

# Violences sexuelles : examen médical des victimes ayant déposé plainte en 2009 en Seine-Saint-Denis (France)

Patrick Chariot (patrick.chariot@jvr.aphp.fr)<sup>1,2</sup>, Marie Scius<sup>1</sup>, Anne-Sophie Lorin<sup>1</sup>, Otmane Belmenouar<sup>1</sup>, Menouar Tedlaouti<sup>1</sup>, Cyril Boraud<sup>1</sup>

1/ Unité médico-judiciaire, Hôpital Jean-Verdier (AP-HP), Bondy, France

2/ Iris (Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux), UMR 8156-997, UFR SMBH, Université Paris 13, Bobigny, France

## Résumé / Abstract

**Introduction** – Au moins 50 000 viols seraient commis chaque année en France, dont une minorité fait l'objet de plaintes. L'objectif était ici d'évaluer les caractéristiques des victimes, des agresseurs et de ce type de situation de violence à partir des comptes rendus d'examen des personnes ayant consulté dans l'unité médico-judiciaire de Bondy (Seine-Saint-Denis) en 2009.

**Méthodes** – Recueil prospectif de données sur l'ensemble des examens pratiqués en 2009 et, pour les adultes et adolescents, leur évolution un mois plus tard.

**Résultats** – Au total, 572 personnes (enfants et adultes) ont été examinées (510 femmes [89%] et 62 hommes [11%]). L'agresseur était inconnu dans 29% des cas. L'agression comportait une pénétration vaginale (55%), orale (22%) ou anale (15%), ou des attouchements (17%). Les victimes ne rapportaient aucune violence physique autre que sexuelle dans 60% des cas. L'examen montrait des lésions traumatiques dans 21% des cas. Chez 239 adultes et adolescents de 15 ans et plus, 27% rapportaient avoir subi des violences physiques ou sexuelles au cours des 12 derniers mois. Le conjoint auteur des violences ayant motivé la plainte était auteur de violences antérieures dans trois quarts des cas. Plus de 80% des 104 victimes revues à un mois présentaient un état de stress post-traumatique ; un tiers rapportaient une modification importante de leurs pratiques addictives.

**Conclusion** – Ces données décrivent des situations de violences sexuelles ayant donné lieu à dépôt de plainte, parmi lesquelles, dans cette population, les violences sur conjoint sont de plus en plus nombreuses.

## Mots clés / Keywords

Aggression sexuelle, médecine légale, violences conjugales, stress post-traumatique, conduites addictives / Sexual assault, forensic medicine, intimate partner violence, post-traumatic stress disorder, addictive behaviours

## Introduction

Depuis une dizaine d'années, la connaissance statistique des agressions sexuelles en population générale a progressé en France et, malgré des écarts subsistant sur certains résultats, quelques données sont disponibles, permettant notamment de décrire le profil des victimes, le contexte et les conséquences des atteintes. Au moins 50 000 viols seraient ainsi commis chaque année en France, dont 10 000 suivis d'une plainte [1-3]. L'ensemble des violences sexuelles, incluant attouchements, rapports sexuels forcés et tentatives de viols, concernerait 800 000 personnes chaque année, les femmes trois fois plus souvent que les hommes [2;4]. Lors d'une enquête démographique, 16% des femmes et 5% des hommes interrogés déclaraient avoir subi des violences sexuelles au cours de leur vie [2]. La grande fréquence de liens étroits entre victime et agresseur a été soulignée [1-3;5].

Les données médicales sur les violences sexuelles demeurent, quant à elles, fragmentaires. Elles concernent surtout la description de lésions traumatiques, de résultats biologiques [6;7] et de syndromes psychotraumatiques [8] ou des situations exceptionnelles [9].

Chez l'enfant examiné, il s'agit habituellement de violences par des personnes connues, dans le cercle familial, ou d'examen demandé lors d'enquêtes familiales. La verbalisation des violences par l'enfant est inconstante et la plainte parfois portée lors de séparations conjugales conflictuelles. Les violences sexuelles chez l'adolescent et l'adulte constituent un ensemble plus homogène [7].

