

UNIVERSITE DES ANTILLES FACULTE DE MEDECINE

ET DE LA GUYANE

2022

HYACINTHE BASTARAUD

N°

Description épidémiologique et évaluation de la prise en charge des victimes de violences sexuelles au Centre Hospitalier de Cayenne

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de ladite Faculté

Le 18/01/2022

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

MENSEAU Victoire

Née le 28/03/1994

à Saint-Jean-de-Braye (45)

Examineurs de la thèse :

Pr NACHER Mathieu	Professeur (Président)
Dr FRANCHI Angélique	Assesseur
Dr OUAR Sihem	Assesseur
Dr CHARBONNIER Jeanne	Assesseur
Dr FREMERY Alexis	Directeur

UNIVERSITE DES ANTILLES



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Président de l'Université : Eustase JANKY

Doyen de la Faculté de Médecine : Suzy DUFLO

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Christophe DELIGNY

NEVIERE Rémi

remi.neviere@chu-martinique.fr

Physiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 19 44 99

BLANCHET Pascal

pascal.blanchet@chu-guadeloupe.fr

Chirurgie Urologique

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel: 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

UZEL André-Pierre

maxuzel@hotmail.com ou andre-pierre.uzel@chu-guadeloupe.fr

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

COUPPIE Pierre

couppie.pierre@ch-cayenne.fr

Dermatologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

De TOFFOL Bertrand

bertrand.detoffol@univ-tours.fr

Neurologie

CH de CAYENNE

Tel :

DUFLO Suzy

sduflo@chu-guadeloupe.fr

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

JANKY Eustaseeustase.janky@chu-guadeloupe.fr**Gynécologie-Obstétrique**

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

DE BANDT Michel

micheldebandt@ch-fortdefrance.fr

Rhumatologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

ROQUES Françoischirurgie.cardiaque@chu-martinique.fr**Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

ROUDIE Jeanjean.roudie@chu-martinique.fr**Chirurgie Digestive**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 21 01

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

CABIE Andréandre.cabie@chu-martinique.fr

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 01

CABRE Philippepcabre@chu-martinique.fr**Neurologie**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 61

CESAIRE Raymondraymond.cesaire@chu-martinique.fr**Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 24 11

BREUREC Sébastien

sebastien.breurec@chu-guadeloupe.fr

Bactériologie & Vénérologie

Hygiène hospitalière

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 12 80

ADENIS Antoine

antoine.adenis@gmail.com

**Epidémiologie, Economie de la Santé et
Prévention**

CH de CAYENNE

Tel :

LANNUZEL Annie

annie.lannuzel@chu-guadeloupe.fr

Neurologie

CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES

Tel: 05 90 89 14 13

NACHER Mathieu

mathieu.nacher@ch-cayenne.fr

Epidémiologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 93 50 24

DEMAR-PIERRE Magalie

magalie.demar@ch-cayenne.fr

Parasitologie et Infectiologie

CH de CAYENNE

Tel: 05 94 39 53 09

HELENE-PELAGE Jeannie

jeannie.pelage@wanadoo.fr

Médecine Générale

Cabinet libéral au Gosier

Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

DJOSSOU Félix

felix.djossou@ch-cayenne.fr

Maladies Infectieuses Et tropicales

CH de CAYENNE

Tél : 0694 20 84 20

DELIGNY Christophe

christophe.deligny@chu-martinique.fr

Gériatrie et biologie du vieillissement

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 55

ELENGA Narcisse

elengafr@ch-cayenne.fr

Pédiatrie

CH de CAYENNE

Tel : 06 94 97 80 48

FARID Karim

kwfarid@chu-fortdefrance.fr

Médecine Nucléaire

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 24 61

DRAME Moustapha

moustapha.drame@chu-martinique.fr

**Epidémiologie Economie de la Santé
et Prévention**

CHU de MARTINIQUE

TABUE TEGUO Maturin

tabue.maturin@gmail.com

**Médecine interne : Gériatrie et biologie du
vieillessement**

CHU de GUADELOUPE

Tel : 0690 30 85 04

CORDEL-WATTIER Nadège

nadege.cordel@chu-guadeloupe.fr

Dermato -Vénérologie

CHU de GUADELOUPE

Tel :

ROGER Pierre-Marie

roger.pm@chu-nice.fr

Maladies Infectieuses, Maladies Tropicales

CHU de GUADELOUPE

Tel :

MERLE Harold

harold.merle@chu-martinique.fr

Ophtalmologie

CHU de MARTINIQUE

Tel :

KALLEL Hatem

hatem.kallel@ch-cayenne.fr

Médecine Intensive-Réanimation

CHU de CAYENNE

Tel :

PUGET Stéphanie

stephanie.puget@aphp.fr

Neurochirurgie

CHU de MARTINIQUE

Tel :

DELOUMEAUX-TYNDAL Jacqueline**Epidémiologie, économie de la santé et prévention**jacqueline.deloumeaux@chu-guadeloupe.fr

CHU de GUADELOUPE

Tel :

BACCINI Véronique**Hématologie, Transfusion**verobaccini@club-internet.fr

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 12 77

EPELBOIN Loïc**Maladies Infectieuses**loic.epelboin@ch-cayenne.fr

CH de CAYENNE

Tel :

INAMO Jocelyn**Cardiologie**jocelyn.inamo@chu-martinique.fr

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

PARANT Olivier**Gynécologie - Obstétrique**olivier.parant@chu-guadeloupe.fr

CHU de GUADELOUPE

Tel :

RESIERE Dabor**Thérapeutique-Médecine de la Douleur**dabor.resiere@chu-martinique.fr

CHU de MARTINIQUE

Tel :

ZAPPA Magaly**Radiologie et Imagerie Médicale**lmagaly.zappa@ch-cayenne.fr

CH de CAYENNE

Tel :

Professeurs des Universités Associé – Médecine**Générale****GANE-TROPLENT Franciane****Médecine générale**franciane.troplent@orange.fr

Cabinet libéral les Abymes

Tel : 05 90 20 39 37

Professeurs des Universités Associé**GUEYE Papa Ngalgou**papa.GUEYE@chu-martinique.fr**Médecine D'urgence**

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96

MEHDAOUI Hosseinmehdi.mejdoubi@chu-martinique.fr**Médecine Intensive-Réanimation**

CHU de MARTINIQUE

Tel :

PLAWECKI Stéphanesplawecki@icloud.com**Chirurgie Orthopédique**

CHU de MARTINIQUE

Tel :

PUJO Jean-Marcjean.pujo@ch-cayenne.fr**Médecine d'Urgence**

CH de CAYENNE

Tel :

**Maîtres de Conférences des Universités -
Praticiens Hospitaliers****VELAYOUDOM épse CEPHISE Fritz-Line**fritz-line.valayoudom@chu-guadeloupe.fr**Endocrinologie**

CHU de GUADELOUPE

Tel : 05 90 89 13 03

LALANNE-MISTRIH Marie-Lauremarie-laure.mistrih@chu-guadeloupe.fr**Nutrition**

CHU de GUADELOUPE

Tel : 05 90 89 13 00

GELU-SIMEON Moanachirurgie.cardiaque@chu-martinique.fr**Gastroentérologie**

CHU de GUADELOUPE

Tel : 06 90 83 78 40 - Fax : 05 90 75 84 38

JOACHIM-CONTARET Clarisseclarisse.joachim@chu-martinique.fr**Epidémiologie, Economie de la Santé et prévention**

CHU de MARTINIQUE

Tel :

BRUREAU Laurent

laurent.brureau@chu-guadeloupe.fr

Chirurgie Urologique

CHU de GUADELOUPE

Tel :

BERAL Cindy

cindy.beral@chu-guadeloupe.fr

Ophtalmologie

CHU de GUADELOUPE

Tel :

SEVERYNS Mathieu

Mathieu.severyns@chu-martinique.fr

Chirurgie Orthopédique-Traumatologie

CHU de MARTINIQUE

Tel :

Maîtres de Conférences Associé

ROLLE Amélie

amelie.rolle@chu-guadeloupe.fr

Anesthésiologie-réanimation

CHU de GUADELOUPE

Tel :

Maîtres de Conférences des Universités –

Médecine Générale

CARRERE Philippe

philippe.carrere@gmail.com

Médecin généraliste

60 route du camp Jacob

Tel : 0690 99 99 11

Maîtres de Conférences Associé – Médecine

Générale

KANGAMBEGA-CHATEAU-DEGAT Walé

drwcdk@gmail.com

Médecin généraliste

Maison de santé Pluriprof du Lamentin

Tel :

