l'agresseur seront, en général, couronnées de succès, ce qui n'ira pas bien entendu sans laisser de traces .

1.2 – 3 Homicide :

C'est l'une des complications les plus graves du viol. Cependant il est à noter qu'il est rare que viol et assassinat soient associés ;
Le crime est effectué généralement par :

- Traumatisme crânien.
- Asphyxie mécanique : strangulation à la main ou à l'aide d'un lien, suffocation faciale
- Rarement par arme blanche.

1 2 – 4 Le risque de grossesse :

Le viol étant un événement imprévisible, comporte de ce fait un risque non négligeable de grossesse.

En effet, et même dans les cas ou la victime n'utilise pas de contraception efficace et que l'agression ne remonte pas à plus de 72 heures avant la consultation, et quelle que soit la date du cycle, l'on peut encore prescrire la « pilule du lendemain », même si ce n'est pas une garantie absolue d'efficacité (10% d'échec), soit d'une manière pratique :

*2 comprimés d'une pilule à 50 grammes d'éthinyl-oestradiol (stediril) immédiatement suivis de deux comprimés 12 heures après.

Dans le cas où la grossesse est évolutive, il faudrait le porter à la connaissance de la victime tout en rappelant que le médecin est en mesure de prescrire l'interruption thérapeutique de la grossesse conformément à l'article 72 de la loi N° 85 – 05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé qui stipule :
« L'avortement dans un but thérapeutique est considéré comme une mesure indispensable pour sauver la vie de la mère en danger ou préserver son équilibre physiologique et mental gravement menacé … »

L'avortement thérapeutique est également autorisé par l'article 33 du code de déontologie (Décret exécutif n° 92 – 276 du 7 juillet 1992) qui dispose :
« Le médecin ne peut pratiquer l'interruption de grossesse que dans les conditions prévues par la loi ».

Il en est de même de l'article 308 du code pénal qui précise que « l'avortement n'est pas puni lorsqu'il constitue une mesure indispensable pour sauver la vie de la mère en danger et qu'il est ouvertement pratiqué par un médecin ou chirurgien après avis donné par lui à l'autorité administrative ».

1.2 – 5 Les maladies vénériennes : MST

La catégorie des violeurs et des femmes violées constitue une population à haut risque de maladies sexuellement transmissibles. L'incidence de cultures positives du gonocoque est évaluée dans certaines statistiques à 12%, alors que l'incidence de gonococcie asymptomatique dans une population témoin comparable est estimée à 4% environ.

Il faut donc, au cours de l'examen initial, faire des prélèvements locaux à la recherche de gonocoques, de trichomonas, de phtirius pubis et demander également une sérologie syphilitique pour éliminer une atteinte antérieure.
Par la suite, une antibiothérapie efficace à visée préventive est prescrite à la victime.

1.2 – 6 La contamination HIV :

Même si ce risque est faible, il ne peut être négligé. Ainsi, la crainte d'avoir contracté le SIDA après un viol est très souvent formulée par les victimes.

Le dépistage est effectué par le test ELISA (Enzyme Linked Immuno-sorbent Assay), simple mais coûteux. Dans le cas d'investigations par contre, il peut donner de faux positif.

Refait à deux reprises successives, s'il est toujours positif, il faut passer à un test plus spécifique le WB (Western Blot), avec recherche du virus et de l'autogène P24 qui précède la séroconversion.

Si le WB est positif, le patient est déclaré potentiellement contagieux.

En pratique, le contrôle du test HIV est effectué après l'agression, 4 semaines, 3 mois et deux ans après.

Du point de vue préventif, un rinçage à la Bétadine est préconisé uniquement après avoir effectué tous les prélèvements et la prescription d'ovules bétadinés par la suite semble être une bonne précaution si elle est appliquée rapidement.

1.2 - 7 L'hépatite :
C'est essentiellement l'hépatite B. qui peut se contracter lors d'une agression sexuelle.

Ainsi, la plupart des malades atteintes par l'hépatite B. guérissent en quelques mois, et beaucoup d'entre elles deviennent porteuses chroniques. Le diagnostic de chronicité est posé quand l'antigène HBS est retrouvé dans le sang au delà de six mois et confirmé à l'examen anatomo-pathologique (ponction biopsie du foie).

La transmission hétérosexuelle est le principal mode de transmission.
L'évolution diagnostique étant très rapide, en cas de viol et s'il y a suspicion de contamination, on peut rechercher l'antigène HBS chez la victime et chez l'agresseur juste après l'agression, puis 4 et 6 mois après l'agression.

Il est à signaler qu'à l'heure actuelle, c'est la seule MST qui bénéficie d'un vaccin.

1.2 – 8 Le tétanos :
Cette infection devra aussi être prévenue par l'injection de gammaglobulines et par une vaccination éventuellement.

1.3 – CONSÉQUENCES PSYCHO-PATHOLOGIQUES :
Tous les auteurs insistent sur le caractère extrêmement traumatisant du viol. Ainsi l'étude des violeurs semble bien montrer que le viol au départ n'est pas un acte sexuel, mais un acte de violence.

Le degré de la violence, l'âge de la victime, son statut social, son milieu familial et son expérience représentent différents facteurs susceptibles d'influencer la sévérité et la diversité des traumatismes.

Il faudra également prendre en considération que l'attitude des proches de la victime influence sans aucun doute également, l'apparition ou la persistance des traumatismes psychologiques.

Ces personnes entretiennent en effet bien souvent les mêmes incompréhensions, les mêmes préjugés et les même mythes que la population et réagissent davantage à l'aspect sexuel qu'à l'aspect violent du viol.

Généralement, c'est au cours de la violence sexuelle que l'angoisse, la panique ou le choc, l'impuissance, la perte de contrôle de la situation et le sentiment d'être l'objet de la rage et de l'humiliation de l'assaillant caractérisent le vécu des victimes. Ceci

se résume généralement en quatre (04) phases successives que connaît une femme victime de ce type d'agression :

1.3 - 1) - Une phase d'anticipation :
Apparaît dans 10 à 20% des cas. La femme perçoit un danger potentiel mal défini, mais rarement ressenti comme une véritable menace de viol.

1.3 - 2) - Une phase d'impact coïncidant avec l'agression.
Au début, la femme pense avoir affaire à une agression et non à un viol. La victime craint d'être tuée et son objectif est de survivre. Dans cette phase, la victime peut avoir plusieurs attitudes :

Tenter de fuir
Essayer de calmer son agresseur.
Avoir des réactions anarchiques : cris, vomissements ……
Se défendre énergiquement.
Rester figée, comme paralysée.

1.3 – 3) - La phase post-traumatique immédiate :

Cette phase dure environ deux semaines à 1 mois.

La victime est toujours abattue, sous le choc de l'agression, l'examen de la victime retrace différentes attitudes :

- soit la victime apparaît bouleversée et sous le coup de l 'émotion
- soit un mutisme total, et cette réaction de silence doit alerter le médecin.

Dans les deux cas, deux sentiments semblent dominer : la peur et la honte :

Peur de la faillite affective des proches
Honte devant les médecins et policiers qui minimisent, doutent, voire accusent la victime.

Il faut insister sur l'aspect pénible de cette période pour la victime. Elle doit affronter d'une part la police, d'autre part le corps médical et parfois déjà la justice.

D'autant plus que le premier contact avec le médecin se fait généralement dans un service où la discrétion, de rigueur dans une telle affaire est rarement respectée par une équipe médicale peu préparée à apporter un soutien psychologique à la victime.

1.3 - 4) - La phase post- traumatique tardive :
Plus longue, cette phase peut durer de un à deux ans. Elle sera marquée par la réorganisation. Plus la victime trouvera un support psychologique efficace au cours de la phase précédente, plus elle peut être considérablement améliorée.

Cette phase est marquée par :

Une tentative d'oubli.
Une agitation avec une certaine fébrilité.
Des insomnies avec cauchemars.
Des attitudes phobiques, en rapport avec les circonstances du viol.

Il est à noter que les conséquences psycho-pathologiques sont vécues de façon différente selon le statut social de la victime, et son âge.

*** Chez l'enfant et l'adolescente :**
Bien souvent, l'auteur du délit est une personne chargée d'autorité sur l'enfant. Le rapport peut être de nature répétitive. Il peut être induit, voire provoqué par l'adolescente, mais il y a cependant délit car la victime est mineure.

Chez cette catégorie, deux points importants sont à signaler :

- Croire un enfant mythomane
- Ne pas penser au viol devant un enfant amené en consultation pour des problèmes genito-urinaires évocateurs.

*** Chez les jeunes filles célibataires :**
Le violeur est souvent un individu déjà connu, et ceci peut augmenter la culpabilité de la victime. Parfois il s'agit d'un premier rapport, ce qui peut gravement perturber l'équilibre sexuel ultérieur de cette jeune fille.

***Chez la femme divorcée ou séparée :**
On peut, dans ce contexte, se heurter à un problème de crédibilité, car son mode de vie et sa moralité peuvent être mis en doute. Le viol peut être vécu comme une confirmation de son inadaptation sociale.

Dans tous les cas, la prise en charge psychologique de la victime d'une agression sexuelle doit passer par une évaluation du retentissement psychiatrique et nécessitera parfois des soins spécifiques pouvant être de longue durée.

1.4 – conséquences sociales :
Des conséquences sociales occasionnées par le viol, deux catégories nous semblent importantes à signaler :

- conséquences sur le statut personnel
- conséquences sur le statut général.

1.4-1 - Sur le statut personnel :
1° - Les fille-mères :
Problème épineux que celui de la prise en charge sociale de la jeune mère et de son enfant, soit :

Par insuffisance de structures adéquates ou associatives.

Soit, par difficulté ou rejet par la famille de prendre en charge un enfant issu d'une union illégale, d'un point de vue juridique et religieux. Il est justement dit dans un hadith :

« l'homme qui se marie, se rend possesseur de la moitié de la religion ».
« l'homme et la femme se marient pour procréer … ».

En ce sens, on a pu relever l'association du contexte, qui limite les règles du mariage et religieux qui n'autorisent la pratique de la sexualité et de la procréation que conformément aux préceptes de la religion musulmane.

2° - Le mariage :
En Algérie, où l'Islam est la religion de l'état, le code de la famille qui s'inspire du droit musulman (CHARIA) prend en charge le domaine social et le statut personnel.

Le mariage, en Islam, est un contrat établi entre un homme et une femme, basé sur un statut juridique influencé par les intérêts sociaux de nature morale et religieuse.

Ce contrat repose sur des conditions de validité et de dissolution.
Les conditions requises pour la validité du mariage sont au nombre de quatre :

a – absence d'empêchements
b – consentement de personnes déterminées
c – constitution de dot
d – observation de formalités prescrites par la loi

Les causes de dissolution du mariage sont :
a – le décès de l'un des époux
b – l'absence du mari
c – l'attribution à l'un des époux de la propriété de l'autre
d – l'abjuration de l'islamisme
e – le TALAK :

Par dissolution unilatérale de volonté du mari, avec ou sans accord de l'épouse, par décision de justice.

Cependant, et comme tout contrat, certaines particularités faisant défaut peuvent entrer également en considération pour permettre sa rupture.

Parmi ces particularités, on peut citer celles ayant pour vices rédhibitoires le défaut de virginité chez l'épouse. C'est justement ce qu'il en est de la victime du viol.

En effet, sont considérés de la même manière les vices et défauts, dont le contrat de mariage a stipulé l'exclusion, comme la cécité et la paralysie et par là même, selon la doctrine dominante, le défaut de virginité.

En Algérie, comme au Maghreb, il faut savoir que des divorces ont été prononcés pour non virginité, quoique le Coran ne stipule rien dans ce sens puisqu'il est dit : « Dieu n'a pas d'autres desseins que de préserver la famille des souillures du monde et de lui assurer une pureté parfaite ».

En conséquence, la virginité est certes valorisée, dans tous les domaines : social, culturel, et religieux, mais n'est pas une condition obligatoire à une relation de mariage (chez les musulmans et ce d'après

le Coran). Malgré cela, dans beaucoup de circonstances, un certificat de virginité est exigé de la part du futur conjoint ou de la future belle famille, qui va mettre le médecin face à une responsabilité d'ordre moral, et la victime, dont l'avenir dépendra dans beaucoup de cas de ce certificat.

1.4-2 - Conséquences du statut général :

Englobant de manière générale toutes les complications d'ordre sociales induites par le viol à toutes les victimes . Parmi ces conséquences on a :

1° - Les fugues : peuvent être soit à l'origine ou la conséquence des violences sexuelles subies par la victime. Une fois hors du cadre familial, la victime va se livrer soit à la toxicomanie, soit à la prostitution ;

2° - La toxicomanie : fléau social fréquent qui ne fera qu'aggraver la situation médico-sociale déjà très fragile des victimes de violences sexuelles.

3° - La prostitution : la section 7 du code pénal algérien se rapportant à l'incitation de mineurs à la débauche et prostitution, en donne les modalités légales de répression de cette complication, par les articles : 342 à 349.

Alors que des mesures de prise en charge et de prévention doivent être prises en compte pour aider les victimes de violences sexuelles, d'autres conséquences plus graves peuvent également apparaître au décours d'un viol, engageant la culpabilité de la victime, il s'agit essentiellement de :

4- L'infanticide : correspondant du point de vue légal « Au meurtre ou l'assassinat d'un enfant nouveau-né », article 259 du C.P.A.

5- L'avortement criminel : ce sont les articles 304, 306, 309, 310 du C.P.A. de la section 1 du chapitre II relatif aux crimes et délits contre la famille et les bonnes mœurs, qui en définissent les contours juridiques.

6- Le suicide ou la tentative de suicide : par rapport au suicide, qui est assez rare, la tentative de suicide, beaucoup plus fréquente, est un véritable appel au secours de la part de la victime, par rapport à elle-même (de par les troubles psycho-pathologiques qu'elle va présenter) et par rapport aux mœurs et coutumes de la société dans laquelle nous vivons.

2 - CRIMINOLOGIE ET ASPECTS PSYCHOLOGIQUES :

Parmi les éléments de prévention du viol, il nous a paru important de parler des aspects psychologiques de l'agresseur et de l'agressée.

2.1. Psychologie des violeurs :

Il est à considérer que leur prise en charge médicale et psychosociale d'une manière préventive et judiciaire beaucoup plus punitive, peut être aussi bénéfique pour la société que pour les victimes. Ainsi les données sur les violeurs demeurent limitées, car les informations recueillies par les diverses études proviennent de rapports d'officiers de police judiciaire et des tribunaux (généralement sur la base d'éléments

fournis par les expertises médico-psychologiques, voire même psychiatriques, qui se font en prison).

Certaines études consultées nous permettent néanmoins de tracer d'une manière générale le portrait type du violeur : âge : 25 – 35 ans, homme moyen, souvent célibataire, appartenant à une classe socio-économique basse et ayant en général des antécédent judiciaires.

Même si d'autres auteurs ont établi des classifications, celles de STÜRUP selon l'âge, et de SYMONDS selon les facteurs de personnalité, demeurent les plus faciles à retenir et englobent tous les types de violeurs.

Pour STÜRUP, les violeurs se divisent essentiellement en deux groupes :

1°) – Les jeunes délinquants sexuels dont les conditions criminelles sont pour la majeure partie, un symptôme de puberté.

2°) – Les assaillants sexuels plus âgés où la criminalité résulte des tendances profondément ancrées et dont le pronostic est moins favorable que pour le précédent groupe.

Pour SYMONDS, les violeurs sont également divisés en deux catégories :

1°) – Le violeur **compulsif** : cherche la gratification symbolique de problèmes sexuels enracinés et non résolus.

Par une atmosphère de terreur et de violence, l'assaillant exige la participation de la victime pour se donner l'illusion qu'elle est un partenaire volontaire. En plus , ce type de violeur ne demeure pas anonyme et retourne parfois sur la scène du viol.

2°) – Le violeur **rapace** : son premier but est de lui déchirer ses vêtements en s'appropriant le corps de la victime et en s'attaquant à sa fierté. La plupart du temps, il n'a aucune relation personnelle avec elle. Il est impulsif, orienté vers l'action, et présente trois caractéristiques retrouvées chez la plupart des criminels :

Il terrorise sa victime pour obtenir sa soumission immédiate
Il a un minimum de contact avec elle pour assurer son anonymat
Il la rend parfois physiquement impuissante avant ou après son forfait, pour assurer sa fuite.

Quelle personnalité possède donc le violeur ? :

Le viol étant un acte complexe, qui en plus d'exprimer le pouvoir, la colère et parfois la haine, sert également à compenser les sentiments d'impuissance qu'a l'agresseur.

- à rassurer l 'assaillant
- à affirmer son identité
- à le défendre contre des impulsions homosexuelles.
- à nier sa peur des femmes
- à garder son statut parmi ses pairs
- à obtenir certaines gratifications sexuelles
- à dégager sa frustration.

Ces caractéristiques montrent que les violeurs sont des êtres isolés, incapables de relations positives avec les gens. Des études ont montré certains éléments dominants de la personnalité des violeurs, en effet :

L'alcoolisme joue parfois un rôle favorisant le viol, mais pas cependant primordial.

Les tests psychologiques servent principalement à évaluer la personnalité (LE RORSCHAH- LE MINNESOTA- LE MMPI.) montrent qu'il n'existe aucune différence entre des violeurs et des criminels agressifs.

Les violeurs posséderaient également assez souvent une intelligence en dessous de la limite normale. Les violeurs les plus violents ont de façon significative des taux de testostérone plus élevés que les gens normaux, les pédophiles et les violeurs non violents entraînant donc une capacité sexuelle plus importante, néanmoins, la majorité souffre de dysfonctionnements sexuels

Peut- on traiter les violeurs ?

Concernant surtout les violeurs les plus violents, et les récidivistes, du point de vue médical, le traitement le plus connu, mais rarement utilisé (surtout aux Etats-Unis) est la castration. Ainsi STURUP rapporte que sur 900 personnes castrées, seules 2,2% ont récidivé et 90% sont satisfaites des résultats. Plus récemment ,le Professeur FIELD mettait au point un traitement susceptible de réduire la force de la poussée sexuelle d'un violeur, il s'agit d'un médicament (acétate de cyprotérone) mais qui a eu beaucoup d'effets secondaires à type de dépression, réactions psychotiques, changement de personnalité.

Le traitement social : il faudrait pour l'agresseur qu'il soit intégré dans des activités communautaires, où il se sentirait utile et encouragé, et ce essentiellement pour éviter sa marginalisation et d'éventuelles récidives.

2 2 PSYCHOLOGIE DES VIOLÉES :

Toute femme peut être victime d'un viol. Cependant quelques études ont permis de dessiner un profil type de la victime.

Généralement, il s'agit d'une femme appartenant à la même classe sociale que l'agresseur, plus jeune, parfois du même âge.

Le plus souvent, elle est célibataire et âgée de 17 à 24 ans avec des limites allant de 15 à 30 ans.

Selon la théorie de la victimologie, le choix de la victime ne se fait pas au hasard, la personnalité de cette dernière, dans la genèse du crime, peut contribuer à sa propre agression. Son rôle est souvent fonction de ses précipitants de viol.

Elle peut le provoquer de façon passive, par sa négligence ou son imprudence. De ce fait, on peut penser et admettre que toute femme désire inconsciemment être violée.

De façon active, en le provoquant par ses propres agissements : par leurs paroles, leurs gestes et leurs actions ; et c'est par ce comportement qu'elles peuvent les pousser à avoir des relations sexuelles avec elles.

Enfin la victime peut-être participante. Ainsi, bon nombre de femmes dépendantes acceptent les avances des hommes et de ce fait les incitent à les violer.

CHAPITRE - III -

ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE

I – ENQUÊTE EPIDEMIOLOGIQUE

1 – Protocole d'étude.
2 – Objectifs.
3 – Méthodologie.

II – RESULTATS

III – DISCUSSION

IV – CAS CLINIQUES

1 – Présentation de cas cliniques.

2 – Discussion.

I – ENQUÊTE EPIDEMIOLOGIQUE

L'enquête épidémiologique a consisté en deux étapes :

- une étape rétrospective se basant sur l'ensemble des éléments d'information retrouvés au niveau des dossiers d'examens. médico-légaux des victimes de violences sexuelles, relevés auprès des CHU Beni-Messous , Bab El Oued et Alger-Centre .
- Une étude prospective, concernant un échantillon de 100 victimes répertoriées à la consultation du service de Médecine Légale du CHU Beni-Messous.

Cette étude concernant les victimes de violences sexuelles de sexe féminin et s'étalant sur 04 années : 1994, 1995, 1996 et 1997, s'est basée sur une fiche technique spécifique (page 83).

Cette fiche comporte :

- l'identité de la victime.
- l'interrogatoire, avec les circonstances de survenue.
- les examens complémentaires demandés au moment de l'expertise médico-légale.

Notre but a consisté à revoir les victimes et ce après le 1er examen médico-légal afin de :

- procéder à un deuxième examen clinique.
- proposer une prise en charge psychologique.
- contrôler les résultats des examens complémentaires demandés.
- mettre en place une thérapeutique adéquate.
- Iitervenir le cas échéant, auprès des autorités administratives ou judiciaires, lorsque des complications graves apparaissent, telles que : maladies sexuellement transmissibles, grossesse, voire même le sida.