En analysant les cas de près de 600 enfants, adolescents et adultes adressés chaque année pour agression sexuelle à l'unité médico-judiciaire de Bondy après dépôt de plainte auprès des services de police ou de gendarmerie, l'étude avait pour objectif de préciser le contexte de ces violences, de décrire l'état somatique et psychique des consultants lors de l'examen à l'hôpital, de déterminer la fréquence des violences physiques associées et d'analyser la nature des traitements administrés. Nous avons particulièrement étudié les violences exercées par le conjoint ou l'ex-conjoint, de reconnaissance encore difficile mais dont la connaissance constitue un enjeu de taille, étant donné la grande fréquence des agressions commises par des proches.

## Méthodes

### Patients

Les patients étudiés étaient l'ensemble des victimes se présentant sur réquisition judiciaire à l'unité médico-judiciaire de l'hôpital Jean-Verdier (Bondy, Seine-Saint-Denis), pour des violences sexuelles, après dépôt de plainte, sur une durée d'un an (1<sup>er</sup> janvier-31 décembre 2009).

### Données recueillies

Nous avons recueilli de façon prospective : 1) les caractéristiques des victimes ; 2) les caractéristiques des agresseurs et leurs liens éventuels avec la victime ; 3) les caractéristiques de l'agression (lieu de survenue, circonstances, nature des actes, réactions de défense, suites de l'agression) ; et 4) les résultats de l'examen clinique et le traitement administré. Les données ont été recueillies auprès des victimes ou, dans le cas de très jeunes enfants, auprès du parent accompagnateur. Le compte-rendu d'examen, transmis à l'autorité judiciaire requérante, comportait dans sa conclusion le nombre de jours d'incapacité totale de travail (ITT) au sens du code pénal, la connaissance de cette durée pouvant

éclairer les décisions judiciaires qui suivront [10]. En cas d'agressions sexuelles répétées, l'examen médical était rattaché à l'agression ou aux agressions ayant motivé la plainte, les antécédents de violences faisant également partie des informations recueillies lors de l'examen.

## Approche particulière des violences chez l'adolescent et l'adulte

Dans le cadre d'une étude centrée sur les violences sexuelles dans le couple chez les adultes et les adolescents âgés de 15 ans et plus au moment des violences rapportées, nous avons recueilli de manière standardisée (questionnaire fermé délivré en face à face), lors de l'entretien, des données concernant l'existence éventuelle d'antécédents de violences et de pratiques addictives de la victime et de l'agresseur. Nous avons constitué trois groupes : les victimes de violence par leur conjoint ou ex-conjoint (groupe 1), par des inconnus (groupe 2) et par des personnes connues autres qu'un partenaire intime (groupe 3). La notion d'inconnu s'appliquait aux personnes rencontrées par la victime pour la première fois dans les 24 heures précédant les faits. Nous proposons systématiquement une deuxième consultation un mois après la première, afin d'évaluer l'apparition de symptômes de stress post-traumatique, la persistance d'une perturbation notable de la vie courante pouvant justifier un accompagnement médical, psychologique, social ou juridique particulier. Ces consultations étaient effectuées par les deux mêmes médecins, à la différence des premiers examens, pratiqués par les 23 médecins du service. Les signes de stress post-traumatique étaient évalués au moyen de la version française de l'*Impact of Event Scale – revised* (IES-R), en utilisant le seuil habituellement retenu de 33 sur 88 [11]. Les symptômes psychiatriques, en particulier d'anxiété et de dépression, étaient évalués par la version française du *General Health Questionnaire* (GHQ-28) [12], coté en réponse bimodale, en utilisant le seuil habituellement retenu de 4 sur 28 [8]. L'évolution des pratiques addictives depuis l'agression était évaluée lors de la deuxième consultation. Nous avons pris en compte les débuts et arrêts de consommation d'alcool, tabac, cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines et tranquillisants, ainsi que les modifications notables de consommation (augmentation d'au moins 50% ou diminution de moitié).

## Analyse statistique

Nous avons comparé les données observées dans les trois groupes par les tests du Chi2 ou de Fisher, ou par le test de Kruskal-Wallis suivi du test *post hoc* de Dunn, selon la nature des variables étudiées (logiciel InStat® 2.0). Nous émettions l'hypothèse d'éventuelles caractéristiques particulières des victimes de violences sexuelles par un conjoint ou ex-conjoint, en termes de caractéristiques de la victime, de la situation de violence et des suites des violences. Le seuil de significativité retenu était de 0,05.

## Résultats

### Caractéristiques des victimes

Ont été étudiées : 572 situations d'examen, correspondant à 572 personnes (enfants et adultes), les femmes représentant 89% des cas (510) et les hommes 11% (62). Les femmes représentaient 98% des victimes majeures (238 sur 244) et 83% des victimes mineures (272 sur 328) et le pourcentage de victimes féminines augmentait avec l'âge (tableau 1), lorsque l'on distinguait des tranches d'âge plus fines.