MASSE Franck

mSPducOS@gmail.com

Médecine Générale

Tél : 0596 56 13 23

**Chefs de Clinique des Universités - Assistants des
Hôpitaux**

PELAGES Malaïka

ileaucaramel@hotmail.com

Endocrinologie

CHU DE GUADELOUPE

Tel : 06 38 10 48 67

CORSERI Olivier

Olivier_corseri@hotmail.com

Pédiatrie

CH de CAYENNE

Tel : 06 61 69 49 22

GOUBAND Agathe

agathe.gouband@gmail.com

Hématologie

CHU de GUADELOUPE

Tel : 06 66 44 15 17

OBERT-MARBY Camille

Obert.camille@orange.fr

Médecine Générale

CH de l'OUEST GUYANAIS

Tel: 06 67 31 24 66

FREMERY Alexis

Alexis.fremery@gmail.com

Accueil et Traitement des Urgences

CH de CAYENNE

Tel : 06 58 11 99 93

KARAM Jean-Pierre

Jpkay11@hotmail.com

Neurologie

CHU de GUADELOUPE

Tel : 06 58 11 99 93

GUCKERT Marion

guckert.marion@gmail.com

Gynécologie Obstétrique

CHU de GUADELOUPE

Tel : 06 66 22 27 69

ABOUT Frédégonde

fredegonte.about@gmail.com

Maladies Infectieuses

CHU de MARTINIQUE

Tel : 07 67 14 40 66

LOUIS-SIDNEY Fabienne

fabiennels@hotmail.com

CEVA Antoine

antoine.ceva@hotmail.fr

NEGRELLO Florian

Negrello.florian@gmail.com

HERTAULT Hugo

hugohertault@yahoo.fr

LAMOUREUX Carl

carl90.lamoureux@gmail.com

REJAUDRY-LACAVALERIE Mickaël

lacavalieriemickael@gmail.com

JEANTET Pierre

pj.jeantet@gmail.com

BLEAS Cécile

bleas.cecile@gmail.com

Cardiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 06 46 80 13 56

ORL

CHU de GUADELOUPE

Tel : 06 01 35 14 12

Médecine d'Urgence

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0690 24 01 44

Chirurgie Générale

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 36 45 54

Dermatologie

CHU de CAYENNE

Tel : 0694 24 88 21

Cardio/Labo Ea 7526

CHU de MARTINIQUE

Tel : 06 82 38 78 00

Cardiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 06 21 00 30 44

Gynécologie Obstétrique

CHU de GUADELOUPE

Tel : 0690 60 80 79

SADREUX Yvanne

yvanne972@hotmail.com

Urologie

CHU de GUADELOUPE

Tel : 0690 54 10 23

BODESCU Véronica Adela

Veronica.budescu19@gmail.com

Psychiatrie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 07 66 62 90 01

BAALA Mélina

melina.baala@gmail.com

Médecine Générale

Cabinet du Dr BUCHER

Tel : 0690 72 12 04

SUZON Benoît

benoitsuzon@gmail.com

Médecine Interne

CHU de MARTINIQUE

Tel : 06 07 83 17 90

LARA Kève-Yann

keve_yannlara@hotmail.com

Médecine Générale

Maison Médicale de la Rotonde

Tel : 0690 25 25 28

VAINQUEUR Larissa

larivainq@gmail.com

Médecine Interne Gériatrie

CHU de GUADELOUPE

Tel : 06 95 61 72 42

STEMPFER Gautier

gautierstempfer@hotmail.fr

Urologie

CHU GUADELOUPE

Tel : 0690 19 50 41

THEVENET Eugénie

eugenethevenet@gmail.com

Cardiologie

CHU MARTINIQUE

Tel : 06 27 72 67 94

Remerciements

À Monsieur le Professeur Mathieu NACHER, Je vous suis reconnaissante de me faire l'honneur d'accepter de juger mon travail et de présider ce jury. Je vous remercie sincèrement pour votre investissement auprès des étudiants, notamment à travers les formations que vous mettez en place et auxquelles j'ai eu la chance de participer, qui ont été pour moi une grande aide pour l'écriture de ce travail.

À Madame le Docteur Angélique FRANCHI, je te remercie de me faire l'honneur de juger mon travail, je te remercie aussi pour l'aide que tu m'as apportée pendant mon recueil et pour ton soutien.

À Madame le Docteur Sihem OUAR, je te remercie de me faire l'honneur de juger mon travail, je te remercie aussi pour ton aide, ton soutien pendant tout mon recueil de données et surtout pour m'avoir donné l'idée de ce sujet qui m'a beaucoup plu.

À Madame le Docteur Jeanne CHARBONNIER, je te remercie de me faire l'honneur de juger mon travail, merci pour ton aide et ta pédagogie aux urgences de Cayenne.

À Monsieur le Docteur Alexis FREMERY, je te remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour ta disponibilité, ton écoute, ta rigueur et ton soutien qui ont été pour moi d'une grande aide.

Je remercie toutes les équipes médicales et paramédicales que j'ai rencontrées tout au long de mon internat pour tout ce que vous m'avez chacun apporté et m'avoir fait aimer les Antilles et la Guyane.

À mon père et ma mère pour leur soutien à toute épreuve et leur bienveillance tout au long de mes études. Merci d'avoir cru en moi depuis le début.

À ma petite sœur Mélusine, qui a été un soutien sans faille, d'une grande bienveillance. Celle qui sait ce que je pense sans que je le dise. Ma plus grande fierté.

À ma grande sœur Flora qui par ses mots a su me donner du réconfort dans les moments les plus difficiles.

À ma grand-mère, Mamie Geneviève, pour qui je suis déjà Docteur depuis le premier jour de mes études.

À mes trois autres grands parents qui malheureusement ne sont plus là pour lire ces lignes, mais dont leur soutien et leur amour restent gravés dans ma mémoire.

À mon Oncle, ma tante, mon cousin et ma cousine, que je ne vois que trop peu, je vous remercie pour votre bienveillance.

À ma belle-famille, Valérie, Pierre-Henri, Zoé et Messon qui m'ont accepté dans leur famille, soutenue dans mes études. Merci d'avoir été là.

À mon amie Camille, sans qui je n'aurais jamais osé partir aux Antilles. Pour ta bonne humeur, nos fous rires. Tu as été d'un grand soutien tout au long de mon internat.

À mon amie Flore, ta bienveillance, tes conseils, je suis très heureuse de t'avoir pour amie. À Tania ma meilleure coloc ever, pour ton humour toujours très fin, ta bienveillance et ton aide précieuse pour ce travail. À Alison pour tes blagues, ton envie insatiable d'aller sur le dance floor et ta joie. À Pierre D et à Allan pour votre amour de la nature et de la photographie.

À mes copines de Marseille, Natacha qui est là depuis le début, à notre complicité, à Lise avec qui je suis partie au Brésil, ta bonne humeur et ton soutien, à Laura ma coloc pendant tout l'externat pour s'être soutenues mutuellement pendant toutes ces études.

À Sanguita et Loïc, mes piliers de l'externat, à notre trio prêt à tout affronter, des stages les plus décevants, aux amours déçus. Votre amitié a été d'un grand soutien.

À Laurent Dejault, qui au-delà du maître de stage est devenu un ami.

À Pierre, mon amoureux, le plus grand farceur. Pour ton amour, ton soutien, ta compréhension de tout le travail que j'ai dû fournir. Merci de m'avoir suivie en Guyane je sais qu'au début cela n'a pas été facile. Merci pour ce que nous avons construit ensemble. Je t'aime.

Et à tous les autres que je n'ai pas cités, mes amies de Marseille ou de l'internat, merci d'avoir été là.

Résumé

Introduction :

Les violences sexuelles sont un enjeu majeur de santé publique ; y compris en Guyane. Le sentiment d'insécurité y est plus important que sur le reste du territoire français. Les violences sexuelles sont un motif important de consultation en médecine légale et d'urgence. L'enjeu est une prise en charge dans les 72 heures suivant l'agression notamment sur le plan médico-légal ou infectieux. Des données descriptives manquent sur le territoire Guyanais.

Les objectifs de l'étude sont :

- Etablir l'épidémiologie des victimes d'agression sexuelle au Centre Hospitalier de Cayenne
- Evaluer la prise en charge de ces victimes

Matériels et méthodes :

Du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2020 nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive monocentrique incluant les patients ayant consulté pour agression sexuelle avec une réquisition à l'Unité Médico Judiciaire (UMJ), les patients admis au Service d'Accueil des Urgences (SAU), et à l'Hôpital de Jour Adulte (HDJ A).

Résultats :

Sur cette période, 400 victimes ont consulté à l'UMJ pour agression sexuelle. La majorité des victimes étaient des femmes (86.8%). La médiane d'âge était de 13 ans (8 ;17.5). L'agresseur était majoritairement de sexe masculin (99.2%) le plus souvent connu de la victime (86.7%) et issu du cercle familial (39.8%). Les suspicions d'agression représentaient 18.8% des réquisitions de l'UMJ et concernaient principalement les victimes de moins de 10 ans (82.7%). L'agression la plus fréquente chez les femmes était la pénétration pénio-vaginale (82.2%), et pénio-anale (76.9%) chez les hommes. Le délai de consultation était supérieur à 72h dans 60.6% des cas. Une consultation psychologique était recommandée pour 61.8% des victimes. Nous avons comparé ces données aux 139 passages des urgences pour ce motif et 31 passages à l'HDJ A. Nous avons comptabilisé 73.4% des victimes des urgences vues à l'UMJ. Seize victimes ont été hospitalisées. Parmi les victimes de l'UMJ adressées à l'HDJA, seules 11.3% s'y sont effectivement rendues.

Conclusion :

Notre travail a permis d'identifier une population victime, féminine, jeune le plus souvent agressée par une personne connue d'elle et de sexe masculin. Le délai de consultation était majoritairement supérieur à 72 heures. Lors du suivi de ces patients, nous avons relevé que les victimes prises en charge à l'UMJ et adressées à l'HDJA ne s'y sont pour la plupart pas rendues. Au regard de cette étude, un certain nombre d'axes d'amélioration de prévention et de prise en charge semblent disponibles.

Abstract

Introduction:

Sexual violence is a major public health issue, including in French Guiana. The feeling of insecurity is more important there than in the rest of France. Sexual violence is an important reason for consultation in forensic and emergency medicine. The challenge is to provide care within 72 hours of the assault, particularly in terms of medicolegal and infectious diseases. Descriptive data are lacking in French Guiana.

The objectives of the study are:

- To establish the epidemiology of victims of sexual assault at the Cayenne General Hospital
- Evaluate the management of these victims

Materials and methods:

From January 1, 2019, to December 31, 2020, we conducted a single-center retrospective descriptive study including patients who consulted for sexual assault with a requisition to the Forensic service (UMJ), patients admitted to the Emergency Department (ED), and to the Adult Daily Hospital (HDJ A).

Results:

Over this period, 400 victims consulted the forensic service for sexual assault. Most of the victims were women (86.8%). The median age was 13 years (8; 17.5). The aggressor was mostly male (99.2%) and most often known to the victim (86.7%) and from her family circle (39.8%). Suspected assaults represented 18.8% of the forensic service's referrals and mainly concerned victims under 10 years of age (82.7%). The most frequent assault on women was penio-vaginal penetration (82.2%) and penio-anal penetration (76.9%) on men. The delay of consultation was superior to 72 hours in 60.6% of the cases. A psychological consultation was recommended for 61.8% of the victims. We compared these data with 139 ED visits for this reason and 31 visits to the HDJ A. We counted 73.4% of the emergency victims also managed at the forensic service. Sixteen victims were hospitalized. Among the UMJ victims referred to the HDJ A, only 11.3% went there.

Conclusion:

Our work allowed to identify a young, female, victimized population, most often assaulted by a person known to her and of male gender. Most of the patients consulted more than 72 hours after the assault. During the follow-up of these patients, we revealed that the victims treated at the UMJ and referred to the HDJ A did not go there for the most part. In the light of this study, a certain number of areas for improvement in prevention and care seem to be available.