1– Protocole d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant les victimes de sexe féminin s'étalant sur 04 années (de 1994 à 1997).

Le travail que nous avons effectué s'est déroulé essentiellement au service de médecine légale de l'hôpital Beni-Messous, de 1994 à 1997, avec un complément d'enquête concernant deux autre services, que sont le service de Médecine Légale de l'hôpital Mustapha et le service de Médecine Légale de l'hôpital Bab-El-Oued.

Les cas de viol ont représenté 1,46% de l'activité de la consultation médico-judiciaire avec 595 cas sur 40 892 consultants de CBV répertoriés au niveau des trois CHU. Chaque cas ayant fait l'objet de consultation avec constatations cliniques médico-légales initiales, comprenant :

Un entretien avec recueil des informations principales concernant :

- Horaire – lieu – circonstances de l'agression – les sévices et les menaces subies.

- L'examen clinique proprement dit

- La rédaction du rapport médico-légal.

Ces éléments seront regroupés en données :

- Sociales et démographiques
- Médico-légales

2 – Objectifs :
L'objectif de ce travail est d'attirer l'attention et de mesurer l'étendue du problème dans notre société.

Le viol étant défini légalement par le code pénal algérien comme un crime, et c'est dans ce sens qu'il faudra beaucoup plus l'identifier, le classer et par la même le réprimer.

3 – Méthodologie :
Il s'agit de dossiers de victimes qui se sont présentées à la consultation de Médecine Légale, au niveau des 03 centres hospitaliers, pour violences sexuelles, sur réquisition des autorités judiciaires.

Il serait utile de signaler qu'en matière de violences sexuelles, chacun s'accorde à reconnaître qu'il existe un écart important entre la criminalité réelle, effectivement commise et celle qui est déclarée et connue des autorités. C'est le fameux « chiffre noir », qui est cependant difficile à estimer et que certaines études ont situé entre 5 à 7 fois plus élevé que celui déclaré aux autorités judiciaires.

3 – 1 Le dossier médical :

Ce dossier comprend, outre la réquisition à médecin émanant des autorités judiciaires à l'effet d'examiner la victime.

* Le certificat médical descriptif comprenant trois parties :
- La première partie : mentionnant l'identité de la victime, son âge, le jour, l'heure et le lieu de la survenue de l'agression.

- La deuxième partie relatant les signes subjectifs marqués par la douleur, la peur, l'angoisse, … ainsi que les lésions constatées, qu'objectivement, un examen physique complet des différentes parties du corps et essentiellement des organes génitaux mettra en évidence.

- La troisième partie, enfin, permettra de répondre aux termes de la mission judiciaire inscrite dans la réquisition à savoir :

Décrire les signes de violences, dire si ces lésions entraînent une incapacité de travail (I.T.T.), en fixer la durée, envisager la nécessité d'une incapacité permanente partielle (I.P.P.).
Déterminer l'état de virginité.
Apprécier la date des faits dans le cas d'une défloration récente.
Rechercher en éventuel état de grossesse.
L'ensemble de ces réponses conditionne l'action en justice de l'affaire à traiter.

* Une fiche technique jointe au certificat médical dûment rempli par le médecin examinateur comprendra :

- L'ensemble des éléments de l'état civil de la victime.
- Des éléments de l'état civil des parents.
- Des éléments concernant les circonstances de l'agression.
- Des éléments concernant avec détail l'examen clinique de la victime.
- *Les examens complémentaires à effectuer ou déjà pratiqués par la victime.*

II - RÉSULTATS :

A – Consultation pour coups et blessures / CHU

Année	**Mustapha**	**Beni-Messous**	**Bab El Oued**	**Total**
1994	5 412	2 496	1 751	9 659
1995	3 941	2 222	1 989	8 152
1996	6 156	2 743	2 237	11 136
1997	6 730	2 957	2 358	12 045

Pour un nombre croissant de consultants chaque année, il est toujours noté que le plus grand nombre de victimes est retrouvé au niveau du CHU Mustapha.

D'autre part, le même ordre de croissance est retrouvé au niveau des trois CHU.

L'augmentation du nombre de consultants de 94 à 97 a été de 11%.

B – Consultations pour violences sexuelles :

Année	Hommes	Femmes	Enfants	Total
1994	06	96	83	185
1995	12	119	76	207
1996	14	132	81	227
1997	10	126	87	223

Le nombre total des consultants (842) pour violences sexuelles a été relevé simultanément au niveau des 03 services de Médecine Légale (CHU Beni Messous, Mustapha et Bab El Oued).

Sur les 842 dossiers de victimes d'A.S. nous retrouvons 595 victimes de viols.

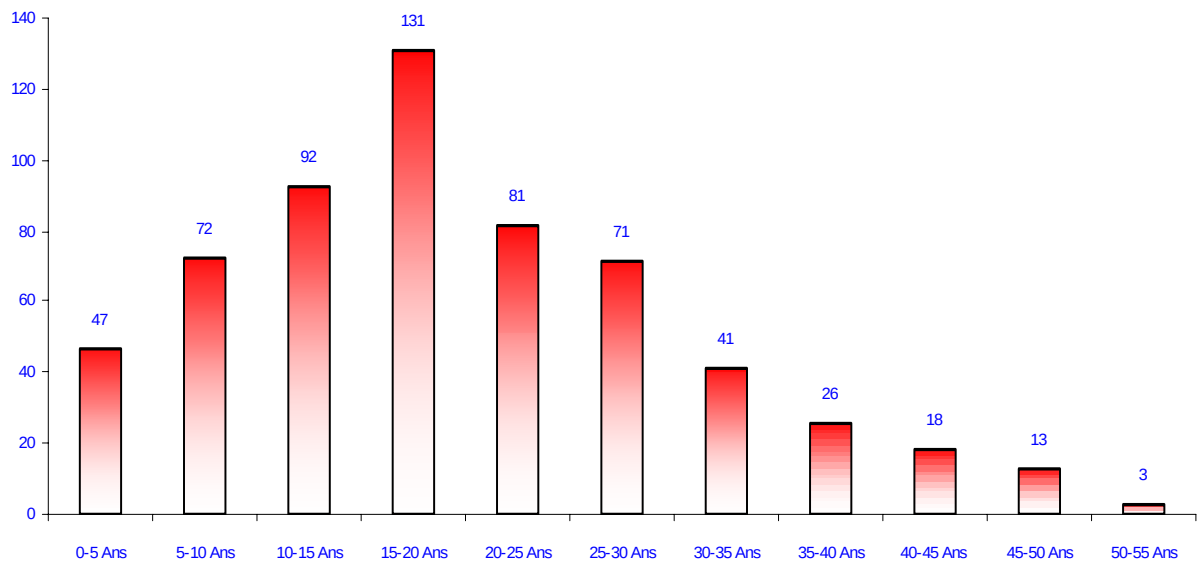
Il est noté le même nombre de violences sexuelles pour les 04 années, avec cependant une très légère croissance.

Les chiffres les plus importants ont été enregistrés en 1996.
Les femmes représentent environ 56% des consultations pour violences sexuelles.

Les hommes quant à eux ne représentent que : 5,2%.
Les enfants filles et garçons représentent : 38,8%.

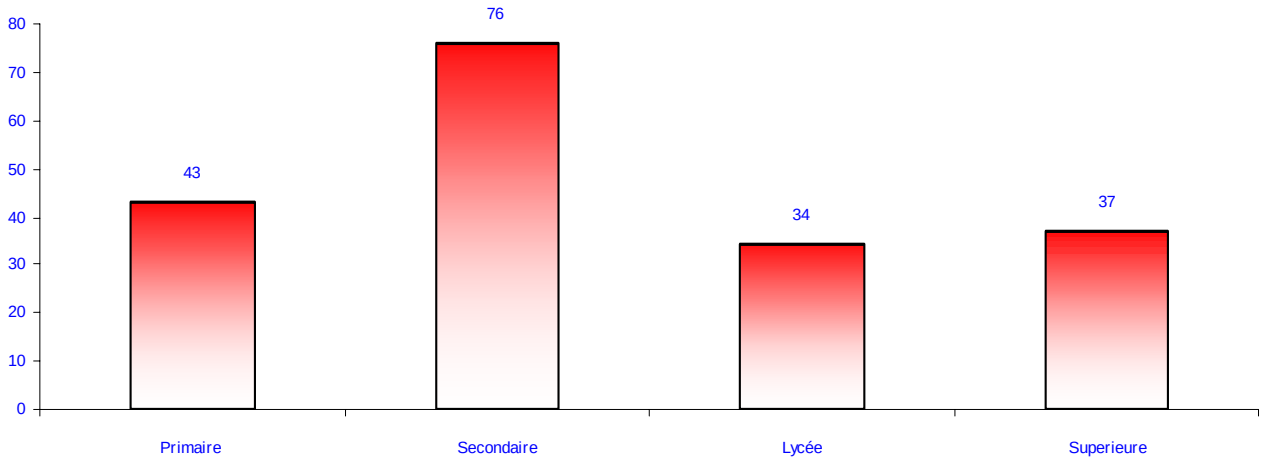
Pour ce qui est des enfants, près de 40% sont des garçons et donc victimes d'actes contre nature.

C - Catégories d'âge des victimes de viol



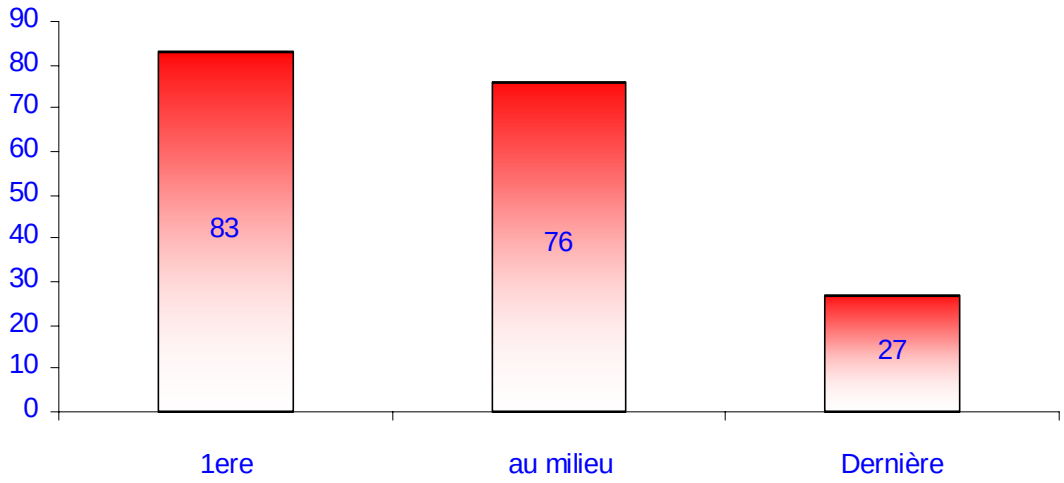
La grande majorité des victimes de viols sont des jeunes femmes entre 15 et 25 ans (avec un pic aux alentours de 18 ans).
47 cas de victimes avaient moins de 05 ans, et qui pour la grande majorité, n'étaient que des attovchements.
02 cas présentait des signes de violences au niveau de la vulve.
Les deux âges extrèmes examinés pour viol : 04 ans et 54 ans : toutes les deux présentaient des violences au niveau de la région génitale.

D - Niveau scolaire des victimes



Des dossiers en notre possession, on a pu déteminer le niveau scolaire de 190 victimes, soit 31,9%.
Le plus grand nombre des victimes ont le niveau du secondaire (correspondant en réalité à toute les victimes qui ont atteint la 9e année puis sont sorties de l'école).
Ailleurs, on retrouve approximativement les mêmes pourcentages.

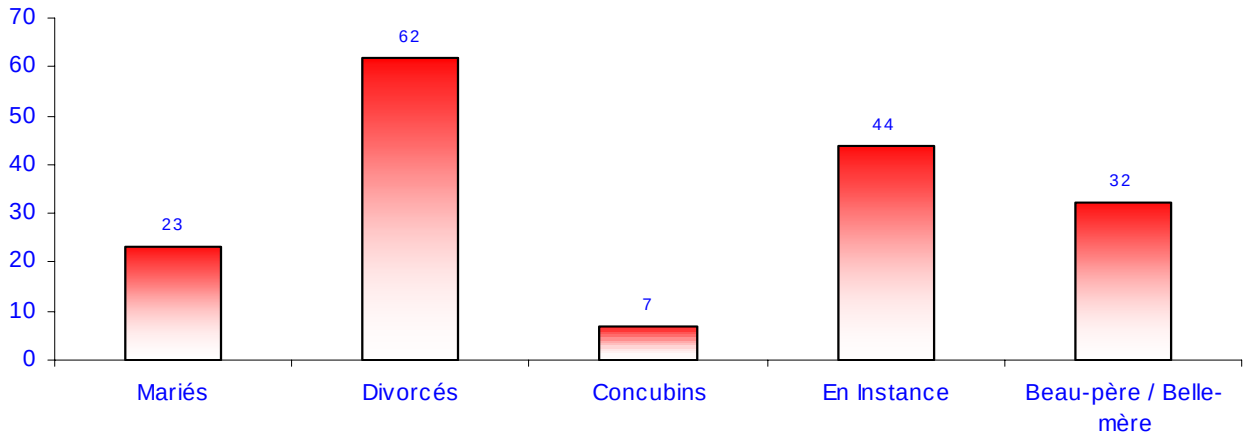
E - Situation / à la fratrie



Dans 186 dossiers, on a pu déterminer la situation de la victime dans la fratrie,Toutefois, ces résultats nous montrent que le rang de la victime, dans la fratrie est peu important, du moment que l'on retrouve un pourcentage sensiblement égal pour les trois catégories.

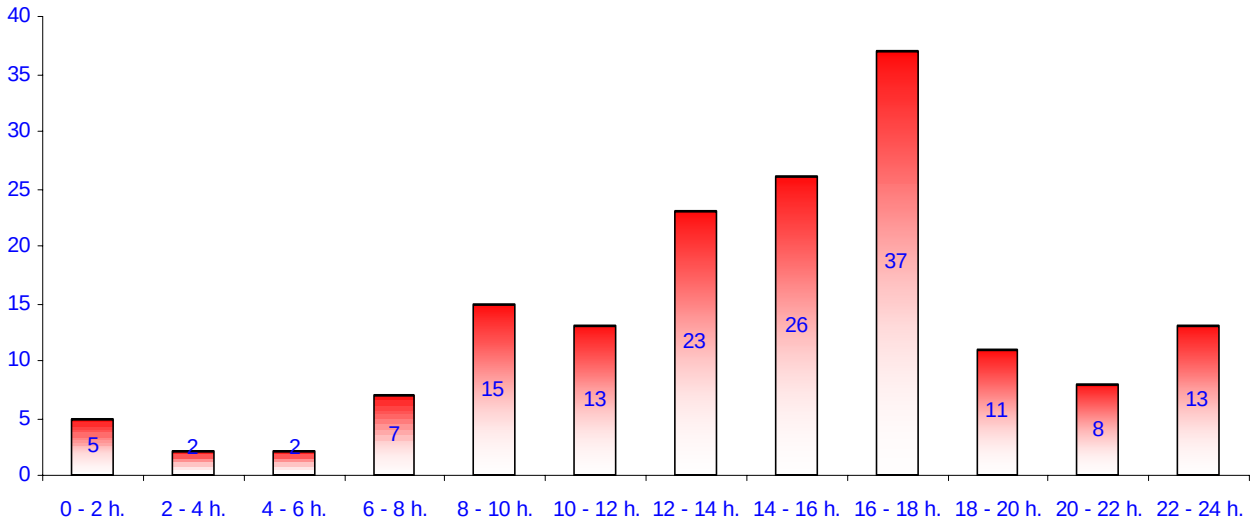
Toutefois, c'est l'ainée qui est généralement le plus victime, de violences sexuelles.

F - Situation familiale des parents



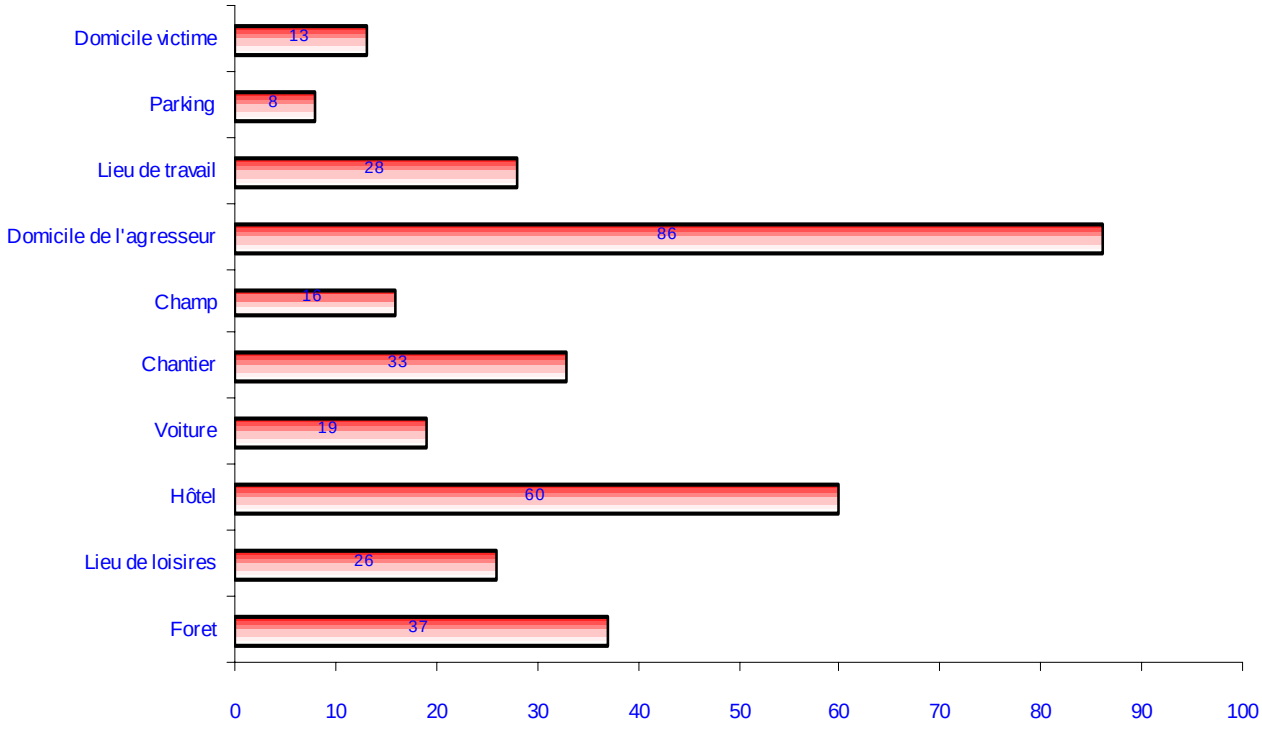
Il a été retrouvé des renseignements concernant la situation familiale des parents dans 1 dossiers.
Ces résultats se rapportant uniquement aux jeunes filles, non encore mariées.
Dans plus de la moitié des cas, les parents sont divorcés ou en instance de divorce .
20% vivent avec la belle-mère.
Moins de 5% (4,16%) sont concubins. Ce chiffre s'explique par le fait que chez nous, cett catégorie n'est pas encore bien ancrée dans notre société et ce du fait de nos moeurs et coutumes.

G - Répartition par horaire des viols



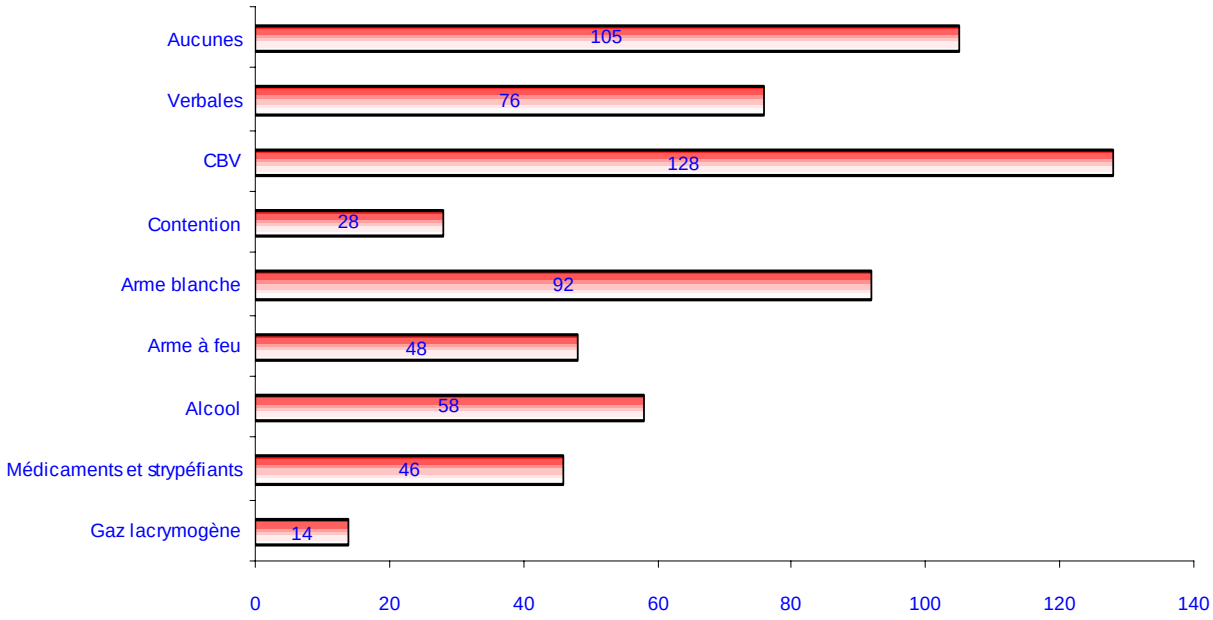
L'heure de l'agression à été retrouvée dans 162 dossiers.
Près de 60% des agressions sexuelles ont lieu entre 12 heures et 18 heures.
Moins fréquents sont les viols perpetrés dans la matinée et on note une légère recrudescence vers 10 heures du matin et 10 heures du soir.