**Tableau 1 Répartition des victimes déposant plainte pour violences sexuelles selon l'âge et le sexe, Seine-Saint-Denis, France, 2009 / Table 1 Victims reporting sexual assaults, according to age and gender, Seine-Saint-Denis, France, 2009**

Âge*	Femmes (%)	Hommes (%)	Total (%)
<10 ans	72 (69)	32 (31)	104 (100)
[10-13[	44 (83)	9 (17)	53 (100)
[13-18[	156 (91)	15 (9)	171 (100)
[18-25[	90 (98)	2 (2)	92 (100)
≥25 ans	148 (97)	4 (3)	152 (100)
<b>Total</b>	<b>510 (89)</b>	<b>62 (11)</b>	<b>572 (100)</b>

\* L'âge indiqué est l'âge au moment de l'examen, peu après le dépôt de plainte. Il peut différer notablement de l'âge lors des faits rapportés.

### Caractéristiques des agresseurs

L'agresseur était inconnu dans 29% des cas (151 sur 520 où un agresseur était désigné). Il s'agissait du conjoint dans 31% des cas d'agressions chez l'adulte, d'une personne ayant autorité (hors du cercle familial) dans 1% des cas (7 sur 572), d'un voisin dans 2% des cas. Il y avait plusieurs agresseurs dans 17% des cas.

### Caractéristiques des agressions

L'agression était souvent commise à domicile (32% des cas), rarement dans les parties communes d'un immeuble (8%), dans un lieu public (6%) ou sur la voie publique (6%). Les violences consistaient en une pénétration vaginale (55% des cas, 283 sur 510, dont 3% (18 cas) de pénétration digitale et non pénienne, anale (15% des cas, 84 sur 572, représentant 29% des hommes (18 sur 62) et 13% des filles (66 sur 510)), ou orale (22% des cas, 125 sur 572, représentant 26% des hommes (16 sur 62) et 21% des filles (109 sur 510)), ou en attouchements sans pénétration (17% des cas, 100 sur 572 représentant 26% des hommes (16 sur 62) et 16% des filles (84 sur 510)). Il existait une suspicion de viol mais une amnésie des faits dans 4% des cas (22 sur 572). Dans 10% des cas (55 sur 572), les violences sexuelles étaient accompagnées d'une séquestration. Il s'agissait d'une enquête sur mineur ou sur une personne vulnérable sans violence rapportée dans 9% des cas (50 sur 572). L'agresseur avait utilisé un préservatif dans 12% des cas où la victime rapportait une pénétration ou une tentative de pénétration pénienne (51 sur 421).

Les violences sexuelles étaient accompagnées de violences physiques dans 37% des cas (212 sur 572) et de menaces par arme blanche sans violence physique directe dans 3% des cas (17 sur 572), les 60% de cas restants concernant des victimes ne rapportant aucune violence physique associée (343 sur 572). L'examen clinique montrait des lésions traumatiques dans 21% des cas (118 sur 572) : ecchymoses dans 13% des cas (76 sur 572), plaies, le plus souvent érosives, dans 9% des cas (49 sur 572), fractures dans 1% des cas (3 sur 572), hématomes dans 1% des cas (5 sur 572), et 2 cas d'excision. Une ITT a été déterminée dans 58% des cas (334 sur 572), de durée comprise entre 0 et 30 jours (médiane : 3 jours). Dans 42% des cas (238 sur 572), le médecin ne s'est pas prononcé sur la durée d'ITT, considérant que celle-ci n'était pas évaluable (19% des cas, 109 sur 572) ou parce que la demande de détermination d'ITT n'était pas mentionnée dans la réquisition (6% des cas, 36 sur 572) ou encore sans justification explicite (16% des cas, 93 sur 572). Dans 3% des cas (18 sur 572), la deuxième consultation, un mois après la première, était l'occasion

d'une réévaluation de la durée d'ITT, aboutissant à des durées de 8 à 60 jours (médiane : 30 jours, contre 4 jours pour ces personnes lors de la première consultation).