Table des matières

Liste des abréviations	17
Index des Tableaux & Figures	18
I. INTRODUCTION	19
II. MATERIELS ET METHODES	22
Cadre de l'étude :	22
Description de la population étudiée :	22
Variables étudiées :	22
Source des données :	23
Analyses statistiques :	24
Aspects réglementaires :	24
III. RESULTATS	25
A. Analyse des données de l'UMJ	25
1. Description de la population victime	25
2. Caractéristiques de l'agresseur	26
3. Circonstances de l'agression	28
4. Caractéristiques de l'agression	30
5. Données de prise en charge	31
B. Comparaison avec les données des urgences et de l'HDJ A	33
1. Parmi les dossiers de l'HDJ A :	33
2. Les demandes d'IMG en gynécologie	34
IV. DISCUSSION	35
V. CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE	40
ANNEXES	43

Liste des abréviations

AES	Accident d'Exposition au Sang
ARV	Anti Rétroviraux
CDPS	Centre Départementaux de Prévention en Santé
CHC	Centre Hospitalier de Cayenne
CHK	Centre Hospitalier de Kourou
CHOG	Centre Hospitalier de l'Ouest de Guyanais
CIM	Classification Internationale des Maladies
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DMU	Dossier Médical des Urgences
HDH	Health Data Hub
HDJ A	Hôpital de Jour Adulte
IFOP	Institut Français d'Opinion Publique
INED	Institut national d'études démographiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPJ	Officier de Police Judiciaire
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
SAU	Service d'Accueil des Urgences
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
UAPED	Unités d'Accueil Pédiatriques Enfants en Danger
UMJ	Unité Médico Judiciaire

Index des Tableaux & Figures

Tableau 1 : Répartition des types d'agresseur selon l'âge de la victime

Tableau 2 : Multiplicité des agressions selon le type d'agresseur

Tableau 3 : Type de pénétrations subies par les victimes d'agression sexuelle

Tableau 4 : Agression par pénétration ou attouchements selon le type d'agresseur

Tableau 5 : Variables influençant sur le délai de consultation

Tableau 6 : Prise en charge en fonction du délai de consultation et du type d'agression

Figure 1 : Répartition par âge et par sexe des victimes d'agression sexuelle (n = 400)

Figure 2 : Lieux de Naissance des victimes d'agression sexuelle (n = 342)

Figure 3 : Rapport socio-familial des agresseurs aux victimes (n= 354)

Figure 4 : Evolution des consultations de l'UMJ par année et par mois (n= 400)

Figure 5 : Lieu d'agression des victimes d'agression sexuelle (n= 249)

I. INTRODUCTION

Les agressions sexuelles sont un problème de santé publique majeur. Selon l'OMS, 35% des femmes ont subi au moins une fois des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime, ou bien des violences sexuelles de la part d'une autre personne (1). En France hexagonale et dans les collectivités territoriales d'Outre-Mer les violences sexuelles sont également une importante préoccupation (2,3). Les conséquences de ces violences peuvent être dramatiques sur la santé physique, sexuelle et psychologique des victimes (4–6).

En France, en avril 2021 le code pénal a mis à jour ses définitions et présente le viol comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise » (7). Une agression sexuelle est définie comme « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ou, dans les cas prévus par la loi, commise sur un mineur par un majeur, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage » (8).

L'enquête sur les violences sexuelles en France réalisée par l'IFOP (Institut Français d'Opinion Publique) en février 2018, basée sur des questionnaires distribués à un échantillon de 2167 femmes âgées de plus de 18 ans a montré que 12% des femmes déclarent avoir subi un viol et 43% déclarent avoir subi des attouchements au cours de leur vie (3). L'enquête Virage menée en 2015, sur les violences subies par les femmes et les hommes réalisée par l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) annonce que 62 000 femmes et 2 700 hommes seraient victimes de viol ou de tentative de viol chaque année en France sur une population de personnes âgées de 20 à 69 ans (9). Cette enquête indique que les femmes sont exposées à plusieurs types de violences, notamment sexuelles, et ce tout au long de leur vie, alors que chez les hommes, les victimes d'agressions sexuelles le sont le plus souvent durant l'enfance. Cette enquête révèle que l'âge médian se situe avant 9 ans pour les filles (viol ou tentatives de viol) et avant 10 ans pour les garçons, quel que soit le milieu social (10).

La Guyane française, est une Collectivité Territoriale d'Outre-Mer Française se situant en Amérique du Sud entre le Brésil et le Suriname. Elle compte au premier janvier 2018, 276 128 habitants, dont 144 501 pour la communauté d'agglomération du centre littoral qui compte les communes de Cayenne, Remire-Montjoly, Macouria, Matoury, Montsinéry-Tonnegrande et Roura (11). Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) en 2015, un tiers de la population Guyanaise est d'origine étrangère : un huitième est d'origine Surinamaïse, suivi des populations Haïtienne et Brésilienne représentant respectivement 9.3% et 9.2% de la population (12).

Le solde naturel est le principal moteur d'une croissance démographique soutenue de la Guyane (12). La population guyanaise est la plus jeune de France après Mayotte, avec une personne sur deux âgée de moins de 25 ans (12).

La Guyane répertorie un nombre de violences toutes confondues et une criminalité globale supérieurs aux chiffres de la France hexagonale et des Antilles (2) imposant dans certaines circonstances une adaptation locale des prises en charge au sein de notre Centre Hospitalier (13,14). Selon l'INSEE, il existe un fort sentiment d'insécurité dans la population guyanaise, que ce soit au sein de leur domicile ou dans leur quartier de résidence : trois guyanais sur dix se sentent en insécurité contre seulement une personne sur cinq dans les Antilles et une sur dix dans l'Hexagone (15) . Parmi ces chiffres, le sentiment d'insécurité est plus présent chez les femmes que chez les hommes (15). Selon la lettre d'information de la ligue des droits de l'homme de 2014 (16), les violences faites aux femmes en Guyane sont en hausse. Avec un taux de victimes de viols sur mineurs recensés en 2011 plus de deux fois supérieur aux chiffres de la Martinique et de la Guadeloupe, ce crime représente le taux le plus élevé en France (16). Les femmes d'origine étrangère sont particulièrement exposées à ce type de violences, mais portent moins souvent plainte par manque de connaissance de leurs droits ou par des problèmes d'accessibilité (16).

Les violences sexuelles constituent un motif de consultation important en médecine légale (17). Une prise en charge rapide et adaptée contribue à la conservation de la santé physique et à la prévention des conséquences psychiques, ainsi qu'à la recherche et à la conservation de preuves médico-légales (18). Les infections sexuellement transmissibles renforcent la préoccupation liée aux agressions sexuelles. L'enjeu est principalement de prendre en charge les victimes le plus tôt possible, plus exactement dans les 72h suivant l'agression, afin de pouvoir administrer le traitement post exposition au VIH et permettre d'effectuer les prélèvements médico-légaux (18).

Bien que ces différentes études suggèrent une forte incidence des violences sexuelles, les données épidémiologiques précises manquent sur le territoire Guyanais. Un premier travail descriptif sur les violences sexuelles avait été réalisé au Centre Hospitalier de Cayenne sur l'année 2018, révélant que 233 patients avaient été pris en charge à l'Unité Médico Judiciaire (UMJ) pour agression sexuelle (19). Cette étude n'incluait pas les victimes consultant sans réquisition, et détaillait peu les circonstances d'agression. Les victimes de violences sexuelles à Cayenne sont prises en charge initialement par les urgences du Centre Hospitalier de Cayenne, puis par l'UMJ, ou directement par l'UMJ selon l'heure et le délai de consultation (19). La suite de la prise en charge est ensuite réalisée, si besoin, par l'Hôpital de Jour (HDJ) pour poursuivre le traitement post exposition et/ou remettre les résultats biologiques (19). Certaines victimes ne bénéficient pas d'une prise en charge complète au

travers de ce circuit. Si elles consultent sans réquisition, donc sans dépôt de plainte, elles ne seront prises en charge qu'aux urgences ou qu'à l'HDJ, mais pas à l'UMJ.

L'objectif de notre travail est d'évaluer l'épidémiologie des victimes d'agression sexuelle consultant au Centre Hospitalier de Cayenne, de détailler les caractéristiques cliniques, biologiques, sociales et démographiques de ces patients, ainsi que leur prise en charge.

II. MATERIELS ET METHODES

Cadre de l'étude :

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive monocentrique sur une période de 2 ans : du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2020. Nous avons récolté les données intéressant les patients ayant consulté avec une réquisition pour agression sexuelle à l'Unité Médico Judiciaire (UMJ) que nous avons analysé. Nous les avons ensuite comparées aux passages pour agressions sexuelles des patients admis au Service d'Accueil des Urgences (SAU), à l'Hôpital de Jour Adulte (HDJ A) et en gynécologie du Centre Hospitalier de Cayenne (CHC).

Description de la population étudiée :

La population étudiée concerne tous les patients ayant été admis à l'UMJ du CHC avec réquisition pour agression sexuelle, au SAU du CHC pour agression sexuelle, et à l'HDJ A pour prise en charge d'un Accident d'Exposition au Sang (AES) dans un contexte d'agression sexuelle.

N'ont pas été incluses les personnes consultant pour AES sans agression sexuelle, ou violences physiques sans agression sexuelle.

Variables étudiées :

Les variables étudiées étaient tout d'abord les données liées à la consultation : la date, l'heure et le délai de consultation inférieur ou supérieur à 72h.

Nous avons également récolté les données liées à la victime : l'âge, le sexe, son lieu de naissance, sa profession, sa ville de résidence, si la victime était accompagnée ou adressée, la notion de contraception habituelle, si la victime était déjà réglée ou non, enceinte au moment où après les faits, la notion de rapports sexuels antérieurs, la notion de tentative de suicide, ou d'idées suicidaires.

Les données liées à l'agression en elle-même ont été étudiées : la date présumée, si l'agression était multiple ou unique, le lieu d'agression, s'il y a notion d'agression dans la fratrie, la notion de suspicion (si suspicion des parents, ou si examen systématique des frères et sœurs dans le cadre d'une agression dans la fratrie), la notion de menaces (physique, verbale, de mort, avec arme à feu ou arme blanche), la notion de séquestration, la notion de vidéo ou photo prises par l'agresseur, la notion d'attouchement, d'exhibition ou masturbation, de pénétration (vaginale, anale, orale, et le moyen, pénis, doigt ou objet), la notion de port du préservatif, et d'éjaculation.

Nous avons recueilli les données liées à l'agresseur : son rapport social à la victime (connu ou inconnu de la victime, membre de la famille concerné, ami ou connaissance, personne du même foyer d'accueil, conjoint ou ex-conjoint), le sexe de l'agresseur et le nombre d'agresseurs.

Nous avons récupéré les données de l'examen clinique de la victime somatique et génital, le poids, la taille, l'IMC et le stade de Tanner, la notion de vulnérabilité (handicap), si la victime avait été droguée ou si elle présente une amnésie de l'épisode.

Enfin les données liées à la prise en charge ont été étudiées : les prélèvements médico-légaux, infectieux et toxicologiques, le traitement par antirétroviraux, antibiothérapie et contraception d'urgence. Mais aussi si les victimes étaient orientées vers l'HDJ A, en consultation avec un psychologue, en consultation avec un psychiatre en urgence, en gynécologie avec suivi orthogénique, ou s'il y a eu recours à une hospitalisation.

