



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université Amar Telidji – Laghouat



*Un mémoire présenté en vue de l'obtention partielle du diplôme de docteur en
médecine*

**Prévalence et caractéristiques des victimes présumées
de violences sexuelles prises en charge au service
de médecine légale de l'EPH Ahmida Benadjila de
Laghouat (2015-2025)**

Elaboré par :

- ✧ Bensadok Hasna
- ✧ Telha Maroua
- ✧ Bencheriet Maroua

Encadré par :

Dr. Guennouni Zakaria
Maître assistant en médecine légale
Université de Laghouat

Président:

Dr. Tasfaout Salima

Examineur:

Dr. Alem Farid

Année universitaire :2025-2026



Remerciements

*Au seuil de cette conclusion, et avant toute considération, nos cœurs s'élèvent en une gratitude infinie vers **ALLAH**, le Tout-Puissant, le Clément, le Miséricordieux. C'est par Sa grâce incommensurable et Sa guidance éclairée qu'on a pu puiser la santé physique et mentale, la volonté inébranlable, la patience face aux épreuves, et le courage de persévérer à travers les longues et parfois ardues années de mes études médicales. Chaque étape de ce parcours, chaque défi surmonté, et l'aboutissement de cet humble travail de recherche, témoignent de Son soutien indéfectible et de Sa générosité sans limite. Que Sa bénédiction accompagne toujours nos efforts*

*Notre gratitude la plus distinguée s'adresse à notre directeur de mémoire, **GUENNOUNI ZAKARIA** Sa direction éclairée, sa rigueur scientifique, sa disponibilité constante et la pertinence inestimable de ses conseils ont été des phares tout au long de ce cheminement. Nous lui sommes particulièrement redevables pour nous avoir initié à cette thématique captivante, pour la confiance témoignée et pour son mentorat exigeant mais toujours bienveillant, qui ont été déterminants dans la maturation de ce travail*

*Nous remercions chaleureusement docteur **TASFAOUT SALIMA** pour son aide et sa gentillesse.*

*Nos remerciements vont également aux membres du jury, qui nous ont fait l'honneur d'examiner ce travail et de participer à la soutenance de ce mémoire. Nous exprimons aussi notre profonde reconnaissance au personnel de l'archive du service de médecine légale, et surtout la secrétaire **AICHA** pour leur accueil chaleureux, leur disponibilité et leur collaboration tout au long de la phase de recueil des données. Leur implication a grandement contribué à la concrétisation de ce travail.*

Enfin, nous adressons nos sincères remerciements à toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réussite de ce mémoire.

Dédicaces 1

Il est des personnes que le temps ne pourra jamais remplacer, des regards qui rassurent, des mains qui soutiennent, et des cœurs qui aiment sans condition.

Aujourd'hui, en achevant ce travail, mon cœur se remplit avant tout de gratitude envers Allah, le Tout- Puissant, qui m'a donné la foi, la patience et la force de poursuivre malgré les difficultés. Chaque étape franchie n'aurait jamais été possible sans Sa miséricorde et Sa bénédiction.

À ma mère adorée...

À toi qui as porté mes douleurs avant mes joies, qui as prié pour ma réussite dans le silence des nuits, qui as fait de tes sacrifices une lumière sur mon chemin. Aucun hommage ne sera à la hauteur de l'amour infini, de la tendresse et du courage dont tu m'as entourée toute ma vie. Ce travail est le fruit de tes efforts autant que des miens.

À mon cher père...

Toi qui m'as appris à rester forte, digne et persévérante face aux épreuves. Merci pour ton soutien discret, tes conseils précieux et cette présence rassurante qui m'a toujours donné la force d'avancer. Puisse Dieu te préserver et te combler de bonheur.

À mes chères sœurs : Fatiha, Yamina et Nakhla...

Merci pour votre amour, vos encouragements, vos mots qui apaisent et votre présence qui réchauffe mon cœur. Vous êtes une partie essentielle de ma vie et de ma réussite.

À ma sœur Nadjat, que Dieu ait son âme...

Ton absence est une douleur silencieuse qui ne quittera jamais mon cœur. Même loin de nous, ton souvenir demeure vivant dans chacun de mes pas. J'aurais tant aimé partager ce moment avec toi. Qu'Allah t'accorde Son immense miséricorde et fasse de ton repos un éternel paradis.