### L'examen médical et ses suites

L'examen médical a eu lieu dans les 6 heures suivant l'agression dans 12% des cas (67 sur 572), dans les 12 heures dans 20% des cas (114), dans les 24 heures dans 30% des cas (173), dans les 48 heures dans 38% des cas (233). Le délai d'examen médian était de 3 jours (extrêmes : 1 h-15 ans). L'examen a eu lieu plus d'une semaine après les faits dans 34% des cas (192), et plus d'un mois après dans 25% des cas (141). Un traitement antirétroviral a été prescrit dans 17% des cas (96). L'absence de prescription était due dans 4 cas (1%) au refus de la victime.

### Contexte et conséquences des violences chez les adultes et adolescents

Les 239 adultes et adolescents de 15 ans ou plus (236 femmes (99%), 3 hommes (1%)) qui ont été examinés de façon protocolisée représentaient 74% (239 sur 321) des victimes âgées de 15 ans et plus au moment des faits (tableau 2). L'âge médian était de 23 ans, plus élevé dans le groupe 1. Trente-sept (37) personnes sur 239 (15%) avaient des conduites addictives, définies par une consommation d'alcool dépassant les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé ou toute consommation de cannabis, cocaïne, opiacés ou amphétamines au cours du mois précédent. Au moment même des violences, 55 personnes sur 239 (23%) avaient consommé de l'alcool (46), du cannabis (15), des tranquillisants (3) ou de la cocaïne (1).

L'examen a eu lieu dans les 3 jours suivant les faits rapportés pour 64% des victimes. Les délais d'examen étaient plus longs dans le groupe 3 (8 jours) que dans les groupes 1 (23 h) et 2 (17 h).

Vingt pour cent (20%) des victimes (44 sur 221, renseignement non obtenu chez 18 sur 239) rapportaient avoir déjà subi des violences physiques au cours des 12 derniers mois et 33% (74 sur 221) au cours de leur vie (incluant les 12 derniers mois), plus souvent dans le groupe 1 (tableau 2). Seize pour cent (16%) des victimes (36 sur 220) rapportaient avoir déjà subi des violences sexuelles au cours des 12 derniers mois et 35% au cours de leur vie (76 sur 220, renseignement non obtenu chez 19 sur 239), également plus souvent dans le groupe 1. Vingt-sept pour cent (27%) des victimes (60 sur 221) rapportaient avoir subi des violences physiques ou sexuelles au cours des 12 derniers mois et 54% (119 sur 221) au cours de leur vie.

Dans le groupe 1, de façon cohérente avec la plus forte exposition à des violences antérieures, le conjoint auteur des violences ayant motivé la plainte était l'auteur des violences antérieures dans 79% (34 sur 43, violences physiques) et 75% des cas (27 sur 36, violences sexuelles).

La moitié des victimes (49%, 118 sur 239) rapportaient avoir subi des violences physiques associées aux violences sexuelles, plus souvent dans le groupe 1 et moins souvent dans le groupe 3. Il existait des lésions traumatiques récentes plus souvent dans le groupe 1 et moins souvent dans le groupe 3. Les durées médianes d'ITT étaient respectivement de 4 jours (groupe 1) et 6 jours (groupes 2 et 3). La durée d'ITT n'était pas évaluable dans des proportions variables selon les groupes : moins souvent dans le groupe 1 et plus dans le groupe 3 (13 cas sur 84, 15% du groupe 1 ; 27 cas sur 95, 28% du groupe 2 ; 30 cas sur 60, 50% du groupe 3). Un traitement antirétroviral a été prescrit chez 72 patients sur 239 (30%).

**Tableau 2** Données concernant les victimes de violences sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint (groupe 1), par des inconnus (groupe 2) et par des personnes antérieurement connues (groupe 3), Seine-Saint-Denis, France, 2009 / **Table 2** Victims assaulted by intimate or ex-intimate partner (Group 1), by unknown assailants (Group 2), or by previously known persons other than (ex-)intimate partners (Group 3), Seine-Saint-Denis, France, 2009

