

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur M. Tournaire*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—

**Tome XXI
publié le 3.12.1997**



*VINGT ET UNIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 1997*

CONDUITE À TENIR EN CAS D'AGRESSION SEXUELLE

O. CHEVRANT-BRETON*, J. COIFFIC**, F. PAYSANT***,
C. LEINGRE-MARION****, P. POULAIN*****

Rennes

I. INTRODUCTION

La loi de 1992 définit une agression sexuelle comme « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ». 5 à 25 % des femmes sont victimes d'une agression sexuelle au moins une fois dans leur vie. Ces agressions sont vécues comme des expériences effrayantes. La victime d'un viol craint souvent de mourir. Ce traumatisme entraîne des effets à court et à long terme. Le premier examen médical, à faire en urgence, aura des conséquences tant judiciaires que médicales et psy-

* Praticien Hospitalier, Gynécologue-obstétricien, Médecin Légiste,
Centre d'Orthogénie, Service de Gynécologie-Obstétrique A
Hôtel-Dieu - 35033 RENNES CEDEX.

** Assistant-Chef de Clinique, Gynécologue-obstétricien,
Service de Gynécologie-Obstétrique A - Hôtel-Dieu - 35033 RENNES CEDEX.

*** Assistant Hospitalier Universitaire, Institut Médico-Légal (Pr M.-A.
Legueut)

Faculté de Médecine - 35043 RENNES CEDEX.

**** Substitut du Procureur de la République

Cité Judiciaire 7, rue Abélard - 35031 RENNES CEDEX.

***** Praticien Hospitalier, Professeur des Universités, Chef de Service
Gynécologue-obstétricien, Service de Gynécologie-Obstétrique A
Hôtel-Dieu - 35033 RENNES CEDEX.

chologiques. Sa qualité peut considérablement influencer la suite des événements. L'utilisation de dossiers types, confidentiels, avec schémas associés au texte, décrivant les premières constatations, est utile. Il est souhaitable que la victime puisse bénéficier d'un accueil correct dans un environnement adéquat et discret, avec une salle d'examen gynécologique adaptée où tout doit pouvoir être réalisé en un seul temps et, éventuellement, des possibilités d'hébergement. S'il n'y a pas réquisition, le médecin doit examiner la victime et faire les prélèvements avec le même soin que s'il y avait réquisition. En effet, la victime peut désirer porter plainte ultérieurement. Les autorités judiciaires peuvent être averties en cas d'une mineure, ou avec l'accord de la victime si elle est majeure.

II. L'INTERROGATOIRE

Il porte sur le déroulement des faits et les antécédents médicaux. Il est long et peut durer jusqu'à une heure. Il faut être précis sur le déroulement des faits et le mode d'agression tant physique que sexuelle. Il est utile de restituer le contexte, l'heure et le lieu de l'agression. L'heure de l'examen doit être notée. Dans l'esprit de la loi de 1992, il faut au maximum tenter d'établir un « état antérieur » : antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécobstétricaux et psychiatriques, sans oublier les antécédents de viol.

III. L'EXAMEN CORPOREL

Il doit être complet. Les zones d'appui, les zones où les coups font mal (visage en particulier), les zones vitales, les zones de protection (avant-bras, chevilles, faces internes des cuisses), la bouche et les dents doivent être examinées avec une grande attention. Il faut chercher des traces de contusions, d'abrasions, de lacerations, mais aussi de contention (poignets, chevilles) ou d'écartement (genoux, cuisses, bras), présentes chez plus de la moitié des femmes. L'aspect des vêtements est également à noter.

Dans la moitié des cas l'examen somatique ne retrouve aucune lésion traumatique. Ceci ne signifie pas qu'il n'y ait pas eu viol. Simplement aucune opposition ni résistance physique n'ont été tentées par la victime. Cette absence de résistance existe surtout quand la victime est surprise, effrayée ou hors d'état de se défendre (ivre, droguée ou maintenue par

plusieurs agresseurs). Viol et assassinat sont rarement associés. Néanmoins une recherche d'agression sexuelle est la règle devant toute mort suspecte ou homicide non parfaitement élucidé.

IV. L'EXAMEN SEXUEL

A. L'examen périnéal

L'emploi du colposcope est indispensable avec emploi des colorants habituels (acide acétique à 3 % pour visualiser une éventuelle lésion de l'exocol, lugol pour visualiser une érosion de l'épithélium pavimenteux, voire bleu de toluidine qui met en évidence les noyaux cellulaires, inexistant normalement sur l'épithélium vulvaire). Tous les sites sont à explorer systématiquement : face interne des cuisses, mont du pubis, grandes et petites lèvres, clitoris et urètre, hymen, sillon nympho-hyménéal, fourchette, vagin, col, anus (avec anoscopie si une agression s'est produite au niveau anal). L'examen de l'hymen, classique « frontière médico-légale » du viol, est essentiel chez la nullipare. L'hymen peut avoir des formes variables par ses attaches antérieures sous-urétrales, l'aspect du bord libre, où il faut s'attacher à rechercher des déchirures, défauts atteignant la muqueuse vaginale, alors que les incisures — physiologiques — ne l'atteignent pas. Il faut le décrire, au besoin avec un schéma. En cas de défloration récente, les déchirures siègent presque exclusivement à 5 heures et à 7 heures, la victime étant examinée en position gynécologique. Leur cicatrisation dure de cinq à huit jours.

B. Cet examen est complété d'un toucher vaginal à un ou deux doigts

L'examen de l'anus est obligatoire, complet et systématique. Les antécédents anaux doivent être recherchés (prurit, incontinence anale, habitudes sexuelles...). L'inspection simple, puis en dépliant les plis de la marge anale, doit étudier l'état muqueux et cutané et rechercher des marques, une pathologie de la muqueuse, ou toute autre anomalie. Le toucher rectal apprécie le tonus du sphincter. Il faut en outre préciser s'il revient souillé de sang ou par un autre suintement, s'il est douloureux de façon exquise ou diffuse. En cas de suspicion, il faut faire une anoscopie. Les signes recueillis sont décrits en les chiffrant par rapport au cadran horaire. Il faut bien préciser la position d'examen (gynécologique ou genu-pectorale).

