

CONSTAT D'AGRESSION SEXUELLE

Constats d'agressions sexuelles – une étude pour améliorer la prévention, l'information et la prise en charge des victimes par les services d'urgences

Sara Cottler-Casanova¹ ; Véra Lourenço¹ ; Cécile Guillot¹ ; Antoine Poncet² ; Patrice Mathevet³ ; Patrick Petignat¹ ; Michal Yaron¹ ; Tony Fracasso⁴ ; Jasmine Abdulcadir¹.

1. Service de gynécologie, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genève, Suisse.
2. CRC et Unité d'épidémiologie clinique, Département de santé et médecine communautaires, Université de Genève et Hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse.
3. Service de gynécologie, Département femme-mère-enfant, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse.
4. Centre universitaire romand de médecine légale Lausanne-Genève (CURML), Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genève, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse.

Contact

Jasmine Abdulcadir, Service de gynécologie, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genève, Suisse. Jasmine.abdulcadir@hcuge.ch – +41 22 372 40 49

Soutien financier du projet :



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
**Bureau fédéral de l'égalité
entre femmes et hommes BFEG**
Aides financières

Introduction

Les agressions sexuelles constituent une violation des droits humains et sont un problème de santé publique mondial. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la violence sexuelle comme « tout acte sexuel, tentative d'acte sexuel ou tout autre acte exercé par autrui contre la sexualité d'une personne en faisant usage de la force, quelle que soit sa relation avec la victime, dans n'importe quel contexte. Cela englobe le viol, défini comme une pénétration par la force physique ou tout autre moyen de coercition de la vulve ou de l'anus, au moyen du pénis, d'autres parties du corps ou d'un objet »⁽¹⁾. D'autres définitions insistent plus sur l'absence de consentement que sur la notion de coercition et désignent comme agression sexuelle « tout contact ou comportement à caractère sexuel intervenant sans le consentement explicite de la victime »⁽²⁾. L'élimination « de la vie publique et de la vie privée de toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles, y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation » est l'objet de la cible 5.2 de l'Objectif de développement durable n° 5 (ODD5) de l'Agenda 2030 pour le développement durable⁽³⁾. Outre l'élimination de ces violences, l'assurance d'une prévention et d'une protection efficaces, l'accès à la justice, le soutien aux victimes et le renforcement de la coordination nationale et internationale sont des éléments clés de la lutte contre les agressions sexuelles⁽⁴⁾.

La Suisse a ratifié la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul) en 2017 et a récemment publié son plan d'action national 2022-2026 (PAN CI 2022 – 2026), qui met en avant trois domaines prioritaires, tous trois liés aux violences sexuelles^(5,6). Les mesures 37 et 38 visent à assurer des soins médico-légaux aux victimes de violences sexuelles et à développer des directives de santé cantonales correspondantes pour les victimes de violences sexuelles et domestiques⁽⁶⁾. L'action 42 concerne plus spécifiquement l'amélioration des statistiques nationales des agressions sexuelles, particulièrement importantes pour aider à élaborer les futures politiques, stratégies de formation et mesures de surveillance, qui permettront au final d'améliorer le soutien fourni aux victimes d'agressions sexuelles⁽⁶⁾. Le sujet des violences sexuelles et la définition légale du viol se sont invités dans le débat politique et juridique en Suisse, notamment grâce à la dynamique créée par la ratification de la Convention d'Istanbul. Récemment, le Groupe d'experts sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domes-

tique (GREVIO) du Conseil de l'Europe soulignait que la définition légale du viol par la Suisse ne répond pas aux normes internationales indiquant la nécessité d'un consentement explicite^(7,8). Le code pénal suisse définit le « viol » (art. 190) comme l'utilisation de menace ou de violence sur une personne de sexe féminin à subir l'acte sexuel, en exerçant des pressions d'ordre psychique ou en la mettant hors d'état de résister.

« Contrainte sexuelle » (art. 189) est l'utilisation de menace ou de violence envers une personne à subir un acte analogue à l'acte sexuel ou un autre acte d'ordre sexuel, en exerçant des pressions d'ordre psychique ou en la mettant hors d'état de résister. Dans le cadre de notre étude, nous désignons par agression sexuelle tout contact sexuel ou tentative de contact sexuel sans consentement.

En Suisse, plusieurs sources mettent à disposition les données relatives aux agressions sexuelles (figure 1), comme les statistiques policières officielles sur les cas d'agression signalés, réalisées sur la base des données administratives (hôpitaux, consultations de victimes de violences), et les enquêtes en population générales sur les agressions sexuelles, entre autres sources.

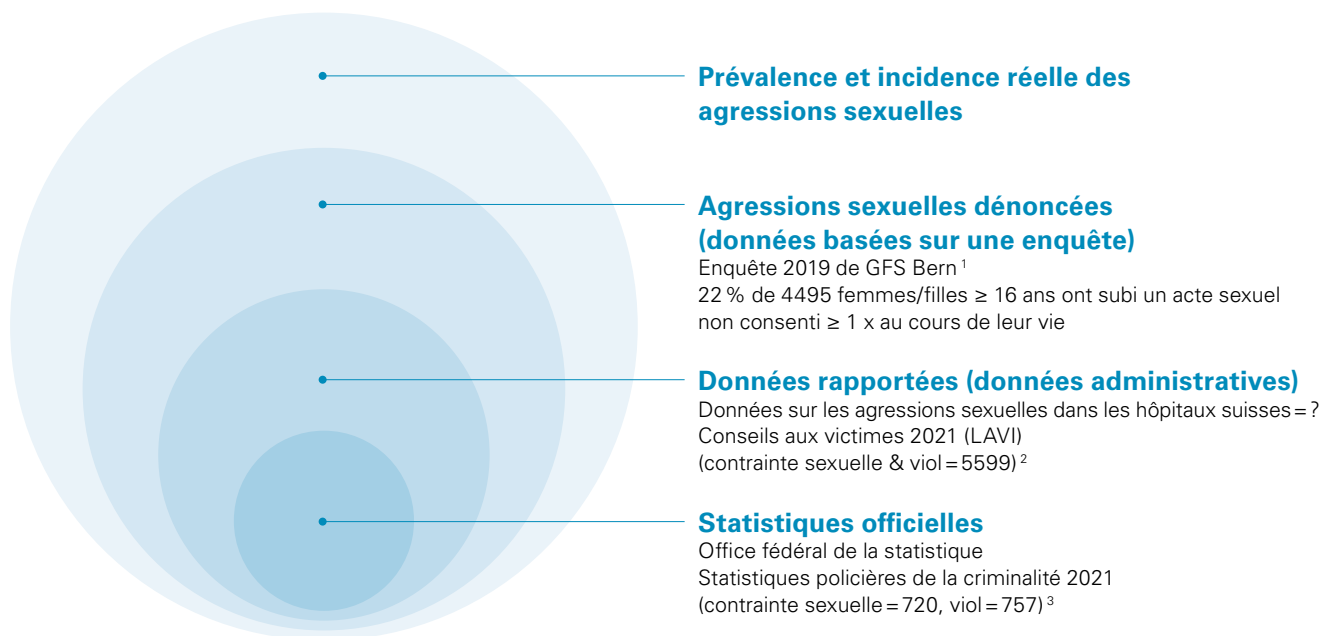
Aucune statistique sur la violence sexuelle ne fournit un tableau exhaustif du problème, mais différentes sources de données fournissent différentes pièces du puzzle. La honte, la peur, la stigmatisation, le manque de sensibilisation, la législation, les protocoles et maints autres obstacles empêchent un nombre inconnu de personnes de révéler ou rapporter une agression sexuelle, ou de faire appel à des soins suite à ce type d'agression. Certaines personnes peuvent aussi avoir des difficultés à identifier les comportements sexuels violents en tant que violences à proprement parler. Les enquêtes par sondage peuvent permettre de faire une approximation des taux de prévalence ou d'incidence. Selon la base de données de l'OMS sur la prévalence des violences faites aux femmes, la Suisse est l'un des douze pays avec les plus basses prévalences estimées de violences physiques et/ou sexuelles subies à tout âge de la part d'un partenaire intime par les femmes de 15 à 49 ans ayant eu des relations de couple (prévalence estimée à 12 %)⁽⁹⁾. Toutefois, ces estimations ont été faites dans le cadre de la participation de la Suisse à l'Enquête internationale sur la violence contre les femmes (CH-IVAWS) il y a presque 20 ans^(10,11). L'enquête CH-IVAWS a été menée auprès d'un échantillon de 1975 femmes adultes de 18 à 72 ans originaires de Suisse alémanique et de Suisse romande, hors Tessin.

L'enquête la plus récente réalisée par le gfs.bern sur la prévalence des violences sexuelles en Suisse a été publiée en 2019^(12,13). Au moins 22 % de l'échantillon de 4495 femmes et filles de plus de 16 ans interrogées ont rapporté avoir expérimenté la violence sexuelle (figurant dans le rapport comme diverses formes d' « actes sexuels non consentis »). Douze pour cent d'entre elles ont subi un acte sexuel contre leur volonté, tandis que 7 % ont été immobilisées ou contraintes par l'infliction d'une douleur physique à une relation sexuelle^(12,13).

On en sait peu sur les violences sexuelles dans les sous-populations en Suisse. Les études ont montré que les lesbiennes, les bisexuelles, les communautés

transgenres et non binaires^(14,15) présentent des taux nettement plus élevés d'agression sexuelle et de viol que les femmes hétérosexuelles⁽¹⁶⁻¹⁹⁾, probablement en raison d'une plus forte discrimination, de barrières psychologiques, de freins à rapporter les faits et d'un défaut de services de soutien spécifiques⁽¹⁸⁾. Il ressort également des réponses fournies par les femmes porteuses de handicap que, l'an dernier, la probabilité qu'elles subissent une agression sexuelle était 4 fois supérieure à celle des femmes sans handicap⁽²⁰⁾. Faire partie d'une minorité sexuelle et ethnique peut aussi impacter le rétablissement après une agression sexuelle⁽²¹⁾.

Graphique 1 : Données sur les agressions sexuelles en Suisse, adaptées de l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes (EIGE) : Collectes des données administratives sur les violences contre les femmes – Bonnes pratiques⁽²²⁾.



* Plusieurs délits possibles

1. gfs.bern. Le harcèlement sexuel et les violences sexuelles faites aux femmes sont répandus en Suisse [Internet]. 2019 [cité 2023 Janv. 23]. Disponible sous : <https://cockpit.gfsbern.ch/fr/cockpit/violence-sexuelles-en-suisse/>
2. Office fédéral de la statistique. Consultations de victimes selon l'infraction [Internet]. Criminalité et justice pénale. 2022. Disponible sous : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/criminalite-droit-penal/aide-victimes/consultations-prestations.assetdetail.22684359.html>
3. Office fédéral de la statistique. Code pénal (CP) : Infractions et personnes inculpées [Internet]. Criminalité et justice pénale. 2022. Disponible sous : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/en/home/statistics/crime-criminal-justice/police/offences.assetdetail.21324220.html>

Les statistiques officielles sur les agressions sexuelles sont produites par l'Office fédéral de la statistique sur la base des données du rapport des statistiques policières de la criminalité ⁽²³⁾. Les statistiques de crimes enregistrés, telles que les statistiques policières de la criminalité, ne reflètent qu'une petite fraction des cas de femmes et de filles exposées à la violence sexuelle, puisque beaucoup ne rapportent que très rarement les agressions sexuelles dont elles sont victimes à la police ⁽²⁴⁻²⁶⁾. En 2021, seules 757 infractions de viol et 720 infractions de contrainte sexuelle étaient enregistrées en Suisse, pays de 8,7 millions d'habitants. Durant la même période en Suède, dont la population est d'environ 10,4 millions d'habitants, 9668 viols étaient enregistrés par la police, auxquels s'ajoutaient 11'348 cas d' « atteintes sexuelles » ⁽²⁷⁾. Selon le contexte, un taux d'enregistrement plus élevé d'agressions sexuelles peut traduire un changement et une amélioration de la collecte des données, de la sensibilisation et de la confiance dans la police ⁽²²⁾.

Les données administratives sont des données disponibles et générées par la collecte systématique, qui documente habituellement le recours aux divers types de services fournis, tels que les soins médicaux et les consultations juridiques pour les victimes. L'Office fédéral de la statistique suisse publie les données annuelles du nombre de personnes ayant contacté un centre d'assistance aux victimes et qui ont le statut de bénéficiaire conformément à la loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions (LAVI) et, depuis 2017, à la loi fédérale sur les mesures de coercition à des fins d'assistance et les placements extrafamiliaux antérieurs à 1981 (LMCFA). En 2021, on dénombrait 5599 consultations de victimes pour contrainte sexuelle et viol ⁽²⁸⁾. La collecte et l'analyse rigoureuses de ces données peuvent informer l'ensemble de la population générale et les divers acteurs et actrices du domaine, législatrices et législateurs compris, sur le recours aux services d'aide après une agression sexuelle, et

contribuer à améliorer les stratégies de prévention et d'éducation en matière de santé, ainsi que les services aux personnes victimes d'une agression sexuelle. Investiguer les éventuelles lacunes de service et les besoins non satisfaits sur la base des données administratives peut être un outil majeur pour le dialogue et pour promouvoir, au niveau national et international, la nécessité d'améliorer la prévention des agressions sexuelles et les réponses à apporter ⁽²⁹⁾. C'est particulièrement important en ce qui concerne les données des hôpitaux suisses sur les agressions sexuelles.

La Suisse s'est dotée de nombreux registres concernant des problématiques de santé, telles que le VIH, le cancer, les transplantations, l'hépatite, la pollution de l'air et les maladies pulmonaires, entre autres. Il n'existe toutefois aucun observatoire national des personnes consultant pour agression sexuelle dans les hôpitaux suisses. Les recherches sur le sujet sont en outre très limitées, alors qu'elles seraient primordiales pour mieux connaître les caractéristiques des victimes d'agression sexuelle, le type d'agression qu'elles ont subi, ainsi que les soins et le suivi dont elles ont bénéficié et les données de santé psychologique et sexuelle à court, moyen et long terme ⁽³⁰⁻³³⁾.

Le but de cette étude était de déterminer les caractéristiques de l'ensemble des personnes, y compris les femmes cisgenres, non-binaires, queers, les hommes transgenres ayant une vulve et un vagin et les femmes transgenres, quelle que soit leur orientation sexuelle, de 14 ans et plus, ayant rapporté une agression sexuelle aux urgences gynéco-obstétricales des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et des Hôpitaux universitaires de Lausanne (CHUV) entre 2018 et 2021.

Les termes de « femme » et de « fille » sont utilisés dans le présent rapport dès lors qu'il est fait référence et discuté de recherches ou publications antérieures parlant des « femmes et filles ».

Méthode

Définitions

La liste complète des variables et définitions figure dans l'annexe 1.

Approbation éthique et financement

Ce projet de recherche a été approuvé par la Commission cantonale d'éthique de la recherche de Genève et Vaud, en Suisse (CCER Réf. projet 2016-01144) et mené conformément à la Déclaration d'Helsinki, aux principes des Bonnes Pratiques Cliniques, de la Loi relative à la recherche sur l'être humain (Human Research Act, HRA) et de l'Ordonnance relative à la recherche sur l'être humain (ORH), ainsi que d'autres réglementations locales pertinentes⁽³⁴⁻³⁶⁾. Ce projet est financé par le Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG) et les Hôpitaux universitaires de Genève, dans le cadre d'un projet plus vaste intitulé : « Sexual Assault Reporting – A study to improve prevention, information and care of victims in emergency care settings » (Constats d'agression sexuelle - une étude pour améliorer la prévention, l'information et les soins suite à des violences sexuelles dans les services d'urgence).