	Groupe 1 (n=84)	Groupe 2 (n=95)	Groupe 3 (n=60)	
Répartition F/H	84/0	93/2	59/1	
Âge médian [extrêmes]	27*** [15-62]	20 [15-55]	20 [15-53]	#
Délai médian d'examen	23 h	17 h	8 j**	#
Antécédents de violences physiques (%)	54***	18	28	###
Antécédents de violences sexuelles (%)	46**	24	34	###
Violences physiques associées (%)	61**	48	35**	###
Lésions traumatiques (%)	44*	37	20***	###
ITT (nombre de jours)	4 [0-30]	6 [0-30]	6 [0-30]	P=0,06 (NS)
Suivi à 1 mois (%)	43	36	60*	###
IES-R médian (extrêmes)	50 (3-85)	67 (2-87)	54 (6-82)	P=0,36 (NS)
GHQ-28 médian (extrêmes)	17 (1-28)	20 (2-28)	20 (5-27)	P=0,16 (NS)
Modifications de conduites addictives	8/36 (22%)	15/37 (41%)	11/31 (35%)	P=0,23 (NS)

Les dénominateurs inférieurs à 239 dans la colonne de droite correspondent, pour les antécédents de violences, à la prise en compte de données non renseignées par le médecin, et pour les modifications de conduites addictives, aux victimes s'étant présentées à la deuxième consultation, proposée et programmée un mois après la première. Les antécédents de violence concernent la vie entière. Les données sur l'IES-R, le GHQ-28 et les modifications de pratiques addictives ne concernent que les patients revus à un mois. Tests statistiques : \*P<0,05 ; \*\*P<0,01 ; \*\*\*P<0,001 ; # : test de Kruskal-Wallis suivi du test post hoc de Dunn ; ## : test de khi-2 suivi du test de Fisher (groupes 1 vs. 1+3), la valeur de P présentée est celle du test de Fisher ; ### : test de khi-2 suivi du test de Fisher (groupes 1 vs. 2+3 et 3 vs. 1+2), les valeurs de P présentées sont celles des tests de Fisher.

Un mois après le premier examen, 107 des 239 victimes (45%) à qui elle avait été proposée sont venues à la consultation de suivi. Les victimes de violences par une personne connue (groupe 3, 35 sur 60, 58%) tendaient à revenir plus fréquemment que les autres (groupe 1, 36 sur 84 (43%), groupe 2, 36 sur 95 (36%)).

À un mois, les scores médians pour l'IES-R étaient de 50 (groupe 1), 67 (groupe 2) et 54 (groupe 3). Les proportions de victimes dans chaque groupe ayant un score  $\geq 33$  étaient de 76% (19 sur 25), 84% (26 sur 31) et 86% (24 sur 28). Le score médian pour le GHQ-28 était de 17 (groupe 1), 20 (groupe 2) et 20 (groupe 3). Les proportions de victimes ayant, dans chaque groupe, un score  $\geq 4$ , étaient de 88% (22 sur 25), 93% (28 sur 30) et 100% (27 sur 27). Pour les deux tests, les scores  $\geq 33$  (IES-R) ou  $\geq 4$  (GHQ-28) n'étaient pas significativement différents dans les trois groupes.

Un tiers des victimes revues à un mois (33%, 34 sur 104) rapportaient une modification importante de leurs pratiques addictives à la suite des violences. Il s'agissait d'une augmentation notable ou d'un début de consommation (tabac (17 sur 34, 50%), alcool (10 sur 34, 29%), cannabis (6 sur 34, 18%), d'un changement de produit ou d'un arrêt de consommation (alcool (11 sur 34, 32%), cannabis (3 sur 34, 9%), cocaïne (2 sur 34, 6%)), en particulier lorsque les violences étaient survenues dans un contexte de conduite addictive au moment des faits. Il n'y avait pas de différence significative entre les trois groupes.

## Discussion

Si les données présentées dans cette étude ne peuvent être considérées *a priori* comme représentatives de l'ensemble des situations de violences sexuelles, elles peuvent l'être en revanche des personnes qui recourent au dépôt de plainte, les unités médico-judiciaires examinant les victimes sur réquisition, en règle après dépôt de plainte. Selon l'enquête CSF (contexte de la sexualité en France) réalisée en 2006, seuls 4% des femmes et 0,6% des hommes rapportant des agressions sexuelles en parlent à la police (avant d'en parler dans l'enquête elle-même) [2], ce qui signifie que la population, dont les données analysées ici sont représentatives,

constitue une petite minorité des victimes de violences sexuelles. Cette difficulté à parler des violences peut, dans les données elles-mêmes, être d'ailleurs reflétée par la proportion de victimes venues à la consultation de suivi, variable selon les groupes mais globalement faible (45% de l'ensemble des personnes concernées). L'origine de ces différences est incertaine ; elles peuvent dépendre des réactions de l'environnement de la victime après les violences et du lien préalable entre l'auteur et la victime. Parmi les victimes qui ne reviennent pas, certaines pensent probablement aller suffisamment bien pour ne pas avoir besoin de consulter et d'autres, à l'inverse, se sentent trop mal pour revenir évoquer les violences subies.