H- Lieux d'agressions déterminés des viols



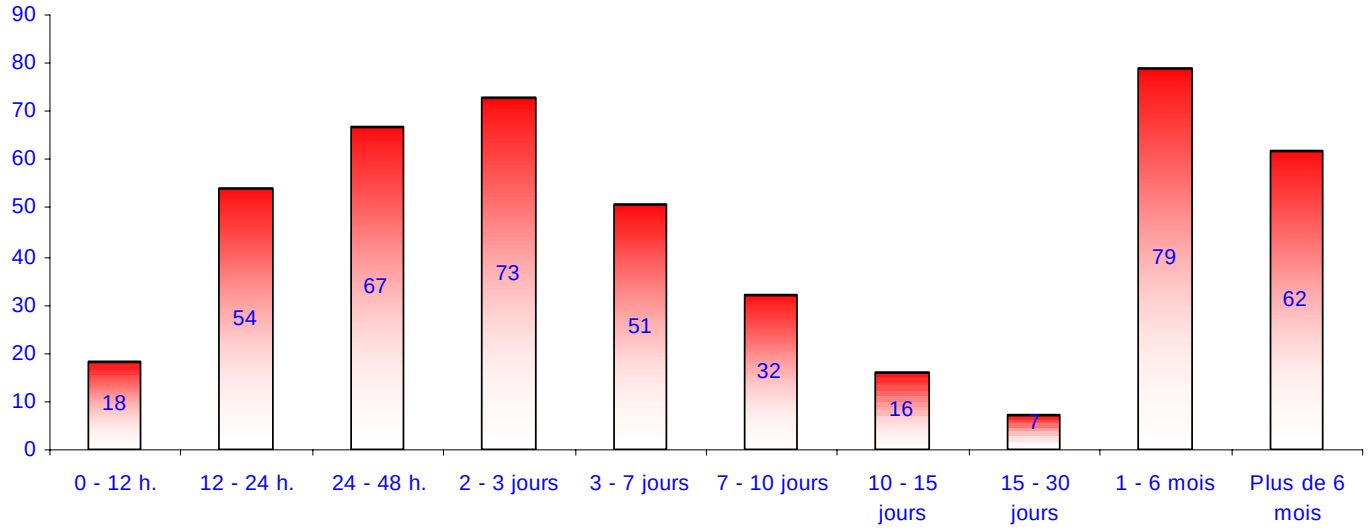
Plus du tiers des agressions sont commises au domicile de l'agresseur.
Près de 20% se passent dans des lieux publics (hôtel, parking, forêt, lieu de travail).
Dans 169 dossiers (28,3%) le lieu de l'agression reste indeterminé.

I - Menaces et violences ajoutées



Les menaces (par arme blanche, verbales, armes à feu) ainsi que les coups et blessures volontaires représentent les 2/3 des menaces effectuées lors des violences sexuelles et notamment du viol.
Dans 20% des cas, il n'existe pas de menaces du fait d'un "consentement moral" de la victi

J - Délai entre l'agression et la consultation

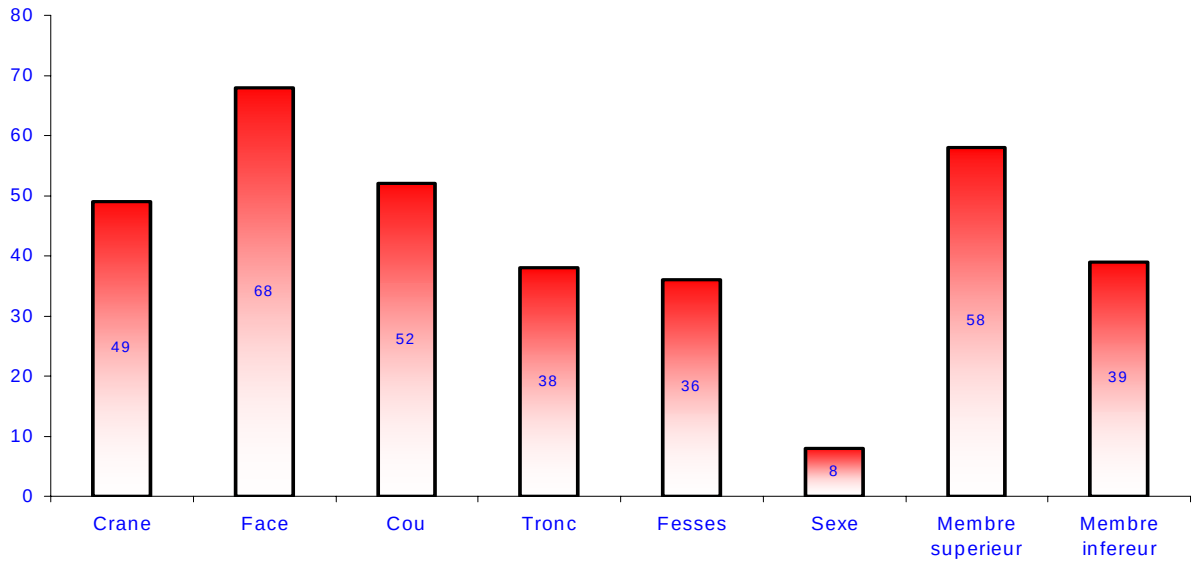


- Une proportion non négligeable de consultants se manifestent avant les 72 premières heures representant un taux de 35,6%.
- 16,6% consultent entre le 7^{e} et le 15^{e} jour.
- 35,9% au-delâ du 15^{e} jour.
- Il est à noter que dans près de 11,9% des dossiers il a été porté la mention "date indéterminée".

* De ces chiffres, deux groupes bien distincts de consultants se mettent en relief.
* celles qui automatiquement déposent plainte et consultent le plus tôt possible 35,6%.
* le 2e groupe de victimes qui ne se manifeste qu'après un délai de plusieur jours, voire de quelques mois : soit qu'elles répugnent à entrer dans la circuït policier et judiciaire, perçu complexe et source de démarches desagréables, soit par manque de confiance dans le crédit que l'on accorderait à leurs dires, soit qu'elles ne désirent pas prolonger ainsi ou renforcer le souvenir de l'événement.

Beaucoup d'entres-elles également, essayent de trouver par elles-mêmes un "arrangement à l'amiable" avec le "prétendu agresseur".

K - Nature et siege des blessures constatées accompagnant le viol



58% des cas présentaient des traces importantes décelables à type de :

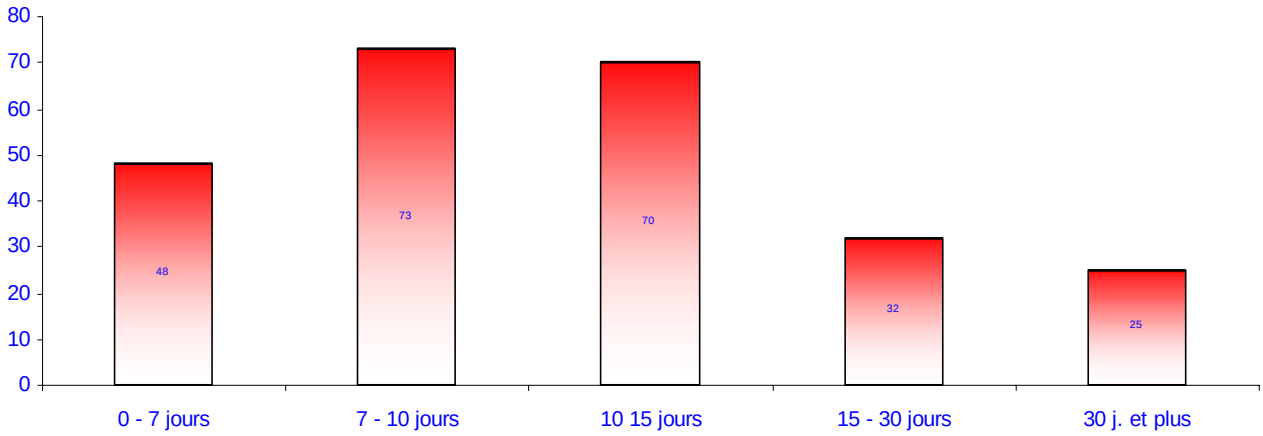
- griffures plus ou moins profondes
- ecchymoses ou hématomes
- plaies.

Ces lésions sont parfois multiples et associées.

- Le siège de ces blessures est le plus souvent : la face - le cou et les membres supérieurs.

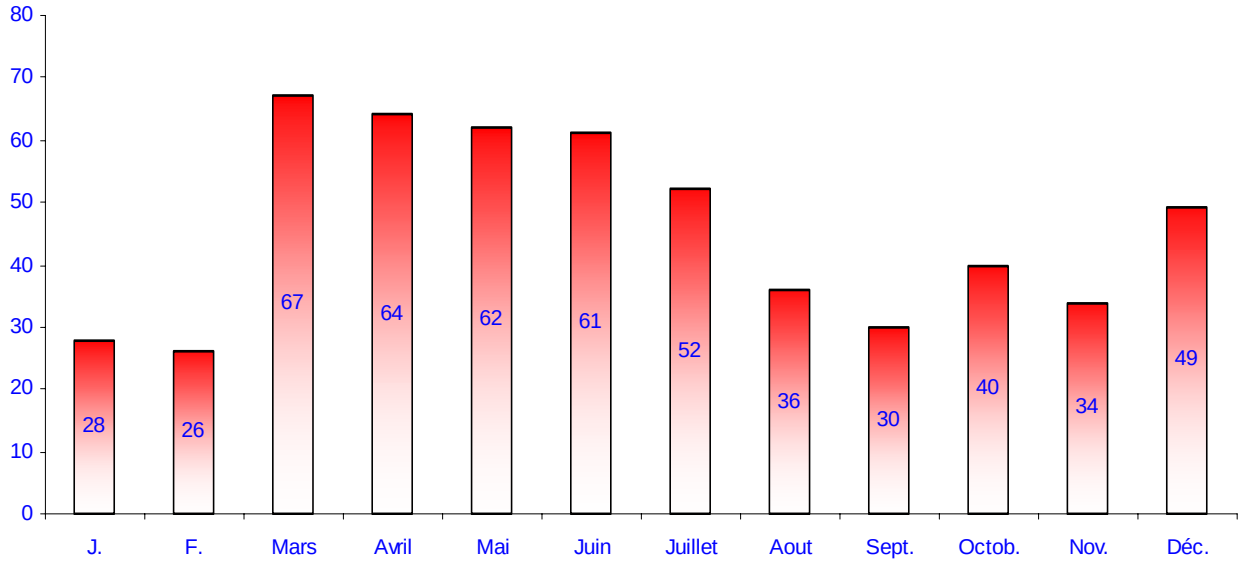
- 12% des cas ne présentaient plus de traces de lésions aumoment de l'examen, du fait du délaiimportant entre l'agression et la consultation.,

L - Incapacité totale de travail attribuée



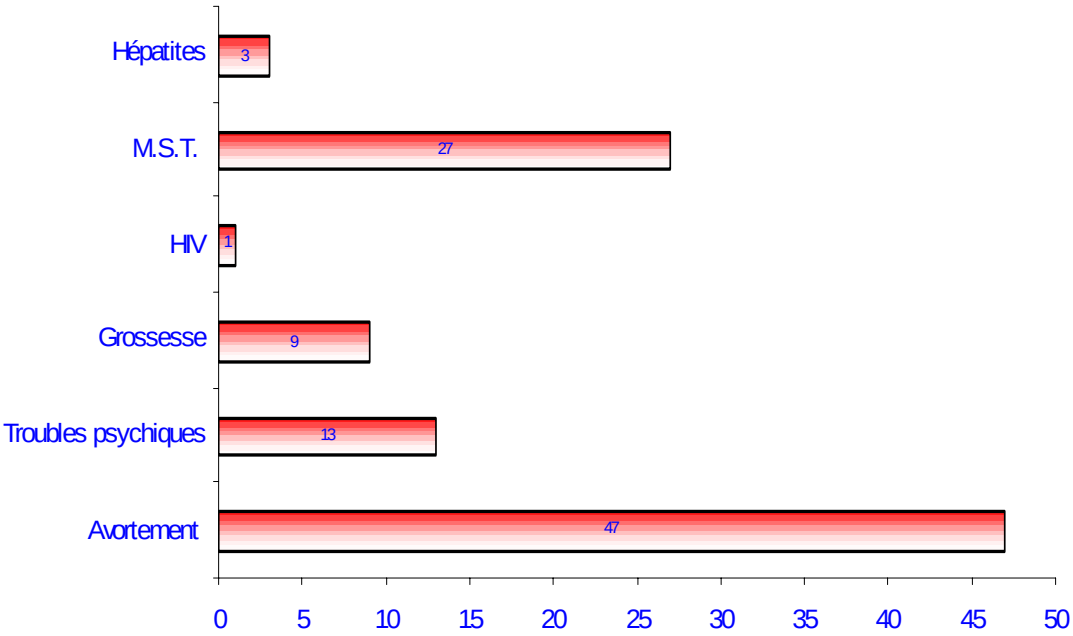
Pour 248 victimes (40,8%) il a été prescrit une "incapacité temporaire de travail personnel".
La détermination de cette I.T.T. n'avait d'autre but que d'éclairer le juge ou les officiers de police judiciaire des lésions associées et du retentissement initial, au moment du viol.

M - Incidence mensuelle ou par saisons



L'incidence mensuelle se situe autour de 12 par mois, mettant en évidence des variations allant du simple au triple, avec des recrudescences saisonnières connues (mars, avril, mai, juin) et celles moins fréquentes d'octobre et de décembre.
Sur 46 dossiers, (11,9%) il n' pas été mentionné de date.

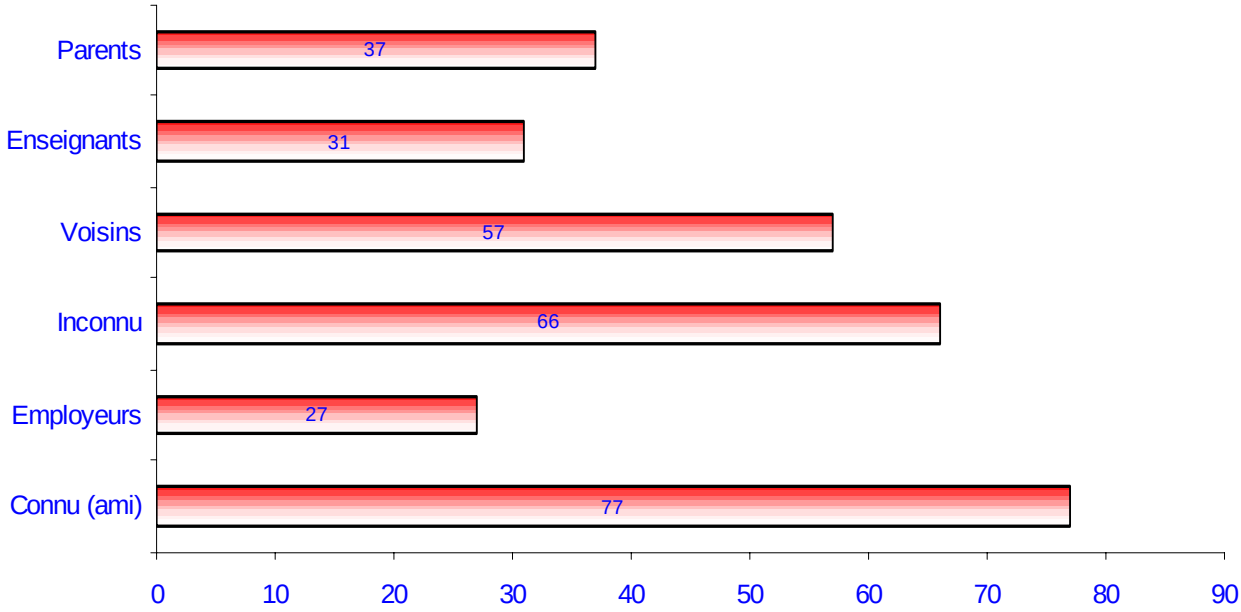
N - Complications et viols



Tous les cas de complications répertoriés au décours d'un viol, ont interessé : 97 dossiers, ce qui représente 16,3% du nombre global des violences sexuelles relevées pendant les quatre année Non signifcatif, il montre cependant que les complications du viol sont réelles et peuvent être très graves.

- 09 cas de grossesses dont * 3 sur inceste.
  * 1 sur débile mentale.
- 01 cas de sida (1 cas de seroposivité).
- 47 cas d'avortement ont été pratiqués au décours d'une amenorrhée après une violence sexuelle.

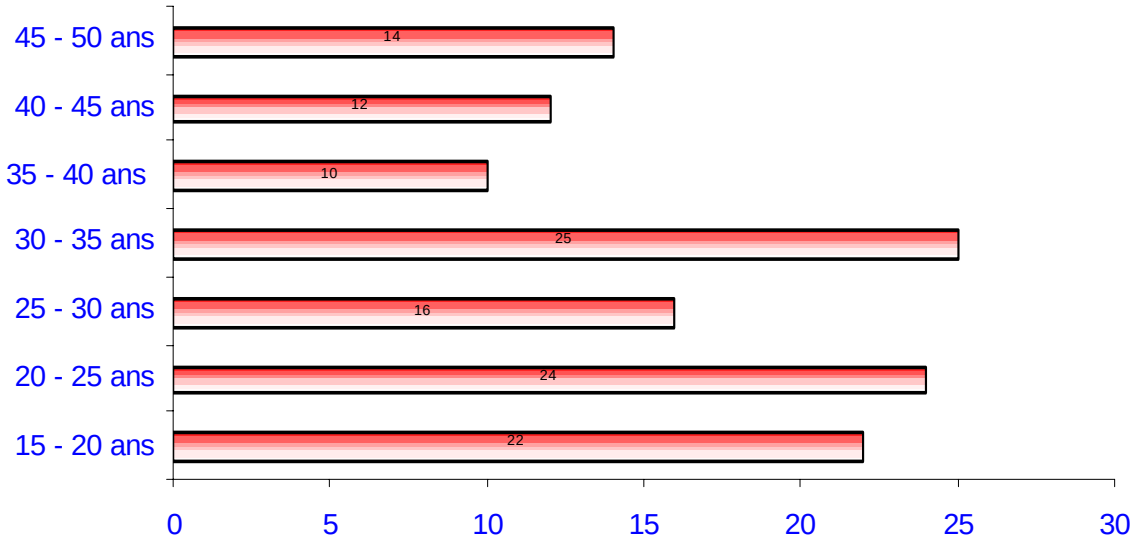
O - Auteurs des violences



295 dossiers ont rapporté des renseignements concernant l'agresseur.
Près de la moitié des cas (45,4%) sont soit des voisins, soit un ami.

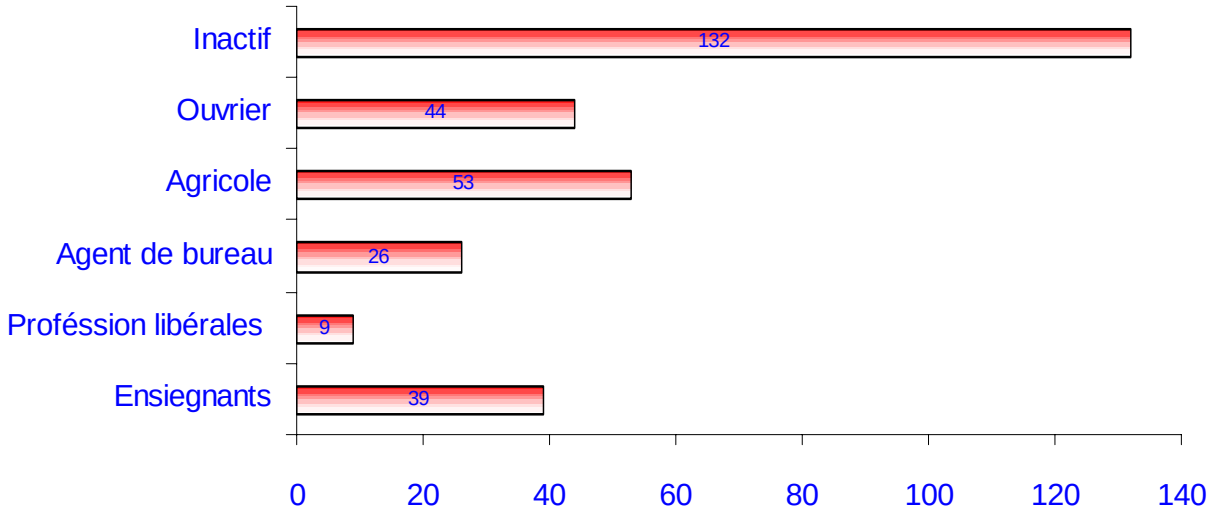
voisin = agresseur des enfants ; ami = agresseur des jeunes filles.
22,3% représentent des personne inconnues.