V. CONSIDÉRATIONS PSYCHOLOGIQUES

Le décours immédiat de l'agression est un moment privilégié pour le médecin examinateur. Il doit noter le comportement de la victime. Le traumatisme entraîné par le viol peut engendrer des attitudes variées et paradoxales. Un viol ne doit pas être éliminé face à un comportement déroutant. Il a été décrit des comportements agressifs, des attitudes confusionnelles ou indifférentes. Parfois le comportement de la victime est modifié par l'ivresse, l'absorption de drogues ou par un traitement psychiatrique concomitants. Si l'on soupçonne de telles circonstances, il faut réaliser un examen neurologique succinct et faire les examens complémentaires utiles pour le dépistage de ces produits. D'où la règle, devant tout comportement anormal, devant tout traumatisme ou agression mal expliqués, de rechercher une agression sexuelle.

VI. PRÉLÈVEMENTS ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

A. Rassembler les preuves médicales utiles pour l'enquête

La loi de 1992 définit une agression sexuelle comme « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ». Des circonstances aggravantes concernant les conséquences pour la victime et les moyens utilisés par l'agresseur sont également définis dans ce texte.

1. Le viol comporte un acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit

La pénétration est parfois difficile à établir avec certitude, en particulier au niveau de l'anus. Le franchissement de la barrière corporelle peut être difficile à établir; en particulier si la pénétration n'est pas complète. Or le doute profite à l'accusé. Le document médical fourni au magistrat doit être le plus précis possible. La qualification de l'infraction peut en dépendre. La preuve de la pénétration doit être recherchée par tous les moyens : lésion au-delà de la « frontière » médico-légale (au niveau de l'anus, du vagin ou du col utérin, au niveau du palais), rupture de l'hymen ou du sphincter, présence de sperme dans la zone incriminée.

2. Il faut chercher les signes d'une absence de consentement

Le discours de la victime, les détails qu'elle donne de son agression sont essentiels. Orienté par les dires de la patiente, tout en restant systématique, il faut chercher tout élément de violence tel que les griffures, éraflures, hématomes, bosses, œdèmes localisés ou douleur. Il faut tenter d'apprécier si les coups ont été portés pour faire mal. Des schémas précis, et des prises de photos peuvent être d'un grand secours lors du déroulement ultérieur de l'affaire. Mais dans plus de la moitié des cas, ces éléments ne sont pas visibles.

3. L'identification de l'agresseur

L'identification de l'agresseur a été rendue beaucoup plus précise par l'emploi des sondes à ADN (acide désoxyribonucléique). Avoir de bons résultats implique de fournir au laboratoire suffisamment de matériel en bon état. Il faut prélever le plus de produits nucléés possible (cellules avec noyaux comme le sperme, le sang, racines des cheveux, en revanche les tissus sans noyau comme les cheveux ou les poils sans racine sont sans intérêt) ayant pu appartenir à l'agresseur. Cette recherche en vue de l'identification de l'agresseur est particulièrement importante s'il y a eu plusieurs agresseurs, si la victime a eu un rapport librement consenti à un moment proche du viol, si elle ne se souvient pas des circonstances exactes de l'agression ou si le suspect nie l'agression.

B. Les éléments du préjudice

Le préjudice est défini par rapport à un état antérieur. Lors de ce premier examen médical, il faut établir le plus précisément possible l'état antérieur somatique (en particulier absence de grossesse ou de MST) et psychologique de la victime. Pour mieux apprécier l'état antérieur, il peut être utile de conseiller le magistrat sur la saisie de dossiers médicaux ou sur une consultation de spécialistes.

C. Les circonstances aggravantes

1. La vulnérabilité particulière peut être due à une déficience physique ou psychique permanente ou momentanée. Cette vulnérabilité particulière n'est circonstance aggravante que si elle est connue de l'agresseur. Le médecin premier examinateur doit donc tenter de voir si la vulnérabilité particulière est évidente et n'a pu échapper à l'agresseur présumé. Mais il doit également la rechercher par des examens appropriés dans l'haleine, le sang, les

urines, en recherchant la présence d'alcool — qui peut être soupçonnée sur l'odeur de l'haleine —, ou d'un stupéfiant ou encore d'un psychotrope...

2. Les conséquences d'un viol entraînant pour la victime une **mutilation**, une **infirmité permanente**, ou la **mort** peuvent être circonstances aggravantes. Ces conséquences peuvent être dues soit à l'acte, soit à l'absence de consentement, soit à l'association des deux. L'acte sexuel peut avoir de multiples conséquences préjudiciables, parfois à très long terme : défloration, MST, grossesse, délabrements périnéaux. On peut aussi conseiller aux magistrats de faire effectuer des prélèvements sur l'agresseur pour savoir s'il est porteur d'une MST, surtout si une infection par le virus HIV ou par le virus de l'hépatite est suspectée. L'absence de consentement peut être à l'origine de préjudices : blessures, voire mort en se défendant, en prenant la fuite. D'où la règle de rechercher une agression sexuelle devant tout décès suspect non parfaitement documenté. Enfin le viol peut entraîner des troubles psychosomatiques et familiaux considérables.

3. Les moyens utilisés par l'agresseur, en cas d'actes de **torture** ou de **barbarie** constituent des circonstances aggravantes. Il est important pour aider le magistrat dans sa qualification de porter la plus grande attention à cet aspect de l'agression.

4. L'examen de l'agresseur peut être intéressant à faire en urgence après réquisition. On peut découvrir des séquelles de l'agression telles que griffures, morsures, lésions péniennes. Parfois, on peut aussi trouver des indices laissés par la victime : poils pubiens, cellules vaginales ou endométriales, sang. Une MST évolutive type herpès, chancre, écoulement urétral peut également être recherchée. Un contact rapide avec le magistrat chargé de l'instruction peut orienter de telles investigations urgentes.

D. Les prélèvements

1. *Qui doivent être faits découlent des nécessités de l'enquête :*

a. *Spermatozoïdes*, pour confirmation de l'éjaculation et surtout confirmation de l'identité de l'agresseur grâce aux sondes à ADN.

b. *En fonction du contexte*, pour établir le préjudice, il faut rechercher l'absence de grossesse par un dosage de β hCG, d'une MST par la recherche d'une infection à chlamydia, gonocoque, à virus HIV, d'une hépatite B. La vulnérabilité particulière doit être recherchée par la recherche l'alcool dans le

sang ou dans l'haleine, la recherche dans les urines de dérivés du cannabis et, dans le sang, la recherche de barbituriques et de psychotropes.

c. On peut aussi conseiller aux autorités judiciaires de faire effectuer des prélèvements sur l'agresseur pour savoir s'il est porteur d'une MST, surtout si une infection par le virus HIV ou par le virus de l'hépatite est suspectée.