En ce qui concerne les données extraites du DMU les circonstances de consultation, et le code de diagnostic CIM 10 étaient également recueillis.

Source des données :

Nous avons utilisé les dossiers de l'UMJ concernant les victimes d'agression sexuelle ayant consulté au CHC avec une réquisition établie par l'Officier de Police Judiciaire (OPJ). Ont aussi été utilisées les données du logiciel Dossier Médical des Urgences DMU Net® du SAU avec comme circonstances à l'arrivée : agression sexuelle ou réquisition pour agression sexuelle, et les motifs correspondant aux codages diagnostics CIM suivants :

T74.2 Sévices sexuels

Y05. Agression sexuelle par la force physique

Z02.7 Délivrance d'un certificat médical

Z04.4 Examen et mise en observation après allégation de viol et de séduction

Z04.5 Examen et mise en observation après d'autres blessures dues à une agression

Z20.2 Sujets en contact avec et exposés à des infections dont le mode de transmission est essentiellement sexuel

Z11.3 Examen spécial de dépistage des infections dont le mode de transmission est essentiellement sexuel

Z61.4 Difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne de son entourage immédiat

Z61.5 Difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne étrangère à son entourage immédiat

Z75.1 Examen et mise en observation après d'autres blessures dues à une agression

Et les données de l'HDJ A extraites du logiciel NADIS® pour notion Accident d'Exposition au Sang (AES) avec pour mention viol ou agression sexuelle.

Analyses statistiques :

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA 12® et du logiciel Excel® (Microsoft corporation). Les variables continues ont été exprimées en moyenne +/- écart-type ou en médiane (1^{er} interquartile ; 3^{ème} interquartile) et les variables qualitatives en nombre (pourcentage) et ont été comparées par le test du χ^2 d'indépendance.

Une probabilité p d'erreur de type 1 inférieure à 0,05 est considérée comme statistiquement significative.

Aspects réglementaires :

Une analyse d'impact a été menée et un engagement de conformité à la méthodologie de référence de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) MR-004 effectué. Une information collective a été réalisée et cette recherche a été inscrite au registre des traitements internes de l'hôpital ainsi que sur le site de la HDH (Health Data Hub). Toutes les données ont été anonymisées et recueillies rétrospectivement sur un formulaire standardisé selon les procédures de la CNIL.

III. RESULTATS

A. Analyse des données de l'UMJ

1. Description de la population victime

Cette étude a permis de récolter les données de 400 victimes prises en charge par l'UMJ ; 347 (86.8%) étaient des femmes et 53 (13.3%) des hommes, correspondant à un sexe ratio F/H de 6.55. L'âge médian tous sexes confondus était de 13 [8 ; 17] ans : 14 [9 ; 18] ans dans la population féminine, et 10 [5 ; 15] ans chez les victimes de sexe masculin. La tranche d'âge la plus représentée chez les hommes était la tranche des 5 – 10 ans comptabilisant 14 victimes et chez les femmes il s'agissait de la tranche d'âge des 10 – 15 ans comptabilisant 98 victimes (**figure 1**).

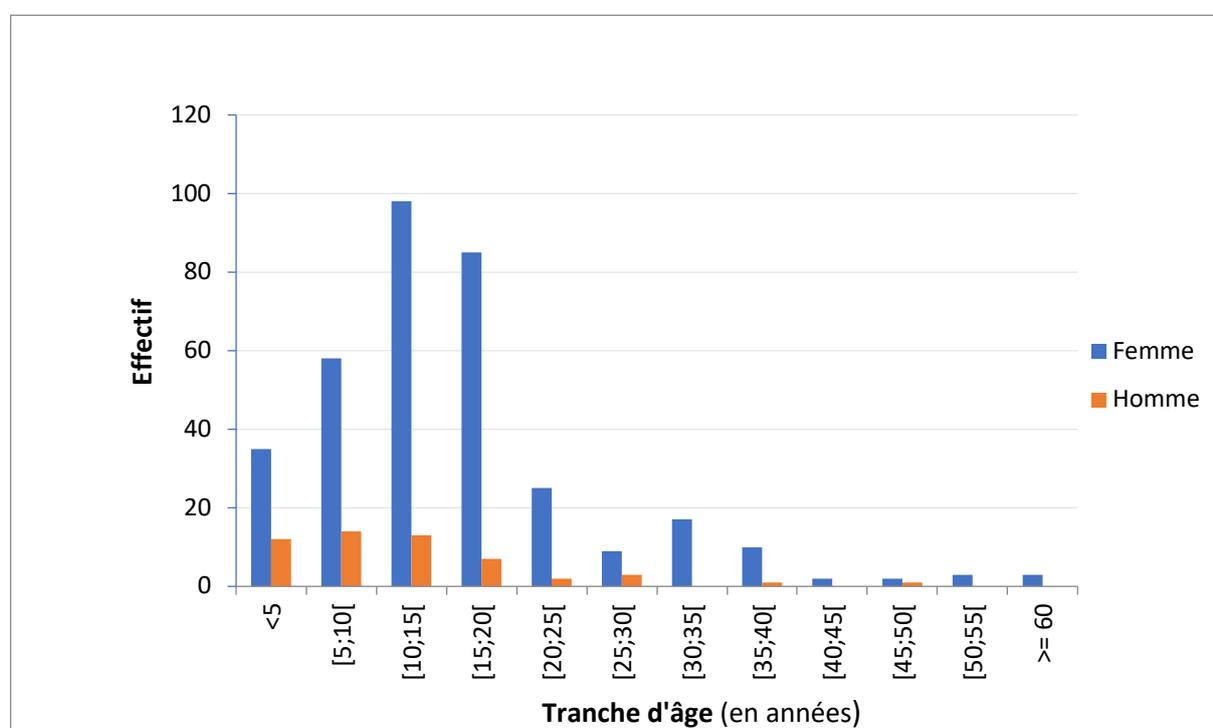


Figure 1 : Répartition par âge et par sexe des victimes d'agression sexuelle (n = 400)

Chez les femmes, 34.2% n'avaient pas encore de menstruations, 64.6% étaient réglées, et 1.16% étaient ménopausées. Parmi les femmes réglées, 9.72% avaient une contraception efficace.

Deux femmes étaient enceintes au moment des faits, et 12 femmes ont eu une grossesse avérée dans la suite des faits. Concernant les rapports sexuels, 61% des femmes et 75% des hommes n'avaient jamais eu de rapports avant l'agression.

Il est également à noter, que nous avons relevé des situations de handicap moteur ou psychique chez 3.75% des victimes de notre population. La majorité des victimes étaient nées en Guyane Française, suivi par Haïti et le Brésil (**Figure 2**).

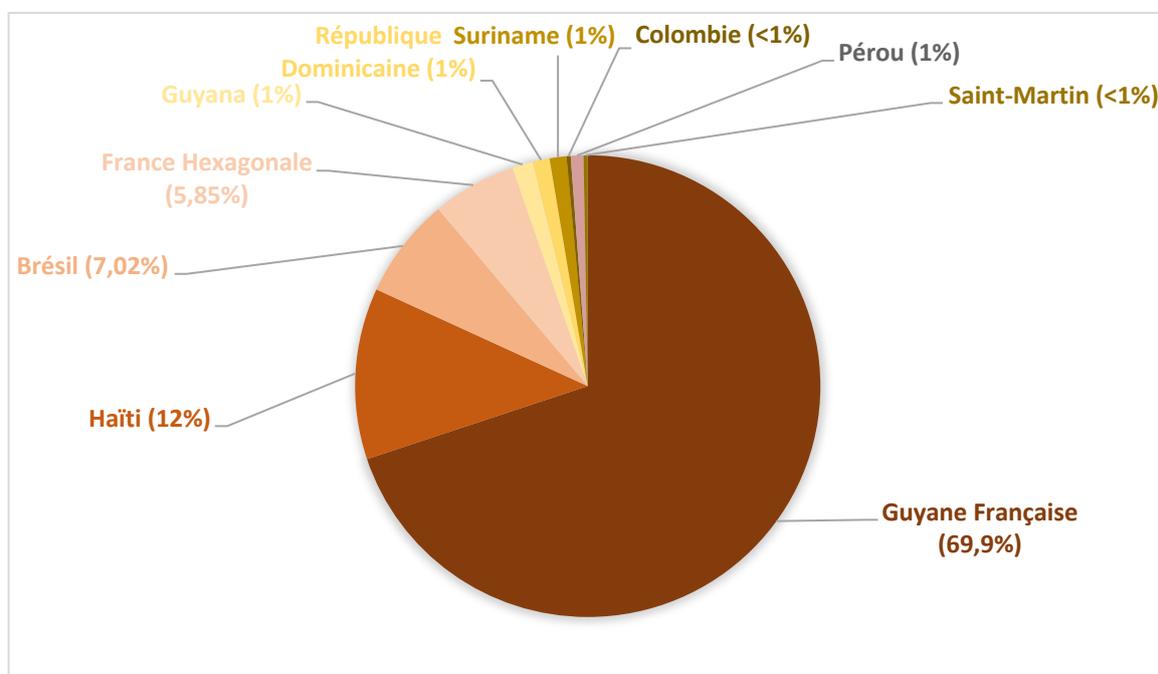
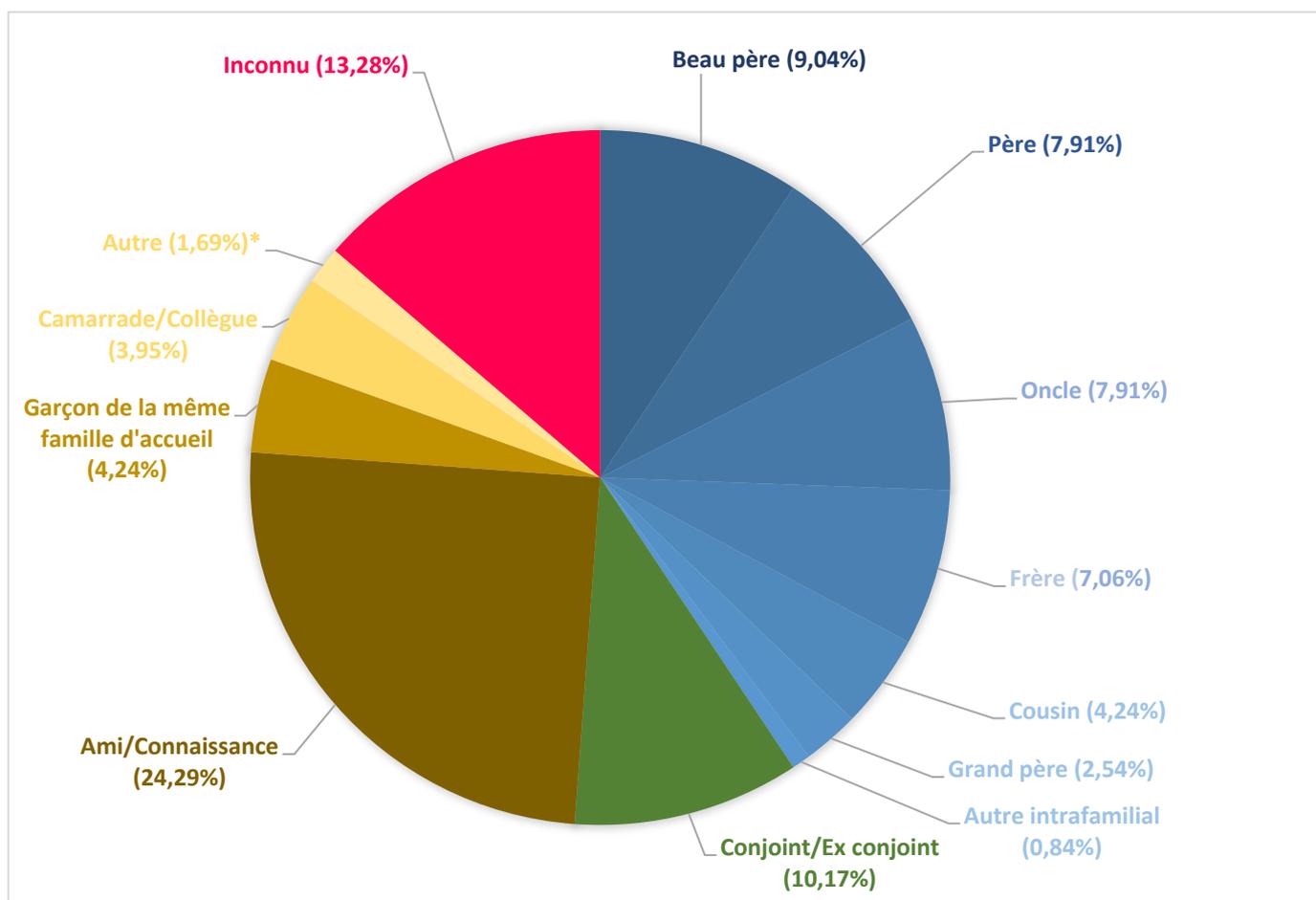