À mes chers frères : Yahia, Ben Slim et Khalil...

Merci pour votre affection, votre soutien et cette force fraternelle qui m'a accompagnée dans les moments les plus difficiles.

À ma chère belle-sœur Noura...

Merci pour ta gentillesse, ta douceur et ton soutien précieux. Ta présence bienveillante a toujours été une source de réconfort et d'encouragement.

À mon cher beau-frère Abbas...

Merci pour ton respect, ta générosité et tes encouragements sincères. Que Dieu te récompense pour toute la bienveillance que tu apportes à notre famille.

À mes précieuses amies, Maroua et Maroua...

Les vraies amitiés sont rares et précieuses. Merci d'avoir partagé mes peines, mes doutes, mes fatigues et mes joies. Votre présence a rendu ce parcours plus doux et plus supportable.

À toute la famille Bensadok...

Pour votre amour, vos prières et votre soutien qui ont accompagné chacun de mes pas.

Enfin, à toutes les personnes qui ont cru en moi, de près ou de loin...

Ce mémoire n'est pas seulement un travail académique, mais une histoire de patience, de sacrifices, d'amour et d'espoir.

Avec toute mon affection, mon respect et une gratitude infinie.

Dr : Bensadok Hasna

Dédicaces 2

Alhamdoulillah, qui nous a permis de mener à bien ce travail et de l'achever, et à Lui reviennent toute la louange et la gratitude

À ma très chère famille, qui a toujours été mon refuge, ma force et la plus belle bénédiction de ma vie. C'est grâce à votre amour, votre présence et votre soutien que j'ai pu avancer malgré les difficultés et les longues années d'études.

À mes précieux parents,

aucun mot ne pourra exprimer toute la gratitude, l'amour et la reconnaissance que je ressens envers vous. Vous avez consacré tant d'efforts, de sacrifices et d'amour pour me voir avancer et réussir. Depuis toujours, vous avez été à mes côtés par votre soutien, vos conseils, votre patience et vos prières qui m'ont accompagnée durant toutes ces longues années d'études. Merci d'avoir toujours cru en moi, même dans les moments de fatigue et de doute. Votre présence a été ma plus grande force et votre affection une source infinie de courage et de sérénité. Que Dieu vous protège, vous accorde santé, bonheur et une longue vie. Ce travail est avant tout le fruit de votre amour, de votre confiance et de tous les sacrifices que vous avez consentis pour moi.

À mes chers frères : Adnan, Abdelghani, Ahmed Taher , Abdelhalim, vous avez toujours occupé une place essentielle dans ma vie. Merci pour votre présence constante, votre affection sincère et votre soutien tout au long de mon parcours. Vous avez été pour moi un véritable appui dans les moments de fatigue et de doute, en m'encourageant à continuer malgré les difficultés. Votre confiance en moi, vos paroles rassurantes et votre présence ont été une force précieuse qui m'a permis d'avancer et de persévérer. Votre soutien moral restera à jamais gravé dans mon cœur.

À mes chères belles-sœurs, Nourelhouda et Ilham, qui occupent une place particulière dans mon cœur et qui sont pour moi bien plus que des belles-sœurs, mais de véritables sœurs. Merci pour votre gentillesse, votre bienveillance, votre affection et tous les beaux moments partagés ensemble.

À mes adorables neveux : Amir Abdeljabbar, Ousayd Abdessamad et Tamim Abdelaziz, vos sourires innocents et votre joie ont souvent illuminé mes journées les plus chargées. Vous êtes une source de bonheur, d'espoir et de tendresse. Que Dieu vous protège et vous accorde un avenir rempli de réussite et de bonheur.

À mes très chères amies et binômes de mémoire, Hasna et Maroua, avec qui j'ai partagé bien plus qu'un simple travail universitaire. Merci pour tous les moments de travail, de fatigue, de stress mais aussi de soutien, de rires et de complicité. Votre présence à mes côtés a rendu ce parcours plus léger et plus agréable. Ce mémoire restera le souvenir de tout ce que nous avons accompli ensemble et des liens précieux que nous avons construits. Je vous souhaite un avenir brillant, rempli de réussite et d'épanouissement.