2. Doivent être remis :

a. Aux autorités policières ou judiciaires ayant établi la réquisition si la mission le précise, pour une éventuelle pose de scellés. Ces autorités achemineront ensuite par leurs soins ces prélèvements vers les laboratoires concernés après rédaction d'ordonnances détaillées par le magistrat; en cas de réquisition, la patiente ne peut pas disposer de ses résultats.

b. Aux laboratoires (ou le cas échéant à la patiente) dans les autres cas (demande d'examen spontanée de la victime ou réquisition sans précisions particulières) pour y être analysés selon les circuits habituels. Le double des résultats doit être remis à la victime pour son dossier personnel et confidentiel, en cas de plainte ultérieure.

E. Diagnostics différentiels

- Un traumatisme génital;
- Une maladie vulvaire : lésion vulvaire pemphigoïde, coalescence des petites lèvres, épidermolyse bulleuse, lichen scléro-atrophique;
- Une anomalie congénitale ou acquise (prolapsus génital, kyste hyménéal, kyste ou polype ou caroncule urétral, urétrocèle, uretère ectopique, hydro-hématocolpos, défaut de fusion de la peau sur la ligne médiane de la fourchette pouvant passer pour une cicatrice;
- Une infection génitale ou anale non sexuellement transmissible (eczéma, folliculite...);
- Une méconnaissance de l'anatomie;
- Un épisode de métrorragies induit par une prise médicamenteuse accidentelle ou une tumeur hormono-sécrétante;
- Une affection tumorale : carcinome de l'uretère, sarcome, tumeur ovarienne;
- Une affection générale (troubles hématologiques, toux violente...);
- Une allergie;
- Des pratiques tribales habituelles sans violences sexuelles.

En cas de suspicion de sodomie, on discutera un hémangiome, une constipation, des hémorroïdes, une parasitose (moniliase, oxyure), des lésions de grattage...

Mais lorsqu'un patient se présente avec une telle pathologie, il faut bien évidemment savoir évoquer une agression sexuelle cachée.

VII. LES AUTRES SÉVICES SEXUELS

La loi regroupe dans un même chapitre toutes les agressions sexuelles autres que le viol. L'expression « attentat à la pudeur » est abandonnée.

A. Agressions sexuelles autres que le viol

La loi envisage chez les adultes des agressions sexuelles sans pénétration, commises avec violence, contrainte, menace ou surprise. Les circonstances aggravantes actuelles peuvent être combinées de telle sorte que, selon le cas, la sanction puisse être augmentée en conséquence. Ici encore, le médecin réquisitionné doit apporter le maximum de soin à regrouper tous les éléments pour pouvoir affirmer l'agression et rechercher les circonstances aggravantes.

B. Le harcèlement sexuel

Il se limite aux situations d'abus d'autorité par supérieurs hiérarchiques pour obtenir des faveurs sexuelles. Le rôle de l'expert ne présente pas de particularité. Mais un médecin peut être consulté à titre de conseil.

VIII. TRAITEMENTS À PROPOSER À LA VICTIME

A. Dès ce premier examen le médecin ne doit pas oublier son rôle de thérapeute

1. Il doit avoir une écoute bienveillante et disponible. Il doit avertir la patiente des risques médicaux et psychologiques encourus et lui donner un traitement préventif.

2. Contre les MST bactériennes divers traitements ont été proposés à titre préventif. Agissant à la fois contre le *chlamydia trachomatis* et le gonocoque, on peut prescrire Pyostacine®: 500 mg par jour pendant cinq jours.

Parmi les MST virales, seule l'hépatite B peut être prévenue efficacement par une vaccination anti-hépatite B faite dans les quinze jours après l'agression. En cas de doute chez l'agresseur, certains auteurs ont proposé à titre préventif de donner du Zovirax® à la victime. Pour les autres MST il n'y a pas de prophylaxie totalement et certainement efficace.

3. Pour prévenir une grossesse, plusieurs protocoles plus ou moins efficaces de *pilule du lendemain* existent :

- œstro-progestatifs (méthode de Yuzpe) 100 microgrammes ; soit Stédiril® deux comprimés deux fois à douze heures d'intervalle à prendre dans les 72 heures suivant le rapport ;

- éthynyl-œstradiol 5 mg par jour pendant cinq jours à débiter dans les 72 heures après le viol. Cette dose est très forte et expose à des effets secondaires gênants, type vomissements ;

- progestatifs seuls (lévonorgestrel = Microval®) 0,6 mg soit vingt comprimés de Microval® en une seule prise, douze heures après le viol ;

- danazol : 1000 mg soit cinq comprimés de Danatrol® à 200 mg en une prise, à renouveler douze heures plus tard, dans les 72 heures suivant le rapport ;

- mifépristone : trois comprimés en une seule prise.

La pose d'un stérilet dans les six jours qui suivent le viol est contre-indiquée en raison des risques de MST.

4. S'il y a risque de tétanos et si la victime n'est pas protégée, il faut lui administrer une sérothérapie et un vaccin antitétanique.

5. Une psychothérapie, débutée le plus tôt possible après l'agression, doit être conseillée à la victime pour qu'elle puisse affronter avec le minimum de dommages les suites psychologiques de cette agression. En effet la victime va passer par deux stades. Le syndrome post-traumatique précoce, qui dure deux mois environ, au cours duquel la victime va fortement se remettre en question et qui est une période de reconstruction psychologique, souvent sur un mode assez coûteux. À ceci va s'ajouter la « faillite des proches ». Il faut donc que la victime soit aidée psychologiquement lors de cette évolution.

B. Protocole de surveillance médico-psychologique d'une victime d'un viol

Il est nécessaire de faire suivre médicalement et psychologiquement ces patientes pendant un temps suffisamment long après l'agression.

IX. CAS PARTICULIERS

A. Les récidivistes

Un tiers à un quart des victimes d'abus sexuels ont déjà été violées au moins une fois. Chez ces victimes « à répétition » on constate une sorte de fatalisme face aux violences exercées sur elles. Ces femmes — très vulnérables — appartiennent souvent aux catégories les plus défavorisées et les plus mal intégrées à la société. Elles sont souvent chômeuses de longue durée et vivent de petites combines. On trouve souvent des notions d'alcoolisme, d'isolement.