Les indications du traitement antirétroviral préventif de l'infection au VIH sont précisées par une circulaire interministérielle qui prend en compte le risque infectieux, l'efficacité prévisible et la balance bénéfice/risque [13]. Par conséquent, seule une minorité des victimes se sont vu prescrire un tel traitement, en raison d'un délai de plus de 48 heures entre l'examen médical et les faits, ou des caractéristiques de l'agression ou de l'agresseur, en particulier lorsqu'il s'agit du conjoint.

La part des violences exercées par le conjoint ou le partenaire dans les situations de violences sexuelles rapportées a atteint dans notre unité 31% des cas d'agressions sexuelles chez l'adolescent de 15 ans ou plus ou l'adulte en 2009 (23% en 2008, 17% en 2007), ces violences devenant plus nombreuses ou plus cibiles [2]. L'étude comparative des antécédents de violences montre que plus d'un tiers des victimes avaient déjà subi des violences sexuelles au cours de leur vie, en particulier dans les situations de violences sexuelles dans le couple, et que le conjoint violent était dans plus de trois quarts des cas l'auteur des violences antérieures, physiques ou sexuelles, subies par la victime. Ces données confirment la répétitivité des violences commises par les proches, montrées par les enquêtes récentes sur les violences envers les femmes [1-5].

L'étude des violences physiques associées souligne un élément bien connu des intervenants spécialisés : dans plus de la moitié des violences sexuelles, aucune violence physique autre que l'agression sexuelle elle-même n'est simultanément exercée, ce

qui ne devrait pas remettre en question la réalité de l'agression. Les menaces, avec arme ou seulement verbales, et l'existence de réactions de sidération peuvent en être la cause. Quoi qu'il en soit, près des deux tiers des victimes de violences sexuelles ne présentent aucune lésion traumatique récente au moment de l'examen. Ces résultats sont comparables à ceux observés dans les séries françaises [6;7]. Les lésions traumatiques sont plus fréquemment rapportées (64 et 70%) dans deux études publiées aux États-Unis et en Allemagne [14;15]. L'absence de lésion visible peut être due au caractère tardif de l'examen médical et au fait que l'absence de lésion visible ne signifie pas l'absence de traumatisme physique. Cette absence de violences physiques autres que les violences sexuelles et de lésions traumatiques récentes visibles comporte des enjeux importants, potentiellement lourds de conséquences pour la victime, en termes de culpabilité notamment. Elle constitue en effet une source de doute sur la réalité des violences, chez les enquêteurs (police, gendarmerie) et dans l'entourage même de la victime.

La détermination de l'ITT au sens pénal à la suite d'un viol, infraction criminelle, est controversée et prend en compte de manière hétérogène les dimensions physiques et psychiques des conséquences des violences [10;16]. L'ancienneté des faits rapportés et l'absence de constatation lésionnelle clinique sont des facteurs conduisant le médecin à ne pas être en mesure de déterminer une durée d'ITT. Le délai avant le dépôt de plainte est ici plus long dans les cas de violences exercées par des personnes connues, en dehors du couple. Une explication possible en est l'influence de l'environnement se révélant un obstacle à la divulgation, par rapport aux agressions par un inconnu. Pour les violences exercées dans le couple, on peut émettre l'hypothèse selon laquelle des violences répétées ont lieu avant un dépôt de plainte, parfois pendant une période prolongée sur des mois ou des années, mais lorsque la victime est psychologiquement prête à porter plainte, par exemple lorsqu'elle a décidé une séparation, elle le fait rapidement après l'acte violent.

Les modifications de conduites addictives, observées un mois après le premier examen, concernent en premier lieu l'alcool, le tabac et le cannabis, produits d'usage le plus fréquent. Elles précisent les données antérieures sur l'association entre mésusage d'alcool et violences sexuelles [17], de même que la fréquence augmentée de conduites addictives après un événement traumatique, tel qu'une agression sexuelle [18]. Les deux tests psychométriques montrent une forte proportion de résultats évocateurs de troubles anxieux et dépressifs (GHQ-28) et de stress post-traumatique (IES-R). Ces résultats sont cohérents avec les données publiées : les victimes de violences sexuelles présentent dans leur grande majorité un état de stress post-traumatique [8]. Les situations de violences sexuelles dans le couple ne sont pas, sur ce plan, différentes des autres situations de violences sexuelles. Plus généralement, l'association entre violences sexuelles et la survenue ultérieure de troubles anxieux, d'états dépressifs, de troubles des conduites alimentaires et de troubles du sommeil est bien établie [19].