P - Age des auteurs des agressions



Là également sur les 295 dossiers, on a pu déterminer l'âge de l'agresseur pour111 cas seulement.
En général, ce sont soit des jeunes âgés de 15 à 20 ans, soit un adulte jeune 30 - 40 ans.

Q - Répartition des agrésseurs par catégories Socio-Profésionnelles



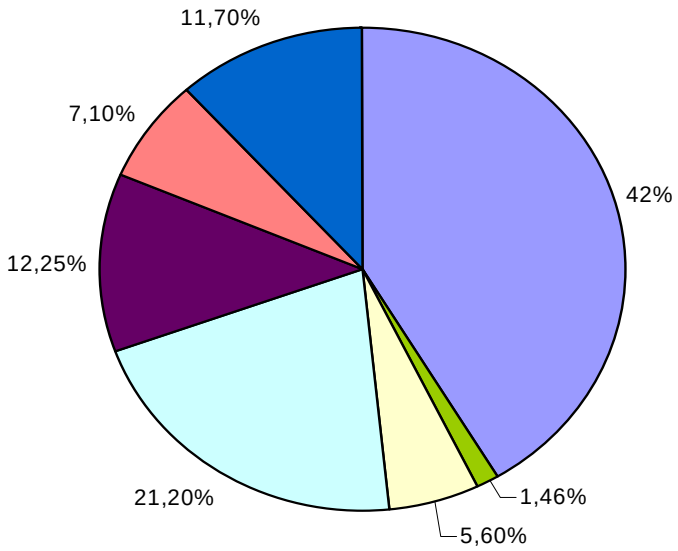
Il est bien évident que ces chiffres n'ont une signification que si on les rapporte à la répartition de ces mêmes catégories socio-profésionnelles, dans l'ensemble de la population.
Quant à la nationalité des agresseurs, il n'a été recensé que deux (02) étrangers.
Pour 295 agresseurs,nous avons eu connaissance de leur situation familiale, en éffet :

87 étaient mariés.

208 étaient célibataires.

Quant au profil judiciaires, sur le nombre total d'agresion, la ou nous avions les éléments de réponses : 43 avaient un casier judiciaire, dont 21 pour une affaire de moeurs (récidivistes).
Pour ce qui est des catégories socio-profésionnelles, du fait que le plus grand nombre de dossiers étudiés étaient du CHU Alger Ouest, ceci est bien démontré par le nombre impotant de profésions agricoles - Ouvriers, et qui représentent prés de 34%, avec le pic le plus important pour les sans profésions avec prés de 45%.

Motifs des consultations aux services de médecine légale



III. DISCUSSION

Des différentes statistiques effectuées dans notre étude, il y a lieu de signaler que :

1- concernant les victimes :

La grand majorité des victimes de viols sont de jeunes filles dont l'âge varie de 15 à 25 ans.
Leur niveau scolaire étant généralement le secondaire, avec comme référence la 9eme année fondamentale.
Elles occupent en majorité le 1^{e} rang de la fratrie, avec des parents divorcés ou en instance de divorce.
Elles sont agressées en fin d'après-midi, en général avec des violences légères .
La violence sexuelle perpétrée la plus fréquente étant la pénétration vaginale isolée, du fait que l'agresseur tente uniquement d'assouvir un désir sexuel.

2– Concernant l'agresseur :

Celui-ci étant généralement jeune, viole en son domicile ou dans un lieu choisi et préparé.

Il utilise dans la majorité des cas, des coups et blessures avec menaces verbales ou d'arme blanche.

Une particularité doit être signalée : la naïveté de la victime, le niveau intellectuel en général plus élevé chez l'agresseur connu par celle-ci font que le délai entre le viol et l'examen médico-légal est très long, faisant disparaître dans de très nombreux cas, toute trace de violences.

3– Concernant l'acte de viol :

Dans la majorité des cas, il se fait sans lésions graves, de façon simple 16,3% des cas de viols se sont compliqués par des grossesses à l'origine de nombreux avortements.

Enfin, le viol représente 1,46% de la consultation globale de médecine légale, malgré l'existence d'un chiffre noir probablement plus élevé, qui n'ont pas été déclaré par la victime de peur de représailles socio-familiales ou dans certains cas par un arrangement légalisé avec le prétendu agresseur.

Cette étude épidémiologique concernant les agressions sexuelles

en général et le viol en particulier, nous a permis de mettre en évidence des caractères spécifiques relatifs à la victime et à l'auteur de cette agression.

A cet effet, nous avons pu dresser un tableau récapitulatif permettant d'établir leur profil.

Profil type d'une victime de viol

Age	***Jeune fille 15 à 25 ans***
Niveau scolaire	Secondaire
Situation familiale	Jeune célibataire
Rang dans la fratrie	1er rang dans la fratrie
Parents	Divorcés ou en instance de divorce
Niveau socioprofessionnel	Secondaire (9ème AF)
Antécédents toxicomaniaques	Tabac (1 cas sur 5)
Antécédents judiciaires	Sans
Personnalité	¾ sont indemnes d'anomalies de la personnalité
Récidive	Rare

Profil type de l'auteur d'un viol

Age	**Homme jeune (30 à 35 ans)**
Niveau socioprofessionnel	Bas
Situation familiale	Jeune célibataire ou marié (climat conjugal détérioré)
Milieu familial	Très carencé
Personnalité	Mal structurée et mal équilibrée
Antécédents toxicomaniaques	Alcool + tabac dans 90% des cas
Antécédents judiciaires	1/3 des cas ont des antécédents judiciaires
Récidive	1/5 sont des récidivistes

L'étude prospective menée au service de médecine légale du CHU Béni-Messous durant la période allant du 1er janvier 1998 au 30 Juin 2000 a concerné une série de 100 victimes de violences sexuelles .

La série analysée a porté sur :

1- Matériel d'études

- Notre travail a pris en compte les éléments suivants :

- Les victimes ayant accepté de revenir à notre consultation.
- Les victimes dont les parents ont demandé une prise en charge médicale et psychologique .
- Le degré de retentissement psychologique de l'agression sexuelle sur la victime.
- Délais entre l'agression et la consultation (en général au cours de la première semaine qui suit l'agression).
- Les examens complémentaires effectués au cours du 1er examen médico-légal .

Examens radiologiques → Radiographies standards
→ Echographie Abdomino-pelvienne

Examens biochimiques et sérologiques → test de grossesse
→ B.W
→ H.I.V
→ Hépatite

Examen cytologique → Recherches de spermatozoïdes, en général sur des prélèvements intra-vaginal et/ou intra-rectal .

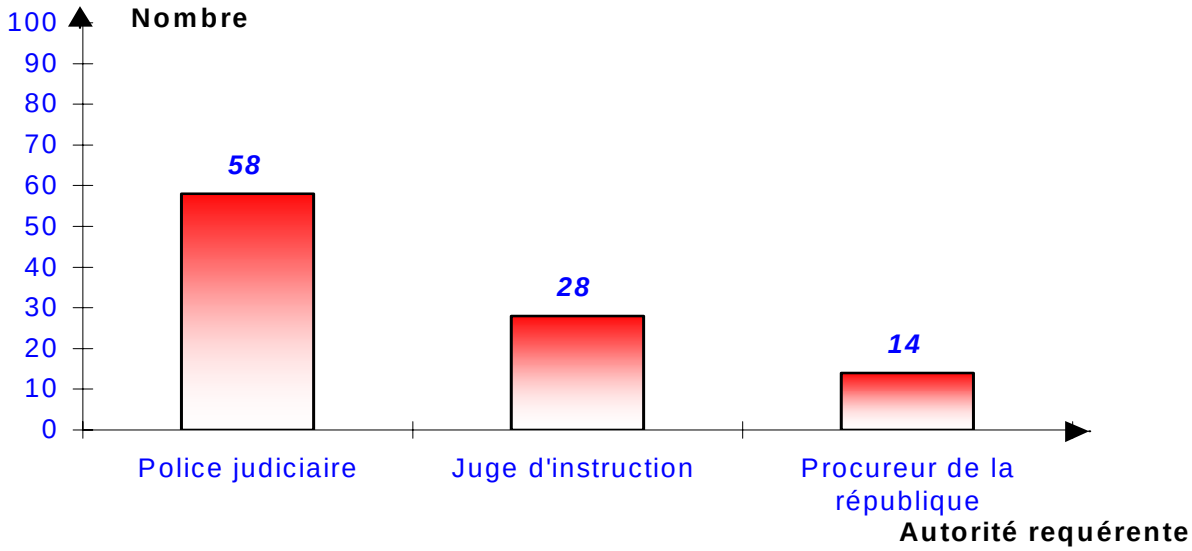
2- Résultats

Sur les 100 victimes convoquées, nous n'avons pu revoir à la consultation de médecine légale du CHU Béni-Messous que 46 d'entre elles :

Les cas étudiés nous ont permis d'obtenir les résultats suivants :

I- Conditions de saisines du médecin expert :

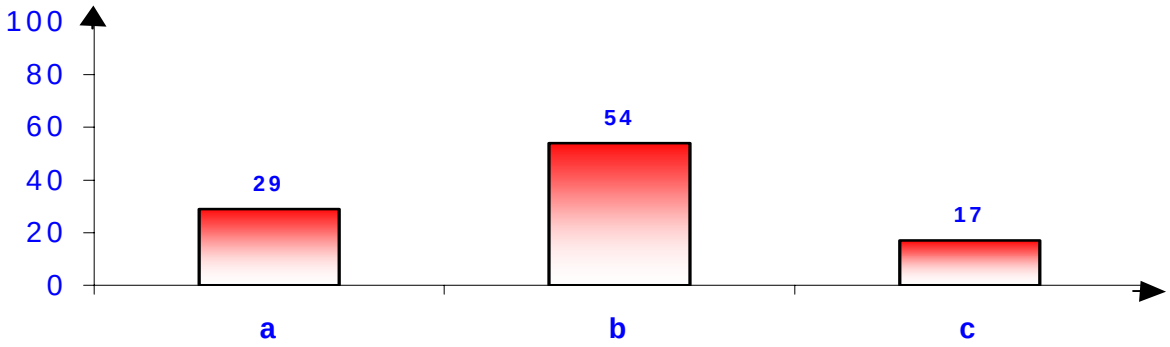
Dans notre série, nous avons été requis dans 58% des cas par les officiers de police judiciaire, et dans 42% des cas par le procureur de la république et le juge d'instruction .



Le tableau nous montre que l'examen médico-légal des victimes est ordonné par les autorités requérantes, dès l'ouverture de l'information judiciaire.

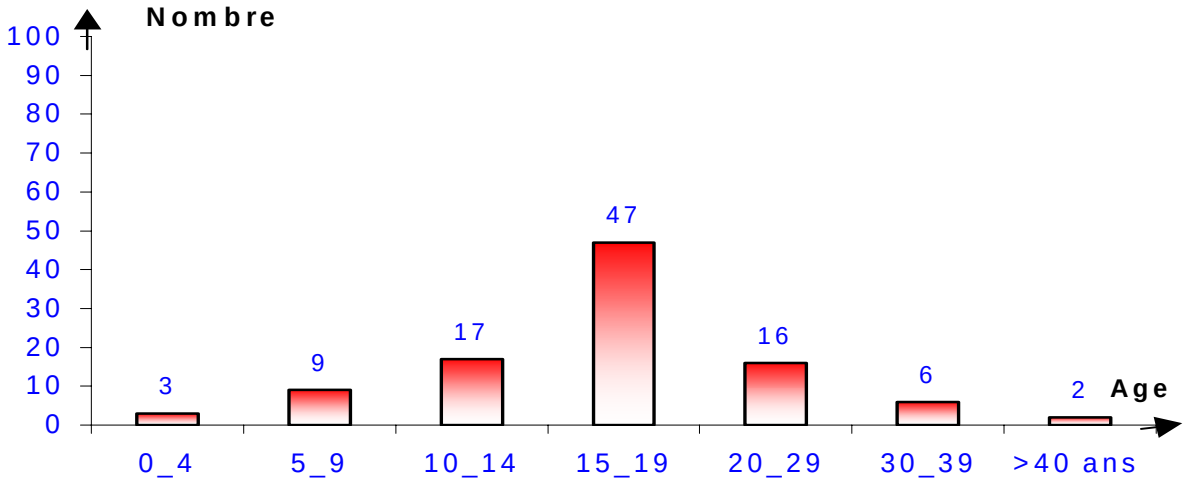
II- Victimes réexaminées

a- 29% des victimes ont accepté de revenir spontanément à la consultation.
b- 54% des victimes ont refusé d'être réexaminées.
c- 17% ont accepté, après sensibilisation .

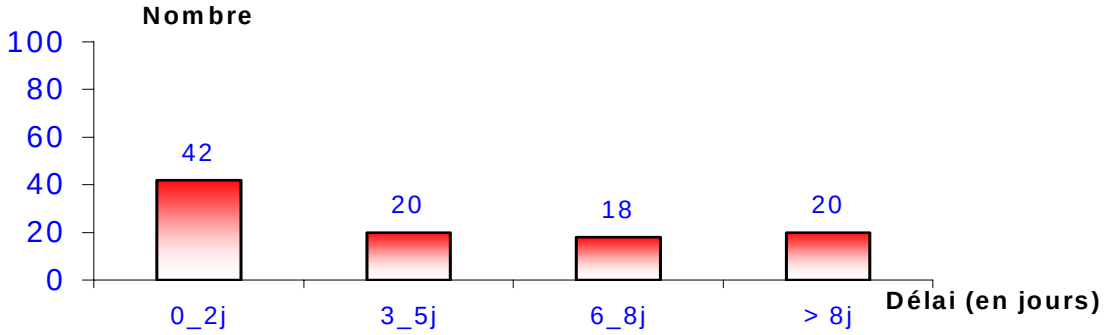


III- Répartition des victimes selon l'âge

Dans notre étude, environ 60% des cas sont des mineures (< 18 ans) dont 47% est représenté par la tranche d'âge située entre 15 – 19 ans .



IV- Délais entre l'agression et la consultation



Le délai entre la date des faits et l'intervention du médecin pour les 100 victimes, se répartit comme suit :

- 42% des victimes ont été examinées dans les trois premiers jours après l'agression.
- 38% des victimes ont été vues entre le 4ème ° et le 8ème ° jour
- 20% ont été examinées après la première semaine .

V- Examen médico-légal

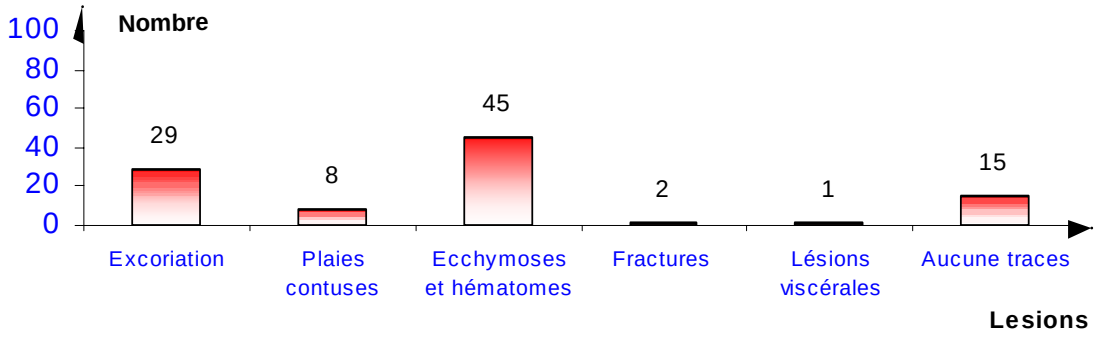
L'interrogatoire des 46 victimes réexaminées à mis en évidence que 35 d'entre –elles étaient en période d'ovulation, ce qui constitue un pourcentage de 76% de victimes présentant un risque réel de grossesse .

Des tests de grossesse demandés ont permis d'obtenir les résultats suivants :

- 18 victimes ont ramené les résultats du test de grossesse :
  - 6 test étaient positifs, soit 13%.
  - 12 étaient négatifs , soit 26%
- 28 victimes n'ont pas ramené leur résultat .

1- Proportion des lésions corporelles chez les victimes

Les 100 victimes vues à notre consultation présentaient des lésions corporelles, constituées particulièrement de blessures légères .



- Les deux lésions osseuses sont constituées par une fracture coronaire (dent) et une fracture des os propre du nez
- Les excoriations, les ecchymoses et les hématomes sont en général des lésions associées .
- 15% des victimes ne présentaient pas de lésions de violences .

2- L'examen de la région génitale

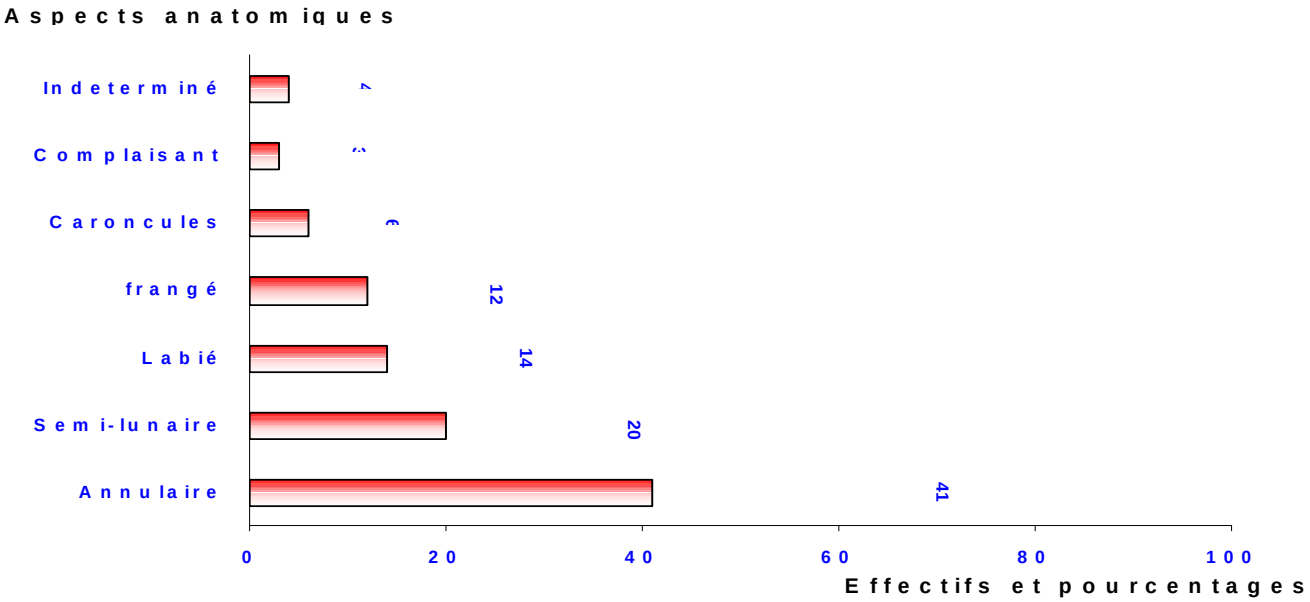
a permis de retrouver chez les 46 victimes, des déchirures du quadrant supérieur de la membrane hyménéale :

.

- 17 victimes présentaient d'anciennes déchirures de la membrane hyménéale .
- 29 victimes présentaient des déchirures hyménéales ayant les caractéristiques d'une défloration récente :
  - 21 victimes avaient une seule déchirure hyménéale.
  - 08 victimes avaient 02 déchirures hyménéales.

3- Aspect anatomique des hymens :

- Annulaire : 41 % soit 41 cas
- Semi-lunaire : 20 % soit 20 cas
- Labié : 14 % soit 14 cas
- Frangé : 12 % soit 12 cas
- Caroncules : 6 % soit 6 cas
- Annulaire-élastique (complaisant) : 3 % soit 3 cas
- Indéterminé : Il s'agit d'aspect difficile à classer : 4% soit 4 cas



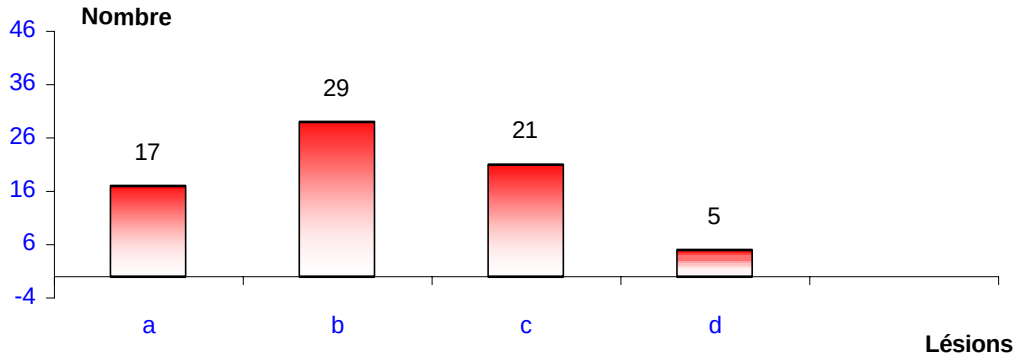
On retrouve trois principales catégories de formes d'hymen, avec prédominance de l'hymen annulaire (41%), l'hymen semi-lunaire (20%) et l'hymen labié (14%).