B. La femme enceinte

On estime que 2 % des femmes violées sont enceintes et que 0,5 à 1 % des femmes enceintes sont violées. Ces agressions ont surtout lieu au début de la grossesse avec un maximum vers la 15^e semaine d'aménorrhée. Ces femmes subissent le même type d'agression que les femmes non enceintes. L'abdomen n'est pas la cible privilégiée de l'agression. Le pourcentage de mise en évidence des spermatozoïdes n'est pas modifié par rapport à un groupe témoin. La grossesse continue à se dérouler normalement après l'agression.

C. Les handicapées mentales

Les abus sexuels sur handicapés mentaux peuvent être difficiles à évaluer. Il n'est plus question d'interdire une vie sexuelle aux handicapés. Mais ils peuvent être la victime de personnes abusant soit de leur crédulité, soit de leur incapacité à se défendre ou profitant de l'autorité qu'ils exercent. Plus le QI est élevé, plus les agressions sexuelles sont fréquentes. Bien souvent les évidences manquent du fait de la difficulté des handicapés à communiquer. L'agresseur peut arguer qu'il ignorait le handicap de la victime ou qu'elle était tout à fait consentante parce qu'à aucun moment elle n'avait montré de résis-

tance. L'agresseur est souvent un proche de la victime (éducateur, membre de la famille, autre handicapé mental). Ces victimes handicapées sont souvent suggestionnables. Elles peuvent être poussées à porter plainte pour violence sexuelle par leur famille car celle-ci est anxieuse ou désapprouve un rapport sexuel qui avait été accepté par le handicapé.

D. Les réfugiées et les victimes de guerre

Les réfugiées et les victimes de guerre ont fréquemment été victimes de viols. Le viol n'est jamais pris en charge en urgence. Les graves conséquences psychologiques, médicales et obstétricales risquent d'évoluer défavorablement sans traitement. Les coupables ne sont en général pas punis. Les barrières culturelles, religieuses et linguistiques augmentent la difficulté de leur prise en charge. Le syndrome des torturés qui associe honte, sentiment de culpabilité, insomnie, problèmes sexuels, incapacité à se concentrer peut se surajouter.

E. Le « viol du rendez-vous » (*date rape*)

Les agressions sexuelles sont souvent le fait d'auteurs connus de la victime. Les auteurs anglo-saxons ont ainsi décrit le « viol du rendez-vous » avec celui qui va devenir son agresseur (un homme presque exclusivement). La victime peut aller jusqu'à un certain degré d'intimité avec son futur agresseur : accepter de le recevoir chez elle tard le soir, ou aller à son domicile et accepter un flirt plus ou moins poussé. Ce peut même être un ancien amant. Puis l'homme réussit à imposer un rapport sexuel par pression morale ou agression verbale, sans violence physique le plus souvent. On retrouve souvent la notion d'alcoolisation, parfois plus importante chez la victime que chez l'agresseur. Les conséquences psychologiques sur la victime de ce type d'agression sexuelle sont aussi graves que celles du viol avec violence de la part d'un inconnu. Ces séquelles sont renforcées par le fait que dans ce type d'agression, c'est souvent la victime qui est blâmée. Bien souvent, l'agresseur n'a pas le sentiment d'avoir violé sa victime, mais simplement d'avoir eu un rapport sexuel.

F. Le viol entre époux

La famille est un lieu privilégié pour l'exercice de la violence. La connaissance des violences sexuelles intraconjugales est restée longtemps occultée, voire niée. Jusqu'à la loi de 1980, on considérait que le viol entre

époux n'existait pas, les liens du mariage entraînant une présomption de consentement des époux à l'accomplissement d'actes sexuels. Ce phénomène est certainement sous-estimé. Des enquêtes ont montré qu'environ 25 à 30 % des femmes étaient l'objet de violences conjugales, 1/3 étaient simplement battues. 1/3 étaient battues et violées. 1/3 n'étaient que violées sous la contrainte morale. Il existe donc une forte connexion entre femme battue et femme violée. Le tableau clinique est difficile à individualiser, car il n'y a aucune lésion spécifique. Les traces de coups sont rares. La patiente est rarement vue au moment de la phase aiguë et elle hésite à parler spontanément des faits. Un faisceau de signes doit donc attirer l'attention du médecin traitant qui est la personne la plus appropriée pour dépister cette pathologie. Ces patientes ont des plaintes variées et multiples, souvent sans rapport avec le viol. Ces victimes peuvent présenter des troubles somatiques (céphalées, insomnies, douleurs diverses), des troubles psychologiques (dévalorisation, dépression, abus d'alcool ou de psychotropes, voire tentatives de suicide) ou des troubles gynécologiques (métrorragies, douleurs pelviennes, leucorrhées anormales, troubles sexuels avec absence de libido, frigidité, dyspareunie). Parfois le mari accompagne sa femme à la consultation, pouvant se montrer trop présent, trop attentif, répondant à la place de sa femme. Si le problème est soupçonné, il est très difficile à confirmer. Mais une fois le problème avoué, tout est plus simple. Le médecin doit savoir cependant rester dans ses attributions. Son rôle est de :

- *faire un examen clinique* le plus soigneux possible ;
- *rassembler les preuves médicales*, en notant les faits et éventuellement en prenant des photos ;
- *encourager la victime* en lui disant qu'elle n'est pas la seule dans son cas, que personne n'a de droit sur elle et sur son corps, qu'être mariée ne donne pas tous les droits à son mari, et en particulier ne lui donne aucune prérogative sexuelle ;
- *lui indiquer les voies de recours* : possibilités juridiques, avocats, aides financières, assistantes sociales, foyers d'hébergement en urgence...

En théorie, le traitement consiste à arrêter la violence, sans nécessairement briser la relation conjugale. Ces femmes en général ne quittent pas leur mari, ni ne portent plainte. De multiples raisons ont été avancées (dépendance économique et sentimentale vis-à-vis du conjoint, peur de l'inconnu et de la solitude, comportement de l'agresseur qui peut avoir un comportement normal et acceptable entre les crises, ou au contraire qui terrorise l'épouse qui ne part pas par crainte de représailles sur elle ou sur ses enfants, contraintes religieuses, familiales ou culturelles, psychisme particulier de la victime l'empêchant d'agir, associant dévalorisation, asthénie, fatalisme). En pratique les violences ne cesseront que lorsque l'épouse aura quitté son mari.