Figure 2 : Lieux de Naissance des victimes d'agression sexuelle (n = 342)

Les victimes résidaient pour 81.1% d'entre elles dans la communauté d'agglomération du centre littoral (Cayenne, Remire-Montjoly, Macouria, Matoury, Montsinéry-Tonnegrande et Roura). La population originaire des communes isolées représentait 8.9 % de la population. Certaines victimes résidaient hors de la Guyane : comme en France Hexagonale, au Brésil et au Guyana (à moins de 1% chacun).

2. Caractéristiques de l'agresseur

L'agresseur était quasi exclusivement de sexe masculin (99.2%). Il était connu de sa victime dans 86.7% des agressions. La répartition du rapport social de l'agresseur à la victime est représentée dans la **Figure 3**. Parmi les agresseurs connus, 140 (45.9%) agressions étaient perpétrées par un membre de la famille.



* Autre : codétenu, pasteur, médecin, patron, propriétaire.

Figure 3 : Rapport socio-familial des agresseurs aux victimes (n= 354)

Dans le **Tableau 1**, il apparaît que les victimes de moins de 20 ans connaissaient majoritairement leur agresseur qui était souvent un membre de la famille tandis qu'après 20 ans les agressions par un membre de la famille étaient moins fréquentes. Parmi les agressions par le conjoint ou ex conjoint, presque la moitié ont eu lieu avant l'âge de 20 ans, $p < 0.001$. Parmi les agressions perpétrées par un ami ou une connaissance de la victime, les trois quarts des agressions ont eu lieu avant l'âge de 20 ans, $p < 0.001$. Par ailleurs l'agression était perpétrée par deux agresseurs ou plus dans 11.1% des situations.

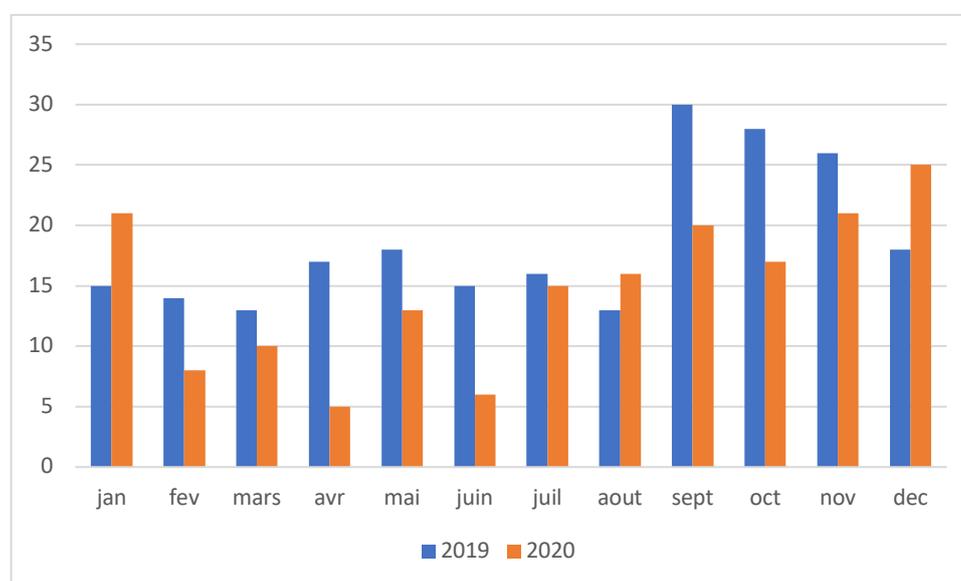
Tableau 1 : Répartition des types d'agresseur selon l'âge de la victime

Type d'agresseur	Avant 20 ans Dont avant 15 ans	Après 20 ans	p value
Intrafamilial	135 (96.4%) 100 (71.4%)	5 (3.6%)	p<0.001
Conjoint	17 (47.3%) 6 (30.6%)	19 (52.7%)	p<0.001
Autres connus	94 (74.4%)	24 (25.6%)	p<0.001

3. Circonstances de l'agression

Evolution des consultations

En 2019, nous avons recensé 223 consultations à l'UMJ pour agression sexuelle contre seulement 177 en 2020. L'évolution par mois est présentée dans la **figure 4**.

**Figure 4** : Evolution des consultations de l'UMJ par année et par mois (n= 400)

On peut noter une baisse des consultations en 2020 par rapport à l'année précédente. Cette diminution est principalement marquée à la période du confinement du 17 mars au 3 mai lié à la pandémie à COVID-19.

La **figure 5** représente le lieu de l'agression lorsque celui-ci était renseigné dans le dossier.

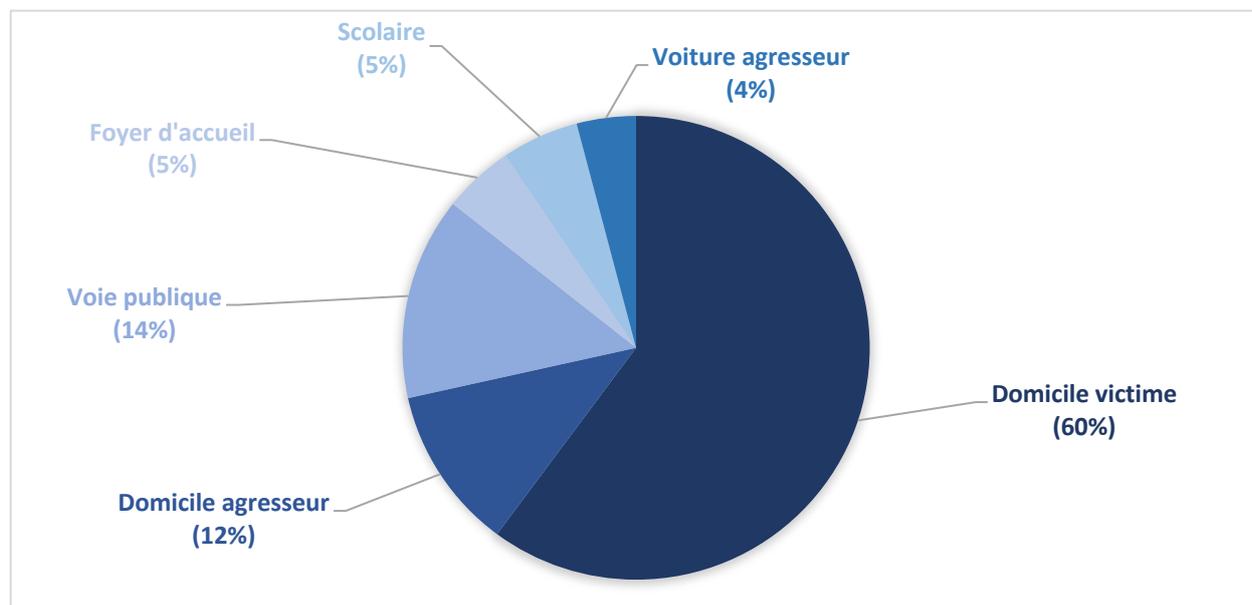


Figure 5 : Lieu d'agression des victimes d'agression sexuelle (n= 249)

Dans 46.7% des situations, les victimes ont déclaré avoir subi des agressions répétées. La multiplicité des agressions différait selon le type d'agresseur en cause et sont exposées dans le **tableau 2**. Les victimes d'un agresseur connu étaient exposées significativement plus fréquemment à des agressions répétées, notamment les victimes au sein du cercle familial. Les victimes déclaraient avoir subi des menaces explicites dans 18.3% des cas, parmi lesquelles 37.0% contenaient des menaces de mort, et 20.5% étaient associées à l'utilisation d'armes. Il y avait notion de séquestration dans 3.5% des cas. Par ailleurs, 20.5% des victimes étaient aussi victimes de violences physiques.

Tableau 2 : Multiplicité des agressions selon le type d'agresseur

Type d'agresseur	Agression unique	Agressions multiples	p value
Inconnus	42 (91.3%)	4 (8.70%)	<0.001
Connus	134 (47.0%)	151 (53.0%)	<0.001
Intrafamilial	39 (30.5%)	89 (69.5%)	<0.001
Conjoint	16 (47.1%)	18 (52.9%)	0.451
Autres connus	75 (66.4%)	38 (33.6%)	0.018

Concernant la consommation de toxiques, 16 (4%) victimes déclaraient avoir été droguées. Parmi elles, 11 déclaraient avoir une amnésie partielle ou totale de l'agression (68.8%).