À toute personne qui m'a soutenue de près ou de loin, à ceux qui ont cru en moi, m'ont encouragée, m'ont adressé leurs prières sincères et leurs douces invocations, ou encore offert un mot bienveillant dans les moments de fatigue et de doute, j'adresse ma profonde gratitude. Merci pour toutes vos attentions, votre générosité et vos encouragements qui m'ont accompagnée tout au long de ce parcours exigeant. Chaque prière, chaque geste et chaque parole ont été pour moi une véritable force et un précieux soutien.

Je vous remercie sincèrement pour tout.

Dr :TELHA MAROUA

Dédicaces 3

*Dédicace Du profond de mon cœur,
je dédie ce travail à tous ceux qui me sont chers,*

À la mémoire de mon cher père

Ce travail est dédié à mon père, décède trop tôt, Tu resteras à jamais gravé dans mon cœur, Cet homme au cœur tendre et généreux, qui m'a toujours poussé et motivé dans mes études .puisse dieu le tout puissant l'avoir en sa sainte miséricorde.

À ma chère mère *ma source inépuisable d'amour de patience et de sacrifice aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que vous avez consenti pour mon instruction et mon bien être. Merci d'avoir été mon pilier dans chaque étape de ce parcours et j'espère que votre bénédiction m'accompagne toujours. Puisse dieu le tout puissant vous accorder sante, bonheur et longue vie.*

A mes très chères sœurs *un grand remercie du fond du cœur pour tout ce que vous faites pour moi chaqu'un à son nom **TAKIA, FARAH, AHLEM, ZAHRA, LINA** , votre aide a été un support Indispensable dans cette vie tantôt facile tantôt difficile. Vous étiez, vous êtes et vous serez mes meilleures amies Durant les hauts et les bas. Je vous aime tellement*

A mes très chère frères MOSTAPHA et KAMEL, *Je ne pourrai jamais assez-vous remercier pour l'affection et l'amour que vous m'avez témoigné tout au long de cette longue carrière. Votre soutien a été un pilier essentiel dans cette vie, parfois douce, parfois éprouvante. Vous avez toujours été, vous êtes, et vous resterez mes amies les plus précieuses, dans les bons comme dans les mauvais moments.*

*À ma belle-sœur **MAROUA** qui a toujours été là pour moi, avec son amour et son encouragement .*

*A mes beaux-frères **NADJI ,MOKHTAR ,ABDELKADER** , ,qui sont devenus pour moi des frères de coeur*

À mes nièces et neveux que j'aime trop.

*À mes chères binômes, **Hasna et maroua**, avec qui ce mémoire a été une véritable aventure humaine et intellectuelle. Je vous remercie pour votre implication exemplaire, votre patience et votre formidable esprit d'équipe. Ce travail porte fièrement votre empreinte.*

À toute ma famille, à mes proches, à mes amies à ceux qui m'aiment et que j'aime, Merci pour votre amour, votre soutien et votre confiance. Vous avez su illuminer mes journées et apaiser mes doutes

A tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin, Et qui ont apporté un bien sur mon chemin,

À moi-même...

Avec tout mon amour et monprofound respect,

Dr : Ben cheriet Maroua

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION.....	1
II. PROBLÉMATIQUES	2
III. OBJECTIFS	3
1. Objectif principal	3
2. Objectifs secondaires	3
IV. REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	4
A. Définitions	4
1. Victime	4
2. Violence sexuelle	4
2.1. Selon l'OMS	4
2.2. Selon le cadre juridique algérien	4
3. Victime de violence sexuelle	5
4. Majorité sexuelle	5
B. Typologie	5
1. Violences sexuelles au sens strict	5
2.2. Harcèlement sexuel	6
2.3. La cybercriminalité sexuelle	6
2.4. Exploitation sexuelle des enfants	6
3. Infractions sexuelles connexes	6
3.1. Adultère	6
3.2. Homosexualité	7
3.3. Pédophilie	7
C. Données épidémiologiques	7
1. Données internationales globales	7
1.1. Selon l'OMS	7
1.2. Selon l'UNICEF	8
1.3. Selon d'autres études internationales	8
2. Données épidémiologiques par pays	8
2.1. Aux États-Unis	8
2.2. Au Brésil	9