G. L'agression sexuelle sur mineur de 15 ans

1. L'enfant peut être impliqué dans des agressions sexuelles principalement dans trois situations différentes :

- l'agression sexuelle sans violences physiques, forme la plus fréquente (dont nous allons uniquement parler ici) ;
- l'agression sexuelle avec violence pouvant aller jusqu'à l'homicide ;
- l'exploitation sexuelle de l'enfant à des fins lucratives.

Nous avons adopté pour **définition** *d'agression sexuelle toute activité sexuelle imposée à un mineur de 15 ans et pouvant être vécue comme une agression*. L'abus sexuel comprend toutes les formes de contact ou de pénétration, oro-génitales, génitales ou anales, sur/ou par l'enfant. Il comprend aussi des agressions sexuelles sans contact physique : voyeurisme, exhibitionnisme, utilisation d'enfants pour la production pornographique. La **fréquence** de ces abus sexuels est beaucoup plus importante qu'on ne le pensait jadis. Diverses études montrent que 10 à 25 % des femmes ont été victimes au moins d'une agression sexuelle avant l'âge de 14 ans. Les deux sexes peuvent être agressés, bien que les garçons soient moins agressés que les filles (1 garçon pour 3 filles).

2. L'agression sur enfant, sans violence, se distingue par plusieurs particularités :

- importance de la parole de la victime ;
- difficulté de l'examen de la victime et pauvreté des preuves médico-légales ;
- auteur de l'agression et mode d'agression ;
- difficulté de la classification : le même geste peut avoir une signification totalement différente suivant l'âge des protagonistes. Vouloir limiter l'agression sexuelle à des rapports entre adultes et enfants revient à éliminer les agressions perpétrées par des enfants. Or ceux-ci ont une activité sexuelle très variée, et certains soi-disant « jeux sexuels » entre enfants peuvent être vécus comme une véritable agression sexuelle par l'un des partenaires ;

- aux conséquences supposées à long terme pour la victime ;
- à la protection et à la législation existant actuellement.

L'examen clinique doit avoir lieu en dehors du *représentant légal de l'enfant*, les réponses de la victime pouvant en effet être influencées par cette présence. Cependant il arrive qu'en raison des exigences de l'enfant, l'examineur doive accepter, voire demander la présence sécurisante de la mère ou d'une personne par laquelle l'enfant se sent protégé. Cet examen ne doit pas constituer un traumatisme supplémentaire pour l'enfant.

3. À l'interrogatoire, il est important de prendre son temps pour établir un bon dialogue. Pour la plupart des auteurs, il est souhaitable de tout faire si possible en un temps (interrogatoire policier et judiciaire, examen psychologique et examen médical) de façon à minimiser le traumatisme psychologique de l'enfant. L'interrogatoire doit être très approfondi. Dans ce type d'affaire, sans grandes preuves médico-légales, la parole de l'enfant est fondamentale. Il convient de recueillir et de transcrire exactement les termes qu'il emploie. Cet interrogatoire est long (1/2 à 3/4 d'heure dans notre expérience). Le médecin est le professionnel le plus compétent de cette « chaîne » pour obtenir des précisions techniques (aspect et taille des organes génitaux, éjaculation, sens exact de certains termes employés par l'enfant...). Il ne faut laisser aucun point dans l'ombre. Il peut aussi être utile d'établir un arbre généalogique simplifié de la famille concernée. Ce document présente l'intérêt de mettre en évidence certains dysfonctionnements familiaux (divorces, troubles mentaux, chômage, alcoolisme, enfants battus...), retrouvés dans plus de la moitié des cas. Leur connaissance permet également de repérer d'autres enfants qui auraient pu être victimes du même agresseur. Faire dessiner les personnages concernés par l'enfant peut être utile. On estime que l'enfant abusé sexuellement représente des organes génitaux dans ses dessins dans 10 % des cas environ, sept fois plus souvent que les enfants non abusés.

L'interrogatoire peut être modifié par certains éléments comme : 1/ **l'utilisation de termes techniques** inconnus de l'enfant (l'emploi de poupées ou d'images peut rendre de grands services); 2/ le **syndrome d'adaptation**, constitué de cinq composantes associées à des degrés divers : a) la **notion du secret**, source de peur et de sécurité; b) le **sentiment d'isolement** et le **sentiment de désorientation**; c) **l'impression d'être piégé et l'accommodation à cette situation**; d) la **révélation tardive et peu convaincante**; e) la **rétraction**; 3/ les **occultations mnésiques** et les **troubles psychiques** que peuvent déjà présenter ces enfants.

Les faits peuvent ne pas être exactement révélés parce que :

- la mémoire est aléatoire;
- il y a confusion ou mésinterprétation d'un événement;
- l'enfant est suggestible;
- il existe chez l'enfant un trouble ou un retard mental;
- intentionnellement ou par pression, l'enfant a choisi de dissimuler certains faits, ou de les déformer (l'identité de l'agresseur, par exemple, dans les crimes incestueux).

Quoi qu'il en soit, il est très rare que l'enfant mente dans de telles affaires.

4. L'examen corporel doit être exhaustif et rechercher toute anomalie. Les antécédents doivent être détaillés, si possible en se faisant présenter le

carnet de santé. Il faut rechercher des signes évocateurs d'enfant battu ou négligé.

Insistons sur l'examen du **revêtement cutané** et de l'**état bucco-dentaire**. Toute anomalie doit être relevée et documentée. Il faut obtenir l'exacte histoire de ces lésions. Le comportement de l'enfant est à révéler : passif, craintif, hostile, ou au contraire trop docile...

5. L'examen sexuel est fondamental et indispensable pour six raisons principales, médico-psychologiques et juridiques : a) mettre en évidence des signes de traumatismes ou d'infection nécessitant un traitement ; b) rassurer l'enfant qui parfois craint que des dégâts importants aient été commis et lui montrer qu'il est pris au sérieux ; c) donner un avis médical sur les déclarations de l'enfant ; d) déterminer la nature de l'abus, (mais l'absence d'évidence médico-légale ne signifie pas qu'il n'y ait pas eu agression) ; e) rassembler des preuves médico-légales pour les confronter avec les dires des diverses parties et permettre aux magistrats d'avoir le dossier le plus complet possible ; f) répondre à l'avocat de l'agresseur qui, dans sa défense, ne manquera pas de demander si l'enfant a été examiné pour vérifier les faits allégués. Cet examen est souvent décevant, ce type d'agression s'accompagnant rarement de vraies violences physiques. Il est indispensable de faire cet examen avec un colposcope, cet examen permettant de voir des lésions pouvant passer inaperçues à l'œil nu ou de préciser des lésions suspectées. Mais l'examineur doit avoir une bonne connaissance de l'anatomie des petites filles car des examens colposcopiques réalisés chez des fillettes supposées ne jamais avoir été abusées sexuellement ont montré que l'hymen juste avant la puberté est physiologiquement sujet à beaucoup de variations et d'irrégularités mineures. Dans la description de l'**hymen** (toujours présent), il faut préciser la forme de l'orifice hyménéal, ses diamètres, l'aspect des bords libres, avec la présence de caroncules et d'incisures ou de toutes autres particularités, l'aspect péri-hyménéal, la vascularisation hyménéale (qui ne peut être vue qu'au colposcope, au mieux avec la lumière verte).