4 - L'examen de la région anale

Sur les 46 victimes :

5 victimes présentaient simultanément des lésions hyménéales et des lésions traumatiques de la région anale à type d érosions sanguinolentes.

Au total l'ensemble des lésions de violences sexuelles et des lésions corporelles associées sont présentées comme suit :



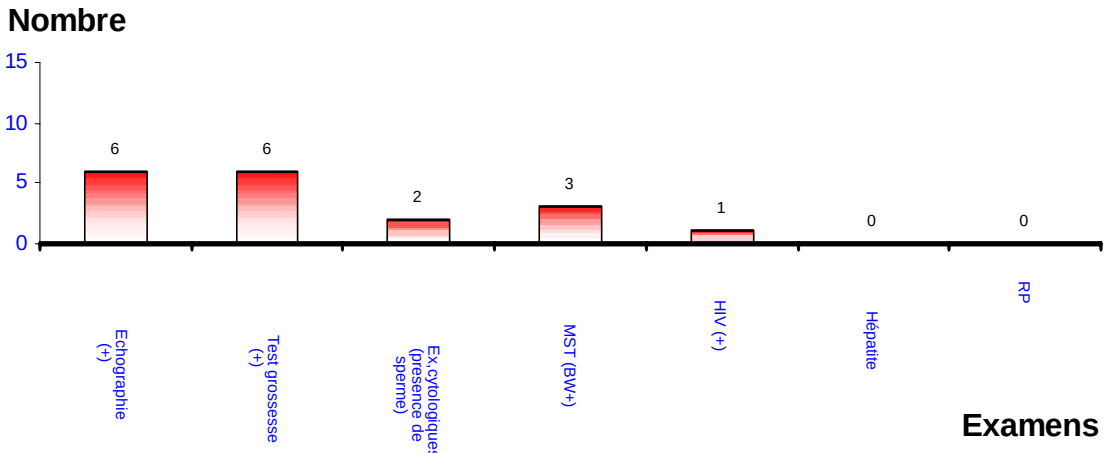
a- Anciennes déchirures de l'hymen .
b- Déchirures récentes de l'hymen .
c- Lésions corporelles associées.
d- Lésions de la région anale et de la membrane hyménéale

5- Examens complémentaires effectués

Des examens on été demandés aux 46 victimes revues à notre consultation , seules 18 d'entre elles ont rapporté leurs résultats : Ces examens ont consisté en :

1- Examens radiologiques et échographiques .
2- Test de grossesse.
3- Examen cytologique (Recherche de spermatozoïde).
4- Maladies sexuellement transmissibles
5- Examens sérologiques : HIV, hépatite
6- Test psychologique
7- Recherche de paternité .

Résultats des examens effectués



06 examens échographiques ont objectivé un utérus gravide dont l'âge gestationnel variait généralement entre 12 et 23 semaines .

La découverte de ces états de grossesse avancés est dû en majeur partie à un examen médico-légal tardif de la victime par rapport à la date des faits .

La recherche de paternité par les empreintes génétiques n'a pu être effectuée du fait que l'on ne dispose pas de moyens techniques.

6- Prise en charge psychologique des victimes

Après une demande formulée par le médecin pour une prise en charge psychologique.

- 11 victimes ont suivi des séances de psychothérapie, ce qui représente 28 % de cas .

Au terme de l'examen médico-légal, une prise en charge psychologique est prescrite aux 46 victimes , seules 11 victimes ont suivi des séances de psychothérapie ce qui représente 28 % des cas .

- Par la suite l'état de ces victimes n'a pas nécessité de prise en charge en psychiatrie

CONCLUSION

Cette étude prospective , nous permet de retenir deux points important :

1- L'utilité de procéder le jour de l'expertise médico-légale :

- à un examen médical complet.
- aux différents prélèvements biologiques et cytologiques
- à la pratique d'examens échogaphiques en collaboration avec les services de gynécologie obstétrique.
- à une prise de contact avec un psychologue afin d'évaluer la répercursion psycho-pathologique de la violence sexuelle subie par la victime et de décider d'une prise en charge psychologique et / ou psychiatrique .

2- Aider à la création d'un centre d'urgence médico-judicaire pour prendre en charge convenablement et d'une façon urgente les victimes de violences sexuelles

Les points qui restent finalement les plus préoccupants dans ce domaine sont actuellement :

- 1 Le retentissement psychologique important, souvent retardé ; il entraîne un syndrome post commotionnel plus ou moins évident, mais toujours significatif qui peut conduire à un état névrotique .
- 2 Le risque de contamination pathologique .
- 3 L'identification de l'agresseur par le contrôle d'empreintes génétiques (ADN) .

L'essentiel reste dans l'accueil des victimes, qui nécessite des conditions particulières de disponibilité, de temps d'examen, de prise en compte du contexte et du retentissement psychologique immédiat et secondaire, conséquence la plus grave de l'agression.

N) : ..... Alger le : .....

FICHE DE CONSULTATION
IDENTITE
Nom – Prénom : ..... Age :.....
Adresse.....Niveau scolaire : .....Profession :.....
Situation familiale : .....Fratrie :.....
Parents : Mariés ☐ vorcés ☐ f (ve) ☐

INTERROGATOIRE : Circonstances de survenue
Date des faits : ..... Heure : .....Lieu : .....
Circonstances : Enlèvement ☐ gue ☐ u ☐

Lien de parenté : Père ☐ ère ☐ e C ☐ ☐

Aucun ☐
Nombre d'agresseurs : .....
Antécédents :Carcéraux ☐ xicomaniaques Psychiatrique ☐ ☐

EXAMEN CLINIQUE
Date de consultation : .....DDR .....
Examen général : signes de violences : Oui ☐ ☐
Etat de grossesse : Oui ☐ Age gestationnel ☐

Non ☐
Examen de la région génitale :
* Déchirures hyménéales : Non ☐ N ☐ es de déchirures ☐
Examen de la région anale :
* Signes de violences (défloration anale) : Oui ☐ n ☐
EXAMENS DEMANDES :
Test de grossesse : .....
Echographie abdomino-pelvienne : .....
Groupage : ..... Recherche de paternité : .....
Prélèvement vaginal : .....
HIV : ..... BW : .....Autres MST : .....
Examens médico-psychologique : Tests psychométriques : .....
Examen psychiatrique : .....
IV – Cas cliniques :

1 – Présentations de cas cliniques :

1er Cas clinique :

Nous avons été requis par Monsieur le Procureur de la République prés le tribunal de C. en date du 17-09-92 à l'effet de « Procéder à un examen médical de la nommée B.N. âgée de 14 ans, originaire d 'Alger, déterminer son état de virginité et dire si elle présente ou non un état de grossesse ».

De l’enquête préliminaire, suite au procès verbal établi par la brigade de gendarmerie de S., il s’agit d’une mineure B.N. âgée de 14 ans, victime d’inceste.

L’examen clinique effectué le 17-09-92 retrouve :

- une patiente en bon état général, coopérante malgré son jeune âge, présentant cependant un retard psychomoteur.
- L’absence de toute trace de lésions de violences à l’examen somatique.
- L’examen obstétrical retrouve :

  * date des dernières règles indéterminée

  * hauteur utérine à 19 cm

  * le toucher vaginal n’a pu être fait, vu la présence de leucorrhées abondantes et fétides.

- l’échographie abdomino-pelvienne pratiquée le 18-09-92 retrouve une grossesse évolutive de 29 semaines.

Devant le jeune âge de la patiente et sa situation sociale, vu l’âge avancé de la grossesse, et sur requête de monsieur le Procureur de la République, il a été décidé son hospitalisation pour surveillance médicale avec cependant extraction par voie haute (césarienne) dès la maturité fœtale acquise.

Un bilan biologique et un suivi de la grossesse sont alors pratiqués régulièrement dans le service de gynécologie obstétrique jusqu’à la fin de la 36^{e} semaine, où l’intervention chirurgicale fût décidée après accord du Procureur de la République.

Le 04 Novembre 1992, une césarienne prophylactique pour grossesse à risque fût pratiquée, avec des suites opératoires simples et sans complications.

La patiente a été mise sortante au 8eme jour d’hospitalisation après avoir informé le Procureur de la République.

Des prélèvements de sang en vue de la détermination des groupes phénotypes de la mère et de l’enfant ont été pratiqués.

Conclusion :

- La mère a été confiée à sa famille et sera adressée en consultation pour suivi et contraception.
- L'enfant a été placé en pouponnière.
- Présenté devant le parquet, le père, auteur de l'inceste a été inculpé.
- Suite a une expertise psychiatrique, il a été déclaré irresponsable au moment des faits pour avoir été hospitalisé dans un service spécialisé.

2eme Cas clinique :

Agissant sur réquisition de Monsieur le juge d'instruction près le tribunal de T. établie en date du 25-11-93 à l'effet de :

« Examiner la nommée A.I., âgée de 17 ans, dire si elle a été victime d'une agression sexuelle et quelles sont les conséquences physiologiques et psychologiques de cette agression ».

Commémoratifs :

La nommée A.I. a été victime d'un enlèvement le 06 novembre 1993, par plusieurs personnes. Elle a subi des violences sexuelles, le 15 novembre 1993, elle fût retrouvée par la gendarmerie.

D'autre part, elle déclare qu'elle a été fréquemment battue par ses agresseurs et en particulier au niveau de la tête.

Constatations médico-légales :

- l'examen clinique pratiqué en date du 25 novembre 1993 permet de noter que :

* La jeune A.I. présente un développement physique qui correspond à son âge.

* Elle présente un état dépressif accompagné de manifestations cliniques sous forme de malaise, maux de têtes, vertiges ce qui aurait occasionné des pertes de connaissance survenues à plusieurs reprises.

* L’existence de multiples traces de griffures et excoriations au niveau des jambes et des pieds, en voie de cicatrisation.

* L’examen neurologique spécialisé pratiqué le 27-11-90 ne révèle aucune anomalie : « le fond d’œil et normal et l’examen éléctro-encéphalographique ne révèle aucun signe de souffrance cérébrale».

* L’examen de la région anale :

La marge anale est intacte sans lésions anatomiques avec intégrité du sphincter anal.

* L’examen de la région génitale en position gynécologique retrouve un hymen de forme annulaire présentant une déchirure au niveau du cadran postérieur.

En résumé, il s’agit de la jeune A.I., âgée de 17 ans, victime suite à un enlèvement avec séquestration de violences sexuelles accompagnées de :

- Traces de lésions de violences sur le corps.
- Grave état anxio-dépressif en relation avec le choc provoqué par les violences physiques et morales subies pendant près de 10 jours ;
- Il y a lieu de prévoir :

  * un examen médical ultérieur à la recherche d’un éventuel état de grossesse, vu que la D.D.R. remonte à la fin du mois d’octobre 93.

  * une prise en charge médico-psychologique pour son état anxio-dépressif.

  * un examen médical ultérieur est nécessaire pour rechercher l’éventualité d’une grossesse et la possibilité de contamination vénérienne.

Du point de vue juridique, il s’agit d’un viol collectif, avec l’ensemble des signes habituellement retrouvés dans ce type d’agression sexuelle à savoir : lésions de violences physique, morale, et un risque certain de complications : grossesse, contamination vénérienne.

3eme Cas clinique :

L'enfant A.R., âgé de 10 ans et examiné le 10-04-94 sur réquisition de Monsieur le Procureur le la République prés le tribunal de C., établi en date du 10-04-94 pour acte contre nature.

D'après les informations recueillies auprès de ses parents, l'enfant A.R. a été emmené par 03 adolescents en date du 09-04-94 dans un endroit isolé.
L'examen clinique retrouve :

- un enfant abattu, prostré, fatigué
- l'absence de lésions de violences à l'examen externe du corps
- l'examen de la région anale en position génu-pectorale met en évidence :
    * une ecchymose récente de toute la marge anale
    * la présence de deux (02) plaies contuses, hémorragiques de 0,5 cm. et de 1,5 cm. de long, situées respectivement au niveau médian de la partie supérieure et de la partie inférieure de la marge anale.
    * un relâchement important du sphincter anal très douloureux au toucher rectal.

Il a été établi à l'issue de cet examen médical un certificat médico-légal attestant que les lésions de violences sexuelles retrouvées étaient en rapport avec un acte contre nature récent.

Par la suite l'enfant est adressé au service de chirurgie infantile où une suture des plaies est pratiquée avec prise en charge en consultation spécialisée.

Il est à noter que l'enfant A.R. n'a pas bénéficié de prise en charge psychologique.

Au bout de 10 jours de suivi médical, il a été décidé une intervention chirurgicale du fait du relâchement du sphincter qui était en fait rompu.

L'intervention a consisté en une colostomie avec reprise du sphincter anal.
La reprise du transit normal fut décidée 06 mois après.

Ce cas d’acte contre nature a été volontairement cité pour plusieurs raisons :

1°- qu’il s’agit en premier lieu d’une agression sexuelle

2°- qu’il a été commis sur un mineur

3°- que l’enfant est du sexe masculin

4°- que cette agression a été à l’origine d’une lésion organique grave, avec d’importantes séquelles psychologiques pour l’enfant

5°- que cette violence sexuelle soit considérée et prise en compte juridiquement comme étant un « viol ».

4*eme* Cas clinique *:*

La nommée R.N., âgée de 18 ans, lycéenne, est adressée le 02-12-95 sur réquisition de l'l'O.P.J. de la S.U. de B., à l'effet de : « Procéder à un examen clinique et gynécologique sur la personne de la nommée R .N. née le .. /.. /1977, fille de … et de … , demeurant à Alger, victime de viol suivi de violences physiques ».

D'après les faits rapportés par la victime, celle-ci a fugué de chez elle, le 27-11-95 puis a été agressée par un adulte, inconnu.

- A l'interrogatoire, l'intéressée rapporte que l'agression s'est produite :
- dans une bâtisse en construction
- par pénétration sexuelle complète
- qu'il a eu saignement après l'acte sexuel
- qu'il y a eu éjaculation.

La date des dernières règles remonte au 19-11-95.

- L'examen clinique effectué le 02-12-95 retrouve :
- la présence d'ecchymoses au niveau du bras gauche et de la cuisse droite.
- L'examen de la région vulvo-vaginale pratiqué en position gynécologique met en évidence l'existence d'une déchirure présentant des bords rouges, sanguinolents, tuméfiés, siégeant au niveau du quadrant postérieur de l'hymen.

- Attestant à l'issue de cet examen médico-légal que :

1°) l'intéressée présente des lésions de violences justifiant une I.T.T. de 06 jours.

2°) qu'elle présente une déchirure hyménéale présentant les caractéristiques d'une défloration récente.

3°) qu'elle n'est plus vierge au sens médical du terme.

4°) qu'il y a lieu de prévoir un examen médical ultérieur à la recherche d'un éventuel état de grossesse.

- La victime a été revue 20jours après, avec les résultats du test de grossesse demandé le 02-12-95, qui était négatif.

  Nous lui avons préconisé en outre de procéder à un examen HIV que la patiente a refusé.

5eme Cas clinique :

Agissant sur réquisition de Monsieur l'Officier de Police Judiciaire de S.U. de A.B. établi en date du 25-02-96 à l'effet de :

« Conformément aux articles 65, 66 du CPP, d'examiner la jeune L.C., âgée de 19 ans et déterminer s'il existe un état de grossesse ».

D'après les faits rapportés, la jeune L.C. sortait avec un jeune homme de 28 ans depuis plus d'une année.

- A l'interrogatoire ; ou ne retrouve pas de notion de violences.
- la date de la défloration remonte aux premiers rapports sexuels datant de près d'une (01) année.
- Qu'il existe une notion d'aménorrhée, non chiffrée par l'intéressée, du fait de l'irrégularité du cycle menstruel.

- L'examen clinique effectué le 26-02-96 ne révèle pas de traces de lésions de violences sur l'ensemble du corps.

L'examen de la région vulvo-vaginale pratiqué en position gynécologique a objectivé :

- des déchirures hyménéales anciennes avec effondrement total du quadrant postérieur.
- Une échographie abdomino-pelvienne fût pratiquée le 26-02-96 et a mis en évidence une grossesse évolutive de 32 semaines.

- Des constatations effectuées, suite à l'examen médico-légal effectué sur la jeune L.C., il résulte que la victime :
  - ne présente pas de lésions de violences
  - n'est plus vierge au sens médical du terme
  - que les déchirures hyménéales présentent les caractéristiques d'une défloration ancienne
  - qu'elle présente un état de grossesse évolutif de 32 semaines.

- En résumé, s'agit-il réellement d'un viol , dans la mesure où l'acte sexuel s'est accompli :
  - sans violences physiques, ni contrainte morale

- avec le consentement de la victime
- que celle-ci est majeure légalement.

6eme Cas clinique :

Nous avons été requis par Monsieur le Procureur de la République prés le tribunal de C. établi en date du 10-06-97 à l'effet de :

« Procéder à l'autopsie médico-légale d'une jeune femme, X, découverte le 09-06-97 dans un jardin public, sans vie ; et de déterminer avec exactitude les causes du décès ».

L'autopsie fût pratiquée le 10-06-97 au service de médecine légale du CHU Beni-Messous et a mis en évidence :

- A l'examen externe :

Présence de multiples lésions de violences comme suit :

1)Tête :

* Important hématome, avec abrasion épidermique de l'hémiface droite.
* Hématome du cuir chevelu au niveau de la région occipito-pariétale droite.

2) Cou :

* Abrasion épidermique de la face latérale droite du cou.

3) Thorax-abdomen :

* Importante abrasion épidermique avec ecchymose au niveau de l'hémithorax droit et de l'abdomen.

4) Membres :

* Multiples excoriations des deux mains et de l'avant-bras droit
* Plaque ecchymotique de la cuisse droite et du genou gauche
* Excoriations des deux talons.

5)Région génitale :

*** Vagin :** - Absence de la membrane hyménéale
- Présence d'ecchymose au niveau de la muqueuse vaginale.

* **Anus** : Béance importante du sphincter anal

- A l'examen interne :

L'ouverture des cavités a essentiellement mis en évidence :

1) Au niveau de la tête :
   - contusion hémorragique diffuse au niveau de parenchyme cérébral.
   - Il n'existe pas de lésions osseuses.
2) A niveau thoraco-abdominal :
   - L'existence d'une infiltration hémorragique du plastron sternal (à droite).
   - Contusion hépatique
   - Utérus vide.

➢ Il a été procédé à des prélèvements de :

- 02 tubes de sang : en vue :
  * de la détermination du groupage
  * d'une recherche toxicologique

- Prélèvements vaginal et rectal par écouvillonnage à la recherche de spermatozoïdes.
- 01 tube d'urine : pour une recherche toxicologique.

En résumé :

Il s'agit d'une jeune femme X, âgée d'environ 25 ans présentant un polytraumatisme à type de :

* Traumatisme crânien important directement responsable de la mort.

* Violences sexuelles confirmées par la mise en évidence de spermatozoïdes au niveau vaginal et anal.

Par ailleurs, les investigations policières ont mis en évidence qu'il s'agissait en fait d'un viol collectif compliqué de meurtre.

Bien que très peu fréquente, si ce n'est rare, la complication, ultime qu'est la mort, doit toujours faire penser à une violence sexuelle chez une jeune femme, décédée de mort non naturelle.

2- Discussion :

Les six observations répertoriées dans la présentation de ces cas cliniques montrent tout d'abord la diversité des situations, qui apparaît clairement : viol simple, viol collectif , inceste, sévices variés (physiques et psychologiques).

Les complications les plus graves y sont également décrites, telles que : grossesse, meurtre.

Pour ce qui est des contaminations vénériennes et autre HIV, elles auraient également pus être retrouvées, si ce n'est le refus de certaines de ces victimes à se soumettre à certains examens paracliniques, dont l'absence peut s'expliquer soit par :

- Peur de l'entourage direct de la victime.

- Pudeur ou peur du scandale de la part de certains membres de la famille.
- Le retard de l'examen médico-légal par rapport à la date des faits.
- Le défaut de prise en charge des victimes présentant un état de grossesse avancé (cas n° : 1 et n° : 5).

De par l'âge des victimes, variant entre 14 et 20 ans, représentant une proportion importante, la prise en charge par une éducation sexuelle adéquate est un élément à prendre en considération et qui aurait pu faire éviter, sinon diminuer la majorité des complications subies (généralisation de la prise de contraceptifs pour les jeunes filles par exemple).

Le cas n° 1 révèle le défaut de prise en charge par manque de structures sociales et d'équipes médicales, notamment celles concernant les enfants présentant un retard psychomoteur.