4. Caractéristiques de l'agression

L'agression n'était que suspectée dans 18.8% des cas : soit d'attouchement, soit de pénétration. Ces dossiers représentaient principalement des enfants (39.9%) pris en charge et examinés par l'UMJ lorsqu'il y avait une notion d'agression au sein de la même fratrie. D'autres dossiers relevaient des suspicions d'agression lors de la présence de lésions évocatrices (le plus souvent chez les jeunes enfants avant l'âge de la parole), mais aussi chez les personnes plus âgées par une amnésie probable de l'épisode (1.33 % des suspicions) (due à l'usage de drogues par l'agresseur ou due au traumatisme de la victime).

La proportion de victimes consultant pour viol, agression sexuelle avec pénétration, était de 58.5% : 59.9% des victimes féminines et 49.1% des victimes masculines. Les caractéristiques de ces agressions sont présentées dans le **tableau 3**. Parmi les femmes qui consultaient pour une agression avec pénétration, l'agression la plus fréquente était l'agression pénio-vaginale ; chez les hommes il s'agissait de l'agression pénio-anale.

Tableau 3 : Type de pénétrations subies par les victimes d'agression sexuelle

		Femmes (n=347)	Hommes (n=53)
Viols		208	26
Pénétration buccale	Pénienne	46 (22.2%)	16 (61.5%)
Pénétration anale	Pénienne	36 (17.3%)	20 (76.9%)
	Digitale	6 (2.88%)	1 (3.85%)
	Objet	0	1 (3.85%)
Pénétration vaginale	Pénienne	171 (82.2%)	
	Digitale	35 (16.8%)	
	Objet	4 (1.92%)	
Rapports oraux sur victime		14 (6.73%)	1 (3.85%)
Sites de pénétrations multiples		62 (29.8%)	10 (38.5%)

Concernant le port du préservatif par l'agresseur, les victimes de viols déclaraient dans 82.3% des cas que leur(s) agresseur(s) n'y avait(en)t pas eu recours.

Le **tableau 4** recense le type d'agression selon le type d'agresseur. Nous retrouvons ainsi significativement plus d'agression par pénétration si l'agresseur était connu de sa victime ($p=0.004$). Les agressions par attouchements sans pénétration étaient, quant à elles, plus représentées lors des agressions par un agresseur inconnu.

Tableau 4 : Agression par pénétration ou attouchements selon le type d'agresseur

	Pénétration ou tentative	p value	Attouchements	p value
Inconnus	24 (57.1%)	<0.0001	17 (40.5%)	0.006
Connus	218 (80.7%)	<0.0001	54 (20.1%)	0.006
Conjoint	31 (91.2%)	0.157	0 (0.00%)	0.002
Intrafamilial	87 (72.5%)	0.025	38 (31.7%)	0.015
Autres connus	92 (85.2%)	0.174	16 (15.0%)	0.056

5. Données de prise en charge

Parmi les 292 dossiers pour lesquels les délais de consultation étaient rapportés, le délai de consultation était supérieur à 72h dans 60.6% des cas. Nous avons renseigné dans le **Tableau 5**, les variables exerçant une influence significative sur ce délai en analyse univariée.

Chez les victimes les plus jeunes (< 20 ans), le délai de consultation était statistiquement supérieur à 72h. Parmi les agressions où l'agresseur était inconnu, trois quart des victimes consultaient dans les 72 premières heures. A l'inverse, lorsque l'agresseur était connu de sa victime, plus de la moitié consultait au-delà des 72 premières heures. La présence de menaces de mort influence les victimes à consulter précocement, il en est de même lors de l'usage par l'agresseur d'une soumission chimique.

Tableau 5 : Variables influençant sur le délai de consultation des victimes

Variables		Cs < 72h*	Cs > 72h**	p value
		115 (39.4%)	177 (60.6%)	
Age	<20ans	70 (32.3%)	147 (67.7%)	0.017
	>20ans	44 (59.4%)	30 (40.6%)	
Agresseur	Inconnu	32 (76.2%)	10 (23.8%)	<0.001
	Connu	79 (32.5%)	164 (67.5%)	
Menaces de mort	Non	101 (37.7%)	167 (62.3%)	0.047
	Oui	14 (58.3%)	10 (41.7%)	
Soumission chimique	Non	105 (37.9%)	172 (62.1%)	0.026
	Oui	10 (66.7%)	5 (33.3%)	

*Consultation moins de 72h après l'agression
**Consultation plus de 72h après l'agression

Lors de l'étude des dossiers des patients, nous avons recensé des hématomes, des ecchymoses et des plaies dans 14.8% des cas. Des scarifications étaient également mentionnées dans 2.25% des dossiers. Au niveau génital, 192 femmes (57%) présentaient des lésions. Parmi ces victimes, 23 (12%) avaient des lésions hyménales récentes, 31 (9.31%) présentaient des lésions vulvaires récentes et 15 (4.5%) des lésions anales. Les lésions prédominantes étaient les lésions hyménales anciennes (91.4%). Concernant la population masculine, 10 (20.4%) hommes présentaient des lésions anales.

Enfin à l'examen psychologique, 11.3 % des victimes déclaraient avoir des idées suicidaires. Les tentatives de suicides étaient quant à elles rapportées comme en lien avec l'agression chez 3.2% des victimes. Une consultation psychologique était recommandée pour 61.8% des victimes.

Le **tableau 6** récapitule la prise en charge médicale réalisée en fonction du type d'agression et du délai de consultation. Au total, 51% des victimes ont bénéficié de prélèvements infectieux, 28.8% des victimes ont eu des prélèvements médico-légaux, et 6% des prélèvements toxicologiques.

Tableau 6 : Prise en charge en fonction du délai de consultation et du type d'agression

	Délais <72h		Délais > 72h		Total sur l'ensemble des victimes N = 400
	Pénétration ou suspicion N = 80	Absence de pénétration N = 21	Pénétration ou suspicion N = 133	Absence de pénétration N = 27	
Prélèvements infectieux	72 (90%)	3 (14.3%)	87 (65.4%)	2 (7.41%)	204 (51%)
Prélèvements médico-légaux	74 (92.5%)	8 (38.1%)	9 (6.77%)	-	115 (28.8%)
Prélèvements toxicologiques	13 (16.3%)	-	4 (3.01%)	-	24 (6%)
Antirétroviraux	61 (76.3%)	1 (4.6%)	4 (3.01%)	-	83 (20.8%)
Contraception d'urgence	48/72 (66.7%)	1/20 (5%)	4/118 (3.39%)	0/24 (0%)	62/347 (17.9%)

Les victimes ont été orientées vers l'HDJ A dans 51.1% des cas. Chez les femmes, 5% ont été orientées en orthogénie, car souhaitant une interruption volontaire de grossesse.

B. Comparaison avec les données des urgences et de l'HDJ A

Parmi les 139 victimes ayant consulté aux urgences, 102 (73.4%) ont également été prises en charge par les médecins de l'UMJ. Parmi ces 102 victimes, 11 ont été hospitalisées et 1 victime a été hospitalisée à partir des urgences. Par ailleurs, 5 victimes ont été hospitalisées à partir des urgences et n'ont pas été vues par l'UMJ.

Parmi ces 16 victimes hospitalisées, 12 victimes (75%) ont été hospitalisées en pédiatrie, 1 en pédopsychiatrie et 3 en psychiatrie. Parmi les 12 enfants hospitalisés en pédiatrie, 8 venaient des communes isolées.

1. Parmi les dossiers de l'HDJ A :

Nous avons récolté 31 dossiers à l'HDJ adulte pour accident d'exposition au sang avec notion d'agression sexuelle. Parmi ses dossiers, 23 patients avaient été adressés par l'UMJ (74.2%).

Si nous comparons aux 204 patients adressés par l'UMJ à l'HDJ A, seulement 11.3% s'y sont finalement présentés. Les deux tiers (67.7%) des patients pris en charge par l'HDJ A ont été traités par antirétroviraux.

Une victime était une travailleuse du sexe sous prophylaxie préventive contre le VIH, chez qui les ARV n'étaient pas indiqués. Enfin, huit patients ont consulté spontanément à l'HDJ mais ne se sont pas rendus à l'UMJ.

2. Les demandes d'IMG en gynécologie

Seules trois victimes ayant eu recours à une interruption médicale de grossesse (IMG) dans un contexte de viol ont été recensées dans notre étude. Elles étaient toutes hors délai pour une interruption volontaire de grossesse. Les patientes étaient très jeunes, avec une moyenne d'âge de 14 ans. Toutes les victimes n'avaient jamais eu de rapports sexuels avant l'agression, et une victime n'avait pas encore de menstruations.

IV. DISCUSSION

Cette étude a permis de décrire, pendant les années 2019 et 2020, l'épidémiologie des agressions sexuelles prises en charge au Centre Hospitalier de Cayenne. Nous avons ainsi recensé 400 dossiers issus de l'UMJ. Il s'agit de la cohorte la plus récente et la plus importante à notre connaissance portant sur ce sujet en Guyane.

La population de victimes étudiée était principalement des femmes (86.8%), jeunes (14 ans) et majoritairement victimes d'agressions sexuelles avec pénétration. Ces chiffres sont comparables à ceux de l'étude rétrospective de F. Niort et al en 2014 des victimes de viol prises en charges à l'UMJ de Marseille réalisée sur dix années (17). Parmi les résultats de notre étude, l'agresseur était le plus souvent de sexe masculin (99.2%), connu de la victime (86.7%), plus précisément du cercle familial, mais aussi conjugal. Ces chiffres concordent avec les données de l'enquête Virage (9). L'identité des agresseurs en intrafamilial dans notre étude est principalement le beau-père, le père et l'oncle. Ceci est similaire avec les autres résultats des travaux disponibles dans la littérature comme celui de M. Dupont et al à Paris en 2012 ou de H. Sariola et al en Finlande en 1996 (20,21).