Sont actuellement considérées comme très **suspectes de traumatisme** avant le début de la puberté la transsection (déchirure nympho-hyménéale à contour aigu et atteignant la muqueuse vaginale) et les incisures entre 4 h et 8 h.

Dans le cadre de la discussion d'un hymen traumatisé, quatre étiologies principales doivent être évoquées : 1/ une agression sexuelle ; 2/ une affection génitale, 3/ une auto-blessure (introduction de corps étrangers par l'intéressée) ; 4/ une blessure accidentelle : (chute à califourchon, traumatisme périnéal).

La **fourchette postérieure** doit aussi être décrite.

L'**anus** doit également être examiné avec soin, surtout chez le garçon. On peut faire un toucher rectal, voire une anoscopie si l'on soupçonne une

sodomie. Il faut se méfier des lésions pouvant être dues à une constipation chronique. Sont très évocateurs d'une agression anale : fissures profondes, érosion ou œdème périanal, une importante hypotonie, une incontinence anale pour les gaz ou les liquides.

La **verge** et les **testicules** du garçon doivent être examinés et mesurés avec le même soin.

Les **explorations endocavitaires** se révèlent souvent difficiles à réaliser chez le jeune enfant en raison de la douleur et de la crainte de l'enfant. Ces explorations ne sont à faire qu'en cas d'extrême nécessité.

Les **sous-vêtements** doivent être examinés à la recherche de souillures fécales, voire de sperme.

6. Les maladies sexuellement transmissibles (MST) doivent classiquement être recherchées. Mais la fréquence d'une MST chez les enfants abusés sexuellement est très faible.

7. Dans la majorité des cas, l'agresseur est connu de la victime. Ses liens avec l'enfant peuvent recouvrir tous les cas de figure. Dans plus d'un cas sur deux, il est membre de la famille « nucléaire » (vivant sous le même toit). Il peut appartenir à la famille au sens large (cousin, grand-père, oncle...) ou avoir une autorité sur l'enfant de façon constante ou temporaire (voisin, baby-sitter, éducateur sportif, voire enseignant). Son âge est très variable, allant de 7 ans à 65 ans. Cet agresseur est rarement un malade mental, ou un alcoolique. On a pu le décrire comme « Monsieur Tout-le-Monde ». Lui-même a souvent subi des agressions sexuelles lors de son enfance. Très souvent, cet agresseur récidive sur les enfants de son entourage. Et lorsque ces abus sont découverts, il est conseillé de faire examiner tous les enfants ayant pu être en contact assez proche avec l'agresseur. L'**inceste** venant du père, voire du beau-père, représente un cas de figure très particulier. Dans ce type de famille s'établit une relation triangulaire complexe agresseur-agressé(e)-mère. Cette dernière joue un rôle primordial par sa perception des faits, son incapacité ou son refus de protéger son enfant des agissements de l'agresseur, son désir de faire passer la cohésion du groupe avant l'intérêt de son enfant. Toute la famille devient concernée. Ceci renforce sa cohésion. Lorsque l'inceste est découvert, il est rare qu'il y ait divorce. Plus souvent, il y a pression sur la victime pour qu'elle se rétracte. En outre, ces familles sont souvent considérées comme tout à fait honorables, ce qui rend encore plus difficile la suspicion puis l'enquête. Cette mère a souvent été elle-même agressée sexuellement antérieurement selon un schéma similaire.

Ce type d'agression se caractérise par sa répétition uniforme, l'agresseur n'utilisant qu'un seul mode d'agression sexuelle, comme un comportement

très pulsionnel et répétitif. La révélation se fait de deux façons principales : soit des proches de l'enfant soupçonnent un abus sexuel sur des signes d'appel, soit l'enfant révèle lui-même l'agression dont il est victime.

8. Parfois l'enfant peut être victime d'abus sexuel en institution ou en famille d'accueil. L'enfant ainsi placé est particulièrement vulnérable. Il se sent peu protégé et très isolé, sans possibilité de faire appel à un tiers. L'abuseur appartient soit à la famille ou au personnel soignant et administratif (au sens large), soit est un autre pensionnaire.

9. Les procédures de signalement d'agression sexuelle sur enfant sont nombreuses et adaptées aux différents cas. La France dispose d'un double système de protection de la jeunesse : un dispositif administratif et un dispositif judiciaire. Les relations entre ces deux dispositifs ont été développées dans la loi n°89-487 du 10 juillet 1989, relative à la prévention de mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance. Au préalable, nous rappelons que *s'agissant de mineurs maltraités ou abusés sexuellement, les secrets professionnels peuvent être levés*. Le dispositif administratif doit surtout être utilisé pour évaluer une situation et prendre des mesures avec l'accord des parents. On peut avertir les services des affaires sanitaires et sociales du département : soit le service de protection maternelle et infantile (PMI), soit le service d'aide sociale à l'enfance (ASE). En pratique, le médecin peut s'adresser au médecin responsable du service de PMI ou au directeur administratif de ces services (PMI et ASE). On peut également faire hospitaliser l'enfant et demander au médecin hospitalier de faire les démarches nécessaires pour signaler le cas.

Le dispositif judiciaire et policier (Commissariat de police, Gendarmerie, Procureur de la République, ou Juge des enfants) doit être utilisé principalement lorsqu'il y a urgence ou nécessité de mesures autoritaires. Ce peut être le cas lorsqu'il y a un grave danger encouru par l'enfant ou si les parents refusent de coopérer à une mesure administrative.