Pour ces raisons, nous avons présenté ces cas particuliers de violences sexuelles pour illustrer la réalité du phénomène, avec ses différentes complications en vue de faire prendre conscience aux institutions (école, police, gendarmerie, tribunal, équipes médicales, services sociaux) :

- de la gravité de la situation des victimes
- de l'intérêt de leur prise en charge médico-sociale et judiciaire

- de la nécessité de la mise en place d'une meilleure prévention de ce fléau que l'on voudrait voir disparaître.

1 – b – Concernant les auteurs :

L'étude des cas cliniques concernant les auteurs des victimes sexuelles et notamment de viol, a concerné 25 dossiers de personnes condamnées pour viol.

Ces données ont été examinées au niveau du Tribunal de Cheraga (20 dossiers) et du Tribunal de Bir Mourad Rais (05 dossiers).

Il a été essentiellement mis en évidence, de l'étude de ces dossiers, les éléments d'évaluation suivants :

*** Age des auteurs :**

Tranche d'Age	16 - 19	20 - 30	30 - 40	40 – 50	> 50 ans
Nombre	2	9	7	3	4

Les âges extrêmes retrouvés dans ces 25 dossiers sont 16 ans et 62 ans.

64% ont entre 20 et 40 ans.

*** Situation familiale :**

Célibataire : 19

Marié : 3

Divorcé ou en instance de divorce : 2

Veuf : 1

La majorité des auteurs de viol sont des célibataires (76%).

*** Profession :**

	Sans	Commerçant	Enseignant	Ouvrier	Service de sécurité
Nombre	10	5	1	4	5

Il est retrouvé sensiblement le même pourcentage pour les différentes professions cités (sauf pour l'enseignement)

Les sans profession et les éléments des services de sécurité (militaire, gendarme, police) représentent près de 60%.

* Antécédents judiciaires :
Parmi les 25 dossiers étudiées ; 17 étaient sans antécédents judiciaires, 8 avaient des antécédents judiciaires de type :
- 3 condamnations pour vol + association de malfaiteurs.
- 2 condamnations pour coups et blessures.
- 3 récidivistes : déjà condamnés pour violences sexuelles.

*** Antécédents toxicomaniaques :**

Type	Cigarettes + tabac à chiquer	Alcool	Médicaments	Drogues	Sans
Nombre	8	7	4	4	2

92% des auteurs, avaient une tendance toxicomaniaque.
* Expertises médico-psychologiques effectuées :

Des expertises médico-psychologiques pratiquées chez 11 auteurs seulement, 1 seul cas, a nécessité une expertise psychiatrique, ou une demande de placement dans un centre spécialisé (H. psychiatrique) à été formulée.

* Condamnations judiciaires :
Sur les 25 dossiers étudiés :
- 7 auteurs ont été condamnés à des peines d'emprisonnement allant de 03 mois à 01 année avec sursis.
- 9 ont été condamnés, de 06 mois à 02 ans fermes.
- 9 ont étés relaxés (dont 5 sous conditions)

Ainsi, des différents éléments d'informations et d'évaluation étudiés, il ressort que :
- l'auteur des agressions sexuelles et notamment du viol est généralement :
  - 1°) d'un point de vue médico-social :

*un adulte jeune, sans profession ; ayant un niveau scolaire du primaire, des antécédents toxicomaniaques et dans 1 cas sur 3 des antécédents judiciaires, et dont le profil psychologique est généralement sain.

- 2°) d'un point de vue juridique :

84% des auteurs ont été condamnée

soit à des peines d'emprisonnement (16 cas)

soit à des acquittements conditionnels : mariage (05 cas).

CHAPITRE - IV -

PRISE EN CHARGE

I. PRISE EN CHARGE

1- MEDICALE : Rôle du médecin.

2 - SOCIALE :

2 – 1 Famille

2 – 2 Centre médico-social

2 – 3 Centre de réinsertion sociale.

3 – JURIDIQUE : Réparation du préjudice corporel et psychopathologique

3 – 1 Eléments d'évaluation du préjudice

3 – 2 Quand évaluer le préjudice ?

3 – 3 Comment l'évaluer ?

3 – 4 Problèmes juridiques

3 – 5 Responsabilité de l'expert

II) PRÉVENTION

1 ACTIONS PRÉVENTIVES

1- 1 Chez les victimes

1– 2 Chez les agresseurs

2 PROPOSITION DES DISPOSITIONS LÉGALES ET SOCIALES

I - PRISE EN CHARGE

1- MÉDICALE

Rôle du médecin

La position du médecin devant un attentat sexuel est importante, mais difficile, pour de multiples raisons :

En effet la preuve de l'agression sexuelle et en particulier du viol est souvent basée sur les constatations faites par le médecin.

Il est souvent nécessaire de pratiquer un examen dans de bonnes conditions, morales et matérielles, pour décrire avec le plus de précisions possible toutes les lésions.

Dans certains cas, la victime peut vouloir d'abord être examinée par un médecin avant de déposer plainte. C 'est pour cela que son rôle consiste :

A écouter la victime, afin de mieux saisir dès le départ l'impact psychologique du traumatisme subit.

Procéder à un examen somatique externe à la recherche de lésions traumatiques à type de :

Excoriations superficielles, griffures, coups d'ongle au visage (dans les tentatives d'étouffer les cris de la victime), ecchymoses, surtout au niveau de la face interne des cuisses, autour de la région vulvaire, dans le dos par appui sur un sol dur.

Traiter la victime en procédant en premier lieu aux soins urgents :

a) - Calmer la patiente : si nécessaire utiliser des anxiolytiques ou des calmants par voie intramusculaire ou intraveineuse.

b) - Traiter les lésions somatiques traumatiques et qui peuvent quelquefois avoir un impact très important sur la vie de la victime.

c) - D'effectuer des prélèvements afin :
D'éviter un état de grossesse ou de le confirmer.
Dépister une maladie sexuellement transmissible.

d) - D'effectuer des examens complémentaires : radiologique et surtout échographique pour infirmer ou confirmer un éventuel état de grossesse, d'ou la nécessité d'être dans un centre hospitalo-universitaire pour travailler en collaboration avec un service de gynécologie-obstétrique.

e) - De rechercher un traumatisme psychique qui est rarement absent lors d'un viol.

Il est la plupart du temps évident, avec une prostration, un abattement, une sorte de sidération de la victime qui peut parfois mettre beaucoup de temps à exprimer par la parole son désarroi, sa tristesse et son vécu lors de l'agression sexuelle.

Plus tard il faudrait souvent traiter des troubles qui s'apparentent à une névrose post-traumatique, pour que ceux-ci ne s'aggravent pas et ne passent pas à la chronicité. Il est totalement inutile de se contenter de conseiller aux victimes d'oublier.

f) - De rédiger un certificat médical ou un rapport d'expertise médico-légale y rapportant toutes les constatations cliniques et les résultats des investigations biologiques et radiologiques qu'il faut remettre à l'autorité requérante.

Quelle sera alors la relation du médecin avec la famille ? : En effet, outre son rôle de thérapeute, le médecin peut également dans certains cas établir des entretiens avec la famille de la victime en se basant sur des principes bien établis à savoir :

Ne pas délivrer de certificat, ni d'information à la famille, parent ou conjoint de la victime, sans violation du secret professionnel.

Leur expliquer le but de l'examen médico-légal et prévoir une prise en charge psychologique pour la victime et de soutien pour la famille.

Si la victime est mineure : Il est préférable de pratiquer la consultation et l'examen en présence des parents qui accompagnent l'enfant.

Mais parfois celui-ci parle difficilement de son agression sous le regard et l'écoute des parents, surtout lorsqu'il s'agit d'adolescent.
Le médecin peut alors demander à s'entretenir seul avec la victime.

En résumé, la mission et le rôle du médecin consiste :

A accueillir et à traiter la victime.
Etablir un certificat ou un rapport médico-légal détaillé de l'état de santé physique et /ou mental de la victime.

Dans le cas d'abus sexuels sur un mineur, les signaler au service social concerné et aux autorités judiciaires et, à défaut, les adresser au service de médecine légale le plus proche.

2- SOCIALE

La prise en charge sociale des victimes de viol se fait sur deux fronts :

2 - 1 - La famille :

En effet, la victime doit toujours être prise en charge en premier par la cellule familiale, la plus apte à lui donner un soutien et un confort psychologique, et ce, bien évidemment en dehors du cas de viol incestueux.

Il est évident que, paradoxalement et dans beaucoup de cas (surtout si la victime est mineure), cette famille nécessite elle aussi aide et soutien psychologique.

2 - 2 Les réponses sociales :

Elles correspondent à des mesures d'assistance préventive ;
La loi pour la promotion et la protection de la santé n° 85-05 du 16 février 1985 définit les modalités de prise en charge de personnes en difficulté (ces victimes

doivent en faire partie) et ce par la création de centres d'accueil et de centres de réinsertion sociale

2-3- **JURIDIQUE: réparation du préjudice corporel et psychopathologique**

Longtemps, la sanction du viol a été considérée comme exclusivement pénale ; les constitutions de parties civiles étant relativement rares, souvent limitées d'ailleurs en raison de la pudeur certaine manifestée par les victimes.

Il est classique de dire que le chiffre noir concernant le nombre relatif ou réel d'agressions sexuelles est loin d'être approché.

Mais le mur du silence construit autour de l'agression pendant des siècles, sous l'effet des principes moraux et religieux, a progressivement et en grande partie disparu, si bien que le viol est de plus en plus considéré comme un traumatisme sexuel qui mérite d'une part la sanction des agresseurs sous une forme pénale, complétée d'autre part par une réparation des séquelles dommageables pour la santé et l'équilibre psychique de la victime.

L'indemnisation devant se faire par une expertise médicale, grâce notamment à l'importance du bilan médical initial et des expertises spécialisées dans la détermination du verdict.

3 - 1 Éléments de l'évaluation du préjudice corporel et psychopathologique (**8**):
Les éléments de l'évaluation du préjudice corporel en matière d'agression sexuelle sont évoqués comme suit :

*** Traumatiques :**
Ces traumatismes peuvent être responsables d'un préjudice sexuel par atteinte de la filière vulvo-vaginale, responsable également d'une dyspareunie ou d'un vaginisme secondaire.

*** Une grossesse :**
Pouvant être rattachée à l'agression, imposant la prise en charge de l'état et de ses conséquences.

*** Des maladies sexuellement transmissibles** peuvent aussi caractériser le préjudice complémentaire, qui peut être dramatique en cas de contamination par le sida.

*** Les conséquences psychologiques,** parfois psychiatriques, de l'acte sexuel criminel sont également prises en considération dans l'estimation du préjudice corporel.

En plus, il est utile de signaler qu'en dehors de l'évaluation du préjudice patrimonial que pourrait représenter l'incapacité permanente partielle difficile à déterminer, le pretium doloris, le préjudice esthétique, le préjudice d'agrément ou de désagrément, le préjudice juvénile (parfois intégré dans le cadre du pretium doloris) constituent certainement des préjudices extra-patrimoniaux de fixation délicate et d'évaluation difficile pour la plupart des experts.

Les circonstances de l'agression paraissent également essentielles dans l'établissement du verdict au pénal et dans la proposition d'indemnisation au civil. Toutefois, pour cette dernière, de nouvelles dispositions légales doivent avoir lieu, permettant à la victime un meilleur environnement socio-juridique pour défendre ses intérêts.
Deux questions se posent alors (67):

1° - quand évaluer le préjudice ?
2° - comment l'évaluer. ?

Le viol est d'abord un fait de violence, il n'est pas surprenant qu'il puisse entraîner des troubles psychopathologiques et du comportement dont l'évolution en général comparable à celle d'un syndrome post- commotionnel. Cependant, c'est la composante sexuelle de cette violence qui va donner à la symptomatologie un éclairage particulier et réactiver certains affects entraînant beaucoup plus des phénomènes de culpabilisation.

La multiplication de certains groupes d'action et la mise en place des services de médecine légale qui interviennent parfois très précocement dans le vécu des victimes de viol ont permis d'attirer l'attention sur la phase initiale qui suit l'agression avec son cortège de troubles psychologiques et comportementaux parfois graves.
ssymbolisant celui-ci.

Le syndrome traumatique différé du viol. C'est le « rape trauma syndrom » de Burgess et Holmstrom. Il correspond donc exactement aux séquelles dont la victime est en droit de demander réparation. Quels sont les éléments objectifs dont nous pouvons disposer pour décrire et quantifier ces séquelles ?

1° - le facteur temps :

Si l'on veut évaluer objectivement les séquelles psychologiques des victimes de viol, il convient de les examiner le plus tard possible, généralement bien après le procès.

2° - la symptomatologie psychopathologique rencontrée :

2.1- La symptomatologie psychopathologique la plus fréquente est la dépression : tristesse, baisse de l'estime de soi, sentiment de dévalorisation parfois accompagnés d'une réelle inhibition avec retentissement sur les actes de la vie quotidienne.

Certains auteurs ont même décrit une morbidité dans 70 à 75% des cas.
Selon le profil de personnalité de la victime cette dépression pourra s'accompagner d'autres symptômes à type de :

troubles psychosomatiques : perte de poids, troubles du sommeil, fatigabilité anormale, doléances multiples et surtout gynécologiques

modifications comportementales : changement de domicile, changement d'emploi, troubles sexuels.

Des réminiscences, ruminations, cauchemars, flash-back.

L'ensemble de cette symptomatologie en matière de séquelles psychologiques laisse supposer qu'une personnalité bien équilibrée, du moins ne présentant aucun trouble névrotique majeur, doit être capable d'effectuer un cheminement vers la guérison.

Il convient donc de retenir l'hypothèse d'une restitution ad integrum chez un certains nombre de cas. Il n'empêche que dans un certain nombre d'autre cas (d'après les statistiques 2/3), les victimes de viol font état de séquelles psychologiques et nécessitent alors une réparation.

2 – 2- La névrose traumatique : on ne peut éliminer le principe, même si, comme toujours en la matière, il s'agit d'un diagnostic à n'évoquer qu'avec la plus extrême prudence. Il faudra alors s'appliquer à rechercher la préexistence de troubles structurels de la personnalité.
Et pour valider au moins partiellement ce diagnostic, faudra-t-il encore que les circonstances même de l'agression aient été particulièrement dramatiques ou accompagnées de violences physiques.
C'est le cas des agressions sexuelles commises après enlèvement et séquestration.

2 – 3 – Les conduites d'évitement : *le plus souvent, l'expert évalue un tableau dépressif ou anxio-dépressif, accompagné de conduites d'évitement, entraînant des modifications des habitudes de vie (personnelles, professionnelles et affectives) pour lesquelles il n'est guère aisé d'établir un lien de causalité direct et certain avec l'agression.*

3 - 2 Quand évaluer le préjudice ?

La victime d'une agression sexuelle, et plus particulièrement d'un viol subit un préjudice immédiat

*** physique :** le plus souvent assez minime marqué par très peu de douleur, une hémorragie minime, parfois absente surtout chez les petites filles.

* **psychologique :** généralement le plus important. Mais c'est souvent ses composantes sexuelles, notamment le préjudice psychologique qui va se répercuter.

Par conséquent , plus on attend et plus il est aisé d'évaluer le préjudice réel subi. Il est donc particulièrement important, spécialement en matière d'agression sexuelle, de rechercher quel est le moment opportun pour évaluer le préjudice et en assurer l'indemnisation.

A cet égard, il paraîtrait logique d'attendre la fin du procès et toute sa longue phase préparatoire (expertise médicale, psychologique, auditions, confrontations) qui constitue une réactualisation permanente du crime et provoque chez la victime une souffrance psychologique renouvelée.

Malheureusement, chez nous, l'indemnisation se fait souvent à la suite d'un contrat moral « légalisé » par l'autorité judiciaire et qui consiste à proposer à l'agresseur et à la victime, d'avoir une relation de mari et femme, indemnisation acceptable dans la majorité des cas par les parents de la victime et malgré elle par la victime.

Cet état de fait confère à la victime un statut social plus honorable, bien que non durable, vis à vis de sa famille et de la société.

3 - 3 Comment évaluer le préjudice ? :
Le viol est une agression sexuelle sanctionnée d'une part par la société sous une forme pénale, mais justifie aussi une réparation des séquelles dommageables pour la santé et l'équilibre psychique de la victime après constitution de partie civile.
Le viol, fait dommageable grave, entraîne donc pour la victime une série de préjudices que les praticiens experts ont coutume de distinguer en plusieurs points .Les éléments de l'évaluation du préjudice corporel en matière d'agression sexuelle peuvent être :
- Traumatiques :ils peuvent être à l'origine d'un préjudice sexuel par atteinte de la filière vulvo-vaginale, responsable d'une dyspareunie ou d'un vaginisme secondaire.

- Une grossesse peut être rattachée à l'agression et nécessitant une prise en charge.
- Des infections sexuellement transmissibles peuvent aussi caractériser le préjudice complémentaire, dramatique en cas de contamination par le Sida.
- Enfin les conséquences psychiatriques ou plutôt psychologiques de l'acte sexuel criminel devront être considérés dans l'estimation du préjudice corporel.
- Les préjudices pouvant résulter de ce crime sexuel sont constitués de :
- **ITT**
- La prescription de l'ITT, incapacité totale de travail correspond à la durée prévisible de la gêne que les blessures ou leur retentissement psychologique vont entraîner chez la victime indépendamment de la notion d'incapacité de travail professionnel.

La définition jurisprudentielle consiste en « la période durant laquelle le sujet est incapable d'effectuer des actes ordinaires de la vie ».

- **I.P.P.** (Incapacité Physiologique Permanente) :

- Autres préjudices

* Pretium – doloris : quantification de la douleur, ressentie pendant et après l'agression

* Préjudice esthétique constitue un préjudice extra patrimonial de fixation délicate et difficile.

Ces différents éléments pourront être regroupés dans le cadre de l'évaluation de l'expertise en deux types de préjudices bien distincts ;

* Préjudice à incidence économique, regroupant :

Les frais médicaux on pharmaceutiques engagés par la victime pour soigner les séquelles physiques de l'agression et les frais résultant parfois d'une psychothérapie.

Les pertes de salaire résultant d'un éventuel arrêt de travail.
Le préjudice professionnel provoqué par l'agression, induisant que certaine victimes n'arrivent plus à exercer le métier qui était le leur auparavant.
Le préjudice scolaire : surtout chez les jeunes victimes de viol et particulièrement celles concernées par des faits d'inceste, qui connaissent un fléchissement scolaire caractérisé et parfois irrécupérable.
Il faudrait dans ce cas avoir reconnu à la victime la notion de « perte de chance » ou également envisager d'une manière plus précise ce préjudice par l'estimation « d'un coût de rattrapage scolaire ».

* Préjudice extra-patrimonial :

Ce préjudice regroupe :

Le préjudice esthétique, très rarement évalué.
Les douleurs subies et le préjudice d'agrément qu'on peut regrouper au sein d'une notion dite « préjudice moral ».

Ce préjudice étant très difficilement chiffrable, peut néanmoins faire l'objet d'une estimation très subjective.

* Le préjudice de virginité :

Elément capital dans l'expertise médico-légale de la victime, en ce sens que c'est sur ce point essentiel que tout se base.

Sa perte hautement symbolique pour la victime nécessitera obligatoirement réparation socio-juridique, qui consiste à donner un statut social à la victime.
Il apparaît à l'étude de l'ensemble des dossiers consultés, que les arrêts civils ont fixé globalement des dommages et intérêts dont l'estimation paraît dépendre du juge et de la demande de la victime par son conseil.

Ainsi, dans la majorité des cas de victimes expertisées, ce préjudice s'évaluera en une qualification demandée par le juge instructeur, et très souvent acceptée par la victime et sa famille, et qui consiste en un mariage « compensateur ».

3 - 4 PROBLEMES JURIDIQUES

Etant une violence médico-légale par excellence, le viol nous incite à retenir plusieurs aspects médico-juridiques, avec notamment la question de savoir ce qu'attend la justice de la part du médecin en le requérant à l'effet d'examiner une victime d'agression sexuelle.

L'expertise médicale qui consiste à procéder en plus de l'examen clinique, à répondre à des questions bien spécifiques :

Examiner la victime et dire :

- Si elle a été victime de violence physiques.
- Si elle a perdu sa virginité
- Si la défloration est ancienne ou récente.
- Si elle présente ou non un état de grossesse.
- Déterminer avec exactitude la date de la défloration et dire si celle-ci a eu lieu avant ou après une date donnée (en général celle donnée par la victime relative à la date présumée de l'agression).

D'autres missions peuvent être confiées à l'expert, telles que :

- Procéder à une recherche de paternité dans le cas d'une grossesse après un viol (qu'il soit simple ou collectif).

- Faire un examen médico-légal pour déterminer l'état d'impuissance ou non de l'éventuel agresseur.

3 - 5 Responsabilité de l'expert :
L'expert, choisi en raison de ses compétences techniques pour donner un avis sur une question particulière, exerce sa fonction dans deux cas de figure bien distincts :

Il a à pratiquer son expertise sur ordre d'une juridiction civile, un magistrat instructeur ou un tribunal répressif.

Il peut également exercer sur réquisition, ce qui est différent des expertises traditionnelles en ce que les médecins doivent fournir un certificat et non un rapport.