## Conclusion

Si le rôle du médecin légiste comme auxiliaire de justice, le conduisant à effectuer les constatations et à pratiquer les prélèvements utiles à la manifestation de la vérité notamment en matière d'identification de l'auteur, est bien connu, les résultats présentés ici précisent les domaines d'intervention des unités médico-judiciaires auprès des victimes de violences sexuelles, lors de l'examen initial et du

suivi. Ils alertent sur la place importante probable des violences dans le couple au sein de l'ensemble des violences sexuelles perpétrées, confirmant à cet égard les résultats mis en évidence dans la dernière décennie par les enquêtes statistiques menées en population générale. L'intérêt et la faisabilité d'une intervention addictologique brève chez les victimes de violences sexuelles restent à préciser.

#### Références

[1] Jaspard M, Brown F, Condon S, Fougereyrollas-Schwebel D, Houel A, Lhomond B, et al. Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale. Paris : La Documentation Française, 2003.

[2] Bajos N, Bozon M, Prudhomme A. Les agressions sexuelles en France : résignation, réprobation, révolte. In : Enquête sur la sexualité en France. Bajos N, Bozon M (dir). Paris : La Découverte, 2008:381-407.

[3] Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. Bulletin pour l'année 2009. Criminalité et délinquance enregistrées en 2009. Paris, 2010.

[4] Danet S, Olier L (dir). La santé des femmes en France. Paris : La Documentation Française, 2009.

[5] Observatoire national de la délinquance. Les résultats de l'enquête de victimation 2007 : les victimes de vio-

lences physiques et de violences sexuelles en 2005 et 2006. In : Rapport annuel 2007:29-61.

[6] Grossin C, Sibille I, Lorin de la Grandmaison G, Banasr A, Brion F, Durigon M. Analysis of 418 cases of sexual assault. *Forensic Sci Int.* 2003;131:125-30.

[7] Saint-Martin P, Bouyssi M, Jacquet A, O'Byrne P. Les victimes d'abus sexuels : éléments médico-légaux et suites judiciaires (analyse de 756 cas). *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2007;36:588-94.

[8] Darvez-Bornoz JM, Pierre F, Lépine JP, Degiovanni A, Gaillard P. Screening for psychologically traumatized rape victims. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1998;77:71-5.

[9] Chariot P, Rey C, Werson P. Pitfalls in the diagnosis of child sexual abuse. *J Clin Forensic Med.* 1999;6:35-8.

[10] Tedlaouti M, Boraud C, Benmakroha S, Addouche M, Boughida A, Chariot P. L'incapacité totale de travail chez les victimes de violences en Seine-Saint-Denis, France, 2006. *Bull Épidemiol Hebd.* 2008;1(9):160-4.

[11] Brunet A, St-Hilaire A, Jehel L, King S. Validation of a French version of the impact of event scale-revised. *Can J Psychiatry.* 2003;48(1):56-61.

[12] Bolognini M, Bettschart, Zehnder-Gubler M, Rossier L. The validity of the French Version of the GHQ-28 and PSYDIS in a community sample of 20 year olds in Switzerland. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci.* 1989;238(3):161-8.

[13] Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, ministère du travail des relations sociales et de la solidarité. Circulaire interministérielle N°DGS/R12/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

[14] Riggs N, Houry D, Long G, Markovchick V, Feldhaus KM. Analysis of 1,076 cases of sexual assault. *Ann Emerg Med.* 2000;35(4):358-62.

[15] Jänisch S, Meyer H, Germerott T, Albrecht UV, Schultz Y, Debertin AS. Analysis of clinical forensic examination reports on sexual assault. *Int J Legal Med.* 2010;124(3):227-35.

[16] Chariot P, Tedlaouti M, Debout M. L'incapacité totale de travail et la victime de violences. *Actualité Juridique-Pénal (Daloz).* 2006;7-8:300-3.

[17] Moncrieff J, Farmer R. Sexual abuse and the subsequent development of alcohol problems. *Alcohol Alcoholism.* 1998;33(6):592-601.