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les données rétrospectives ont été collectées pour toutes les personnes, y compris les femmes cisgenres, non-binaires, queers, les hommes transgenres ayant une vulve et un vagin et les femmes transgenres, quelle que soit leur orientation sexuelle, de 14 ans et plus, ayant rapporté une agression sexuelle aux urgences obstétriques et gynécologiques des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et des Hôpitaux universitaires de Lausanne (CHUV) sur une période de quatre ans (2018-2021). Veuillez noter que le terme « queer » n'est utilisé ici qu'en référence à l'identité sexuelle et non à l'orientation sexuelle.

Ont été exclus les enfants, adolescents et adolescentes < 14, les hommes cisgenres et les hommes trans ayant un pénis (qui ne recourent généralement pas aux urgences gynéco-obstétricales après une agression sexuelle) et les patient·e·s récurrent·e·s avec plus de 3 agressions sexuelles rapportées à un centre participant dans la période de l'étude (2018-2021). S'agissant de ces patient·e·s récurrent·e·s, il n'a été inclus que les trois premières agressions. Ont également été exclues les déclarations d'agression

sexuelle en double non ordonnées initialement par le·la procureur·e, de même que les rapports n'incluant pas d'agression sexuelle mais uniquement d'autres types de violences physiques ou psychologiques. À partir de juin 2020, le canton de Vaud a augmenté le nombre d'hôpitaux où une plainte pour agression sexuelle pouvait être déposée. Les rapports provenant des hôpitaux d'Yverdon-les-Bains, Rennaz, Payerne, Nyon et Morges ont été exclus, car en dehors du champ d'approbation éthique.

Examens forensique et gynécologique et collecte des données

Le Centre universitaire romand de médecine légale (CURML), situé sur les deux sites des hôpitaux universitaires de Lausanne (CHUV) et Genève (HUG), est un centre médico-légal créé en collaboration par les deux hôpitaux universitaires de Suisse francophone. Les patient·e·s qui se présentent ou sont adressé·e·s aux urgences gynéco-obstétricales des HUG et du CHUV pour agression sexuelle font l'objet d'un « triage » par une infirmière et sont examiné·e·s par un médecin légiste de garde du CURML et un·e gynécologue en service aux urgences gynéco-obstétricales des deux sites. Depuis 2020, dans le canton de Vaud, les médecins légistes du CURML-CHUV se rendent dans les hôpitaux régionaux pour éviter un trop long trajet aux victimes. L'objectif premier est de répondre aux besoins des patient·e·s de la façon la plus cohérente et la mieux coordonnée possible en leur offrant un suivi médico-psychologique et médico-légal à court, moyen et long terme⁽³⁷⁾. Le traitement inclut la prophylaxie post-exposition, la contraception d'urgence et différents rendez-vous de suivi, qui diffèrent légèrement entre les HUG et le CHUV. Aux HUG, il est fixé aux patient·e·s de 16 ans et plus qui le souhaitent un rendez-vous avec un·e psychologue de l'Unité interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (UIMPV) le jour suivant, une consultation à l'Unité SIDA/VIH cinq jours après et un rendez-vous au Service de gynécologie ambulatoire environ dix jours après⁽³⁷⁾. Au CHUV, il est donné aux patient·e·s un unique rendez-vous dans l'unité de gynécologie psychosomatique et psychosociale du service d'obstétrique et de gynécologie de 1 à 30 jours suivant l'agression sexuelle⁽³⁸⁾. Après les évaluations gynécologiques et forensiques aux urgences gynéco-obstétricales, le suivi des patient·e·s de moins de 16 se fait dans le service de pédiatrie.

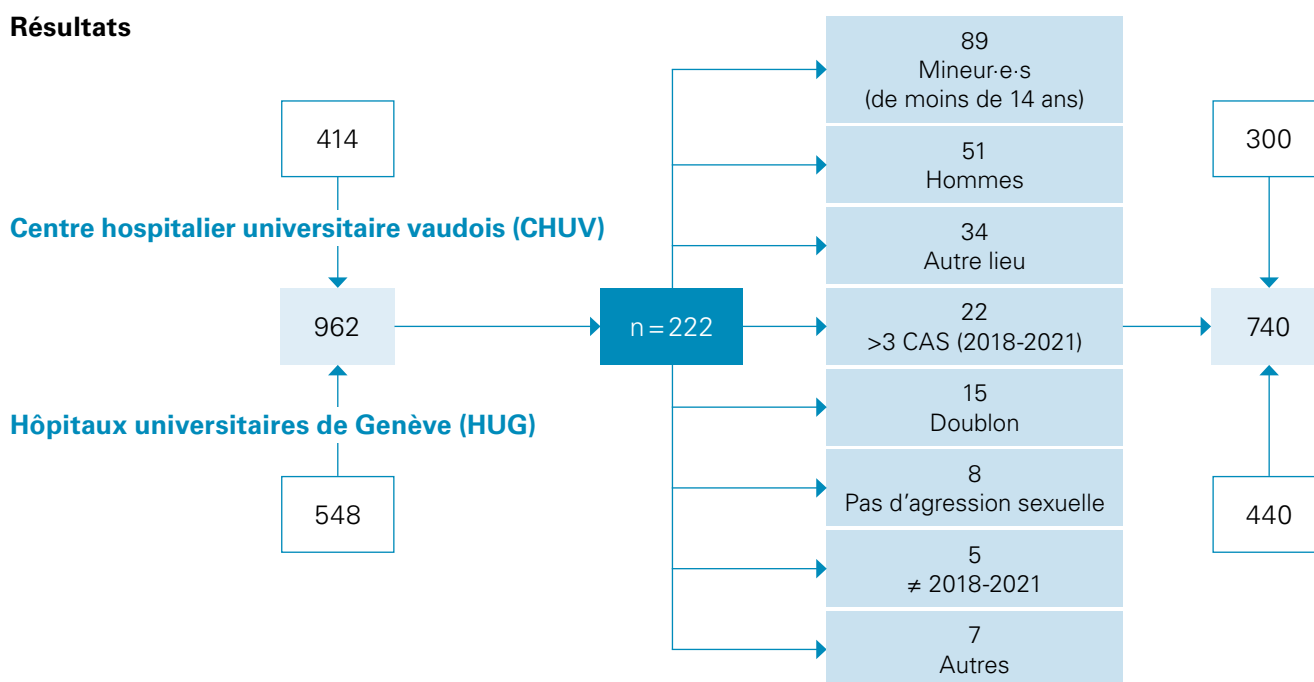
L'examen médico-légal fournit les éléments nécessaires en cas de procédure pénale et, avec le consentement de la victime, aux autorités judiciaires ⁽³⁷⁾

Durant la période de l'étude, les deux hôpitaux universitaires régionaux ont utilisé les mêmes formulaires médico-légaux pour les constats d'agressions sexuelles, à des fins de comparabilité entre les sites. Les données utilisées pour l'étude ont été extraites des rapports finalisés d'agression sexuelle, écrits et signés par la/le médecin légiste et la/le gynécologue ayant examiné la/le patient-e et par leurs chef-fe-s d'Unité, qui révisent et visent tous les rapports.

Analyse de données

Les statistiques descriptives ont été fournies à des fins de description des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patient-e-s rapportant une agression sexuelle et des caractéristiques de l'agression sexuelle en elle-même.

Résultats



Il a été étudié un total de 962 rapports d'agression sexuelle durant les 48 mois de l'étude (414 émanant de l'Hôpital universitaire vaudois et 548 des Hôpitaux universitaires de Genève), dont 740 ont été retenus pour l'analyse. Vingt-trois pour cent ($n = 222$) des agressions sexuelles rapportées étaient inéligibles pour diverses raisons. Plusieurs d'entre elles cumulaient plusieurs raisons d'exclusion. Sur les 222 déclarations exclues, 40 % ($n = 89$) concernaient des mineur·e·s de moins de 14 ans, 23 % ($n = 51$) des hommes ou garçons cisgenres. Trente-quatre patient·e·s ont déclaré des agressions sexuelles sur d'autres sites que les HUG ou le CHUV. Depuis juin 2020, les examens médico-légaux sont proposés dans plusieurs hôpitaux régionaux du canton de Vaud, permettant aux femmes et aux filles rapportant une agression sexuelle de bénéficier d'une consultation sans devoir effectuer un long trajet. Ainsi, 34 patient·e·s ont recouru à ces nouveaux services mais n'ont pas pu être inclu·e·s à l'étude. Trois patient·e·s se sont présenté·e·s plus de 3 fois sur les 4 ans de la période de l'étude, établissant à 22 le nombre de déclarations exclues. Les 3 premières agressions sexuelles rapportées par tou·te·s ces patient·e·s ont en revanche été incluses. Quinze cas d'agression sexuelle ont été exclus car il s'agissait de doubles de plaintes et 5 étaient hors-délais. Huit déclarations d'agression sexuelle de patient·e·s n'ont pas été incluses à nos analyses car les agressions n'étaient pas sexuelles par nature ou parce que les patient·e·s ont indiqué ultérieurement que l'agression n'avait jamais eu lieu. Sept dossiers ont été exclus pour diverses autres raisons.

Caractéristiques sociodémographiques

Le tableau 1 donne les détails des caractéristiques sociodémographiques des 740 patient·e·s s'étant présenté·e·s aux urgences hospitalières pour agression sexuelle (âge moyen $27,7 \pm 11,8$ ans), intervalle 14-93 ans, médiane 24 ans (IQR 19-32). Entre 2018 et 2019, on a constaté une hausse du nombre de consultations pour agression sexuelle dans les services d'urgence ($n = 174$, 2018 contre $n = 216$, 2019). En 2020, très probablement du fait du COVID-19 et des confinements, les urgences ont vu baisser le nombre de personnes rapportant des agressions sexuelles ($n = 156$), tandis qu'en 2021, le nombre de consultations retrouvait son niveau d'avant Covid ($n = 182$).

Quarante-cinq pour cent ($n = 332$) de l'ensemble des agressions sexuelles sont intervenues le week-end, donc le samedi ou le dimanche. Les mois d'été ont compté le plus grand nombre de consultations pour agression sexuelle ($n = 248$, 34 %) par comparaison avec les autres saisons (hiver : 23 %, printemps : 20 %, automne : 23 %).

Tableau 1 : Fréquence des agressions sexuelles par année et par site, caractéristiques des profils sociodémographiques et des agressions des patient-e-s s'étant présenté-e-s aux Hôpitaux universitaires de Genève et Lausanne pour les constats d'agressions sexuelles (2018-2021). Toutes les données sont en n (%).

Variable	Réponses	N=740	Variable	Réponses	N=740
Âge	Moyenne (écart type)	27,7 (11,8)	Mandaté par le-la procureur-e	Non	441 (60)
	Médiane (IIQ)	24 (19 - 33,2)		Oui	299 (40)
	Intervalle	de 14 à 93	Décision d'engager des poursuites	Non	52 (7)
Site	CHUV	300 (40)		Oui	129 (17)
	HUG	440 (60)		Non décidé	5 (1)
Année de l'agression	2017	1 (0)		Inconnu	552 (75)
	2018	174 (24)	Antécédent d'agression sexuelle	NA*	2
	2019	216 (30)		Non	121 (17)
	2020	156 (21)		Oui	139 (19)
	2021	182 (25)		Inconnu	467 (64)
	2022	3 (0)		NA*	13
	Manquant	8	Délai jusqu'à l'examen	<24 h	374 (51)
Jour de la semaine	Lundi	74 (10)		de 24 à 72 h	236 (32)
	Mardi	62 (8)		de 72 h à 7 j	96 (13)
	Mercredi	85 (11)		> 1 sem.	32 (5)
	Jeudi	79 (11)	Violences physiques et psychologiques	Non	216 (30)
	Vendredi	99 (13)		Oui	355 (48)
	Samedi	174 (24)		Inconnu (amnésie)	161 (22)
	Dimanche	158 (21)		NA*	8
	Inconnu	9 (1)	Usage d'un préservatif	Non	379 (57)
Saison	Hiver	165 (23)		Oui	42 (6)
	Printemps	148 (20)		Oui et Non	33 (5)
	Été	248 (34)		Inconnu (amnésie)	211 (32)
	Automne	171 (23)		NA*	75
	Inconnue	8	Contact sexuel récent	Non	557 (78)
Statut civil	Célibataire	440 (60)		Oui	161 (22)
	Inconnu	116 (16)		NA*	22
	Marié-e	67 (9)	Amnésie	Non	473 (64)
	Divorcé-e	44 (6)		Oui	267 (36)
	En concubinage	43 (6)	Première pénétration vaginale	Non	635 (87)
	Séparé-e	16 (2)		Oui	66 (9)
	NA*	9		Inconnu	33 (4)
	Veuve/veuf	5 (1)		NA*	6
Origine géographique de la victime (Région)	Suisse	279 (39)	Contraception	Non	377 (51)
	Inconnue	168 (23)		Oui	230 (31)
	Europe	146 (20)		Inconnu	133 (18)
	Amérique	59 (8)	Ménopause	Non	664 (90)
	Afrique subsaharienne	28 (4)		Oui	37 (5)
	Moyen-Orient et Afrique du nord	22 (3)		Inconnu	39 (5)
	Asie	18 (2)	Enceint-e au moment de l'agression	Non	735 (99)
	Pacifique	2 (0)		Oui	5 (1)
Lieu de l'agression	NA*	18	Menstruation	Non	552 (75)
	Domicile	418 (56)		Oui	68 (9)
	- Domicile de l'agresseur	195 (26)		Inconnu	120 (16)
	- Domicile de la victime	169 (23)	Baigné-e/douché/ corps lavé avant l'examen	Non	252 (34)
	- Domicile d'amis/membres de la famille	43 (6)		Oui	335 (45)
	- Domicile du couple	11 (1)		Inconnu	153 (21)
	Lieu public	144 (19)	Changé-e avant l'examen	Non	187 (25)
	Inconnu (amnésie)	78 (11)		Oui	300 (41)
	Hôtel	31 (4)		Inconnu	253 (34)
	Voiture	23 (3)	Consommation d'alcool habituelle	Non	211 (29)
	Établissement de soins	22 (3)		Occasionnellement	418 (57)
	Autre (y compris non spécifié)	17 (2)		Régulièrement	64 (9)
	Institution	3 (0)		Quotidiennement	38 (5)
	École	2 (0)		NA*	9
	Lieu de travail	2 (0)	Prise d'alcool avant l'agression	Non	264 (36)
Nombre d'agresseurs	Un	569 (77)		Oui	442 (60)
	Multiple	56 (8)		Inconnu	33 (4)
	Inconnu (amnésie)	115 (16)		NA*	1
Agresseur connu	Non	206 (28)	Consommation de drogue habituelle	Non	508 (70)
	Oui/Oui et non (1≤ agresseurs)	431 (58)		Occasionnellement	158 (22)
	- Ami/collègue/pair/connaissance	226 (53)		Régulièrement	36 (5)
	- Partenaire intime actuel	73 (17)		Quotidiennement	25 (3)
	- Autre (connu de la victime)	39 (9)		NA*	13
	- Ancien partenaire intime	37 (9)	Prise de drogue avant l'agression	Non	613 (84)
	- Autre (inconnu de la victime)	14 (3)		Oui	121 (16)
	- Membre de la famille	13 (3)		NA*	6
	- Connaissance de réseau social/Internet	12 (3)			
	- Figure d'autorité/soignant	10 (2)			
	- Inconnu	6 (1)			
	Inconnu (amnésie)	103 (14)			

*NA=Non applicable

La plupart des patient·e·s étaient originaires de Suisse (39 %) ou d'un autre pays européen (20 %), suivi par des personnes d'Amérique du nord, centrale ou du sud (8 %). Une petite proportion de patient·e·s s'étant présenté·e·s pour agression sexuelle étaient originaires d'Afrique subsaharienne (4 %), du Moyen-Orient et/ou d'Afrique du nord (3 %) ou encore d'Asie (2 %). La nationalité de 23 % des participant·e·s à l'étude était indiquée comme inconnue car le rapport de leur agression sexuelle n'en faisait pas mention. Soixante pour cent des patient·e·s demandant des soins d'urgence pour agression sexuelle étaient célibataires, 16 % marié·e·s (9 %) ou en concubinage (6 %), et 8 % étaient divorcé·e·s (6 %) ou séparé·e·s (2 %). Dans 16 % des déclarations d'agression sexuelle, il n'était pas fait mention du statut civil de la victime.