2.3. Au Royaume-Uni	9
2.4. En France	10
2.5. En Inde	10
2.6. Au Pakistan	11
2.7. Au Mali	11
2.8. Au Burkina Faso	11
2.9. Au Nigeria	11
2.10. En Égypte	11
2.11. En Tunisie	12
2.12. En Algérie	12
D. Les déterminants des violences sexuelles	14
1. Le modèle écologique	14
2. Facteurs de risque des violences sexuelles	14
2.1. Facteurs de risque individuels	14
2.1.1. Chez les victimes	14
2.1.2. Chez les auteurs	16
2.2. Facteurs de risque relationnels	17
2.3. Facteurs de risque communautaires	17
2.4. Facteurs sociétaux	17
3. Facteurs protecteurs de la violence sexuelle	18
3.1. Facteurs protecteurs individuels	18
3.1.1. Chez les victimes	18
3.1.2. Chez les auteurs	18
3.2. Facteurs protecteurs relationnels	18
3.3. Facteurs protecteurs communautaires	18
3.4. Facteurs protecteurs sociétaux	18
E. Rappel anatomique de l'appareil génital et de la région ano-périnéale	19
1. Intérêt médico-légal de la maîtrise anatomique	19
2. Rappel anatomique de la région ano-périnéale	19
3. Rappel anatomique de l'appareil génital	20
3.1. Appareil génital masculin	20
3.2. Appareil génital féminin	21
4. L'hymen	22
4.1. Définition	22

4.2. Différents types d'hymen.....	22
F. Prise en charge d'une victime de violence sexuelle	25
1. Rôle des prestataires de soins de santé.....	25
1.1. Modalités de l'examen de la victime	26
1.2. Accueil et écoute : instaurer la confiance	26
1.3. Obtention du consentement.....	27
2. Prise en charge médicale et médico-légale.....	27
2.1. L'entretien	27
2.2. Examen clinique.....	28
2.2.1. L'examen général	28
2.2.2. L'examen des organes génitaux externes.....	29
2.2.3. L'examen de l'hymen.....	29
2.2.4. L'examen vaginal	30
2.2.5. L'examen de la marge anale	30
2.2.6. L'examen clinique de la petite fille	31
2.2.7. L'examen clinique chez l'homme	31
2.3. Prélèvements médico-légaux	31
2.4. Prise en charge thérapeutique des survivantes	33
2.5. Rédaction du certificat médical.....	34
2.6. Soutien psychothérapeutique	35
2.7. Signalement légal:.....	35
2.8. Orientation et référencement.....	36
G. Conséquences des violences sexuelles.....	36
1. Conséquences physiques	36
2. Conséquences psychologiques	37
3. Conséquences sexuelles et reproductives.....	37
4. Conséquences économiques et sociales	38
H. Cadre juridique encadrant les violences sexuelles.....	38
1. Cadres juridiques de la protection de l'enfance	38
1.1. Efforts internationaux.....	38
1.2. Structures juridiques nationales	39
1.3. Protection de l'enfance en Algérie.....	39
2. Cadres juridiques relatifs à la violence sexuelle.....	40
2.1. Initiatives internationales et régionales	40

2.2. Approches juridiques nationales	40
2.3. Législation sur la violence sexuelle en Algérie	41
3. Défis globaux de mise en œuvre	41

PARTIE PRATIQUE

V. MATÉRIELS ET MÉTHODES.....43

A. Type d'étude	43
B. Population d'étude	43
1. Critères d'inclusion.....	43
2. Critères de non-inclusion	43
3. Critères d'exclusion	43
C. Méthode de collecte des données	43
D. Variables étudiées	44
1. Variables socio-démographiques	44
2. Variables relatives aux antécédents pathologiques	44
3. Variables relatives aux données gynéco-obstétricales	44
4. Variables relatives aux habitudes de vie	44
5. Variables relatives aux caractéristiques de la violence sexuelle	45
6. Variables relatives aux constatations médico-légales	46
7. Variables relatives à la prise en charge médico-légale et médicale	46
8. Variables relatives à l'agresseur présumé	46
E. Les critères de jugement.....	47
1. Critère de jugement principal	47
2. Critères de jugements secondaires	47
F. Analyse statistique	47
G. Calendrier prévisionnel	47
H. Considérations éthiques	47

VI. RÉSULTATS.....48

A. Description de la population étudiée.....	48
B. Prévalence des violences sexuelles présumées	48
1. Prévalence globale sur 10 ans	48
2. Prévalence annuelle sur 10 ans.....	49
3. Répartition annuelle sur 10 ans	49