10. La prévention serait l'attitude idéale. Devant l'ampleur que semble revêtir ce phénomène, il serait intéressant d'y penser pour agir avant que l'agression n'ait lieu. En particulier chaque fois qu'il y a un risque de relations détériorées entre adulte et enfant, chaque fois que l'autorité n'est pas assurée par un ascendant naturel, quand la famille où vit l'enfant a connu un cas similaire. Il peut être également efficace d'apprendre à l'enfant à dire « non », le persuader que son corps est à lui et que personne n'a le droit de lui faire ce dont il n'a pas envie.

H. Les fausses agressions

Dans 5 à 10 % des plaintes, il n'y a pas eu de véritable agression sexuelle. De nombreuses explications sont proposées pour expliquer ces allégations fantaisistes : la vengeance, des troubles psychiatriques, l'emploi de certains neuroleptiques ou après anesthésie, de fausses excuses (pour expliquer une grossesse, une fugue, un adultère). Dans ce cadre se pose le problème des rapports sexuels sous l'emprise de la drogue ou de l'alcool, la victime n'étant pas consentante, mais hors d'état de refuser le rapport qu'elle vit comme un viol.

X. LA RÉDACTION DU CERTIFICAT

À l'issue de cet examen, toutes les constatations faites seront consignées sur un certificat médical, éventuellement complété par un ou plusieurs schémas explicatifs. Dans sa rédaction, il est important de ne pas utiliser certains termes trop qualifiants (*viol* par exemple) et de ne pas interpréter les dires de la victime. Il faut employer le terme « violences sur les régions sexuelles » et *utiliser le conditionnel*.

XI. L'INDEMNISATION

Le viol est un traumatisme qui justifie une réparation des séquelles dommageables pour la santé et l'équilibre psychique de la victime. De ce fait on assiste à un développement des actions civiles pour réparation. Les services sociaux et médicaux peuvent demander au greffe de la Juridiction de Grande Instance la plus proche les coordonnées de la Commission d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI) ou des associations d'aide aux victimes. La CIVI permet aux victimes d'infractions pénales de droit commun les plus graves d'être indemnisées par l'État au nom de la solidarité. Cette opportunité est particulièrement intéressante si l'auteur des faits est inconnu ou insolvable.

XII. SUIVI ULTÉRIEUR DE LA VICTIME D'AGRESSION SEXUELLE

A. La prise en charge financière des examens complémentaires

S'il y a dépôt de plainte et si la demande d'examens complémentaires est mentionnée sur la réquisition, la prise en charge est assurée par la justice. En l'absence de réquisition, il faut en discuter avec la victime. La plupart des victimes sont assurées sociales avec souvent une assurance mutuelle complémentaire. Dans ce cas, la prise en charge des frais médicaux est assurée de façon habituelle. Plusieurs problèmes peuvent cependant se poser : les non-assurés sociaux, ou lorsque la victime désire que le secret médical soit conservé vis-à-vis de son conjoint ou de sa famille dans le cas des victimes mineures, ce qui ne permet pas la prise en charge par la caisse d'affiliation.

B. Surveillance médicale

Il faut s'assurer que la patiente n'est pas devenue enceinte ou n'a pas contracté une MST après le viol présumé. Il faut lui conseiller de revenir consulter en urgence si la moindre symptomatologie l'inquiète et en tout cas *quatre semaines* environ après l'agression pour éliminer essentiellement une grossesse ou une MST. Une autre consultation sera conseillée *six mois* après l'agression pour rechercher une condylomatose ou une séropositivité au virus HIV.

C. La surveillance de l'évolution psychologique de la victime est importante. Il ne faudra pas hésiter à avoir recours au psychiatre si l'état psychologique de la victime se détériore. Après l'agression, la victime va passer par 2 stades : 1/ Le stade post-traumatique précoce qui dure de 6 à 8 semaines. La patiente se remet en question. Il est très utile de pouvoir l'aider par une psychothérapie dès ce stade ; 2/ Elle évoluera vers le stade post-traumatique tardif qui dure environ 2 ans, au cours desquels la victime réorganise sa vie souvent sur un mode coûteux (déménagement, changement de travail, divorce ou séparation...). Fréquemment, c'est seule qu'elle doit affronter ces périodes post-traumatiques, car on assiste souvent à une « faillite » des proches. Et le médecin doit rester vigilant pour aider sa patiente si le besoin s'en faisait sentir.

XIII. CONCLUSION

Le médecin qui examine une victime d'agression sexuelle doit poursuivre plusieurs buts :

A. Un rôle d'Auxiliaire de Justice : c'est le magistrat (ou ses délégués, police ou gendarmerie) qui va commanditer le service demandé.

1. Ce magistrat organise son travail selon 3 axes :

- **l'axe légal** : la qualification (en délit ou crime, qui ne concerne pas le médecin ; mais le médecin, ici auxiliaire de justice, va avoir à tout mettre en œuvre pour faciliter la tâche du magistrat) ;

- **l'intentionnalité** : le médecin doit rechercher toutes les preuves médicales pouvant montrer que l'auteur du viol avait l'intention de violer sa victime ;

- **la matérialité** : le médecin doit essayer de prouver le viol pour l'enquête immédiate : tenter d'établir la pénétration, en particulier par l'examen au colposcope et rechercher tout élément permettant l'identification de l'agresseur.

2. Pour les suites, le médecin doit tenter d'apprécier le préjudice de la victime.

3. La rédaction du certificat médical répondant aux impératifs de la police et de la justice est un temps essentiel.

B. Mais le médecin reste un thérapeute. Il doit dispenser les soins préventifs, curatifs et psychologiques nécessités par l'état de la victime.

C. Il doit également penser qu'il y aura peut-être un procès où il pourra être amené à déposer.

Résumé

Le rôle du médecin dans l'agression sexuelle est fondamental. Il reçoit la victime peu de temps après l'agression. Ses constatations sont essentielles pour le déroulement judiciaire futur. Elles permettront parfois la démonstration inéluctable du crime par l'auteur présumé. Le premier praticien consultant a également un rôle de conseil auprès de la victime comme des magistrats. Ainsi le médecin qui examine une victime d'agression sexuelle doit se considérer à la fois comme médecin et comme Auxiliaire de Justice. La victime ayant vécu une expérience très traumatisante, il doit l'écouter et noter ses dires. L'examen clinique doit être complet, à la recherche de tout signe, même minime, évocateur d'une agression. L'examen sexuel doit rechercher des signes d'agression et de pénétration sexuelles. L'emploi du colposcope est indispensable. Les prélèvements doivent avoir pour buts de confirmer l'agression, la pénétration et de permettre l'identification de l'agresseur. Cet examen se conclut par la rédaction d'un certificat détaillé à remettre selon les cas à la victime ou aux autorités judiciaires. Le médecin doit aussi avertir la patiente des conséquences physiques et psychiques possibles de cette agression et, le cas échéant, initier un traitement adéquat. Enfin il ne faut pas oublier qu'il existe de nombreux cas particuliers dont il importe de connaître les spécificités pour traiter au mieux ce type de traumatisme.