[18] Acierno R, Resnick HS, Flood A, Holmes M. An acute post-rape intervention to prevent substance use and abuse. *Addict Behav.* 2003;28(3):1701-15.

[19] Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(7):618-29.

## Étrangers placés en rétention administrative : constats médicaux, approche sanitaire et socio-économique. Bobigny (France), 2008-2009

Cyril Boraud<sup>1</sup>, Catherine Dang<sup>1</sup>, Alain Brouard<sup>1</sup>, Manuela Durigon<sup>1</sup>, Julie Durieux<sup>1</sup>, Patrick Chariot<sup>1,2</sup> (patrick.chariot@jvr.aphp.fr)

1/ Unité médico-judiciaire, Hôpital Jean-Verdier (AP-HP), Bondy, France

2/ Iris (Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux), UMR 8156-997, UFR SMBH, Université Paris 13, Bobigny, France

### Résumé / Abstract

**Introduction** – Les centres de rétention administrative (CRA) reçoivent les étrangers en situation irrégulière en attente d'une décision concernant leur maintien ou leur éloignement du territoire. Cette étude avait pour but d'évaluer la santé des personnes retenues.

**Méthodes** – Recueil systématique prospectif sur une année (24/09/2008-23/09/2009) de données sanitaires auprès des personnes retenues au centre de Bobigny (Seine-Saint-Denis), lors de leur examen médical. Entretien approfondi et questionnaire standardisé chez 100 personnes.

**Résultats** – 1 733 personnes sur 2 072 (83%) ont été examinées (âge médian : 31 ans). Sur les 100 personnes soumises au questionnaire et à l'entretien, seules 37 (37%) percevaient leur état de santé physique et psychique comme bon. Parmi 1 675 personnes, 991 (59%) n'ont mentionné aucun antécédent, 485 patients (29%) avaient des antécédents médicaux et 288 (17%) des antécédents chirurgicaux. La prescription de traitements a concerné surtout des antalgiques (2 550 consultations sur 6 154, 41%), des hypnotiques (1 238, 20%) et des anxiolytiques (858, 14%). Cinq cas d'hypertension artérielle et 4 cas de diabète ont été découverts.

**Conclusion** – La fréquence de symptômes multiples, l'anxiété et les troubles du sommeil peuvent témoigner du caractère anxiogène du placement en rétention et de l'inquiétude liée à une expulsion, ou d'un état préexistant lié à la précarité sociale.

### *Migrants under administrative detention: medical data and socioeconomic perspective. Bobigny (France), 2008-2009*

**Introduction** – Undocumented migrants can be detained under administrative detention in France until the administrative court has stated about a decision of forced return to the boarder. The present study described health characteristics of persons under administrative detention.

**Methods** – Prospective study over one year (24/9/2008 – 23/9/2009) in persons detained in Bobigny (Seine-Saint-Denis, France), at the time of their medical examinations. We also conducted a detailed interview in a sample of 100 persons.

**Results** – 1,733 persons out of 2,072 (83%, median age: 31) were examined. Of 100 interviewed persons, only 37 (37%) considered their health state as good. 991 of 1,675 patients (59%) did not mention any medical history, 485 patients (29%) had medical problems and 288 (17%) had past surgery or ongoing surgical problems. Prescribed medications mainly included analgesics (2,550 of 6,154 examinations, 41%), sleeping pills (1,238, 20%), and tranquilizers (858, 14%). Five cases of arterial hypertension and 4 cases of diabetes mellitus were discovered.

**Conclusion** – The frequent finding of multiple symptoms, anxiety and sleep disorders in examined persons can be related to psychological distress induced by arrest and administrative detention or to a preexisting state, that could be related to social precariousness.

### Mots clés / Keywords

Rétention administrative, immigration, étrangers, migrants, médecine légale / Administrative detention, immigration, foreigners, migrants, forensic medicine

### Introduction

Le séjour irrégulier en France est réprimé par le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda). Ces dernières années, les réformes et directives gouvernementales françaises et euro-

péennes ont intensifié les moyens de lutte contre l'immigration irrégulière, et des ONG et des professionnels de santé ont attiré l'attention sur l'accès et le droit aux soins des étrangers qui semblent de plus en plus restrictifs [1,2].

Les centres de rétention administrative (CRA) reçoivent les étrangers en situation irrégulière en attente d'une décision administrative concernant leur autorisation de maintien ou leur éloignement du territoire. En 2008, 35 000 personnes ont été retenues