C. Caractéristiques socio-démographiques des victimes	51
1. Répartition selon le sexe	51
2. Répartition selon l'âge	51
3. Répartition selon le lieu de résidence	52
4. Répartition selon l'état civil.....	53
5. Répartition selon le statut scolaire / professionnel	54
6. Répartition selon le niveau d'instruction	55
7. Répartition selon le mode de cohabitation	56
D. Antécédents et facteurs de vulnérabilité	57
1. Répartition selon le statut de handicap	57
2. Répartition selon les antécédents psychiatriques	57
E. Données gynéco-obstétricales	58
1. Répartition selon les antécédents gynéco-obstétricaux	58
2. Répartition selon l'utilisation de contraceptifs	59
F. Habitudes de vie	60
1. Répartition selon la consommation de tabac	60
2. Répartition selon la consommation d'alcool.....	61
3. Répartition selon la consommation de psychotropes	62
G. Cadre médico-légal de prise en charge.....	62
1. Répartition selon l'autorité requérante.....	62
2. Répartition selon la Wilaya requérante	62
H. Caractéristiques alléguées des violences sexuelles.....	65
1. Répartition selon l'allégation de violences sexuelles.....	66
2. Répartition selon le type de violences sexuelles alléguées.....	67
3. Répartition selon la fréquence des violences alléguées	69
4. Répartition selon les circonstances de survenue	70
5. Répartition selon le lieu de survenue	71
6. Répartition selon l'horaire de survenue	72
7. Répartition selon le mois de survenue.....	73
8. Répartition selon la saison de survenue	74
9. Répartition selon le délai entre l'agression et la consultation	74
10. Répartition selon la notion de perte de connaissance	76
11. Répartition selon la notion d'éjaculation	76
I. Constatations médico-légales	77

1. Présence d'au moins une lésion génitale et/ou anale	77
2. Présence de lésions gynécologiques	78
3. Type des lésions gynécologiques	79
4. Localisation des lésions gynécologiques.....	80
5. Ancienneté des lésions gynécologiques	81
6. Cadran horaire des lésions hyménales	82
7. Présence de lésions anales	83
8. Lésions anales selon le sexe	84
9. Type des lésions anales	85
10. Siège des lésions anales.....	86
11. Ancienneté des lésions anales.....	87
12. Présence d'autres formes de violence associées	88
G. Prise en charge médico-légale	89
1. Prescription d'une incapacité totale de travail (ITT)	89
2. Durée de l'ITT prescrite.....	90
3. Réalisation d'écouvillonnages à la recherche de spermatozoïdes.....	91
4. Orientation vers un service spécialisé	93
5. Remise des résultats des examens complémentaires	93
6. Confirmation biologique de la violence sexuelle	94
K. Données relatives à l'agresseur présumé.....	95
1. Nombre d'agresseurs présumés	95
2. Sexe de l'agresseur présumé	96
3. Âge de l'agresseur présumé	96
4. Lien entre la victime et l'agresseur présumé	97
VII. DISCUSSION.....	100
A. Prévalence des victimes présumées de violences sexuelles :	100
1-Prévalence globale des victimes présumées de violences sexuelles sur 11 ans 104.....	100
2- Prévalence annuelle des victimes présumées de violences sexuelles sur 11 ans :	103
B. Caractéristiques socio-démographiques des victimes :	104
1.Sexe des victimes :	104
2.L'âge des victimes :	105

3.Milieu de résidence:.....	106
4.L'état civil (Statut matrimonial) :.....	108
5.Le statut (scolaire / professionnel) et le niveau d'instruction :.....	109
6.Répartition des victimes présumées selon le mode de cohabitation :.....	111
C Antécédents et facteurs de vulnérabilité :	112
1 Les antécédents psychiatriques :	112
D .Données gynéco-obstétricales :	114
1 Les antécédents gynéco-obstétricaux.....	114
2 L'utilisation des contraceptifs :	115
E. Habitudes de vie :	116
1.Les habitudes toxiques (tabac, alcool, psychotropes):.....	116
F.Cadre médico-légal de prise en charge des victimes :	117
1.L'autorité et la wilaya requérantes :	117
G..Caractéristiques alléguées des violences sexuelles :	119
1.L'allégation de violences sexuelles :	119
2.Le type des violences sexuelles alléguées :	120
3.La fréquence des violences sexuelles alléguées :	122
4.Les circonstances de survenue des violences sexuelles:.....	123
5. Lieu de survenue des violences sexuelles :	124
6.L'horaire de survenue des violences sexuelles :	126
7.La saison et le mois de survenue des violences sexuelles :	127
8.Le délai entre l'agression et la consultation :	128
9.La notion de perte de connaissance :	129
10.La notion d'éjaculation :	129
11.L'utilisation du préservatif :	130