Annexes

Examen en urgence de la femme agressée sexuellement

- > Il faut tenter :
 - d'établir la réalité de l'agression sexuelle en cherchant les traces du rapport sexuel et de l'absence de consentement. L'examen doit être exhaustif, corporel et gynécologique, à réaliser en s'aidant d'un colposcope;
 - de trouver des éléments permettant l'identification de l'agresseur;
 - d'évaluer l'« état antérieur » (grossesse, MST, troubles psychologiques...) pour que soient évaluées au mieux les conséquences de l'agression.

- > À l'issue de cet examen, il faut :
 - établir un certificat;
 - prescrire à la victime un traitement préventif;
 - conseiller un suivi médical et psychologique.

- > Le « viol du rendez-vous » est particulièrement difficile à mettre en évidence.

L'agresseur sexuel sur enfant :

- > est un proche de l'enfant;
- > exerce un peu de violences physiques mais une forte pression morale;
- > réitère fréquemment son agression.

L'examen médico-légal se caractérise par :

- > l'importance à accorder à la parole de l'enfant;
 - > l'évolution du psychisme de l'enfant, ce qui peut modifier ses déclarations;
 - > un examen qui doit être exhaustif, avec emploi d'un colposcope pour l'examen périnéal.
- Bien qu'indispensable, cet examen peut être décevant car montrant peu de lésions.

Pour dénoncer les faits, il existe en France :

- > un dispositif administratif;
- > un dispositif policier et judiciaire.

EXAMEN MÉDICAL DE LA VICTIME

Antécédents

État général

Examen corporel

Examen sexuel

Caractères sexuels secondaires, contraception

Examen périnéal

Macroscopiquement puis au colposcope

En plus de l'examen

Virginité avant l'agression

Emploi de tampons intravaginaux ou de serviettes périodiques

Date et heure du dernier rapport sexuel librement consenti

Date des dernières règles

Traitements en cours

Comportement au cours de l'examen

PRÉLÈVEMENTS.

Pour recherche de spermatozoïdes, identification génétique, recherche de maladie sexuellement transmissible, d'une grossesse, d'une intoxication

LES AGRESSEURS DÉSIGNÉS PAR LA VICTIME

TRAITEMENTS

Prévention de grossesse

Prévention de MST

CONCLUSION

Le nouveau Code pénal et les agressions sexuelles

Section 3

Des agressions sexuelles

Art. 222-22. – Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise.

Paragraphe 1 Du viol

Art. 222-23. – Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, sur la personne d'autrui avec violence, contrainte, menace ou surprise est un viol.

Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle.

Art. 222-24. – Le viol est puni de vingt ans de réclusion criminelle :

1° Lorsqu'il a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ;

2° Lorsqu'il est commis sur un mineur de quinze ans ;

3° Lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à un état de grossesse, est apparente ou connue de l'auteur ;

4° Lorsqu'il est commis par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime ;

5° Lorsqu'il est commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;

6° Lorsqu'il est commis par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;

7° Lorsqu'il est commis avec usage ou menace d'une arme.

Art. 222-25. – Le viol est puni de trente ans de réclusion criminelle lorsqu'il a entraîné la mort de la victime.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article.

Art. 222-26. – Le viol est puni de la

réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article.

Paragraphe 2 Des autres agressions sexuelles

Art. 222-27.- Les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende.

Art. 222-28. – L'infraction définie à l'article 222-27 est punie de sept ans d'emprisonnement et de 700 000 F d'amende :

1° Lorsqu'elle a entraîné une blessure ou une lésion ;

2° Lorsqu'elle est commise par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime ;

3° Lorsqu'elle est commise par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;

4° Lorsqu'elle est commise par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;

5° Lorsqu'elle est commise avec usage ou menace d'une arme.

Art. 222-29. – Les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de sept ans d'emprisonnement et de 700 000 F d'amende lorsqu'elles sont imposées :

1° À un mineur de quinze ans ;

2° À une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de l'auteur.

Art. 222-30. – L'infraction définie à l'article 222-29 est punie de dix ans d'emprisonnement et de 1 000 000 F d'amende :

1° Lorsqu'elle a entraîné une blessure ou une lésion ;

2° Lorsqu'elle est commise par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime ;

3° Lorsqu'elle est commise par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;

4° Lorsqu'elle est commise par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;

5° Lorsqu'elle est commise avec usage ou menace d'une arme.

Art. 222-31. – La tentative des délits prévus par les articles 222-27 à 222-30 est punie des mêmes peines.

Art. 222-32. – L'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public est punie d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende.

Paragraphe 3

Du harcèlement sexuel

Art. 222-33. – Le fait de harceler autrui en usant d'ordres, de menaces ou de contraintes, dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle, par une personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions, est puni d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende.

Section 5

De la mise en péril des mineurs

[...]

Art. 227-25. – Le fait, par un majeur, d'exercer sans violence, contrainte, menace

ni surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de quinze ans est puni de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende.

Art. 227-26. – L'infraction définie à l'article 227-25 est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende :

1° Lorsqu'elle est commise par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute personne ayant autorité sur la victime ;

2° Lorsqu'elle est commise par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;

3° Lorsqu'elle est commise par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice.

Art. 227-27. – Les atteintes sexuelles sans violence, contrainte, menace ni surprise sur un mineur âgé de plus de quinze ans et non émancipé par le mariage sont punies de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende :

1° Lorsqu'elles sont commises par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime ;

2° Lorsqu'elles sont commises par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions.

Art. 227-28. – Lorsque les délits prévus aux articles 227-18 à 227-21 et 227-23 sont commis par la voie de la presse écrite ou audiovisuelle, les dispositions particulières des lois qui régissent ces matières sont applicables en ce qui concerne la détermination des personnes responsables.

Bibliographie

Une bibliographie complète sera trouvée dans l'ouvrage :
Soutoul JH, Chevrant-Breton O. L'agression sexuelle de l'adulte et de l'enfant. Éd. Ellipses (Paris) 1994.