Dans 58 % des agressions sexuelles, la victime indiquait connaître son agresseur, contre 28 % de patient·e·s ne connaissant pas la personne qui les avait agressé·e·s. Parmi celles qui connaissaient leur agresseur, il s'agissait pour plus de la moitié (53 %) d'un ami/collègue/pair/ou connaissance. Les partenaires intimes actuels (17 %) et précédents (9 %) représentent une part significative des agresseurs connus. Membres de la famille et figures d'autorité ont été plus rarement cités comme auteur dans cette population de plus de 14 ans.

Dans 8 % des cas, il y avait plusieurs agresseurs (n = 56), généralement un mélange d'agresseurs connus et inconnus. L'agresseur sexuel avait agi seul dans 77 % des cas, et 16 % des patient·e·s étaient dans l'incapacité de dire combien ils étaient, pour cause d'amnésie (n = 115). Dix-sept pour cent des patient·e·s ont indiqué qu'il s'agissait d'une première agression sexuelle, contre 19 % qui ont dit en avoir déjà été victime auparavant. Soixante-quatre pour cent des constats d'agression sexuelle ne mentionnaient pas s'il s'agissait ou non d'une première agression.

Le·la procureur·e général·e était à l'origine de 40 % des examens médico-légaux pour agression sexuelle, tandis que 60 % des victimes étaient venues d'elles-mêmes aux urgences. Sept pour cent des patient·e·s ont expressément indiqué ne pas vouloir engager de poursuites, contre 17 % affirmant leur intention d'intenter une action judiciaire contre leur·s agresseur·s. Septante-cinq pour cent des constats d'agression sexuelle ne mentionnaient pas la volonté ou non des survivant·e·s d'initier une action en justice.

Cinquante et un pour cent des patient·e·s se sont présenté·e·s aux urgences dans les 24 heures suivant l'agression sexuelle subie, et 32 % dans les 24 à 72 h, établissant à 83 % le nombre de victimes faisant appel

aux urgences dans les trois jours. Treize pour cent se sont rendu·e·s à l'hôpital entre 72 heures et 7 jours après leur agression, 4 % ne se sont présenté·e·s qu'après une semaine.

Deux cent soixante-sept patient·e·s (36 %) présentaient une forme d'amnésie – soit partielle (n = 111, 42 %) soit totale (n = 156, 58 %). Il est impossible de différencier entre amnésie liée au traumatisme (dissociation péritraumatique) et amnésie due à la consommation d'alcool ou de substances.

La consommation de substances s'est avérée extrêmement fréquente dans notre échantillon : 442 patient·e·s (60 %) ont rapporté avoir consommé de l'alcool avant l'agression et 121 (16 %) ont dit avoir pris des substances. Au total, la plupart des patient·e·s (63 %, n = 467) ont déclaré avoir absorbé des substances, dont 96 ont dit avoir mélangé alcool et drogue. Interrogé·e·s sur leurs habitudes en matière d'alcool, 57 % (n = 418) ont répondu boire de manière occasionnelle et 14 % ont dit boire régulièrement (9 %) ou quotidiennement (5 %). Interrogé·e·s sur leurs habitudes en matière de drogue, 22 % (n = 158) ont admis recourir occasionnellement aux drogues et 14 % consommaient des drogues de façon régulière (5 %) ou quotidienne (3 %). Parmi les personnes consommant de la drogue, les substances les plus citées étaient le cannabis ou le haschich (81 %), la cocaïne (31 %) et l'ecstasy ou MDMA (10 %).

Caractéristiques des agressions

Un quart des patient·e·s environ était dans l'incapacité de se souvenir ou de spécifier le type de pénétration (s'il y avait eu pénétration) subie, du fait d'une amnésie. Une pénétration vaginale a été rapportée par 67 % (n = 485), une pénétration anale par 17 % (n = 122) et une pénétration orale par 21 % (n = 154) d'entre elles/eux (tableau 2). Cent nonante et un·e patient·e·s ont rapporté plus d'une zone de pénétration (2 zones pénétrées n = 145, 3 zones pénétrées n = 46). Parmi les personnes ayant indiqué avoir subi une pénétration vaginale, il s'agissait dans 85 % des cas d'une pénétration avec le pénis et dans 40 % des cas d'une pénétration digitale. Il a été rapporté une éjaculation dans 34 % des agressions sexuelles avec pénétration vaginale par le pénis.

Parmi les personnes ayant indiqué avoir subi une pénétration anale, il s'agissait dans 75 % des cas d'une pénétration avec le pénis et dans 33 % des cas d'une pénétration digitale. Il a été rapporté une éjaculation dans 13 % des agressions sexuelles avec pénétration anale par le pénis.

Tableau 2: Zones de pénétration lors des agressions sexuelles et types de pénétration (avec le pénis, le doigt, la langue, un objet ou autre (n = 740). Toutes les données sont en n (pourcentages par ligne). Il peut y avoir plus d'une zone de pénétration et plus d'un type de pénétration par personne*.

Zone de pénétration	Oui	Non	Inconnue (amnésie)	Pénétration avec le pénis	Éjaculation (Oui)	Éjaculation (Non)	Éjaculation inconnue (amnésie)	Digitale (doigt)	Langue	Objet	Autre
Vaginale	485 (67)	59 (8)	182 (25)	410 (85)	140 (34)	95 (23)	175 (43)	196 (40)	21 (4)	8 (2)	4 (1)
Anale	122 (17)	407 (57)	191 (27)	91 (75)	12 (13)	29 (32)	49 (54)	40 (33)	3 (2)	3 (2)	-
Orale	154 (21)	378 (52)	190 (26)	150 (97)	28 (19)	84 (57)	36 (24)	4 (3)	5 (3)	0	-

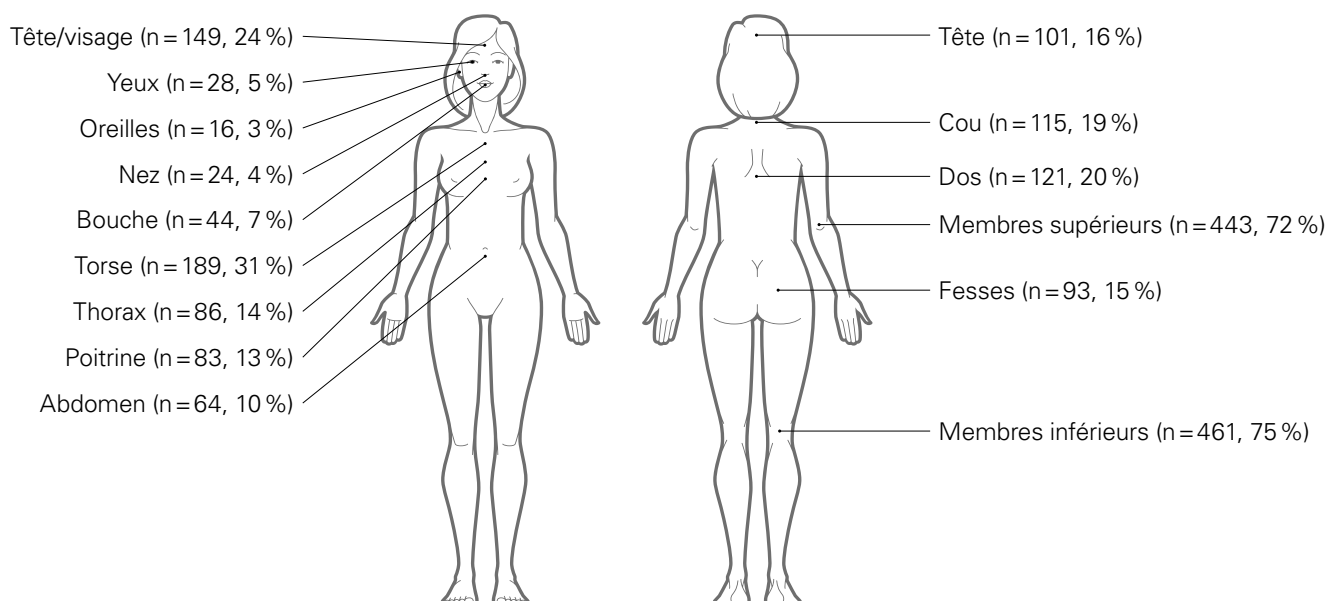
*4 % ont rapporté 0 pénétration. 72 % ont rapporté au moins 1 zone de pénétration. 24 % des victimes ont dit ne pas savoir ou ne pas se souvenir s'il y avait eu pénétration.

Pour 66 patient·e·s, l'agression sexuelle constituait la première pénétration vaginale (9 %). En ligne avec le profil d'âge de l'échantillon, 6 % des patient·e·s ont confirmé être ménopausé·e·s. 31 % des patient·e·s utilisaient un moyen contraceptif lors de leur agression, 9 % de l'ensemble de l'échantillon a indiqué être en période de menstruation, tandis qu'1 % des victimes étaient enceint·e·s.

Près de 60 % (n = 379) a déclaré que l'agression était intervenue sans préservatif, contre seulement 6 % des victimes qui mentionnait l'usage d'un préservatif. 32 % ne savaient pas si un préservatif avait été utilisé, pour cause d'amnésie.

Le recours à la violence physique ou psychologique a été mentionné dans 48 % (n = 355) des agressions sexuelles, et 22 % des patient·e·s n'avaient pas de certitude du fait d'une amnésie. Parmi les patient·e·s ayant subi de la violence, 95 % parlaient de violence physique (n = 336) et 32 % (n = 114) ont dit avoir subi une violence psychologique. Divers types de violence physique ont été employés, comme le maintien au sol par la contrainte (n = 244), les coups (36 %), la bousculade (31 %), la strangulation (25 %), le maintien par les cheveux (15 %) ou la morsure (7 %). Il a été fait mention de la contrainte par une arme dans 31 cas d'agression sexuelle, le couteau étant l'arme la plus souvent citée.

Figure 2: Lésions corporelles selon les zones (n = 619, 84 %)

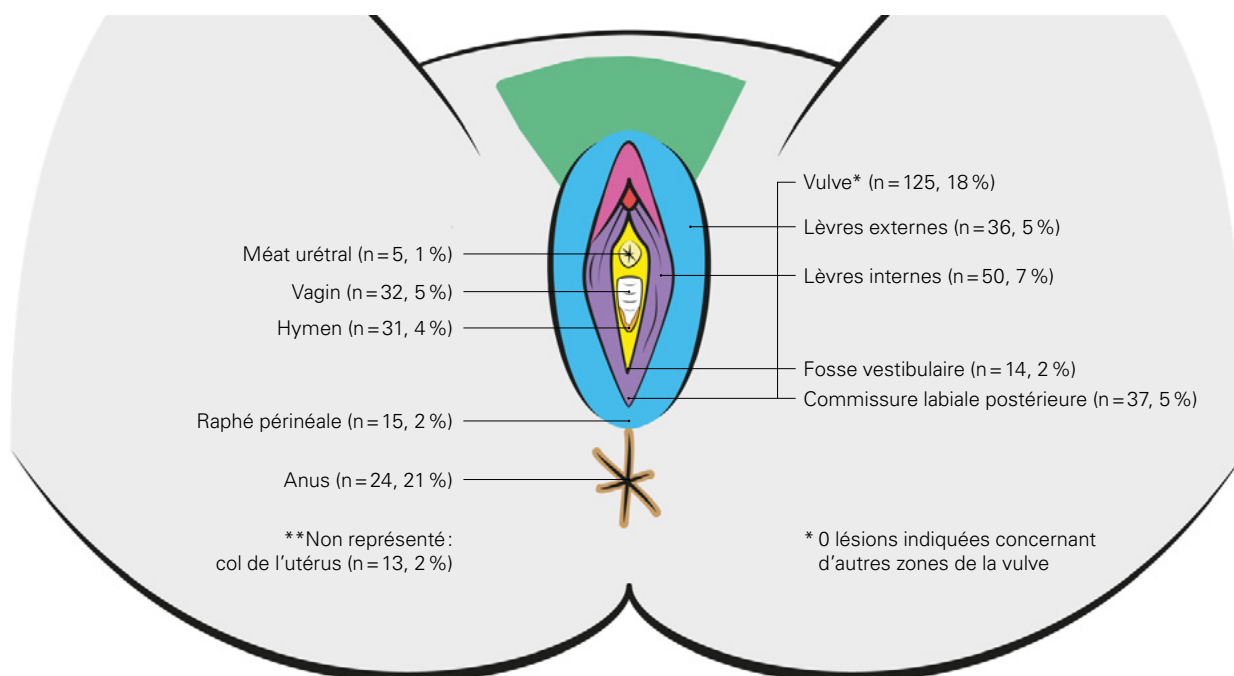


Les médecins légistes ont fait mention de lésions corporelles dans 84 % des rapports d'agression sexuelle (n = 619) (figure 2). Par ordre décroissant d'incidence, les lésions aux membres inférieurs (n = 461, 75 %) et aux membres supérieurs (n = 443, 72 %), suivi par les

lésions au torse (n = 189, 31 %), puis à la tête/au visage (n = 149, 24 %), au dos (n = 121, 20 %), au cou (n = 115, 19 %) et aux fesses (n = 93, 15 %) ont été les lésions corporelles enregistrées les plus fréquentes.

Graphique 3: Lésions ano-génitales (n = 196, 28 %) selon la zone, chez les patient·e·s ayant fait l'objet d'un examen gynécologique (n = 705). Lésions anales (n = 24, 21 %) chez les patient·e·s ayant fait l'objet d'un examen gynécologique et rapporté une pénétration anale (n = 113). Lésions génitales (n = 129, 28 %) chez les patient·e·s ayant fait l'objet d'un examen gynécologique et rapporté une pénétration vaginale (n = 467).

Illustration : Romain Dewaele® www.unige.ch/ssi



Examen gynécologique

Des 740 patient·e·s ayant rapporté une agression sexuelle, 23 n'ont pas souhaité d'examen gynécologique pour diverses raisons, la plus fréquente étant simplement le refus de se soumettre à l'examen n = 16 (70 %). Les données de l'examen gynécologique étaient par ailleurs indisponibles pour 12 autres participant·e·s à l'étude.

Lésions génitales

Sur les 705 patient·e·s ayant effectué un examen gynécologique, 24 % (n = 172) présentaient des lésions génitales. Parmi les 467 pénétrations vaginales rapportées, le pourcentage de lésions génitales était de 28 % (n = 129) (tableau 3).