Notre travail révèle que les victimes d'agressions intrafamiliales sont plus jeunes que les victimes d'agressions extrafamiliales et consultent le plus souvent dans des délais plus longs que celles-ci (20). La pression familiale et la peur du rejet sont reconnus comme des freins à la consultation pour les victimes (20). Plusieurs études montrent que lorsque l'agression est intra familiale, il existe de nombreux tabous, visant à minimiser la parole de la victime. Ceci est très marqué lors d'agressions au sein des fratries, par une volonté familiale d'éviter une intervention extérieure (20,22). Comme dans de nombreuses études, notre travail retrouve un grand nombre d'agressions répétées, surtout chez les victimes dont l'agresseur était connu et plus particulièrement au sein du cercle familial et conjugal (20,23). A l'instar des résultats de M. Dupont et al., les suspicions d'agression représentaient dans notre cohorte 18.8% des réquisitions de l'UMJ et étaient le plus souvent chez les jeunes victimes (20). Ceci peut principalement se justifier par une difficulté chez ces victimes, du fait de leur âge, à relater les faits. L'étude de M. Dupont et al expose des solutions pour aider ces victimes à révéler leur agression mais aussi d'aides dans leur accompagnement :

- Une information accrue auprès des jeunes sur l'importance de révéler ces faits aux adultes et aux autorités judiciaires
- Une information auprès des proches des victimes sur la nécessité d'aider à révéler

- Une information auprès des professionnels sur leur rôle et la responsabilité dans l'écoute des victimes mais également sur la prévention.

Un autre frein à la consultation médicale semble aussi l'origine des victimes. En effet, les victimes d'origine étrangère méconnaissent souvent leurs droits, et n'osent pas consulter ou porter plainte (16). Selon l'INSEE, en Guyane, une personne sur trois est d'origine étrangère, majoritairement d'origine Surinamaïse, Haïtienne ou Brésilienne (12). S'ajoutent à cela les communautés Bushinenguées et Amérindiennes (24). Le rapport de V. Le Goaziou en 2013, a mis en évidence que lors de situations de violences sexuelles, les groupes à forts liens sociaux et à fortes solidarités continuent d'autogérer les conflits internes à leur communauté (25). En Guyane, des campagnes de sensibilisation ciblées semblent nécessaires. Des mesures concrètes telles que des médiateurs en santé, ou l'information par les professionnels de santé de proximité tels que la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ou Médecins du Monde, pourraient aider cette population dans leurs démarches, et ainsi leur permettre un meilleur accès aux dispositifs judiciaires et médicaux.

Toujours concernant l'aide aux victimes pour l'accès à la consultation médicale, une prise en charge adaptée et spécifique des mineurs, représentant la majorité de nos victimes, doit être mise en place au Centre Hospitalier de Cayenne. En 2020, un plan de lutte des violences faites aux enfants a été mis en place par le gouvernement Français (26). Il a pour objectif, d'ici 2022, la création d'Unités d'Accueil Pédiatriques Enfants en Danger (UAPED) permettant un circuit adapté pour ceux-ci (26). Pour exemple, la « salle Mélanie », déjà mise en place dans certains centres, permet des auditions filmées des victimes d'agression sexuelle pédiatrique, afin de ne pas exposer l'enfant à une répétition de son récit (26).

Notre travail révèle par ailleurs une diminution des consultations en 2020, surtout pendant les mois de confinement de la pandémie à COVID-19. De nombreuses études ont montré une hausse des violences conjugales pendant cette période, et un défaut d'accessibilité pour les victimes à des consultations médicales, ou à quitter le domicile pour se rendre aux forces de l'ordre (27–29). Il semble vraisemblable que notre population ait subi le même défaut d'accès aux secours durant cette période. Comme a pu relever l'enquête réalisée par l'IFOP en 2018, seulement 15 % des victimes de viols portent plainte. Ainsi notre étude n'expose probablement les résultats que d'une part minime des victimes d'agression sexuelle en Guyane.

Concernant les données recueillies à la prise en charge, peu de femmes victimes en âge de procréer étaient couvertes par une contraception efficace. Par ailleurs, en adéquation avec de nombreux travaux antérieurs, une donnée importante concerne l'absence de préservatif dans la majorité des agressions (3,17,19). Ces résultats ont une dimension d'autant plus importante, au regard des délais de consultation, eu égard à l'épidémie de VIH et des autres infections sexuellement transmissibles qui sévissent en Guyane depuis de nombreuses années (30–32). Dans notre étude, nous avons retrouvé 12 grossesses rapportées à la suite des faits. Ces grossesses issues de viol exposent l'enfant à naître à l'infanticide et à la violence ; et pour la mère à accoucher sous X (33). Il est d'autant plus important de mettre en place rapidement une contraception d'urgence lorsque l'on est face à une victime d'agression sexuelle qui consulte dans les 72 premières heures.

Au sujet des données de l'examen clinique des victimes, la notion de pénétration était retrouvée chez les trois quarts des victimes. A l'instar des résultats de Niort et al à Marseille, l'agression avec pénétration la plus fréquente était l'agression pénio-vaginale chez les femmes, et la pénétration pénio-anales chez les hommes (17). L'étude de M. Kolopp et al de 2019 sur l'examen médico-légal des victimes d'agression sexuelle montre que dans les 4 premiers jours suivant l'agression, ils retrouvent des lésions génitales dans 34,4 %, et périgénitales dans 13,9 % des cas (18). Dans la population de notre étude, peu de victimes avaient des lésions génitales récentes ; toutefois nous déplorons un grand nombre de victimes consultant longtemps après les faits. Il est de fait, plus difficile d'établir un lien avec les lésions physiques constatées lorsque les victimes consultent tardivement.

Sur le plan psychologique, une consultation était recommandée chez 61.7% des victimes, et une part non négligeable avait des idées suicidaires. Les violences sexuelles sont pourvoyeuses de conséquences sur la santé mentale des victimes (5). Lors de l'enquête menée par l'IFOP en 2018, il a été montré que 38% des victimes de viol avaient des idées suicidaires, et que 21% avaient fait une tentative de suicide (3). Il est donc important de prévenir ce risque chez les victimes de violences sexuelles par un suivi psychologique adapté. De nombreuses études montrent que les victimes présentent des signes psychologiques liés au traumatisme, et les conséquences peuvent être à long terme : un risque suicidaire plus élevé, des automutilations, des troubles anxieux, de la dépression, des troubles du sommeil, des troubles cognitifs, des troubles alimentaires, et des addictions (5,6). Elles peuvent aussi avoir des conséquences sur leur santé physique, avec des troubles liés au stress comme les maladies cardiovasculaires, l'obésité, le diabète, des troubles gynécologiques, des infections sexuellement transmissibles, et des douleurs chroniques (5). La mise en place d'une étude évaluant le suivi

des victimes et l'identification des facteurs empêchant un parcours optimal de prise en charge du patient pourrait permettre une approche adaptée et spécifique pour les victimes d'agression sexuelle.

Dans notre étude, la plupart des victimes d'agression avec pénétration récente ont pu bénéficier de prélèvements médico-légaux et infectieux, ainsi que d'un traitement antirétroviral lorsque cela était nécessaire. Le plus faible taux de traitement ARV administré par rapport aux prélèvements médico-légaux ou infectieux, est probablement dû à une sous notification dans les certificats de réquisition ; élément non indispensable dans le rapport pour l'officier de police judiciaire.

Lorsque nous avons comparé les données de l'UMJ avec celles des urgences et de l'HDJ A, nous avons constaté qu'une majorité des victimes d'agression sexuelle prises en charge aux urgences ont ensuite été reçues à l'UMJ. Toutefois plus d'un quart de ces victimes ne le seront pas, et seront perdues de vue. Nous soulignons également, parmi nos résultats, une très faible proportion de patients prise en charge par l'HDJ A (11.3%) dans les suites d'une prise en charge par l'UMJ. Il semble ainsi indispensable de sensibiliser au maximum les victimes, lors de la consultation aux urgences ou à l'UMJ, à la nécessité de poursuivre le circuit. Un suivi téléphonique avec rappel des victimes, ou une prise de rendez-vous immédiate par un personnel des urgences ou de l'UMJ, pourrait ainsi faciliter le parcours de la victime.

Notre travail reste à être complété par un recueil des données des victimes des urgences gynécologiques et de l'HDJ pédiatrique du CHC mais surtout par celles des autres centres hospitaliers de la Guyane comprenant également les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS). Il est par conséquent difficile de conclure à une épidémiologie précise des victimes de violences sexuelles ayant eu une consultation médicale sur l'ensemble du territoire. La mise en place d'une cellule d'alerte permettant une surveillance continue sur les trois centres hospitaliers principaux de la Guyane et dans les centres de santé des communes isolées pourrait accroître nos connaissances sur ce phénomène de manière plus exhaustive et permettre de travailler aux différents moyens d'amélioration de la prise en charge de ces victimes.

V. CONCLUSION

Les agressions sexuelles sont un enjeu de santé publique majeur en Guyane. Notre étude souligne, à l'instar de plusieurs études françaises, que les victimes féminines les plus jeunes sont les plus touchées. L'agresseur est majoritairement de sexe masculin, connu de la victime notamment du cercle familial. Le délai de consultation est très souvent supérieur à 72 heures, empêchant ainsi une prise en charge optimale. Notre travail révèle que les victimes jeunes et agressées par une personne qu'elles connaissent, tardent à consulter. Nous identifions également un grand défaut d'adhérence des victimes au parcours de prise en charge et de suivi proposé depuis la première consultation.

Notre travail met en avant la nécessité d'actions de prévention auprès des différentes communautés de Guyane via les professionnels de santé ou de l'éducation au contact de la population à risque. De même, une cellule d'alerte regroupant les trois centres hospitaliers de Guyane et les CDPS permettrait une meilleure connaissance de ce phénomène sur l'ensemble du territoire ainsi que la mise en place d'un parcours de soin pour proposer une prise en charge globale pluridisciplinaire.