Dans le cadre de son expertise, le médecin expert est astreint à un régime de responsabilité et doit, de par ses fonctions, être soumis au respect de l'ensemble des règles de déontologie médicale et plus particulièrement du secret médical.

Ainsi donc, si le médecin expert est astreint au régime de responsabilité de droit commun de l'expertise, il est de surcroît soumis au respect du secret médical.

Il doit fournir les informations intéressant les points sur lesquels il à été commis avec conscience, objectivité et impartialité.

Il est tenu d'établir un rapport écrit pour éclairer le magistrat dans le cadre de la mission qui lui a été confiée. Il ne peut en conséquence se limiter volontairement ou ne pas communiquer des informations qui lui sont demandées.

Enfin, il doit remettre son rapport dans les délais fixés par la décision, sauf prorogation.

Cette expertise devra se baser sur des règles et conditions bien strictes que le médecin doit observer, car il y va de l'engagement de sa responsabilité, qui peut être une :

Responsabilité civile : Elle peut se voir engagée si une faute est commise dans l'exécution même de sa mission.

Cependant, de par certaines précisions jurisprudentielles, une distinction a longtemps dissocié la responsabilité de l'expert, selon que son rapport à été ou pas homologué par le juge.

Cette distinction exigeait en effet une faute très grave pour engager la responsabilité avant homologation.

L'expert doit également engager sa responsabilité lorsqu'il accepte une mission qui dépasse ses compétences, ou s'il n'a pas sollicité la collaboration de spécialistes.

Il commet également une faute s'il se récuse sous prétexte que les réponses qu'il serait amenées à faire, pourraient mettre en cause un de ses confrères, il en va de même si, dans le cadre de son rapport, il refuse de répondre à des questions posées par le magistrat.

Sa responsabilité peut aussi être engagée dans la mesure où l'expert ne prend pas assez de précautions en matière de prélèvements.

Ainsi, la contre-expertise n'est parfois plus possible après une première expertise. La multiplicité des prélèvements ne garantit pas dans tous les cas des opportunités de recommencer certains examens. En conséquence, le médecin expert doit pouvoir apporter des réponses satisfaisantes et incontestables dès le premier examen. Dans le cas contraire, un préjudice, parfois grave, peut être causé tant au prévenu qu'à la victime.

Le médecin expert doit enfin prendre d'extrêmes précautions avec les éléments qui lui sont confiés. La perte d'éléments de prélèvements dont il a la responsabilité peut entraver gravement une enquête.

Responsabilité pénale *:* Aux termes de l'article 96 du code de déontologie, le praticien doit avant d'entreprendre toute opération d'expertise, informer de sa mission le personne à examiner, le médecin doit arriver à concilier la recherche de la vérité avec l'inviolabilité du corps humain.

De ce fait, l'expert se trouve confronté à un choix malaisé ; d'une part il doit répondre aux questions posées par le magistrat dans le cadre de la mission d'expertise, et d'autre part, il doit respect de la personne humaine.
En effet, il doit prendre en considération de nombreux éléments qui touchent à la déontologie médicale, et plus particulièrement au secret médical.

II – Prévention :
1 – Actions préventives :
1 – 1 Chez les victimes :

Dans ce contexte, il nous paraît, comme but essentiel des actions préventives chez la victime, d'éviter les extrêmes des complications du viol, constitués d'une part par l'homicide et d'autre part par les complications psychosociales sur les victimes en général et sur les mineures en particulier que sont la délinquance ,la toxicomanie et la prostitution.

La prise en charge des causes à l'origine de ce fléau, nous semble primordiale comme action préventive :

Commencer au niveau de l'école par insérer dans le programme une partie concernant l'éducation sexuelle, afin de permettre à ces éventuelles victimes la connaissance de ce fléau et de ses complications, ainsi que leurs droits et leur place dans la société.

A un âge plus avancé, proposer du fait de l'évolution culturelle et sociale actuelle, des méthodes de contraception à la portée des victimes potentielles, qu'elles soient adultes ou adolescentes.

Sensibiliser les médias et les différents mouvements associatifs, qui doivent jouer un rôle important, en vulgarisant les contours socio-juridiques de ce fléau.

1 – 2 Chez les violeurs :
Leur prise en charge doit, comme pour la victime, débuter dès l'enfance, par une éducation sexuelle appropriée. Par la suite, établir des actions préventives chez les récidivistes par une prise en charge sociale et ceci en l'intégrant dans des activités

communautaires utiles et encourageantes pour lui permettre une prise de conscience de son état médico-psychologique.

Ces actions débutent également dans la majorité des cas, directement par des actions beaucoup plus répressives, que beaucoup pensent être le seul moyen préventif pour le récidiviste connu et surtout l'éventuel violeur.

Dans un autre contexte, notamment, criminologique, parmi les éléments de prévention du viol, il nous a paru important de parler des aspects psychologiques de l'agresseur et de l'agressée.

2 - Propositions de dispositions légales et sociales :
La lutte contre les violences sexuelles en général et du viol en particulier, dont les femmes sont victimes, doit constituer une des priorités de l'action sociale.

Ainsi, il ressort des bilans de statistiques qui ont été élaborés, que des commissions institutionnelles et associatives doivent être créées pour la prise en charge et la prévention de ces victimes.

Cette réflexion doit s'accompagner d'actions concrètes, d'information, de formation, de création de centres de soutien et de prise en charge des femmes victimes de violences sexuelles.

Il est souhaitable également de lutter et de prévenir en premier lieu toute les violences commises sur les femmes, qu'elles soient conjugales, sexuelles ou non.

La réalisation de cette éventualité requiert l'intervention de multiples institutions et autorités chargées d'établir des propositions et des moyens d'actions.

Elles doivent concerner :

2 – 1 – Information
Chez l'enfant :
Commencer au niveau scolaire par l'insertion d'un chapitre concernant l'éducation sexuelle afin de permettre à ces éventuelles victimes la connaissance de ce fléau et de ses complications.

Chez la femme :
- d'une part, leur faire mieux connaître leurs droits.
- d'autre part, une diffusion par les médecins et les mouvements associatifs, pour faire connaître les coordonnées de l'ensemble des structures d'accompagnement ou d'aide aux femmes en difficulté (qui ne sont pas malheureusement nombreux chez nous). Pour ce faire, les moyens d'informations sont multiples et il faut les utiliser, par :

* Affichage ou insertion dans les médias locaux.
* Diffusion de plaquettes d'informations.
* En organisant des journées d'information au niveau :
    - Des mairies
    - Des dispensaires

- Et des consultations de PMI

2 –2 – La formation mobilisation :

Ces actions même embryonnaires doivent se généraliser et toucher l'ensemble des professionnels confrontés aux problèmes des violences en général et sexuelles en particulier :

- personnels de police, de gendarmerie.
- les magistrats.
- les travailleurs sociaux.
- les médecins et personnels hospitaliers.

2 – 3 - L'action de la police et de la gendarmerie :

Cette action doit se baser sur deux volets :

Améliorer la connaissance objective de cette action, pour que des données statistiques soient utilement recherchées.

Réaliser un accueil et un accompagnement satisfaisant pour la protection de la femme et des enfants, un meilleur exercice de ses droits et si nécessaire une orientation vers les structures médicales adaptées et par certains relais de suivi et de prise en charge associatifs.

2 – 4 - La procédure judiciaire :

Les médecins, les services de police et de gendarmerie, doivent informer systématiquement les autorités judiciaires (juge des mineurs, Procureur de la République), pour permettre dans la majorité des cas d'octroyer tous leurs droits aux victimes de violences sexuelles.

D'un autre coté, il faut également cerner la connaissance des suites judiciaires réservées aux violences sexuelles.

Il serait là, opportun de collecter un certain nombre de données telles que :

- Statistiques d'une manière objective et réelle
- Enregistrement du bureau de police ou de gendarmerie
- Classement des dossiers sans suite
- Poursuites
- Condamnations (leur nombre et leur qualification)
- Les sanctions requises
- Application effective des sanctions.
- Le développement de lieux d'écoute, de soutien, d'information et d'orientation des victimes de violences sexuelles.

Ainsi que le recensement des besoins quantitatifs des victimes en matière d'accueil d'urgence et éventuellement d'hébergement.

Il sera alors fait un lien avec les autorités administratives et judiciaires, pour ce qui est des centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

En résumé, on peut espérer que ces recommandations, d’une importance particulière, doivent se faire par des groupes de travail, au moins au niveau de chaque wilaya, afin d’élaborer une assise socio-juridique pour la prévention et la prise en charge de ces victimes.

CHAPITRE - V -

LEGISLATION

I - LEGISLATION

1 – La loi pénale
2 – La loi pour la protection et la promotion de la santé
3 – Code de famille
4 – Code de déontologie
5 – Code civil
6 – Code de procédure pénale
7 – Organisation mondiale de la santé (OMS)

II – REFLEXIONS

I- LEGISLATION

Le viol étant, comme nous avons essayé de le définir, une entité médicale à implications juridiques, présente pour cela, plusieurs aspects légaux.

Ainsi, le médecin sera confronté successivement, dès le début de son expertise médico-légale et ce jusqu'à la rédaction et la remise du rapport, à plusieurs

dispositions juridiques se rapportant à sa profession et aux textes législatifs qui l'entourent.

1 – La loi pénale :
Le code pénal algérien consacre son chapitre II aux crimes et délits contre la famille et les bonnes mœurs.

1° - Attentats aux mœurs

Article 333 :

« Toute personne qui a commis un outrage public à la pudeur est punie d'un emprisonnement de deux mois à 2 ans et d'une amende de 500 à 2 000 DA ».

« Lorsque l'outrage public à la pudeur a consisté en un acte contre nature avec un individu du même sexe, la peine est un emprisonnement de six mois à trois ans et une amende de 1 000 à 10 000 DA ».

Article 334 :

« Est puni d'un emprisonnement de cinq à dix ans, tout attentat à la pudeur consommé ou tenté sans violence, sur la personne d'un mineur de seize ans de l'un ou de l'autre sexe ».

« Est puni de la réclusion à temps de cinq à dix ans tout attentat à la pudeur consumé on tenté avec violence contre des personnes de l'un ou de l'autre sexe ».

« Si le crime a été commis sur la personne d'un mineur de seize ans, le coupable est puni de la réclusion à temps de cinq à dix ans. L'attentat à la pudeur commis par tout ascendant, sur la personne d'un mineur, même âgé de plus le seize ans, mais non émancipé par le mariage ».

Article 335 :

« Est puni de la réclusion à temps, de cinq à dix ans, tout attentat à la pudeur consommé ou tenté avec violence contre des personnes de l'un ou de l'autre sexe. Si le crime a été commis sur la personne de seize ans, le coupable est puni de la réclusion à temps, de dix à vingt ans ».

Article 336 :

« Le viol est puni de la réclusion temps, de cinq à dix ans. Si le viol a été commis sur la personne d'une mineure de seize ans, la peine est la réclusion à temps de dix à vingt ans ».

Article 337 :

« Si les coupables sont les ascendants de la personne sur laquelle à été commis l'attentat ou le viol, s'il sont de la classe de ceux qui ont autorité sur elle, s'il sont ses instituteurs ou ses serviteurs à gages, ou serviteurs à gages des personnes ci-dessus dénigrées, s'ils sont fonctionnaires ou ministres d'un culte, ou si le coupable, quel qu'il soit, a été aidé dans son crime par une ou plusieurs personnes, la peine est celle de la réclusion à temps, de dix à vingt ans, dans le cas prévu à l'alinéa premier de l'article 334, et de la réclusion perpétuelle dans les cas prévus aux articles 335 et 336 ».

Article 337 bis :

« Sont considérés comme inceste les relations sexuelles entre :

1° - parents en ligne descendante ou ascendante

2° - frères et sœurs germains, consanguins ou utérins

3° - une personne et l'enfant de l'un de ses frères ou sœurs germains, consanguins ou utérins ou avec un descendant de celui-ci

4° - la mère ou le père et l'époux ou l'épouse, le veuf ou le veuve de son enfant ou d'un autre de ses descendants

5° - parâtre ou marâtre et le descendant de l'autre conjoint

6° - des personnes dont l'une est l'épouse ou l'époux d'un frère ou d'une sœur.

La peine est de dix à vingt ans de réclusion dans les 1e et 2e cas, de cinq à dix ans d'emprisonnement dans les 3e , 4e et 5e cas et de deux à cinq ans le 6e cas.

Dans tous les cas, si l'inceste est commis par une personne majeure avec une personne mineure de 18 ans, la peine infligée à la personne majeure sera obligatoirement supérieure à celle infligée à la personne mineure.

La condamnation prononcée contre le père ou la père comporte la perte de la puissance paternelle ou de la tutelle légale ».

2° - AVORTEMENT

Dans ses dispositions actuelles, le code pénal et la loi pour la promotion et la protection de la santé consacrent plusieurs articles à l'avortement, qu'il soit criminel ou thérapeutique.

Article 304 :

« Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, manœuvres, violences ou par tout autre moyen, a procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, est puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 500 à 10 000 DA.

Si la mort en est résulté, la peine est la réclusion à temps, de dix à vingt ans.

Dans tous les cas le coupable peut en outre être interdit de séjour ».

Article 305 :

« S'il est établi que le coupable se livrait habituellement aux actes visés à l'article 304, la peine d'emprisonnement est portée au double dans le cas prévu à l'alinéa premier, et à la peine de réclusion à temps élevée au maximum de sa durée ».

Article 306 :

« Les médecins, sages-femmes, chirurgiens dentistes, pharmaciens, ainsi que les étudiants en médecine ou dentaire, les étudiants ou employés en pharmacie, les herboristes, les bandagistes, marchands d'instruments de chirurgie, infirmiers, infirmières, masseurs, masseuses, qui ont indiqué, favorisé, ou pratiqué les moyens

de procurer l'avortement, sont, suivant les cas punis des peines prévues aux articles 304 et 305.

L'interdiction d'exercer la profession prévue à l'article 23 peut être prononcée contre les coupables qui peuvent en outre être interdits de séjour ».

Article 308 :

« L'avortement n'est pas puni lorsqu'il constitue une mesure indispensable pour sauver la vie de la mère en danger et qu'il est ouvertement pratiqué par un médecin ou chirurgien, après avis donné par lui à l'autorité administrative ».

Article 309 :

« Est punie d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 250 à 1 000 DA, la femme qui s'est intentionnellement fait avorter ou tenté de le faire, ou qui a consenti à faire usage de moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet.

Article 310 :

« Est puni d'un emprisonnement de deux mois à trois ans et d'une amende de 500 à 10 000 DA ou de l'une de ces deux peines seulement quiconque :

soit par de discours proférés dans les lieux ou réunions publics
soit par la vente, la mise en vente ou l'offre, même non publics ou par l'exposition, l'affichage ou la distribution sur la voie publique ou dans les lieux publics, ou par la distribution à domicile, la remise sous bande ou sous enveloppe fermée ou non fermée, à la poste, ou tout agent de distribution ou de transport, de livres, d'écrits, d'imprimés, d'annonces, d'affichages, dessins, images et d'emblèmes.

Soit par la publicité de cabinets médicaux ou d'établissement prétendus médicaux a provoqué l'avortement, alors même que la provocation n'a pas été suivie d'effet.

Eu égard à l'importance du problème, il est légitime de penser que le législateur a entendu souligner le caractère antisocial de l'avortement, et sa détermination d'exercer avec vigueur sa répression.

Article 301 : (Secret professionnel)

« Les médecins, chirurgiens, sages-femmes, ou toutes autres personnes dépositaires par état ou profession ou par fonctions permanentes ou temporaires des secrets qu'on leur confie hors les cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, qui ont révélé ces secrets seront punis d'un à six mois et d'une amende de 500 à 5000 DA ».

Le respect du secret professionnel doit se faire dès le début de l'interrogation, jusqu'à la remise finale du certificat ou du rapport médico-légal, afin de préserver le secret de l'instruction, ainsi que la victime elle-même.

2 – La loi pour la protection et la promotion de la santé (L.P.P.S.) :

Plusieurs articles sont consacrés essentiellement à certaines des complications du viol et à la prise en charge de ces victimes, dans la Loi pour la Protection et la Promotion de la Santé.

1° - Avortement :

a – criminel

b – thérapeutique : Article 72 de la loi n° 85/05 du 16/02/85.

2° - Secret professionnel ; Article

3 - Code de la famille

Le statut personnel en Algérie est réglementé par le code de la famille qui s'inspire des dispositions du droit musulman.

4 – Code de déontologie :

Le code de déontologie algérien (décret exécutif du 6 juillet 1993 N° 92-276) énonce dans son exposé concernant les devoirs généraux des médecins notamment les articles 6 et 7 qu'ils doivent

- respecter la vie et la personne humaine, porter assistance avec une conscience élevée
- respect de chaque personne de choisir librement son médecin, en recevant une information éclairée et sincère.
- respect de la volonté du patient, d'avoir une assistance morale, une protection contre toute indiscrétion ; et une attitude correcte et attentive envers le malade.
- respect de la dignité.

Ainsi donc, l'examen particulier représenté par celui de la région génitale, zone privilégiée de discrétion, d'une victime déjà traumatisée moralement et physiquement par l'agression sexuelle fait que le code de déontologie relate les conditions nécessaires et primordiales à assurer pour le confort et l'examen de cette victime.

Ainsi, et s'agissant d'une situation exceptionnelle mettant à rude épreuve l'intimité corporelle et la dignité de la personne, le médecin devra par ses principes déontologiques surmonter la gêne, la pudeur et la honte par une attitude pleine de délicatesse, rassurante et humaine.

Article 36 et Article 37 :

Ces deux articles imposent le secret médical au médecin en le définissant comme étant tout ce que le médecin à vu, entendu, compris ou lui a été confié dans l'exercice de sa profession. Il existe des peines prévues par l'article 301 du Code Pénal Algérien et applicables à celui qui le violerait même sans intention de nuire .

Toutefois, cette astreinte n'est pas totale, puisque de nombreuses dispositions du code pénal délient les médecins de leur secret en particulier à l'occasion de certains crimes et délits commis ou en voie de se commettre surtout lorsque les victimes sont des enfants mineurs, l'obligation de dénoncer s'impose impérativement aux médecins.

5 – Le Code Civil :

Base juridique également importante pour ce qui est de l'étude des agressions sexuelles et du viol en particulier, concernant les bases juridiques de la réparation du préjudice subi et du dommage occasionné par l'agression en général et du viol en particulier. Bien que la notion de dommage soit présente dans de nombreux articles du code civil – art 124 à 140 - le législateur n'en a pas donné une définition générale .

6 – Le Code de Procédure Pénale

L'article 3 alinéa 2 du code de procédure pénale précise que « l'action civile est recevable pour tous chefs de dommage aussi bien matériels que corporels ou moraux qui découleront des faits objet de la poursuite. »

7 – Organisation Mondiale de la Santé (Mai 1997) :

« On entend par violence tout acte, toute négligence, toute menace, dans quelque domaine que ce soit, infligeant ou susceptible d'infliger un traumatisme sexuel ou psychologique à des femmes : (Résolution 48.104 ONU)

Le viol est un crime.
Le viol porte atteinte à la dignité de la personne.
Le viol est tout acte de pénétration sexuelle de quelle que nature qu'il soit.
une femme violée n'est pas coupable
une femme violée est une victime
une femme violée doit parler
une femme violée doit être écoutée
une femme violée doit porter plainte

Les articles 95, 96, 97, 99 :

Précisent les conditions dans lesquelles s'exécute l'expertise médicale (est très importante dans le cadre du viol) en définissant très explicitement la position que doit prendre le médecin avant d'accepter et d'effectuer ces examens.

Article 95 :

« L'expertise médicale est un acte par lequel un médecin désigné par un magistrat, une autorité ou autre instance, prête son concours technique afin

d'apprécier l'état physique ou mental d'une personne et plus généralement d'en évaluer les conséquences qui ont des incidences pénales ou civiles.

Article 96 :

« Le médecin expert doit, avant d'entreprendre toute opération d'expertise, informer de sa mission la personne examinée ».

Article 97 :

« Nul ne peut être à la fois pour un même malade, médecin traitant et médecin expert ».

Article 99 :

« Dans la rédaction de son rapport le médecin expert ne doit révéler que les éléments de nature à fournir la réponse aux questions posées ; hors de ces limites, il doit taire ce qu'il pu apprendre à l'occasion de sa mission ».

II- Réflexions

L 'étude des aspects législatifs nous amène à faire quelques réflexions. Ainsi, les violences sexuelles et leur répression ont toujours existé de par le monde. Ces violences sont le plus souvent exercées par des hommes sur des femmes et des enfants (certains pays étrangers considèrent, notamment la France, que le viol peut également s'exercer sur un homme).

Notre société, en prend certainement conscience, mais tarde toujours à réagir et c'est ce qui explique (peut-être) le fait que le nombre des victimes soit toujours en deçà de la réalité et que l'existence d'un chiffre noir soit considéré comme réel et très élevé.
On ne peut lutter contre ce fléau qu'en ayant dessiné, d'une façon globale et claire, ses contours concernant ses aspects cliniques, sociaux et surtout juridiques.