Il a été constaté des lésions génitales chez 21 % des patient·e·s de 19 à 49 ans, 30 % des patient·e·s de 14 à 19 ans et 33 % des patient·e·s de 50 à 93 ans. Plus l'examen intervenait tôt après l'agression, plus les lésions génitales étaient fréquentes (<24 h : 27 %, de 24 h à 72 h : 25 %), pour décliner progressivement à 16 % de détection de 72 h à 1 semaine et enfin 12 % après 1 semaine et plus.

Des lésions génitales ont été relevées dans 38 % des agressions sexuelles impliquant plus d'un agresseur, et 25 % des agressions sexuelles perpétrées par un unique auteur. Dans les cas où la/le survivant·e connaissait l'agresseur, le pourcentage de lésions génitales était de 24 % contre 31 % quand elle ne connaissait pas l'auteur. Les pénétrations vaginales digitales (pénétration avec le doigt) et avec le pénis

présentaient des taux similaires de lésions génitales (28 % vs 27 %). Il y a eu 7 cas de pénétration vaginale par un objet, dont 3 (43 %) présentaient des lésions génitales.

La vulve représentait la zone la plus fréquente des lésions génitales, notamment au niveau des lèvres internes (n = 50, 7 %), commissure labiale postérieure (n = 37, 5 %) et des lèvres externes (n = 36, 5 %) (figure 3).

Lésions anales

Sur les 705 patient·e·s ayant effectué un examen gynécologique, 5 % (n = 38) présentaient des lésions anales. Sur les 113 patient·e·s ayant rapporté une pénétration anale, 21 % (n = 24) présentaient des lésions (tableau 4).

Tableau 3 : Fréquence des lésions génitales parmi les patient·e·s ayant fait l'objet d'un examen gynécologique (n = 705). Toutes les données sont en n (pourcentages par ligne).

Variable	Réponses	Toutes (N = 705)	Pas de lésions génitales (N = 533)	Lésions génitales (N = 172)
Âge	De 14 à 19	212	148 (70)	64 (30)
	De 20 à 49	451	357 (79)	94 (21)
	De 50 à 93	42	28 (67)	14 (33)
Délai jusqu'à l'examen	<24 h	357	260 (73)	97 (27)
	de 24 à 72 h	223	168 (75)	55 (25)
	de 72 h à 7 j	91	76 (84)	15 (16)
	> 1 sem.	32	28 (88)	4 (12)
	NA	2	1	1
Agresseur connu	Non	196	135 (69)	61 (31)
	Oui	409	311 (76)	98 (24)
	Ne sait pas (amnésie)	100	87 (87)	13 (13)
Nombre d'agresseurs	Un	541	406 (75)	135 (25)
	Multiple	52	32 (62)	20 (38)
	Ne sait pas (amnésie)	112	95 (85)	17 (15)
Pénétration vaginale	Non	47	42 (89)	5 (11)
	Oui	467	338 (72)	129 (28)
	Ne sait pas (amnésie)	177	145 (82)	32 (18)
	NA	14	8	6
Pénétration vaginale avec le pénis	Non	118	91 (77)	27 (23)
	Oui	396	289 (73)	107 (27)
	Ne sait pas (amnésie)	177	145 (82)	32 (18)
	NA	14	8	6
Pénétration vaginale digitale	Non	331	248 (75)	83 (25)
	Oui	183	132 (72)	51 (28)
	Ne sait pas (amnésie)	177	145 (82)	32 (18)
	NA	14	8	6
Pénétration vaginale avec un/des objet·s	Non	507	376 (74)	131 (26)
	Oui	7	4 (57)	3 (43)
	Ne sait pas (amnésie)	177	145 (82)	32 (18)
	NA	14	8	6
Nombre de pénétrants vaginaux	Aucun	50	43 (86)	7 (14)
	Un	342	249 (73)	93 (27)
	Plusieurs	122	88 (72)	34 (28)
	Ne sait pas (amnésie)	177	145 (82)	32 (18)
	NA	14	8	6
Pénétration anale	Non	386	289 (75)	97 (25)
	Oui	113	77 (68)	36 (32)
	Ne sait pas (amnésie)	186	154 (83)	32 (17)
	NA	20	13	7

Tableau 4 : Fréquence des lésions anales parmi les patient-e-s ayant fait l'objet d'un examen gynécologique (n = 705). Toutes les données sont en n (pourcentages par ligne).

Variable	Réponses	Toutes (N = 705)	Pas de lésions anales (N = 667)	Lésions anales (N = 38)
Âge	De 14 à 19	212	206 (97)	6 (3)
	De 20 à 49	451	423 (94)	28 (6)
	De 50 à 93	42	38 (90)	4 (10)
Délai jusqu'à l'examen	<24 h	357	337 (94)	20 (6)
	de 24 à 72 h	223	210 (94)	13 (6)
	de 72 h à 7 j	91	87 (96)	4 (4)
	> 1 sem.	32	31 (97)	1 (3)
	NA	2	2	0
Agresseur connu	Non	196	183 (93)	13 (7)
	Oui	409	387 (95)	22 (5)
	Ne sait pas (amnésie)	100	97 (97)	3 (3)
Nombre d'agresseurs	Un	541	512 (95)	29 (5)
	Plusieurs	52	48 (92)	4 (8)
	Ne sait pas (amnésie)	112	107 (96)	5 (4)
Pénétration anale	Non	386	380 (98)	6 (2)
	Oui	113	89 (79)	24 (21)
	Ne sait pas (amnésie)	186	180 (97)	6 (3)
	NA	14	18	2
Pénétration anale avec le pénis	Non	415	406 (98)	9 (2)
	Oui	84	63 (75)	21 (25)
	Ne sait pas (amnésie)	186	180 (97)	6 (3)
	NA	20	18	2
Pénétration anale digitale	Non	462	436 (94)	26 (6)
	Oui	37	33 (89)	4 (11)
	Ne sait pas (amnésie)	186	180 (97)	6 (3)
	NA	20	18	2
Pénétration anale avec un objet	Non	496	467 (94)	29 (6)
	Oui	3	2 (67)	1 (33)
	Ne sait pas (amnésie)	186	180 (97)	6 (3)
	NA	20	18	2
Nombre de pénétrants anaux	Aucun	386	380 (98)	6 (2)
	Un	102	80 (78)	22 (22)
	Plusieurs	11	9 (82)	2 (18)
	Ne sait pas (amnésie)	186	180 (97)	6 (3)
	NA	20	18	2
Pénétration vaginale	Non	47	40 (85)	7 (15)
	Oui	467	445 (95)	22 (5)
	Ne sait pas (amnésie)	177	169 (95)	8 (5)
	NA	14	13	1

Tableau 5 : Facteurs selon le délai de la consultation médico-légale pour agression sexuelle. Toutes les données sont en n (pourcentages par ligne).

Variable	Modalité	Toutes* (N=738)	Consultation tardive (≥ 24 h) (N=364)	Consultation rapide (<24 h) (N=374)
Mandatée par le-la procureur-e	Non	440	252 (57)	188 (43)
	Oui	298	112 (38)	186 (62)
Âge	De 14 à 19	220	101 (46)	119 (54)
	De 20 à 49	474	238 (50)	236 (50)
	De 50 à 93	44	25 (57)	19 (43)
Violence physique	Non	235	119 (51)	116 (49)
	Oui	336	172 (51)	164 (49)
	Ne sait pas (amnésie)	159	70 (44)	89 (56)
	Manquant	8	3	5
Arme	Non	536	270 (50)	266 (50)
	Oui	31	18 (58)	13 (42)
	Inconnu	162	72 (44)	90 (56)
	Manquant	9	4	5
Amnésie	Non	473	233 (49)	240 (51)
	Oui	265	131 (49)	134 (51)
Agresseur connu	Non	206	88 (43)	118 (57)
	Oui	430	240 (56)	190 (44)
	Ne sait pas (amnésie)	102	36 (35)	66 (65)
Nombre d'agresseurs	Un	568	291 (51)	277 (49)
	Plusieurs	56	29 (52)	27 (48)
	Ne sait pas (amnésie)	114	44 (39)	70 (61)
Ingestion d'alcool avant l'agression	Non	262	157 (60)	105 (40)
	Oui	442	183 (41)	259 (59)
	Inconnu	33	23 (70)	10 (30)
	Manquant	1	1	0
Ingestion de drogue avant l'agression	Non	611	310 (51)	301 (49)
	Oui	121	52 (43)	69 (57)
	Manquant	6	2	4
Pénétration vaginale	Non	59	31 (53)	28 (47)
	Oui	485	244 (50)	241 (50)
	Ne sait pas (amnésie)	180	85 (47)	95 (53)
	Manquant	14	4	10
Pénétration vaginale avec le pénis	Non	134	64 (48)	70 (52)
	Oui	410	211 (51)	199 (49)
	Ne sait pas (amnésie)	180	85 (47)	95 (53)
	Manquant	14	4	10
Pénétration vaginale digitale	Non	348	177 (51)	171 (49)
	Oui	196	98 (50)	98 (50)
	Ne sait pas (amnésie)	180	85 (47)	95 (53)
	Manquant	14	4	10
Pénétration vaginale avec un/des objet-s	Non	536	268 (50)	268 (50)
	Oui	8	7 (88)	1 (12)
	Ne sait pas (amnésie)	180	85 (47)	95 (53)
	Manquant	14	4	10
Nombre de pénétrants vaginaux	Aucun	62	32 (52)	30 (48)
	Un	350	170 (49)	180 (51)
	Plusieurs	132	73 (55)	59 (45)
	Ne sait pas (amnésie)	180	85 (47)	95 (53)
	Manquant	14	4	10
Pénétration anale	Non	407	199 (49)	208 (51)
	Oui	122	67 (55)	55 (45)
	Ne sait pas (amnésie)	189	89 (47)	100 (53)
	Manquant	20	9	11
Pénétration anale avec le pénis	Non	438	210 (48)	228 (52)
	Oui	91	56 (62)	35 (38)
	Ne sait pas (amnésie)	189	89 (47)	100 (53)
	Manquant	20	9	11
Pénétration anale digitale	Non	489	248 (51)	241 (49)
	Oui	40	18 (45)	22 (55)
	Ne sait pas (amnésie)	189	89 (47)	100 (53)
	Manquant	20	9	11
Pénétration anale avec un/des objet (s)	Non	526	265 (50)	261 (50)
	Oui	3	1 (33)	2 (67)
	Ne sait pas (amnésie)	189	89 (47)	100 (53)
	Manquant	20	9	11
Nombre de pénétrants anaux	Aucun	407	199 (49)	208 (51)
	Un	110	59 (54)	51 (46)
	Plusieurs	12	8 (67)	4 (33)
	Ne sait pas (amnésie)	189	89 (47)	100 (53)
	Manquant	20	9	11
Pénétration orale	Non	378	187 (49)	191 (51)
	Oui	154	82 (53)	72 (47)
	Ne sait pas (amnésie)	188	87 (46)	101 (54)
	Manquant	18	8	10

*Pas d'information de délai jusqu'à la consultation pour 2 victimes.

Tableau 6: Fréquence du traitement et de rendez-vous de suivi. Toutes les données sont en n (pourcentages par ligne).

Variable	Modalité	N=740
Contraception d'urgence prescrite	Non	261 (35)
	Oui	225 (30)
	Manquant	254 (34)
Prophylaxie de la gonorrhée (ceftriaxone)	Non	135 (18)
	Oui	213 (29)
	Manquant	392 (53)
Prophylaxie de la chlamydia (azithromycine)	Non	120 (16)
	Oui	251 (34)
	Manquant	368 (50)
	Non applicable	1
Vaccin/immunoglobulines contre l'hépatite B	Non	273 (37)
	Oui	111 (15)
	Manquant	353 (48)
	Non applicable	3
Kit de PEP et PEP prescrite	Non	201 (27)
	Oui	226 (31)
	Manquant	311 (42)
	Non applicable	2
Rendez-vous proposé avec le Service des maladies infectieuses (HUG)		N=440
	Non	73 (17)
	Oui	154 (35)
	Manquant	213 (48)
	Non applicable	1
Consultation UIMPV proposée (HUG)		N=440
	Non	49 (11)
	Oui	218 (50)
	Manquant	173 (39)

Tableau 7: Consommation d'alcool selon le type d'agresseur (si connu). Toutes les données sont en n (pourcentages par ligne).

Type d'agresseur	N	Pas d'alcool (N=264)	Alcool (N=442)	Consommation inconnue (N=33)
Ami/collègue/pair/connaissance	226	93 (41)	127 (56)	6 (3)
Inconnu (agresseur inconnu de la/du survivant-e)	206	51 (25)	142 (69)	13 (6)
Ne sait pas (amnésie)	103	10 (10)	90 (87)	3 (3)
Partenaire intime actuel	73	45 (62)	22 (30)	6 (8)
Autre (connu de la/du survivant-e)	39	17 (44)	19 (49)	3 (8)
Ancien partenaire intime	37	19 (51)	16 (43)	2 (5)
Autre (inconnu de la/du survivant-e)	14	2 (14)	11 (79)	1 (7)
Membre de la famille	13	7 (54)	6 (46)	0 (0)
Connaissances de réseaux sociaux/Internet	12	8 (67)	4 (33)	0 (0)
Figure d'autorité/soignant	10	9 (90)	1 (10)	0 (0)
Manquant	6	3 (50)	3 (50)	0 (0)
NA	1	NA	1	NA

De toutes les patient-e-s qui n'utilisaient pas de moyen de contraception, n'étaient pas enceint-e-s ou ménopausé-e-s, 264 ont rapporté une pénétration vaginale et/ou anale avec le pénis. Parmi ces 264 patient-e-s, il a été administré une contraception d'urgence à 118 d'entre elles/eux (45 %) et pas à 34 (13 %). Les raisons pour lesquelles les 34 patient-e-s éligibles n'ont pas reçu de contraception d'urgence sont soit un refus de leur part (n = 12) soit un motif inconnu (n = 22). Pour 111 patient-e-s (42 %), on ne sait pas si elles/ils ont ou non reçu une contraception d'urgence.

Il a été prescrit une prophylaxie antibiotique de la gonorrhée (ceftriaxone 500 mg) à 29 % des victimes, et une prophylaxie antibiotique de la chlamydia (azithromycine 1 g) à 34 % des victimes. De même, il a été prescrit une prophylaxie post-exposition à l'infection du VIH (PEP-VIH emtricitabine/ténofovir et lopinavir/ritonavir) dans 31 % des cas, et dans 42 % des cas, l'information sur son éventuelle prescription manque. À Genève, il a été recommandé à 35 % des patient-e-s un rendez-vous de suivi avec un spécialiste des maladies infectieuses.

Discussion

Notre étude met en lumière les caractéristiques clés des profils sociodémographiques et des agressions des victimes ayant rapporté une agression sexuelle entre 2018 et 2021 dans les cantons de Genève et de Vaud, en Suisse. Ces résultats peuvent être utilisés afin de mettre en œuvre des programmes de prévention, de soins et d'éducation contre les agressions sexuelles, à destination des hommes et des femmes, programmes basés sur les faits et les preuves, ainsi que sur les attitudes et les comportements vis-à-vis du viol et de la culture du viol, afin d'aider à contrer les mythes liés au viol et prévenir les agressions sexuelles.

Prévention

Le viol n'implique pas forcément un étranger.