Un tel circuit de prise en charge adapté à la victime, passant par exemple par la création d'UAPED pour la population pédiatrique très fortement impactée, ou d'une cellule de suivi infectieux et psychologique avec prise de rendez-vous systématique et rappel des victimes semblent être un axe de travail indispensable.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé, Département de la santé et de la recherche génésiques, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Conseil sud-africain de la recherche médicale (2013). Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire.
2. Davantage de vols et d'actes violents en Guadeloupe et Guyane qu'en métropole - Insee Première - 1632. Cité 11 juin 2021.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/25633766>
3. Enquête sur les violences sexuelles. IFOP. 2018. Cité 6 juin 2021;
<https://www.ifop.com/publication/enquete-sur-les-violences-sexuelles/>
4. Hébert M, Daspe M-È, Blais M, Lavoie F, Guerrier M. Agression sexuelle et violence dans les relations amoureuses : Le rôle médiateur du stress post-traumatique. *Criminologie*. 2017;50(1):157-79.
5. Salmona M. Impact des violences sexuelles sur la santé des victimes : la mémoire traumatique à l'œuvre. *Pratique de la psychothérapie EMDR*. 2017.
6. Ernoul A, Orsat M, Dubois de Prisque G. Agressions sexuelles et scarifications à l'adolescence. *Rev médecine Légale*. Juill 2016
7. Article 222-23 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Cité 14 juin 2021.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289535/
8. Article 222-23 - Code pénal - Légifrance. Cité 14 juin 2021.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289535/
9. Hamel C, Debauche A, Brown E, Lebugle A, Lejbowicz T, Mazuy M, et al. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. *Popul Soc*. 2016;(10):1-4.
10. Brown E, Debauche A, Mazuy M. Virage, une enquête innovante pour caractériser les violences de genre. Synthèse. INED. 2020
11. Recensement de la population en Guyane : 276 128 habitants au 1^{er} janvier 2018 - Insee Flash Guyane - 131. Cité 2 déc 2021
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5005684>
12. La Guyane, une région jeune et cosmopolite - Insee Analyses Guyane - 35. Cité 11 juin 2021
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/36958933>
13. Piriou V, Bonnefoy C, Kallel H, Pujo JM, Nacher M, Fremery A. Description and Evaluation of the Body packers management at the Cayenne General Hospital. Article en préparation..
14. Fremery A, Beguinot E, Tertre V, Douchet M, Franchi A, Hamiche K, Pujo JM, Kallel H. Victims of Gunshotwounds at the Cayenne General Hospital: Epidemiology and Management. Article en préparation .

15. De nombreuses victimes de délinquance d'appropriation et de violences en Guyane - Insee Analyses Guyane - 20. Cité 14 juin 2021.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2565363>
16. Les violences faites aux femmes en Guyane. Ligue des droits de l'Homme. La lettre d'information. Articles de la Lettre outre-mers. 2014
17. Niort F, Delteil C, Capasso F, Torrents R, Leonetti G, Piercecchi-Marti M-D. Étude rétrospective épidémioclinique sur 10ans des victimes de viols reçues en consultation à l'Institut médico-légal de Marseille, CHU de Timone. Analyse de 592 cas de victime de viol. *Rev Médecine Légale*. 1 juin 2014;5(2):62-9.
18. Kolopp M, Delbaere-Crespo E, Lecossec C, Guillet-May F, Coudane H, Martrille L. Examen médico-légal des victimes d'agression sexuelle : caractéristiques et liens avec les suites judiciaires. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 mars 2017;45(3):158-63.
19. Ouar-Epelboin S, Bonifay T, Ibrahim E, Lucarelli A, Coupey I, Hamiche K, et al. Étude descriptive des victimes d'agression sexuelle prises en charge à l'UMJ de Cayenne en 2018. In: 3ème journée des travaux scientifiques des jeunes médecins de Guyane [Internet]. Cayenne, French Guiana; 2019. Cité 15 janv 2021.
<https://hal.univ-guyane.fr/hal-02542750>
20. Dupont M, Messerschmitt P, Vila G, Bohu D, Rey-Salmon C. Le processus de révélation dans les agressions sexuelles intrafamiliales et extrafamiliales sur mineurs. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 août 2014;172(6):426-31
21. Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of incest abuse in Finland. *Child Abuse Negl*. 1 sept 1996;20(9):843-50
22. Mugnier J-P, Les abus sexuels dans la fratrie. *Carnet Notes Sur Maltraitements Infant*. 5 avr 2016; N° 5(1):48-54.
23. Castro A, Moreno JD, Maté B, Ibáñez-Vidal J, Barrada JR. Profiling Children Sexual Abuse in a Sample of University Students: A Study on Characteristic of Victims, Abusers, and Abuse Episodes. *Int J Environ Res Public Health*. Avril 2021
24. Zouari I. La Guyane, une mosaïque de populations. *Population et avenir*. 2015. Cairn.info . Cité 7 déc 2021.
<https://www.cairn.info/revue-population-et-avenir-2015-5-page-15.htm>
25. Goaziou VL. Les viols en justice : une (in)justice de classe ? *Nouv Quest Fem*. 2013;Vol. 32(1):16-28.
26. Plan de lutte contre les violences faites aux enfants : un an après. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021. Cité 30 juill 2021.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/lutte-contre-les-violences-faites-aux-enfants/article/plan-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-enfants-un-an-apres>
27. Kourti A, Stavridou A, Panagouli E, Psaltopoulou T, Spiliopoulou C, Tsolia M, et al. Domestic Violence During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*. 17 août 2021;15248380211038690

28. Lavergne C, Diaz RV, Lessard G, Dubé M, Beaulieu C, Kate-Jolin S, et al. La COVID-19 et ses impacts sur la violence conjugale et la violence envers les enfants : ce que nous disent la recherche et la pratique. *Interv Hors-sér.* 2020;(1):27-35
29. Bradley NL, DiPasquale AM, Dillabough K, Schneider PS. Responsabilité des professionnels de la santé dans le dépistage de la violence conjugale en temps de pandémie de COVID-19. *CMAJ.* 2020 ;192(45):E1434-6
30. Guillemaut F , Schutz Samson M Etude VIH, migration, travail du sexe en Guadeloupe et en Guyane - COREVIH Guadeloupe-StMartin - StBarth. Nov 2011. Cité 4 juill 2021.
<https://www.corevih971.org/infos-utiles/publications-et-presentations-locales/article/etude-vih-migration-travail-du-sexe-en-guadeloupe-et-en-guyane>
31. Bressy J. Prévention et prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles françaises : nouvel Avis du CNS. Conseil national du sida et des hépatites virales. 2018.
<https://cns.sante.fr/communiqués-de-presse/prevention-prise-charge-ist-guyane-antilles-françaises-nouvel-avis-cns/>
32. Ayhan G, Martin L, Levy-Loeb M, Thomas S, Euzet G, Melle AV, et al. Prevalence and risk factors of early onset of sexual intercourse in a random sample of a multiethnic adolescent population in French Guiana. *AIDS Care.* 3 août 2015;27(8):1025-30.
33. Muhlstein J, Martrille L, Guillet-May F, Routiot T, Coudane H, Judlin P. La grossesse après viol. *Gynecol Obstet Fertil.* févr 2013;41(2):110-5.

ANNEXES

UNIVERSITE DES ANTILLES ET DE LA GUYANE
FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD
DEMANDE D'IMPRIMATUR

Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Médecine Générale)

Présentée par : Mme MENSEAU Victoire
 Né(e) le 28/03/1994 à Saint-Jean-de-Braye
 Département Loiret (45) Pays France

Et
 Intitulée Description épidémiologique et évaluation de la prise en charge des
 victimes de violences sexuelles au centre hospitalier de Cayenne

Jury proposé

Président : Professeur Nacher Mathieu
 Juges : Docteur Franchi Angélique
 Docteur Charbonnier Jeanne
 Docteur Ouar Sihem
 Directeur de thèse : Docteur Frémery Alexis

<p>Vu Cayenne, le 10/12/2021 Le Président de Thèse</p>  <p>Pr Mathieu NACHER INSERM UIC 1424 Centre Hospitalier de CAYENNE RPPS 1 0002189081</p> <p>Professeur Mathieu NACHER</p>	<p>Pour accord Pointe-À-Pitre, le Le Doyen de la Faculté de Médecine</p> <p>Professeur Suzy DUFLO</p>
<p style="text-align: center;">AUTORISE A SOUTENIR ET A IMPRIMER LA THESE Pointe-À-Pitre, le Le président de l'Université des Antilles</p> <p style="text-align: center;">Professeur Eustase JANKY</p>	

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

NOM ET PRENOM : MENSEAU Victoire

SUJET DE LA THESE : Description épidémiologique et évaluation de la prise en charge des victimes de violences sexuelles au Centre Hospitalier de Cayenne

THESE : MEDECINE

Qualification : Médecine Générale

NUMERO D'IDENTIFICATION :

MOTS CLEFS : agression sexuelle, victimes, violences, prévention

Introduction : Les violences sexuelles sont un enjeu majeur de santé publique ; y compris en Guyane. Le sentiment d'insécurité y est plus important que sur le reste du territoire français. Les violences sexuelles sont un motif important de consultation en médecine légale et d'urgence. L'enjeu est une prise en charge dans les 72 heures suivant l'agression notamment sur le plan médico-légal ou infectieux. Des données descriptives manquent sur le territoire Guyanais.

Les objectifs de l'étude sont :

- Etablir l'épidémiologie des victimes d'agression sexuelle au Centre Hospitalier de Cayenne
- Evaluer la prise en charge de ces victimes

Matériels et méthodes : Du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2020 nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive monocentrique incluant les patients ayant consulté pour agression sexuelle avec une réquisition à l'Unité Médico Judiciaire (UMJ), les patients admis au Service d'Accueil des Urgences (SAU), et à l'Hôpital de Jour Adulte (HDJ A).

Résultats : Sur cette période, 400 victimes ont consulté à l'UMJ pour agression sexuelle. La majorité des victimes étaient des femmes (86.8%). La médiane d'âge était de 13 ans (8 ;17.5). L'agresseur était majoritairement de sexe masculin (99.2%) le plus souvent connu de la victime (86.7%) et issu du cercle familial (39.8%). Les suspicions d'agression représentaient 18.8% des réquisitions de l'UMJ et concernaient principalement les victimes de moins de 10 ans (82.7%). L'agression la plus fréquente chez les femmes était la pénétration pénio-vaginale (82.2%), et pénio-anales (76.9%) chez les hommes. Le délai de consultation était supérieur à 72h dans 60.6% des cas. Une consultation psychologique était recommandée pour 61.8% des victimes. Nous avons comparé ces données aux 139 passages des urgences pour ce motif et 31 passages à l'HDJ A. Nous avons comptabilisé 73.4% des victimes des urgences vues à l'UMJ. Seize victimes ont été hospitalisées. Parmi les victimes de l'UMJ adressées à l'HDJA, seules 11.3% s'y sont effectivement rendues.

Conclusion : Notre travail a permis d'identifier une population victime, féminine, jeune le plus souvent agressée par une personne connue d'elle et de sexe masculin. Le délai de consultation était majoritairement supérieur à 72 heures. Lors du suivi de ces patients, nous avons relevé que les victimes prises en charge à l'UMJ et adressées à l'HDJ A ne s'y sont pour la plupart pas rendues. Au regard de cette étude, un certain nombre d'axes d'amélioration de prévention et de prise en charge semblent disponibles.

JURY : Président : Professeur NACHER Mathieu

Juges : Docteur FRANCHI Angélique

Docteur OUAR Sihem

Docteur CHARBONNIER Jeanne

Directeur de thèse : Docteur FREMERY Alexis

**ADRESSE DU CANDIDAT : Appartement C2, Résidence les Rives du Mahury, Route des Plages,
97354 Remire-Montjoly**