En droit algérien, le viol n'est toujours pas défini par le code pénal et seule la jurisprudence permet de caractériser ce crime comme étant le possession d'une

femme sans son consentement par intromission intra vaginale de la verge en érection.

Il faut savoir également que le texte algérien, vague, général et inchangé depuis sa rédaction, est resté anormalement à l'écart des grands changements scientifiques et socio-juridiques inhérents à l'évolution des comportements humains, concernant essentiellement l'aspect comportemental sexuel, qui affectent notre société.

Beaucoup reste encore à faire, allant de l'éducation sociale et sexuelle pour mieux comprendre, par rapport à l'évolution sociale actuelle, la nouvelle nomenclature des délits sexuels, ainsi que leur nouvelle prise en charge et ce, conformément aux aspects socioculturels de notre pays.

Le viol est toujours un réel fléau, mais n'est certes plus un tabou. Les statistiques montrent bien qu'il y a une réelle prise de conscience de la société qui commence à en parler, à essayer de trouver des solutions de prise en charge pour les victimes dont elles ont la responsabilité.

Mais tout cela, ne peut se faire que sur la base de :

- une ossature juridique solide, claire et détaillée
- une infrastructure psychosociale conforme aux données actuelles permettant la prise en charge convenable des victimes
- une bonne connaissance par le praticien de la sémiologie clinique de la femme victime de viol.

1 – Base juridique :

Seule une définition médico-juridique du viol peut en effet aider les victimes dans beaucoup de cas à trouver réparation, sociale et juridique.

Nous nous proposons à cet effet, en se basant sur plusieurs définitions déjà en cours dans plusieurs pays, d'énoncer celle qui pourra être le plus possible en parfaite corrélation avec les différents aspects sociaux, culturels, religieux de notre pays.

« Est considéré comme crime de viol, tout acte de pénétration sexuelle de quelle que nature qu'il soit, sur une personne non consentante, ou incapable de consentement, commis ou tenté, par violence, contrainte ou surprise ».

Plusieurs points peuvent être mis en évidence :

a – la victime ne peut être qu'une femme, l'agression sexuelle effectuée sur un homme est considérée comme un acte contre nature . Aussi ne pourrait-on pas considérer le fait que chez le jeune garçon, cette agression sexuelle ne soit définie comme un viol, de par notamment l'important traumatisme physique et psychique qu'elle peut induire.

b – l'absence de consentement doit être une base juridique importante pour la qualification du viol comme étant un crime, par l'autorité judiciaire.

- chez la femme majeure mariée, célibataire, divorcée

- chez la mineure et la débile mentale qui sont incapables de consentement légal.

c – Il faut que l'acte sexuel ait été accompli ou même tenté (même lorsque la femme a réussi à se défendre) ; ou dans un autre ordre d'idées, on peut dire que les attouchements par le sexe, les doigts ou tout autre moyen (naturel ou non) puisse être considéré comme un viol.

d – Qu'importe le moyen par lequel cette agression a été faite, en utilisant :

- la violence
- la menace (verbale, arme, …)
- la contrainte morale (surtout du fait de l'autorité) sur la victime.

e – Concernant les complications liées au viol, il est impératif, que juridiquement puissent être établis les textes permettant leur prise en charge.

- L'interruption de la grossesse doit être consentie à toutes les victimes.

1- 1 pour la femme majeure : son accord et l'autorisation du juge d'instruction doivent être les deux seuls points nécessaires pour une interruption de la grossesse

1– 2 pour la mineure : l'accord des parents et l'autorisation du juge des mineurs suffiront pour pratiquer l'interruption de la grossesse

1 –3 pour le cas de l'inceste, nous pensons que du point de vue médical et religieux, l'I.T.G. doit être systématiquement demandée par le magistrat instructeur.

2– L'infrastructure psychosociale :

Nécessaire pour la prise en charge, en utilisant des moyens simples, peu coûteux et pouvant être à la disposition de tous les médecins et paramédicaux par :

- la formation de personnels qualifiés : médecins, éducateurs, psychologues, et juristes, pour un accueil convenable, une écoute spécifique, un soutien moral, un entretien, et donner des conseils sur :

- la sexualité
- la contraception
- l'interruption volontaire de la grossesse
- les problèmes de la violence

- La création au niveau de chaque centre hospitalier d'une cellule de prise en charge medico-psychologique des victimes.

3– Sémiologie clinique :

Obligatoire à connaître pour tous les médecins, afin de pouvoir repérer, diagnostiquer et traiter, les sévices sexuels auxquels le praticien pourra être confronté.

Cette sémiologie clinique a été, nous le pensons, largement traitée dans notre étude.

CONCLUSION

Le travail que nous venons d'effectuer nous a permis d'affirmer que les agressions sexuelles, en particulier, le viol sont une réalité.

IL serait utile de relever un point pour le moins spécifique à notre société qu'on pourrait qualifier de « viol à rebond » ou « viol complaisant », consistant à le déclarer bien après la date des faits, par faute de rupture du contrat, établi auparavant en accord conjoint de la victime et de son prétendu agresseur.

Les brèves descriptions des situations de femmes, ainsi que de leur comportement dans notre société, suscitent à notre sens de nous poser des questions.

Si tous ces phénomènes de violences existent, et si la femme en tant que telle est une victime désignée, cela ne relève-t-il pas des conditions même d'apprentissage des rôles sexuels de la socialisation différentielle des garçons et des filles, qui tend à valoriser pour les premiers l'agressivité, la suprématie, et pour les secondes : la passivité, la soumission ?.

N'est-ce pas, à travers l'analyse des conditions féminines et masculines que l'on saisit davantage la réalité ?.

Pourra-t-on cesser de perpétuer les mythes de considérer la victimisation des femmes comme un fait naturel et inéluctable ?.

Ne sommes-nous pas en fait devant un fait social, résultant d'un certain type en particulier de rapport homme/femme ?.

Ne devons-nous pas poursuivre nos recherches pour découvrir les réels contours du phénomène que représente le viol et pour se faire de bien le définir et d'élaborer ses spécificités médicale, sociale et juridique.

Sans avoir eu la prétention d'avoir répondu à toute ces questions, nous pensons néanmoins avoir apporté le maximum d'éléments cliniques, sociaux et juridiques susceptibles d'aider à définir le viol, traiter ses complications et prendre en charge les victimes.

Parmi celles-ci on notera notamment :

. *Une bonne connaissance de la clinique des victimes d'agressions sexuelles ne se fera qu'avec une reconsidération des programmes d'enseignement de graduation de médecine légale, et pourquoi pas, la création d'un module de sexologie clinique dans le cursus universitaire.*

Cet apport d'enseignement ne pourra se faire également qu'avec l'aide et l'apport en matière de formation médicale continue.

- La libéralisation de moyens de contraception pour les femmes non mariées.

- La création au niveau de CHU d'unités d'urgence médico-judiciaires prises en charge par la médecine légale, afin de recevoir dans les plus brefs délais les victimes de violences sexuelles, notamment de viol.
- La création de centres spécialisés dans la prise en charge adéquate de ces victimes, regroupant :

    - une structure d'accueil convenable
    - un personnel médical et paramédical (psychologue, conseil juridique) compétent, qualifié pour la bonne prise en charge des victimes d'agressions sexuelles.

- La création de laboratoires spécialisés au niveau de chaque service de médecine légale ou au moins au niveau de chaque wilaya pouvant prendre en charge les examens spécialisés demandés lors d'expertise médico-judiciaire :
    - Groupage sanguin.
    - Recherche de spermatozoïdes.
    - Recherche de paternité.

et ceci en pratiquant, pour les deux derniers examens les empreintes génétiques.

- La création de groupes associatifs pour permettre le suivi médico-psychologique des victimes, qui soient un véritable espace d'expression.

Sur le plan législatif :

- que le viol, avec toutes ses complications est un véritable problème de santé publique.
- reconsidérer du point de vue pénal la définition du viol en prenant en compte les dimensions médico-sociales et juridiques de ce phénomène.
- élaborer des textes spécifiques relatifs à l'interruption de grossesse consécutive à un viol.

Enfin, il est nécessaire d'instaurer une politique de prévention de ce phénomène que l'on voudrait voir disparaître.

Nous osons espérer, avec les clarifications et les suggestions que nous venons d'énumérer et de proposer, qu'on pourra alors commencer réellement à prendre en charge convenablement les victimes (socio-juridiques) des violences sexuelles en général et du viol en particulier.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE :

1. AFIREM : droit de l'enfant, inceste, séparation enfants maltraités / congrès de l'AFIREM : Angers 1986 . – Paris : Edition et Communication Médicale , 1987.

2. ALVIN P . Les adolescents victimes de violences sexuelles, les enfants victimes d'abus sexuels / sous la direction de GRABEL M. . – Paris : Ed. PUF, 1992

3. BACCINO E: Données épidémiologiques des abus sexuels chez les mineurs en France / 7ème conférence de consensus « maladies sexuellement transmissibles chez la femme, la mère, la mineure » . – Grenoble : Novembre 1993

4. BACCINO E: Données épidémiologiques des abus sexuels chez les mineurs en France . Médecine. Mal. Infect : 1994. – P. 24, 425 – 439

5. BENHARKAT & Collaborateurs : Les attentats à la pudeur observés au service de médecine légale du CHU Constantine : II e journées de médecine légale . – Constantine : Mai 1988

6. BERCHICHE M., LAIDLI MS., BESSAHA M. et MEHDI Y. : Réflexion à propos du certificat de virginité ; Congrès national de Médecine . – Alger: 1981.

7. BESSA A M. Les violences intra-familliales : les enfants victimes de sévices vus à la consultation de médecine légale du CHU Mustapha .- Alger: 1998

8. BETHOUT H : Evaluation des séquelles psychologiques et psychiatriques des enfants victimes d'agressions physiques et sexuelles . – Journal de médecine légale – droit médical : 1992 . – T. 35 N°7 ; P. 433 – 437

9. BICE : Bureau International catholique de l'enfance : l'enfant et la pornographie . – Genève : 1988

10. BOYER F., DAVIDSON C., GABEL M : Les abus sexuels à l'égard des enfants, comment en parler , bilan 1988 – 1991 . Dossier technique, Direction de l'action sociale, Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration

11. BURSTIN J. : L'adolescent et son insertion dans le monde des adultes : aspects biologiques, personnels et sociaux . – Toulouse : ERES , 1988.

12. CASONI D. L'Evaluation des allégations d'agressions sexuelles chez les enfants: Défi et enjeux. – D.P.S. Ecole de criminologie de Montréal, 1994

13. CHERRANT, BRETON O. et Coll. Le viol : considérations médicales, médico-légales et psychiatriques conduite à tenir. – Concours médical: 1981. – P. 1821 – 1834

14. CHEVRANT, BRETON O : Variations périnéales physiologiques chez les petites filles . –Concours Médical , 1993 - 115 – 05

15. Décret exécutif N° 92 – 276 du 6 Juillet 1992. - Code Algérien de déontologie médicale.

16. DEBARGE A., WILLOT M., LENOIR, MULLER P.H. Examen médico-légal de l'hymen, étude analytique de 384 dossiers d'expertises médico-légales pratiquées à l'occasion d'agressions sexuelles. Médecine légale et dommage corporel, 1973 , 6 ; P. 298 – 300

17. DEROBERT L. : Droit Médical ; déontologie médicale . – Paris : Flammarion , 1976.

18. DESURMONT M., V. HEDOUIN, E. REVUELTA, D. GOSSET : Devenir judiciaire des abus sexuels sur enfants . – Journal de médecine légale droit médical:1998.– Vol. 41 N° 1.

19. DIAMANT-BERGER O. , LEPORC P. Approche épidémiologique et médico-légale du viol : a propos de l'expérience des urgences médico-juridiciaire de l'Hôtel Dieu de Paris – Instantanés médicaux , 1988 . – N° 4 P. 21-30

20. DIOUF A. : Bilan gynécologique chez des victimes présumées d'attentats sexuels . – Faculté de Médecine Dakar , Congres International de Médecine Légale . Dakar 1992.

21. DORSNER, DOLIVET AM. SCEMAMA A. De quelques difficultés d'applications de la législation relative à l'IVG . JUS – MEDICUM, 1984

22. DUGUET A.M ., PIENKOWSKI C., DESLAUGIERS B., DASTE G. Diagnostic des abus sexuels sur la mineure impubère . – Journal de médecine légale – droit médical : 1994 . – P . 363 – 369

23. FAIZ A. Etudes statistiques des attentats aux meneurs et nouvelle législation sur le viol en Tunisie – Mémoires CES de médecine légale – 1983/1985

24. FERRE J., BRICOUT J: Victimologie II . - Journal de médecine légale – droit médical : 1990 . – Vol. 33 N°6 ; P. 437 – 456

25. FOURNIER E. Médecine légale et législation médicale . – Paris : Flammarion , 1968

26. GALONS E. : Commentaires d'une observation de viol pathologique : A propos de l'art 64 du code pénal ; thèse de médecine . – Paris: 1991.

27. GARNIER M., SOUSSY et O. DIAMANT-BERGER A propos des examens médicaux des sujets ayant déposé une plainte pour agression sexuelle . – Journal de Médecine Légale : 1987

28. GAYOT A propos d'un viol collectif – Mémoire de psychiatrie – 1983 – 1984

29. GONIN D. , DALIGAND L : L'inceste : Profanation de la génération et refus de la vie . – Journal de médecine légale – droit médical: 1988. – N° 1; P. 7 –13

30. HANNOUZ M. : Approche juridique de la responsabilité médicale en droit algérien ; thèse de DESM . – Université d'Oran : 1981.

31. HARRAULT A. Les femmes et le sida . – Paris : Flammarion , 1988

32. HARRAULT A., PARMENTIER Ayne : A propos de l'inceste , journée d'étude ASE ; Aide sociale à l'enfance . – Paris : 17 Juin 1988.

33. JAMA François Identification prénatale de la paternité : Intérêt du groupage HLA après un viol . – N° 23 P. 45 – 48

34. KLAINBERG M. Le juge des enfants face à la maltraitance physique et sexuelle – Mémoire pédiatrie – 1998

35. KOREPROBET L. Avortement criminel et secret professionnel . – Presse médicale , 1969

36. KOUPERNIK C. Une nouvelle dérogation au secret professionnel: le viol; quelles sont les dispositions essentielles de la nouvelle loi sur le viol. – Concours médical – 1985 – N°3 ; P. 135

37. LAIDLI MS. , BERCHICHE M. , Y. MEHDI Les attentats à la pudeur : notre expérience durant la période 1983 – 1988 . – CHU Mustapha : Alger, 1988.

38. LAPICIDA C : Viol ; nouveaux aspects médico-légaux .- Thèse de médecine – Limoges : 1982

39. LE GALL HC : L'évaluation du préjudice des victimes d'agressions sexuelles . – Journal de médecine légale / 1992 . – T. 35 ; P. 453 – 460

40. LEMOINE P. , CHEVRANT , BRETON O. : Mise au point sur le viol : Conséquences pratiques pour les médecins . – Concours médical , 1994. P. 1753 à 1755

41. LOPEZ G., PIFFANT, FILIZZOLA G. : Le viol . – Paris: Ed. PUF, 1993.

42. MANGIN P ., LUDES B., MALILIER D. : recherche de paternité sur fœtus extrait après interruption de grossesse pour viol ; Application de la méthode des empreintes génétiques. – Journal de Médecine Légale, droit Médical : 1991 . – T. 34 N° 1 P. 47 – 50.

43. MARC B., F. BOUBRIT, J. VARNIER, M. GARNIER / Violences sexuelles sur mineures en milieu familial. Journal de Médecine Légale - droit médical . – 1998 . – Vol. 41 N° 1.

44. MERAH & Collaborateurs: Agressions sexuelles: Quelques observations. Alger : CHU Beni-Messous , 1988

45. MERAH & Collaborateurs : grossesses après agressions sexuelles – XI congrès international de médecine légale . – Dakar , 1992

46. MESSAOUD Nacer : L'hymen et la virginité : thèse de Doctorat en Médecine – Université d'Alger : Faculté de médecine . – 1975.

47. MERAH F. , MOSTEFAOUI A. : Sévices à enfants . – Alger : Beni- Messous , 1994

48. OBERLIN G. : Anatomie humaine . – Paris : Ed. Maloine, 1980.

49. OUSSADIT I. : Hymen et virginité : aspects médico-légaux , thèse de médecine . – Tlemcen , 1998

50. PARISOT P. : Les formes rares et anormales de l'hymen, Annales de Médecine Légale . – Paris : 1924.

51. PIED LIEVRE R., FOURNIER E. Médecine légale sexuelle. – Paris Ed. Bailliere , 1963

52. POIRIER J. , COHEN I. , BAUDET J.: Embryologie Humaine. – Paris: Ed. Maloine , 1981.

53. Poirier J., COHEN I., BAUDET J. : Embryologie humaine . – Paris: Ed. Maloine , 1981.

54. Revue de psychiatrie légale – Fronsic Victime de viol, victime d'inceste, Impact 1995 – N° 9 ; P. 45 – 49

55. Revue sciences criminelles – Droit pénal comparé : un épisode peu connu de l'histoire du rapt de séduction . – 1988 , N° 4 P. 713 – 750.

56. ROCHE L., DALIGAND L. Nanon: Médecine légale clinique Paris 1985

57. ROUVIERE C. : Anatomie humaine . – Paris : Ed. Masson, 1982.

58. ROUYER M. Les enfants victimes, conséquences à court et à moyen terme, in les enfants victimes d'abus sexuels / sous la dir. De GRABEL M. – Paris : Ed. PUF, 1992

59. ROUYER M., et DROUET M. : L'enfance violentée : Des mauvais traitements à l'inceste . Préf. de Pierre Straus (2eme Ed.) Paris : Le centurion, 1986 . – P. 248.

60. SIMONIN C. : Médecine Légale Judiciaire . – Paris: Ed. Maloine, 1955.

61. SOUTHOUL JH., PIERRE F : Responsabilité médicale et problèmes médico-légaux en gynécologie et reproduction. – Paris: Ed. Maloine, 1989

62. SOUTOUL J.H. et CHEVRANT Breton : Les agressions sexuelles de l'adule et du mineur . – Paris : Ed. Ellipses , 1994.

63. SOUTOUL J.H., BIZOUARNE CH. Indemnisation des séquelles d'une agression sexuelle après constitution de partie civile – Bilan d'une cour d'assises de 1981 à 1987 . – Journal de Médecine Légale ; droit médical : 1989 . – P. 17 à 27

64. SOUTOUL J.H., BODY G. L'interruption dite thérapeutique de grossesse - exigences, limites et insuffisance de la loi . – Journal de gynéco-obstétrique , 1989

65. TROJMAN M. : Elément pour une définition psychologique du viol : Elément pour une prise en charge thérapeutique des victimes de viol ; Mémoire criminologie 1993 / 1994.

66. VACHER S: Réparation du dommage corporel des victimes d'agressions sexuelles en Corrèze – Limoges . Faculté de Médecine : 1985

67. VALENTIN R. : Réflexions sur l'examen de crédibilité de la victime de viol à propos d'une patiente schizophrène – Mémoire psychiatrie. – 1986/1987.

68. VIBERT C. Précis de médecine légale . – Paris : Ed. Bailliere , 1986

69. ARDIEU : viols et attentat à la pudeur : étude Médico-Légale sur les attentats à la pudeur . – Tardieu : 1878.

70. AGURY D :L'expertise des victimes d'inceste.-Forensic,avril-mai,juin,1994-N°6

D[r] MOSTEFAOUI Azzedine
Thèse de Doctorat en Sciences Médicales : « Le viol : Aspects cliniques, médico-légaux et Socio-juridiques ».

RESUME

L'étude d'un sujet aussi délicat et sensible que le viol a pour but de cerner les problèmes médico-légaux, ainsi que les aspects cliniques et socio-juridiques qui en découlent.
D'autant plus que dans le contexte algérien particulier, ce sujet s'inscrit dans un domaine privilégié et souvent tabou, celui de la sexualité.

Il s'avère que de plus, les agressions sexuelles ont tendance à constituer un véritable phénomène social, dont la prévention et même la répression, doivent retenir l'attention des autorités, aussi bien médico-sociales, que judiciaires.

Nos consultations médico-légales nous ont permis de constater non seulement la propension de ce phénomène au cours de ces dernières années, mais également la situation dramatique dans laquelle se retrouvent aussi bien les victimes, que les autorités, qui n'arrivent pas, par faute de moyens appropriés, à maîtriser ce phénomène.

Le rôle du médecin légiste, lors d'une agression sexuelle et en particulier d'un viol est fondamental.

Ses constatations sont capitales pour le déroulement judiciaire futur.

La mise en place de centres d'accueils et d'urgence des victimes présumées de viol est essentielle.

Redéfinir le viol, proposer et prévoir en urgence certaines modifications dans les textes législatifs, ainsi que la prise en charge médico-psychologique réelle des victimes sont les points essentiels de notre étude.

Discipline : Médecine Légale

Mots clés : *Agression sexuelle – viol – Urgences médico-judiciaires – Hymen – Défloration – Prévention – Législation.*

Adresse du Service : Service de Médecine Légale, CHU Beni-Messous

---

Directeur de Thèse : P^{r} Fatiha MERAH