L'un des mythes les plus communs à propos du viol et de l'agression sexuelle est qu'ils impliquent généralement un étranger. Cependant, comme déjà démontré dans des études à large échelle sur les violences et les relations de genre, nos résultats révèlent que le viol n'implique pas forcément un étranger, puisque 58 % des patient·e·s reçu·e·s en consultation rapportaient connaître l'agresseur⁽³⁹⁾. Toutefois, la population ayant consulté les urgences diffère de celle qui s'est rendue aux centres LAVI : par rapport aux patient·e·s des centres LAVI, notre population est plus jeune et les agresseurs sont rarement un partenaire intime, mais plutôt des amis, des collègues ou des connaissances (53 %). Il se peut que les victimes de violences de la part d'un·e partenaire intime rapportent moins souvent, voire jamais, les agressions sexuelles, ou qu'elles le fassent ailleurs que dans les services d'urgence. C'est important non seulement d'un point de vue épidémiologique, mais essentiel aussi pour planifier comment fournir un traitement et un suivi à différentes populations et pour organiser la sensibilisation et la formation des professionnel·le·s de santé.

Week-end/été

Nos résultats soulignent un élément clé qui peut aider à améliorer la mise à disposition des services aux victimes d'agression sexuelle, ainsi que les stratégies de prévention et d'éducation : les agressions sexuelles déclarées aux urgences sont plus fréquentes durant les mois d'été et le week-end. Les services d'urgence des hôpitaux suisses doivent avoir conscience de l'incidence accrue des agressions sexuelles durant ces périodes et prendre les mesures nécessaires pour y

faire face. Un rapport analysant le schéma saisonnier des crimes entre 1993 et 2010 aux États-Unis identifie une tendance identique dans les taux de viol et d'agression sexuelle, également plus élevés en été qu'en hiver, au printemps et à l'automne⁽⁴⁰⁾. On ignore toutefois la raison pour laquelle ces crimes surviennent plus souvent l'été et si cela est dû aux températures plus élevées, à l'allongement des journées, à des emplois du temps plus flexibles pendant les vacances ou au nombre moindre de couches de vêtements pour les victimes comme pour les agresseurs⁽⁴¹⁾. Un rapport analysant le schéma des agressions sexuelles selon les jours de la semaine au Royaume-Uni a montré des résultats similaires, avec un nombre plus élevé d'agressions sexuelles le week-end (vendredi, samedi, dimanche). Il établit aussi qu'avec une météo plus clémente, plus de gens socialisent en extérieur, plus longtemps et plus tard, ce qui induit une hausse des agressions sexuelles⁽⁴¹⁾. Les efforts de prévention et les campagnes d'éducation doivent être intensifiés en périodes de festivals d'été et de vie nocturne estivale. Cela comprend la sensibilisation à et la démystification des nombreux stéréotypes entourant le viol⁽⁴²⁾.

Les sources d'information et les campagnes existantes et futures pourraient associer des messages de prévention et d'éducation sur la façon de réagir à une agression sexuelle, y compris quand, où et pourquoi consulter dans les services d'urgence. Le site officiel du canton de Vaud explique déjà où et comment faire appel à des soins médicaux après une agression sexuelle⁽⁴³⁾. Le site du canton de Genève renvoie principalement aux services de police et mentionne la possibilité d'une consultation à l'hôpital pour un examen médico-légal qui peut collecter des preuves de l'agression⁽⁴⁴⁾. Les informations disponibles sur ces sites peuvent être mises à jour avec des indications claires sur la façon dont sont collectées les preuves et sur les soins que les victimes peuvent recevoir. Que ces dernières souhaitent ou non porter plainte, les informations sur les traitements prophylactiques, des conseils, des informations et un soutien psychologique peuvent y être détaillées.

Amnésie, consommation de substances, traumatisme

Des nombreuses études transversales ont identifié un lien fréquent entre consommation d'alcool (par la victime, l'agresseur ou les deux) et agression sexuelle^(30,45-47). L'alcool est considéré comme un facteur de risque dans les actes d'agression sexuelle, avec 34 % à 74 % des auteurs de violences sexuelles indiquant avoir consommé de l'alcool lors de l'agression commise⁽⁴⁸⁻⁵⁰⁾. La consommation d'alcool et de drogue atténue la perception du risque par la victime et l'agresseur, et renforce la vulnérabilité à la violence^(48,51). En ligne avec de précédentes publications, la consommation d'alcool et de drogue était fréquente chez les patient·e·s ayant rapporté une agression sexuelle au sein de notre population. Il n'a pas été systématiquement fait d'investigations toxicologiques et nous ne sommes donc pas en mesure d'évaluer la consommation d'alcool et de drogue parmi les auteurs des agressions sexuelles. Au sein des populations de patient·e·s de Genève et Lausanne ayant rapporté des agressions sexuelles, 60 % ont indiqué que l'alcool était impliqué. À titre de comparaison, dans une étude précédemment menée au sein des Hôpitaux universitaires de Genève, 48 % de la population se présentant suite à une agression sexuelle avait consommé de l'alcool⁽⁴⁵⁾. Cette incidence moindre de consommation d'alcool peut s'expliquer par le fait que des enfants étaient inclus à l'étude. Alors que d'autres études indiquaient une consommation de drogues dans 34 % des agressions sexuelles, 16 % de notre population de victimes a dit avoir pris de la drogue avant l'agression subie (n = 121)⁽⁵²⁾.

Certains chercheurs et chercheuses différencient entre victimes sous influence de substances ou viol en situation d'incapacité et viol forcé^(26, 28). Dans ces études, le viol forcé implique l'usage de la force physique ou de la menace du recours à la force physique et la menace de lésion. Le viol en incapacité est habituellement associé à une consommation volontaire ou l'ingestion de substances sans en avoir conscience : viol facilité par la drogue ou l'alcool. Jugé utile pour une prévention et des campagnes d'information fondées, ce type de différenciation est considéré comme devant faire partie de l'ensemble minimal de données sur les agressions sexuelles^(46,51). Selon une analyse de Testa et Livingston, « il apparaît que la plupart des événements de viol en incapacité suivent la consommation volontaire de grandes quantités d'alcool, et non une ingestion contrainte par la seule volonté délibérée de l'agresseur », en particulier parmi les jeunes femmes⁽⁴⁶⁾. La

consommation d'alcool est moins souvent impliquée dans les agressions sexuelles par le partenaire intime actuel que dans tout autre type de relation victime-agresseur, ce qui se retrouve aussi dans notre population (tableau 7)⁽⁴⁶⁾. L'alcool peut être associé à un risque accru d'agression sexuelle, notamment dans le cas de partenaires non intimes^(53,54). Le risque augmente avec une forte consommation d'alcool⁽⁴⁶⁾. L'OMS définit la consommation excessive épisodique (heavy episodic drinking - HED) comme la consommation de 60 grammes ou plus d'alcool pur en une seule occasion⁽⁵⁵⁾. La consommation de 60 grammes d'alcool pur correspond environ à 6 verres d'alcool standards - par exemple, 1 verre de vin (1 dl) 12 % vol = 9,6 g d'éthanol, 1 bière (3 dl) 4,5 % vol = 10,8 g d'éthanol^(55,56). Dans des recherches et actions de prévention à venir, nous souhaiterions différencier la consommation excessive d'alcool épisodique (HED) et d'autres types de consommation. Des informations plus détaillées sur ce point pourraient aider à améliorer les programmes de prévention et de réduction des risques. De futures campagnes de prévention en Suisse pourraient utiliser nos données pour promouvoir la prise de conscience quant à l'importance de relations sexuelles sûres et consenties lorsque l'alcool est impliqué et initier une approche basée sur la communauté, qui éviterait de faire peser le poids de la prévention uniquement sur les femmes.

La forte consommation d'alcool peut contribuer à l'amnésie. En effet, la moitié des patient·e·s ayant indiqué avoir consommé de l'alcool rapportaient une amnésie, contre moins de 15 % présentant une amnésie sans consommation d'alcool. Nous ne pouvons toutefois pas tirer de conclusions dans notre échantillon et savoir quand et comment l'amnésie est liée à la consommation d'alcool ou d'autres substances, le traumatisme ou l'association de plusieurs causes. La dissociation péritraumatique est définie comme « un faisceau complexe de réactions au moment du traumatisme, incluant la dépersonnalisation, la déréalisation, l'amnésie dissociative, les expériences « hors du corps », l'anesthésie émotionnelle et des altérations de la perception du temps »⁽⁵⁷⁾. De précédentes études ont trouvé des corrélations entre ce type de dissociations péritraumatiques et les troubles de stress aigu et de stress post-traumatique⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾. Des formations visant à renforcer les compétences des professionnel·le·s à détecter les facteurs de risque associés aux troubles de stress aigu pourrait améliorer les soins, en particulier, dans la phase aiguë afin de réduire le risque de développer un trouble mental⁽⁵⁹⁾.

Re-victimisation

Avoir subi une agression sexuelle antérieure est un facteur clé de vulnérabilité à la re-victimisation sexuelle⁽⁶⁰⁻⁶²⁾. Une étude rétrospective sur 10 ans similaire, menée en Italie, révélait que 26,7 % des femmes rapportant une agression sexuelle avaient été antérieurement exposées à des violences sexuelles. Dans notre échantillon, 19 % des agressions sexuelles rapportées concernaient des patient·e·s ayant déjà subi au moins une agression sexuelle, sachant que 64 % des rapports d'agression sexuelle ne contenaient pas d'information sur une éventuelle agression sexuelle antérieure. Une méta-analyse récente montre que presque 50 % de tous les enfants victimes d'abus sexuels en sont à nouveau victimes à un moment ultérieur de leur vie⁽⁶²⁾. Ce niveau très élevé de re-victimisation souligne la nécessité de demander systématiquement aux patient·e·s si elles/ils subissent des violences ou ont auparavant subi des violences, afin de fournir le soutien adapté. Cela souligne aussi la nécessité d'informer les patient·e·s et les professionnel·le·s de santé qu'avoir subi une agression antérieure augmente le risque d'être victime d'une nouvelle agression, afin d'initier la prévention ou le traitement adéquats. Récemment, des chercheur·euse·s ont identifié un lien entre hypersexualité ou comportement sexuel compulsif et traumatisme expérimenté^(63,64). Les symptômes post-traumatiques pourraient induire un comportement sexuel compulsif à travers la dépression, la honte et la culpabilité⁽⁶⁴⁾.

Soins

Les consultations médico-légales pour agression sexuelle se font au sein des services d'urgence, habituellement dans un délai assez court, et sont une opportunité unique de fournir aux patient·e·s les traitements nécessaires contre les IST, les grossesses non désirées et les symptômes de troubles psychiatriques. Dans notre échantillon, 83 % des patient·e·s ont demandé une consultation suite à leur agression sexuelle dans les 72 heures.

Seules 31 % (n = 230) ont indiqué utiliser un contraceptif, soit un pourcentage très faible comparé à celui de l'Office fédéral de la statistique selon lequel deux femmes sur trois utilisent une ou plusieurs méthodes contraceptives⁽⁶⁵⁾. En outre, seul·e·s de 6 à 11 % des patient·e·s de notre échantillon ont rapporté qu'un préservatif avait été utilisé lors de l'agression. Le contra-

ceptif d'urgence (ulipristal acétate 30 g ou un dispositif intra-utérin de cuivre) peut être pris jusqu'à 5 jours (120 heures) après le rapport sexuel non protégé. Ce type d'information devrait être largement diffusé dans les campagnes d'information.

Trente-et-un pour cent des patient·e·s ont reçu le kit initial de Prophylaxie post-exposition, en attendant leur rendez-vous de suivi avec le spécialiste des maladies infectieuses (HUG) ou le gynécologue (CHUV). Le manque d'information des constats d'agression sexuelle des patient·e·s sur les traitements suivis a limité notre analyse rétrospective. De nombreux rapports ne faisaient pas mention des informations relatives aux traitements et rendez-vous de suivi. (Données manquantes : suivi des maladies infectieuses : 61 %, contraception d'urgence : 34 %, prophylaxie antibiotique contre la gonorrhée : 53 %, prophylaxie antibiotique contre la chlamydia : 50 %). À titre comparatif, dans une étude réalisée aux États-Unis portant sur 939 rapports d'agression sexuelle et les médications prescrites suite à la visite aux urgences, 45,3 % de leurs patient·e·s avaient reçu une contraception d'urgence, et 97,3 % n'avaient pas reçu de médicament prophylactique antiviral post-exposition. Les résultats indiquent aussi que les victimes d'une agression sexuelle perpétrée par un partenaire intime avaient une probabilité inférieure de 48 % de se voir prescrire des antibiotiques et une contraception d'urgence⁽⁶⁶⁾. Les études, tout comme notre expérience clinique, montrent que des facteurs tels que les craintes d'IST, de VIH et de grossesse d'un·e patient·e sont liées à un comportement de recherche d'un traitement^(67,68). De futures études prospectives peuvent donner plus d'informations en termes d'indications, de prescriptions, d'acceptation et d'adhérence aux antibiotiques, antirétroviraux et contraception d'urgence, qui sont des éléments que nous ne pouvons pas explorer actuellement. Nos protocoles ne contiennent pas de recommandations et d'informations sur le Papillomavirus humains (HPV). Toutefois, les personnes ayant été sexuellement agressées ont un risque de contracter une infection à HPV et la vaccination contre les HPV est très efficace. Compte tenu de l'âge de la population de cette cohorte, l'information et les soins pourraient également englober les HPV, les tests de dépistage cervicaux et, lorsque c'est pertinent, la vaccination contre les HPV^(69,70).

COVID-19

De nombreuses études ont relevé une baisse significative du nombre de patient·e·s se présentant aux urgences durant la pandémie de COVID-19, y compris de femmes réclamant des soins d'urgence suite à une agression sexuelle ⁽⁷¹⁻⁷⁵⁾. La littérature montre que les cas rapportés d'agression sexuelle ont baissé de 30 % à 50 % au début de la pandémie ^(74,75). Les hypothèses potentielles incluent la baisse de certaines formes de violence sexuelle durant cette période, la peur d'une exposition au COVID-19 aux urgences et le manque de connaissance de la disponibilité des services. S'il y a eu moins de cas absolus de constats d'agression sexuelle, l'agresseur tendait plus souvent à être le partenaire intime, l'ex-partenaire intime ou un membre de la famille que dans les constats d'avant le COVID-19 ^(74,75). De nombreux pays ont rapporté une hausse des violences domestiques durant la pandémie de coronavirus (COVID-19), notamment une incidence et une sévérité plus importantes de la violence ^(76,77). Bien que nous n'ayons pas de données sur les constats des violences domestiques durant le COVID-19, nos résultats montrent également qu'un nombre moindre de femmes a déclaré une agression sexuelle aux urgences gynéco-obstétricales des hôpitaux universitaires de Genève et Lausanne en 2020 qu'en 2018, 2019 et 2021.

Détection des lésions/Documentation des preuves

La recherche médico-légale a prouvé que les lésions documentées peuvent être un facteur important dans la prédiction du résultat des poursuites pour agression sexuelle et qu'en conséquence, la documentation des lésions est essentielle dans l'examen forensique des victimes d'agression sexuelle ⁽⁷⁸⁻⁸⁰⁾. 45 % de nos patient·e·s s'étaient lavé·e·s ou avaient pris un bain avant de se rendre aux urgences. Même s'il reste possible de collecter des preuves, il est préférable que les victimes ne se baignent ou ne se douchent pas, ne se brossent pas les dents et n'aillent pas aux toilettes avant l'examen médico-légal. Les lésions ano-génitales étaient plus fréquentes chez les patient·e·s examiné·e·s dans les 24 heures suivant l'agression ⁽⁸¹⁾. Dans la littérature, la prévalence des lésions ano-génitales a été rapportée dans la large fourchette de 6 % à 87 % des victimes demandant des soins d'urgence pour agression sexuelle ⁽⁸¹⁾. Notre étude a révélé que 28 % (n = 196) des victimes avaient un type de lésion ano-génitale. Une recherche sur les lésions suite à

un rapport sexuel consenti révèle aussi la présence de lésions génitales dans une large fourchette de patient·e·s, de 6 % à 73 %, et de 6 % à 55 % si on exclut les mineur·e·s ⁽⁸²⁾.

Lésions génitales

La recherche a montré que l'expérience et le niveau de formation en matière de détection des lésions liées à une agression sexuelle de la personne effectuant l'examen peut influencer la prévalence des lésions génitales identifiées ^(83,84). Le fait que les Hôpitaux universitaires de Genève et de Lausanne aient des médecins se trouvant à divers stades de leur formation médicale peut engendrer des variations en termes de détection des lésions génitales selon que les médecins sont seniors ou en début de carrière. En Suisse, il n'est pas encore d'usage d'avoir des experts et expertes se consacrant exclusivement à documenter et traiter les victimes d'agression sexuelle. Un autre facteur contribuant à la sensibilité de la détection des lésions ano-génitales est lié au processus utilisé - simple examen visuel, mise en évidence avec bleu de toluidine, colposcopie ou anoscopie. La colposcopie est également utilisée à des fins de documentation, d'interprétation et d'analyse par des experts et expertes, ainsi que dans un but d'éducation.

Les études ont montré que des médecins légistes formé·e·s à la colposcopie obtiennent des preuves de lésions ano-génitales chez 71 % à 86 % des victimes de viol, ^(85,86) soit un chiffre bien supérieur aux 28 % de lésions ano-génitales détectés dans notre échantillon ⁽⁸⁶⁾. Ces mêmes études ont montré qu'il y a peu de différence dans la détection des lésions ano-génitales par simple examen visuel ou colposcopie si le médecin effectuant l'examen dispose d'une solide formation en matière d'agression sexuelle ^(78,86). Dans notre étude, nous ne sommes pas à même de déterminer s'il y a eu un recours systématique au colposcope, bien que les protocoles du CHUV comme des HUG précisent que la colposcopie doit être systématique. Cela suggère la nécessité d'améliorer la formation aux examens ano-génitaux et à l'usage du colposcope par les médecins les plus jeunes. Bien que l'examen gynécologique soit effectué par des gynécologues, les médecins légistes sont également présent·e·s durant l'examen et apprennent à détecter et reconnaître les lésions. Avec la/le gynécologue, elles/ils peuvent contribuer à l'évaluation et à l'interprétation éventuelle des lésions.

Lésions anales

D'autres études de la prévalence des lésions anales suite à une pénétration anale donnent des taux variant de 16 % à 22,3 % ^(81,87). Nos résultats sont dans cette fourchette, avec des lésions anales chez environ 21 % des patient·e·s ayant rapporté une pénétration anale de tous types (avec le pénis, le doigt ou un objet). Les lésions anales sont de moins en moins fréquentes lors d'une détection faite après 72 heures, ce à quoi notre étude fait aussi écho ⁽⁴⁹⁾.

La pénétration anale n'a pas induit de lésions anales visibles dans la majorité des cas. L'examen anal externe peut être insuffisant pour identifier les lésions anales et une anoscopie peut être nécessaire. Les lésions anales peuvent aussi être minimisées du fait de l'usage de fluides corporels ou autres lubrifiants. On ne dispose d'aucune étude évaluant les traumatismes anaux résultant d'une pénétration anale consentie ⁽⁸¹⁾. Les tests au bleu de toluidine ont permis de détecter plus de déchirures au niveau de l'anus que les simples examens visuels, mais pas plus que la colposcopie ⁽⁷⁸⁾.

Nous espérons que nos données sur les agressions sexuelles avec pénétration anale contribueront à changer la définition légale du viol en Suisse.

Lésions corporelles

Nous avons trouvé des résultats similaires confirmant ceux d'autres études – les lésions corporelles (non génitales) sont plus fréquentes que les lésions anogénitales chez les personnes ayant subi une agression sexuelle ⁽⁸¹⁾. Des lésions corporelles ont ainsi été enregistrées dans 84 % des constats d'agression sexuelle, les lésions aux membres inférieurs et supérieurs étant les plus fréquentes. Les médecins légistes ont identifié des lésions corporelles chez 63 % des victimes ayant recouru aux soins d'urgence dans une étude menée aux Hôpitaux universitaires de Genève entre 2005 et 2014 ⁽⁴⁵⁾. Toutefois, les patient·e·s mineur·e·s représentaient 26 % de l'échantillon, tandis que notre étude a porté sur des personnes de 14 ans et plus. Les médecins légistes, pendant leur formation de médecin interne, ne font pas de rotation et sont formé·e·s et expérimenté·e·s dans la documentation et l'identification des lésions corporelles. Cela fait partie de leur pratique quotidienne.

Rapports à la police

Dans notre étude, 7 % des victimes ont clairement indiqué ne pas vouloir tenter d'action en justice, alors que 17 % déclaraient vouloir porter plainte contre leur agresseur et que pour l'énorme pourcentage de 75 % des agressions sexuelles, nous n'avons pas l'information, soit parce qu'elle n'a pas été incluse au rapport soit parce que les victimes n'avaient pas encore décidé si elles allaient ou non poursuivre leur agresseur. Aux États-Unis, des études de recherche à large échelle suggèrent que seules 5 à 20 % des agressions sexuelles sont rapportées à la police. Au Royaume-Uni, les dernières estimations de la « Crime Survey for England and Wales » (CSEW - une étude sur les crimes commis en Angleterre et au Pays de Galles) a montré que moins d'une femme sur six (16 %) et moins d'un homme sur cinq (19 %) de 16 à 59 ans, victimes d'agression sexuelle par viol ou pénétration depuis l'âge de 16 ans, le rapportait à la police ⁽²⁵⁾. Pour rappel, en 2021, 757 viols étaient rapportés dans les statistiques policières suisses de la criminalité, ainsi que 720 agressions sexuelles ⁽²³⁾. En se basant sur les estimations les plus modérées selon lesquelles seules 20 % des agressions sexuelles sont rapportées à la police, on peut estimer que le nombre hypothétique des agressions sexuelles dépasserait très largement les 700 (3785 viols et 3600 agressions sexuelles). Le fait que les victimes ne rapportent pas leur agression sexuelle à la police peut avoir toute une série de raisons, telles que la honte, la défiance vis-à-vis du système de justice criminelle, la peur des représailles, etc. Les recherches montrent aussi que de nombreuses victimes d'agression sexuelle ne l'identifient pas forcément comme telle et en conséquence, ne la rapporte pas ^(89,90). Cela peut évidemment entraîner une re-victimisation.

L'échantillon était en majorité composé de personnes originaires de Suisse (39 %) et d'autres pays européens (20 %). Bien que les cantons de Vaud et de Genève aient des taux de population étrangère différents (34 % pour Vaud et 41 % pour Genève), on peut se demander si les non-Suisses consultent moins fréquemment suite à une agression sexuelle pour cause de barrières économiques, d'assurance, de langue, d'accès, de culture ou d'information ^(43,91). Les futures campagnes d'information et de prévention pourraient investiguer et éventuellement cibler/inclure plus spécifiquement les populations non-suisse.

Forces

Nous décrivons l'utilisation d'un protocole médico-légal reproductible pour la prise en charge des personnes ayant subi une agression sexuelle et les formes adéquates de documentation de leurs caractéristiques dans les services d'urgence gynéco-obstétricale dans deux cantons suisses. Les HUG et le CHUV sont les deux plus grands hôpitaux de Suisse romande. Nous avons disposé d'un large échantillon de 740 patient·e·s entre 2018 et 2021. Grâce au soin particulier porté à la définition de chaque variable, notre étude est facilement reproductible, que ce soit dans un autre canton suisse ou un autre pays.

Limites

Un grand nombre de personnes ne rapporteront jamais leur agression sexuelle à quelque instance officielle que ce soit, qu'il s'agisse d'un hôpital, de la police ou autre ; et aucune extraction des données administratives ne fournira de statistique sur l'ampleur des agressions sexuelles dissimulées ⁽²²⁾.

Des données incomplètes – bien que les deux centres aient collecté les mêmes informations, les conditions selon lesquelles les questions demandent une réponse diffèrent entre les sites. Les données démographiques ne figurent pas dans les rapports, ce qui souligne l'importance d'une base de données/d'enregistrements standard au niveau national, avec un ensemble minimal de données prédéfini, dont la nationalité.

L'amnésie – Quelque 25 % des patient·e·s de notre étude ont mentionné une amnésie, soit totale, soit partielle. Cela impacte énormément la quantité de données disponibles et exploitables, mais constitue en soi un enseignement essentiel, comme évoqué précédemment. L'amnésie peut être une manifestation du traumatisme provoqué par l'agression sexuelle (dissociation péritraumatique) et/ou liée à la consommation de substances. C'est un point dont il faut tenir compte dans la conception de futures études et dans l'interprétation des données.

Si nous avons porté une attention particulière aux définitions de chaque variable utilisée, il n'existe pas de classification ou terminologie internationale pour définir et décrire les types de lésions intervenant sur chaque zone anatomique. En outre, bien que nous ne puissions fournir des données sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre des patient·e·s de par la nature rétrospective de notre étude, nous nous attacherons à collecter ces informations dans de futures études.

Lorsque les patient·e·s quittent les urgences, il leur est fixé des rendez-vous de suivi. Nous n'avons pas de données sur les soins qu'ils-elles ont reçu à court, moyen et long terme. Leur venue effective aux consultations de suivi, leur adhésion aux protocoles de soin, etc. fait partie des lacunes d'information que nous espérons combler avec notre étude prospective en cours.

Conclusion et recommandations

Il existe un manque de données en matière d'agression sexuelle ou de viol en Suisse. Des indicateurs régionaux et nationaux fiables sur les agressions sexuelles et leurs conséquences sanitaires et sociales peuvent contribuer à développer des réponses efficaces au niveau social, économique, politique et sanitaire. En outre, ces données sont cruciales pour évaluer les effets des stratégies éventuelles de prévention et de soutien comme des interventions, afin de contrer les mythes relatifs au viol et les agressions sexuelles. Nous voulons ici insister sur la nécessité de collecter les données de différentes sources telles que LAVI, police et autres associations comme « Viol secours » en plus des données hospitalières, car ces différentes sources reçoivent souvent différentes populations, dont les expériences varient. Notre espoir est de pouvoir créer un observatoire national des constats d'agression sexuelle dans les hôpitaux suisses.

Recommandations stratégiques

Les approches de collecte des données hospitalières doivent être uniformisées à l'échelle nationale. Nous recommandons un ensemble minimal de données à collecter dans tous les hôpitaux suisses où peuvent être rapportées des agressions sexuelles. Les désignations de variables, les options de réponses et les définitions doivent être identiques pour tous les sites.

Créer un observatoire national et un ensemble minimum de données requiert le plein soutien de la confédération et la collaboration de nombreuses entités différentes, dont les services d'urgence et forensiques. Dans les exemples d'autres registres obligatoires, il existe habituellement une loi/obligation légale demandant aux cantons ou aux institutions de transmettre certaines données. Par exemple, la Loi sur l'enregistrement des maladies oncologiques (LEMO RS 818.33) requiert des médecins, des laboratoires, des hôpitaux et autres institutions publiques et privées en Suisse de déclarer les données relatives aux cancers et aux tumeurs à un registre national, afin de créer un registre complet et exhaustif des maladies oncologiques en Suisse. Le Swiss Neonatal Network & Follow-up Group (SwissNeoNet) a ainsi créé une banque de données commune (« Swiss Minimal Neonatal Data-Set »). Toutes les institutions suisses de niveau III et de niveau IIB sont tenues de fournir leurs données hospitalières pour le registre, grâce à la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (MHS) du 22 septembre 2011 ⁽⁹²⁾.

Collecter un ensemble de données standardisées relatives aux violences sexuelles dans tous les sites où sont effectués les examens forensiques en Suisse pourrait améliorer la standardisation de la documentation et du codage des professionnel-le-s de santé. Les classifications, comme la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) fournit un système comparable au plan national et international de rapport et d'enregistrement des statistiques sur les maladies et les problèmes de santé connexes ⁽⁹³⁾. Des nomenclatures et classifications standardisées aident les autorités de santé, les professionnel-le-s des différents secteurs (santé, police, juridique, associations et éducation) et le grand public à enregistrer les informations sur les facteurs de risque, les caractéristiques sociodémographiques, l'expérience de soin et les traitements de suivi des agressions sexuelles. Enregistrer les données sur la base d'une série de variables uniformisées permettrait la création d'un ensemble de données national, susceptible de servir à analyser les similitudes et les différences entre les types d'agressions sexuelles, de victimes et d'agresseur-euse-s, quels services de santé sont utilisés et quelles ressources sont nécessaires pour planifier et améliorer l'accès aux services, les soins et l'expérience faite avec les services de santé ⁽⁹⁴⁾.

DPI (Dossier Patient Intégré)

En vue d'améliorer la standardisation et l'uniformisation des constats d'agression sexuelle ainsi que la collecte de données de routine, nous avons utilisé les résultats de la présente étude rétrospective pour créer un formulaire électronique de constat d'agression sexuelle intégré au dossier patient électronique des HUG, qui permet d'inclure la documentation des lésions, les résultats des analyses et tous les documents à remettre à la/au patient-e (certificat de lésions, levée du secret médical, arrêt de travail, rendez-vous de suivi, information sur les traitements prophylactiques, etc.) à l'intérieur du dossier médical électronique de la/du patient-e concerné-e. Nous espérons que ce formulaire puisse être utilisé dans différents sites de Suisse et régulièrement mis à jour.

Graphique 4: Formulaire électronique de constat d'agression sexuelle dans le dossier de santé électronique

Service de gynécologie - CAS - Consultation

EDS : 10938529 - Passage du 23.05.2008 00:00 - Service de pathologie clinique (Laboratoire de

Données administratives

Date et heure de l'entretien 16.12.2022 15:21

Date et heure du début de l'examen

Référence CURML

☐ Examen réalisé en présence d'un accompagnant
☐ Examen réalisé sans accompagnant

Gynécologue

Légiste

Infirmière

☒ Victime

☐ Venu(e) seul(e)

Amené(e) ☐ par la police ☐ par un tiers

Genève, le 16 décembre 2022

CAS - CONSULTATION / Entretien du vendredi 16 décembre 2022 à 15:21
N° Réf :

Concerné : Madame Accreditation TEST,
née le 01.01.1970 - 52 ans
N° EDS : 10938529

Adresse : Micheli-du-Crest 24
CH - 1211 GENEVE 14
Tél : Mobile / Fixe

DONNÉES ADMINISTRATIVES
Genre sexuel actuel - Femme
Genre assigné à la naissance - Femme
Situation familiale
Etat civil :
Origines de la patiente
Lieu de naissance :
Nationalité :
Professions et études
Profession actuelle :
Occupation avant admission : en formation (école, apprentissage, études)
Niveau d'études : 5 - haute école spécialisée / école prof. sup.

Ensemble de données suisses standardisé sur les violences sexuelles

Caractéristique de la victime

Sexe de la victime, genre de la victime, **âge de la victime**, état civil, nationalité de la victime, orientation sexuelle, statut reproducteur (ménopause, aménorrhée, en période de règles ou date des dernières règles, utilisation d'une contraception, grossesse, dernières menstruations), taille, poids, comorbidités.

Caractéristiques de l'agression

Date(s) / heure de l'agression, saison, jour de la semaine, nombre d'agresseurs, **lieu de l'agression**, mandaté par la/le procureur-e, poursuite judiciaire éventuelle par la victime, **relation survivant-e-agresseur**, **sexes de l'agresseur**, **âge de l'agresseur**, première agression sexuelle, agression sexuelle antérieure au cours de l'année, première pénétration vaginale, amnésie, type d'agression sexuelle (pénétration : vaginale, anale, orale ; pénétrant : pénis, doigt, bouche, objet ; usage d'un préservatif : vaginal, anal, oral ; éjaculation : vaginale, anale, orale ; actes non génitaux ; autre), nombre de pénétrants, consommation d'alcool (volontaire ou involontaire, consommation excessive épisodique), consommation de drogue (volontaire ou involontaire, type).

Caractéristiques des violences

Violence récurrente, violence domestique, **violence physique (force)**, **violence psychologique**, usage d'une arme/d'armes.

Caractéristiques post-agression

Temps écoulé depuis l'agression, a pris un bain, s'est douché.e, s'est lavé.e et/ou a changé de vêtements, douche vaginale, lavement, a été à la selle, a vomi, s'est brossé.e les dents, s'est rincé.e la bouche.

Preuves médico-légales

Examen forensique réalisé, traumatisme à la tête et/ou au cou, présence ou absence de lésions corporelles [zone : tête/visage (tête, nez, yeux, oreilles, bouche), cou, torse (poitrine, thorax, abdomen), dos, fesses, membres supérieurs, membres inférieurs] ; type : ecchymoses (bleus), dermabrasion (abrasion), érythème (rougeurs), œdème (gonflement), plaie, fracture et contusion, pétéchies ; date du dernier rapport sexuel (7 derniers jours). Preuves collectées : échantillons de sang et d'urine pour une possible recherche d'alcool et/ou de drogue, vêtements, écouvillons et frottis buccaux et génitaux, prélèvements corporels, échantillon de salive pour analyse et comparaison d'ADN, tampon, serviette hygiénique ou autre produit d'hygiène féminin.

Examen gynécologique

Présence ou absence de lésion ano-génitale [zone : vulve (lèvres externes, lèvres internes, fourchette, fosse vestibulaire, commissure labiale postérieure), méat urétral, vagin, hymen, col de l'utérus, périnée, anus et rectum] ; type : ecchymoses (bleus), dermabrasion (abrasion), érythème (rougeurs), œdème (gonflement), lacération, contusion. Recours au colposcope et/ou à l'anuscopie ou au simple examen visuel.

Orientation vers les services

Orientation vers les services, services fournis, expérience patient.e.

Les articles en gras font partie des recommandations de l'OMS en matière d'ensemble de données minimal.

Références

1. World Health Organization. Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women: Evidence Brief [Internet]. 2014. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329889/WHO-RHR-19.16-eng.pdf?ua=1>
2. RAINN (Rape, Abuse & Incest National Network). Sexual Assault [Internet]. RAINN.org. [cited 2023 Jan 23]. Available from: <https://www.rainn.org/articles/sexual-assault>
3. U.N. Statistics Division. United Nations Sustainable Development Goals: SDG Indicators, Metadata Repository: Target 5.2: Eliminate all forms of violence against all women and girls in the public and private spheres, including trafficking and sexual and other types of exploitation [Internet]. Available from: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/>
4. European Commission. Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on combating violence against women and domestic violence [Internet]. Strasbourg; 2022 Mar. Report N° 2022/0066 (COD). Available from: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022PC0105>
5. Council of Europe. Switzerland ratifies the Istanbul Convention [Internet]. www.coe.int. 2017. Available from: <https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/-/switzerland-ratifies-the-istanbul-convention>
6. Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes, (BFEG). Plan d'action national de la Suisse en vue de la mise en œuvre la Convention d'Istanbul de 2022 à 2026 [Internet]. Bern: BFEG; 2022 Jun. Available from: <https://www.ebg.admin.ch/ebg/fr/home/themes/droit/droit-international/conseil-de-l-europe/convention-d-istanbul.html>
7. Fehlmann Rielle Laurence. Définition du viol en droit suisse. La loi doit changer! [Internet]. The Federal Assembly – The Swiss Parliament; 2017 Nov. (17.3992 Motion). Available from: <https://www.parlament.ch/en/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20173992>
8. Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence (GREVIO). GREVIO's (Baseline) Evaluation Report on legislative and other measures giving effect to the provisions of the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention): Switzerland. Strasbourg: Secretariat of the monitoring mechanism of the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence; 2022 Nov <https://rm.coe.int/grevio-inf-2022-27-eng-final-draft-report-on-switzerland-publication/1680a8fc73>
9. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women: executive summary [Internet]. World Health Organization; 2021. xii p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341338>
10. Killias M, Simonin M, De Puy J. Violence experienced by women in Switzerland over their lifespan. Results of the International Violence against Women Survey (IVAWS). Bern: Staempfli Publishers Ltd.; 2005.
11. Susanne Stern, Ariane De Rocchi. Données statistiques de la Suisse nécessaires à l'établissement du rapport sur la mise en œuvre de la Convention d'Istanbul: Expertise. Zurich: Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG); 2019 Feb. https://www.ebg.admin.ch/dam/ebg/fr/dokumente/haeusliche_gewalt/Statistische%20Datengrundlagen%20der%20Schweiz.pdf.download.pdf/EBG_2019_Statistische%20Datengrundlagen%20Istanbul-Konvention_d.pdf
12. gfs.bern. Le harcèlement sexuel et les violences sexuelles faites aux femmes sont répandus en Suisse [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 23]. Available from: <https://cockpit.gfsbern.ch/fr/cockpit/violence-sexuelles-en-suisse/>
13. Amnesty International. Switzerland: One in five women is a victim of sexual violence [Internet]. Available from: <https://www.amnesty.org/en/latest/press-release/2019/05/switzerland-one-in-five-women-is-a-victim-of-sexual-violence/>
14. Murchison GR, Agénor M, Reisner SL, Watson RJ. School Restroom and Locker Room Restrictions and Sexual Assault Risk Among Transgender Youth. Pediatrics. 2019 Jun 1; 143 (6): e20182902.
15. (NSVRC) National Sexual Violence Resource Center. Sexual Violence & Transgender/Non-Binary Communities [Internet]. NSVRC.org. 2019. Available from: https://www.nsvrc.org/sites/default/files/publications/2019-02/Transgender_infographic_508_0.pdf
16. Marx BP, Heidt JM, Gold SD. Perceived Uncontrollability and Unpredictability, Self-Regulation, and Sexual Revictimization. Review of General Psychology. 2005 Mar 1; 9 (1): 67 – 90.
17. Hequembourg AL, Parks KA, Collins RL, Hughes TL. Sexual Assault Risks Among Gay and Bisexual Men. The Journal of Sex Research. 2015; 52 (3): 282 – 95.
18. Canan SN, Jozkowski KN, Wiersma-Mosley JD, Bradley M, Blunt-Vinti H. Differences in Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Women's Experiences of Sexual Assault and Rape in a National U.S. Sample. J Interpers Violence. 2019 Jul 26; 36 (19 – 20): 9100 – 20.

19. Rothman EF, Exner D, Baughman AL. The prevalence of sexual assault against people who identify as gay, lesbian, or bisexual in the United States : a systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2011 Apr ; 12 (2) : 55 – 66.
20. Martin SL, Ray N, Sotres-Alvarez D, Kupper LL, Moracco KE, Dickens PA, et al. Physical and Sexual Assault of Women With Disabilities. *Violence Against Women*. 2006 Sep 1 ; 12 (9) : 823 – 37.
21. Sigurvinsdottir R, Ullman SE. Sexual Orientation, Race, and Trauma as Predictors of Sexual Assault Recovery. *Journal of Family Violence*. 2016 ; 31 (7) : 913 – 21.
22. European Institute for Gender Equality (EIGE). Administrative data collection on violence against women : Good practices [Internet]. Lithuania : EIGE ; 2016 Nov. Available from: 10.2839/737256 <https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/mh0416095enn.pdf>
23. Federal Statistical Office. Code pénal (CP) : Infractions pénales et personnes prévenues [Internet]. Crime and criminal justice. 2022. Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/en/home/statistics/crime-criminal-justice/police/offences.assetdetail.21324220.html>
24. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics. Rape and Sexual Assault Victimization Among College-age Females, 1995-2013. 2014 Dec. Report N° NCJ 248471. <https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/rsavcaf9513.pdf>
25. Office for National Statistics. Crime Survey for England and Wales (CSEW) : Nature of sexual assault by rape or penetration, England and Wales : year ending March 2020. Crime Statistics ; 2021 Mar. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/crimeandjustice/articles/natureofsexualassaultbyrapeorpenetrationenglandandwales/yearendingmarch2020/pdf>
26. Lieber, Marylène, Greset, Cécile et Perez-Rodrigo, Stéphanie (2019). Le traitement pénal des violences sexuelles à Genève. Une étude exploratoire. Genève : Université de Genève (IRS Working Paper, 14)
27. The Swedish National Council for Crime Prevention. Sexual offences [Internet]. Brottsförebyggande rådet ; Available from: <https://bra.se/bra-in-english/home/crime-and-statistics/sexual-offences.html>
28. Federal Statistical Office. Consultations de victimes selon l'infraction [Internet]. Crime and criminal justice. 2022. Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/criminalite-droit-penal/aide-victimes/consultations-prestations.assetdetail.22684359.html>
29. Kendall, T. A Synthesis of Evidence on the Collection and Use of Administrative Data on Violence against Women : Background Paper for the Development of Global Guidance. New York : UN Women ; 2020.
30. Larsen M-L, Hilden M, Lidegaard Ø. Sexual assault : a descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2015 Mar 1 ; 122 (4) : 577 – 84.
31. Kerr E, Cottee C, Chowdhury R, Jawad R, Welch J. The Haven : a pilot referral centre in London for cases of serious sexual assault. *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2003 Mar 1 ; 110 (3) : 267 – 71.
32. Gisladdottir A, Gudmundsdottir B, Gudmundsdottir R, Jonsdottir E, Gudjonsdottir Gr, Kristjansson M, et al. Increased attendance rates and altered characteristics of sexual violence. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2012 Jan 1 ; 91 (1) : 134 – 42.
33. Fryszer LA, Hoffmann-Walbeck H, Etzold S, Möckel M, Sehoul J, David M. Sexually assaulted women : Results of a retrospective analysis of 850 women in Germany. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2020 Jul 1 ; 250 : 117 – 23.
34. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects – WMA – The World Medical Association. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
35. Confédération Suisse. SR 810.30 - Federal Act of 30 September 2011 on Research involving Human Beings (Human Research Act, HRA). Available from: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2013/617/en>
36. SR 810.301 - Ordinance of 20 September 2013 on Human Research with the Exception of Clinical Trials (Human Research Ordinance, HRO). Available from: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2013/642/en>
37. Hôpitaux universitaires de Genève. Protocole complet de prise en charge au département de gynécologie et d'obstétrique des Hopitaux universitaires de Genève des personnes victime d'agression sexuelle. 2022 Jul.
38. Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Agres-sion sexuelle : prise en charge des femmes victimes-Protocole. Lausanne : CHUV ; 2020 Jul.
39. 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. *Population & Sociétés*. 2016 ; 538 (10) : 1 – 4.
40. Lauritsen J, White N. Seasonal Patterns in Criminal Victimization Trends [Internet]. U.S. Department of Jus-tice ; 2014 Jun. Report N° NCJ 245959. Available from: <https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/spcvt.pdf>
41. McLean I. Climatic effects on incidence of sexual assault. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2007 Jan 1 ; 14 (1) : 16 – 9.

42. Burt MR. Cultural myths and supports for rape. *J Pers Soc Psychol.* 1980 Feb; 38 (2): 217 – 30.
43. État de Vaud. Aide pour les victimes d'agression sexuelle ou de violence sexuelle. [Internet]. vd.ch. [cited 2023 Jan 17]. Available from: <https://www.vd.ch/themes/aides-financieres-et-soutien-social/soutien-aux-victimes-de-violence/aide-pour-les-victimes-dagression-sexuelle-ou-de-violence-sexuelle>
44. République et canton de Genève. Viols et agressions sexuelles [Internet]. ge.ch. 2017 [cited 2023 Jan 18]. Available from: <https://www.ge.ch/viols-agressions-sexuelles>
45. Ricard-Gauthier D, Abdulcadir J, Tony F, Yaron M. Care of women and girls after sexual assault in Geneva: a descriptive study between 2005 and 2014. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [Internet]. 2021; Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301211521004723>
46. Testa M, Livingston JA. Alcohol Consumption and Women's Vulnerability to Sexual Victimization: Can Reducing Women's Drinking Prevent Rape? *Substance Use & Misuse.* 2009 Jan 1; 44 (9 – 10): 1349 – 76.
47. Henry AP, Perillo AD, Reitz-Krueger CL, Perillo JT. Reflecting the Times? Reexamining the Effect of Alcohol Intoxication on Perceptions of Campus Sexual Assault. *Violence Against Women.* 2020; 28: 49 – 72.
48. Abbey A, Wegner R, Woerner J, Pegram SE, Pierce J. Review of Survey and Experimental Research That Examines the Relationship Between Alcohol Consumption and Men's Sexual Aggression Perpetration. *Trauma, Violence, & Abuse.* 2014 Apr 27; 15 (4): 265 – 82.
49. Abbey A, Zawacki T, Buck PO, Clinton AM, McAuslan P. Sexual assault and alcohol consumption: what do we know about their relationship and what types of research are still needed? *Aggress Violent Behav.* 2004 May; 9 (3): 271 – 303.
50. Lippy C, DeGue S. Exploring Alcohol Policy Approaches to Prevent Sexual Violence Perpetration. *Trauma Violence Abuse* 17 (1): 26-42 [Internet]. 2014 Nov 16; 17 (1). Available from: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/52842>
51. Eshelman LR, Messman-Moore TL, Sheffer N. The Importance of Substance-Related Sexual Victimization: Impact on Substance Use and Risk Perception in Female College Students. *J Interpers Violence.* 2014 Oct 16; 30 (15): 2616 – 35.
52. Anderson LJ, Flynn A, Pilgrim JL. A global epidemiological perspective on the toxicology of drug-facilitated sexual assault: A systematic review. *Journal of Forensic and Legal Medicine.* 2017 Apr 1; 47: 46 – 54.
53. Calasso K, Thompson-Memmer C, Kruse-Diehr AJ, Glassman T. Sexual Assault and Alcohol Use among College Students: A Critical Review of the Literature. *AJHS* [Internet]. 2020 Oct 21 [cited 2022 Dec 16]; 34 (4). Available from: <https://amjhealthstudies.com/index.php/ajhs/article/view/45>
54. Basile KC, Smith SG, Liu Y, Lowe A, Gilmore AK, Khatiwada S, et al. Victim and perpetrator characteristics in alcohol/drug-involved sexual violence victimization in the U.S. *Drug Alcohol Depend.* 2021 Sep 1; 226: 108839 – 108839.
55. World Health Organization. Global Health Observatory [Internet]. Alcohol, heavy episodic drinking. Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/459#:~:text=Definition%3A,to%206%20standard%20alcoholic%20drinks>.
56. GREA - Groupement Romand d'Études des Addictions. Combien d'alcool contient un verre standard? [Internet]. Stop-alcool.ch. 2021. Available from: <https://www.stop-alcool.ch/fr/l-alcool-en-general-2/une-substance-psychoactive/combien-y-a-t-il-d-alcool-dans-un-verre>
57. Thompson-Hollands J, Jun JJ, Sloan DM. The Association Between Peritraumatic Dissociation and PTSD Symptoms: The Mediating Role of Negative Beliefs About the Self. *J Trauma Stress.* 2017 Apr; 30 (2): 190 – 4.
58. Miller AK. Peritraumatic Dissociation, Lack of Resolution, and Revictimization in Survivors of Sexual Trauma: An Avoidance Dilemma? [Internet]. Ohio University; 2002. Available from: http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=ohiou1081957240
59. Garcia-Esteve L, Torres-Gimenez A, Canto M, Roca-Lecumberri A, Roda E, Velasco E, et al. Prevalence and risk factors for acute stress disorder in female victims of sexual assault. *Psychiatry Research.* 2021 Dec 1; 306: 114240.
60. Amstadter AB, Elwood LS, Begle AM, Gudmundsdottir B, Smith DW, Resnick HS, et al. Predictors of physical assault victimization: findings from the National Survey of Adolescents. *Addict Behav.* 2011 Aug; 36 (8): 814 – 20.
61. Trotman GE, Young-Anderson C, Deye KP. Acute Sexual Assault in the Pediatric and Adolescent Population. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology.* 2016 Dec 1; 29 (6): 518 – 26.
62. Walker HE, Freud JS, Ellis RA, Fraine SM, Wilson LC. The Prevalence of Sexual Revictimization: A Meta-Analytic Review. *Trauma, Violence, & Abuse.* 2017 Feb 8; 20 (1): 67 – 80.
63. Kraus SW, Krueger RB, Briken P, First MB, Stein DJ, Kaplan MS, et al. Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry.* 2018 Feb 1; 17 (1): 109 – 10.

64. Fontanesi L, Marchetti D, Limoncin E, Rossi R, Nimbi FM, Mollaioli D, et al. Hypersexuality and Trauma: a mediation and moderation model from psychopathology to problematic sexual behavior. *Journal of Affective Disorders*. 2021 Feb 15; 281: 631 – 7.
65. Federal Statistical Office. Swiss Health Survey 1992-2017: Contraception in Switzerland [Internet]. Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/en/home/news/whats-new.assetdetail.15844490.html>
66. Gilmore AK, McKee G, Flanagan JC, Leone RM, Oesterle DW, Kirby CM, et al. Medications at the Emergency Department After Recent Rape. *J Interpers Violence*. 2021 Mar 18; 37 (15 – 16): NP12954 – 72.
67. Resnick HS, Holmes MM, Kilpatrick DG, Clum G, Acierio R, Best CL, et al. Predictors of post-rape medical care in a national sample of women¹. *American Journal of Preventive Medicine*. 2000 Nov 1; 19 (4): 214 – 9.
68. Zinzow HM, Resnick HS, Barr SC, Danielson CK, Kilpatrick DG. Receipt of post-rape medical care in a national sample of female victims. *Am J Prev Med*. 2012 Aug; 43 (2): 183 – 7.
69. Fontenot HB. Intersection of HPV and Sexual Assault: An Opportunity for Practice Change. *Journal of Forensic Nursing* [Internet]. 2013; 9 (3). Available from: https://journals.lww.com/forensicnursing/Fulltext/2013/07000/Intersection_of_HPV_and_Sexual_Assault__An.4.aspx
70. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines: Sexual Assault and Abuse and STIs – Adolescents and Adults [Internet]. 2021. Available from: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/sexual-assault-adults.htm>
71. Hartnett KP, Kite-Powell A, DeVies J, Coletta MA, Boehmer TK, Adjemian J, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Emergency Department Visits - United States, January 1, 2019-May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 Jun 12; 69 (23): 699 – 704.
72. Rennert-May E, Leal J, Thanh NX, Lang E, Dowling S, Manns B, et al. The impact of COVID-19 on hospital admissions and emergency department visits: A population-based study. *PLOS ONE*. 2021 Jun 1; 16 (6): e0252441.
73. Santi L, Golinelli D, Tampieri A, Farina G, Greco M, Rosa S, et al. Non-COVID-19 patients in times of pandemic: Emergency department visits, hospitalizations and cause-specific mortality in Northern Italy. *PLOS ONE*. 2021 Mar 22; 16 (3): e0248995.
74. Muldoon KA, Denize KM, Talarico R, Fell DB, Sobiesiak A, Heimerl M, et al. COVID-19 pandemic and violence: rising risks and decreasing urgent care-seeking for sexual assault and domestic violence survivors. *BMC Medicine*. 2021 Feb 5; 19 (1): 20.
75. Kane D, Maher N, Eogan M. Assessment of the impact of the COVID-19 pandemic on Sexual Assault Treatment Unit activity. *BMJ Sex Reprod Health*. 2021 Oct 1; 47 (4): 301.
76. Gosangi B, Park H, Thomas R, Gujrathi R, Bay CP, Raja AS, et al. Exacerbation of Physical Intimate Partner Violence during COVID-19 Pandemic. *Radiology*. 2020 Aug 13; 298 (1): E38 – 45.
77. Barbara G, Albertini V, Tagi VM, Maggioni L, Gorio MC, Cattaneo C, et al. Characteristics of Sexual Violence Against Adolescent Girls: A 10 Years' Retrospective Study of 731 Sexually Abused Adolescents. *Int J Womens Health*. 2022 Mar 3; 14: 311 – 21.
78. Zink T, Fargo JD, Baker RB, Buschur C, Fisher BS, Sommers MS. Comparison of methods for identifying ano-genital injury after consensual intercourse. *J Emerg Med*. 2010 Jul; 39 (1): 113 – 8.
79. McGregor MJ, Le G, Marion SA, Wiebe E. Examination for sexual assault: is the documentation of physical injury associated with the laying of charges? A retrospective cohort study. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne*. 1999; 160 11: 1565 – 9.
80. McGregor MJ, Mont JD, Myhr TL. Sexual assault forensic medical examination: Is evidence related to successful prosecution? *Annals of Emergency Medicine*. 2002 Jun 1; 39 (6): 639 – 47.
81. Sugar N., Fine D., Eckert L. Physical injury after sexual assault: Findings of a large case series. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004 Jan 1; 190 (1): 71 – 6.
82. Song SH, Fernandes JR. Comparison of Injury Patterns in Consensual and Nonconsensual Sex: Is It Possible to Determine if Consent was Given? *Academic Forensic Pathology*. 2017; 7 (4): 619 – 31.
83. Eckert L., Sugar N, Fine D. Factors impacting injury documentation after sexual assault: role of examiner experience and gender. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004 Jun 1; 190 (6): 1739 – 43.
84. Makoroff KL, Brauley JL, Brandner AM, Myers PA, Shapiro RA. Genital examinations for alleged sexual abuse of prepubertal girls: findings by pediatric emergency medicine physicians compared with child abuse trained physicians. *Child Abuse & Neglect*. 2002 Dec 1; 26 (12): 1235 – 42.
85. Slaughter L, Brown CRV. Colposcopy to establish physical findings in rape victims. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1992 Jan 1; 166 (1, Part 1): 83 – 6.

86. Rogers A, McIntyre SL, Rossman L, Solis S, Bacon-Baguley TA, Jones J. The forensic rape examination: Is colposcopy really necessary? *The American Journal of Emergency Medicine*. 2019 May 1; 37 (5): 999 – 1000.
87. Buswell H, Majeed-Ariss R, Rajai A, White C, Mills H. Identifying the prevalence of genito-anal injuries amongst clients attending St Mary's Sexual Assault Referral Centre following an allegation of anal penetration. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2022 Aug 1; 90: 102392.
88. Ernst AA, Green E, Ferguson MT, Weiss SJ, Green WM. The utility of anoscopy and colposcopy in the evaluation of male sexual assault victims. *Annals of Emergency Medicine*. 2000 Nov 1; 36 (5): 432 – 7.
89. Wilson LC, Miller KE. Meta-Analysis of the Prevalence of Unacknowledged Rape. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2015 Mar 17; 17 (2): 149 – 59.
90. Littleton H, Layh M, Rudolph K. Unacknowledged Rape in the Community: Rape Characteristics and Adjustment. *Violence Vict* (1): 142 – 56.
91. République et Canton de Genève. Population du canton de Genève et le status migratoire. Office cantonal de la statistique (OCSTAT) Genève; 2017 Apr. Report N° 55. <https://statistique.ge.ch/tel/publications/2017/analyses/communications/an-cs-2017-55.pdf>
92. Fedlex, La plateforme de publication du droit fédéral. Décision concernant la planification de la médecine hautement spécialisée (MHS) dans le domaine des soins intensifs pour les nouveau-nés [Internet]. FF 2011 7456. 2011. Available from: <https://fedlex.data.admin.ch/eli/fga/2011/1385>
93. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (10th ed.) [Internet]. 2010. Available from: <https://icd.who.int/>
94. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women) and World Health Organization (WHO). Global technical guidance: Improving the collection and use of administrative data on violence against women. New York: UN Women; 2022. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2022-10/Improving-the-collection-and-use-of-administrative-data-on-violence-against-women-en.pdf>

Caractéristiques

Caractéristiques démographiques

Statut civil : Statut civil selon le constat d'agression sexuelle de la/du patient·e : célibataire, marié·e, divorcé·e, en concubinage, séparé·e, veuve/veuf ou inconnu.

Nationalité de la/du patient·e (région) : Les régions ont été définies selon la nationalité des patient·e·s. Suisse, Europe, Amérique, Afrique subsaharienne, Moyen-Orient et Afrique du nord, Asie, Pacifique et inconnu. Les patient·e·s ayant deux nationalités, dont la nationalité suisse, ont été compté·e·s comme Suisse·sse·s.

Agresseur présumé connu/inconnu : les patient·e·s indiquent si elles connaissent leur agresseur avant l'agression. Dans les cas d'agression par plusieurs agresseurs, il est possible que la/le survivant·e connaisse un agresseur et pas l'autre/les autres.

Relation patient·e/agresseur(s) : Sur la base des Options de réponses proposées et Définitions recommandées pour un ensemble minimal de données de l'ONU Femmes et de l'OMS (Proposed Response Options and Recommended Definitions for Minimum Data Set) ⁽⁹⁴⁾ : Partenaire intime actuel, Partenaire intime antérieur, Membre de la famille, Ami/collègue/pair ou connaissance, Figure d'autorité/soignant, Autre – connu de la/du survivant·e, Autre – inconnu de la/du survivant·e.

Saison : Hiver : décembre, janvier, février ; Printemps : mars, avril, mai ; Été : juin, juillet, août ; Automne : septembre, octobre, novembre.

Localisation : Sur la base des Options de réponses proposées et Définitions recommandées pour un ensemble minimal de données de l'ONU Femmes et de l'OMS (Proposed Response Options and Recommended Definitions for Minimum Data Set) ⁽⁵⁷⁾ : Domicile : domicile de la victime, domicile de l'agresseur, domicile de la victime et de l'agresseur, domicile d'un ami ; Lieu public : rue, espace ouvert, transports publics, toilettes publiques, forêt, parc ; École ; Institution : prison ; Établissement de soins : hôpital, institution psychiatrique, résidence médicalisée ; Travail ; Autre.

Caractéristiques de l'agression

Mandaté par le·la procureur·e : En Suisse, la police enquête d'office sur les agressions sexuelles (à l'exception du harcèlement sexuel, qui est poursuivi sur la base d'une plainte). Quand un·e patient·e arrive à l'hôpital local avec le soutien des autorités, on parle d'un processus « mandaté par le·la procureur·e ou sous mandat ». Quand la/le patient·e se rend d'elle/lui-même à l'hôpital sans l'assistance des autorités locales, le processus n'est pas « mandaté par le·la procureur·e ». Même sans mandat, la/le patient·e peut décider si elle/il veut engager des poursuites à tout moment, durant ou après l'examen médico-légal.

Examen gynécologique : L'examen et la documentation de la présence ou de l'absence de lésions ano-génitales par un·e gynécologue recourant à un simple « examen visuel » et à la colposcopie, sans technique de coloration pour examiner la vulve, le méat urétral, le vagin, l'hymen, le col de l'utérus, le raphé périnéal, l'anus et le rectum.

Les échantillons bactériologiques et les tests PCR ciblant les infections à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae sont collectés au niveau du vagin et du col de l'utérus.

Types de lésions : Les lésions ont été classifiées en Ecchymosis (bruise), Dermabrasion (abrasion), erythema (redness), edema (swelling), laceration, fracture et contusion. En français : Ecchymose, Dermabrasion, Erythème, Œdème, Déchirure, fracture, Plaie, Érosion, Contusion.

Lésions corporelles (non ano-génitales) : Lésions trouvées au niveau de la tête/visage (tête, nez, yeux, oreilles, bouche), du cou, du torse (poitrine, thorax, abdomen), du dos, des fesses, des membres supérieurs et des membres inférieurs.

Lésions ano-génitales : Lésions trouvées au niveau de la vulve (lèvres externes, lèvres internes, fosse vestibulaire, commissure labiale postérieure), du méat urétral, du vagin, de l'hymen, du col de l'utérus, du raphé du périnée, de l'anus et du rectum.

Lésions anales : Lésions identifiées au niveau de l'anus et du rectum.

Lésions génitales : Lésions trouvées au niveau de la vulve (lèvres externes, lèvres internes, fosse vestibulaire, commissure labiale postérieure), du méat urétral, du vagin, de l'hymen, du col de l'utérus et du périnée.

Nombre de pénétrants : fait référence au nombre (par ex. 0, un, plusieurs) et au type de pénétrants (par ex. pénis, doigt, objet).

Liste des abréviations

BFEG	Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes BFEG	LAVI	Loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions
CCER	Commission cantonale d'éthique de la recherche de Genève	LMCFA	Loi fédérale sur les mesures de coercition à des fins d'assistance et les placements extrafamiliaux antérieurs à 1981
CHUV	Centre hospitalier universitaire Vaudois	LRH	Loi relative à la recherche sur l'être humain
CIM	Classification internationale des maladies	MHS	Médecine hautement spécialisée
CURML	Centre Universitaire Romand de Médecine Légale	ODD	Objectifs de développement durable
DPI	Dossier Patient Intégré	OMS	Organisation mondiale de la Santé
GREVIO	Groupe d'experts sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique	ORH	Ordonnance relative à la recherche sur l'être humain
HPV	Papillomavirus humains	SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève	UIMPV	l'Unité interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence
IST	Infection sexuellement transmissible	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Remerciements (par ordre alphabétique): Camille Béziat, Les Klamydias (révisseuse externe); Lucrezia Catania, gynécologue-sexologue (révisseuse externe); Manuella Epiney, gynécologue obstétricienne, HUG (révisseuse externe); Pia Genet, médecin légiste, CHUV (révisseuse externe); Muriel Golay, Center LAVI (révisseuse externe); Romane Imbaud et Fartuun Musse, UNIGE (étudiantes en Master ayant contribué à la saisie des données); Stéphanie Perez, juriste, UNIGE (révisseuse externe).