H.Constatations médico-légales :	131
1.La présence de lésions génitales et/ou anales :	131
2.Constatations médico-légales génitales à l'examen clinique sexuel :	132
3.Constatations médico-légales anales a l'examen clinique sexuel :	134
4.Constatations médico-légales somatiques a l'examen physique :	136
I.Prise en charge médico-légale :	137
J.Données relatives à l'agresseur présumé (selon les déclarations) :	140
VIII. Forces et limites de l'étude :	142
A.Forces de l'étude :	142
B.Limites de l'étude :	144
IX. Perspectives et recommandations :	146
A.Perspectives hospitalières et médico-légales :	146
B.Perspectives hospitalières et médico-légales :	147
C.Perspectives hospitalières et médico-légales :	148
X. CONCLUSION	150
ANNEXES	152
RÉSUMÉ	155
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	163

Liste des figures

Figure 1:le modele socio ecologique(6)	37
Figure 2: la region ano-perineal(56)	42
Figure 3: appareil génital masculin(57)	43
Figure 4: : appareil génital féminin (58)	44
Figure 5: représentation schématique d'un hymen annulaire (59)	44
Figure 6:représentation schématique d'un hymen semi-lunaire(59)	45
Figure 7: représentation schématique d'un hymen cribriforme(59)	45
Figure 8: représentation schématique d'un hymen labié(59)	45
Figure 9: représentation schematique d'un hymen lobè(59)	46

Figure 10: représentation schématique d'un hymen frangé(59)	46
Figure 11: représentation schématique d'un hymen a languette(59)	46
Figure 12: représentation schématique d'un hymen a ponts (à bride)(59).....	47
Figure 13: représentation schématique d'un Hymen charnu (scléreux ou en carène) (59)	47
Figure 14 ; représentation schématique d'un hymen complaisant (élastique ou extensible (59).....	47
Figure 15: représentation schématique d'un hymen imperforé (59).....	48
Figure 16: prévalence globale des victimes présumées de VS sur 11ans.....	50
Figure 17: prévalence annuelle des victimes présumées de VS sur 11ans	51
Figure 18: répartition des victimes présumées de violence sexuelle selon les années	52
Figure 19: répartition des victimes présumées selon le sexe.....	53
Figure 20: répartition des victimes de violence sexuel selon l'age.....	54
Figure 21: la répartition des victimes présumées selon le lieu de résidence	55
Figure 22: la répartition des victimes présumées selon l'état civil	56
Figure 23: la répartition des victimes selon le statut(Scolaire / Professionnel).....	57
Figure 24: la répartition des victimes selon le niveau d'instruction.....	58
Figure 25: la répartition des victimes selon le mode de cohabitation	59
Figure 26: la répartition des victimes selon les antécédents psychiatriques	60
Figure 27: la Répartition des victimes selon les antécédents gynéco-obstétricaux.....	61
Figure 28: : la répartition des victimes selon l'utilisation de contraceptifs au moment des faits	Erreur ! Sig
Figure 29: la Répartition des victimes selon la consommation du tabac.....	62
Figure 30: la répartition des victimes selon la consommation d'alcool	62
Figure 31: la répartition des victimes selon la consommation de psychotropes	63
Figure 32: : la répartition des victimes selon l'autorité requérante	65
Figure 33:la répartition des victimes selon la Wilaya requérante.....	66
Figure 34: la répartition des victimes selon l'allégation de violences sexuelles.....	67
Figure 35: la répartition des victimes selon le type de VS alléguée.....	68
Figure 36: Répartition des victimes selon le type de pénétration.....	68
Figure 38:la répartition des victimes selon la fréquence des VS alléguées.....	70
Figure 39: la répartition des victimes selon les circonstances de survenue	71
Figure 40 :la Répartition des victimes selon le lieu de survenue des violences sexuelles	72
Figure 41:la répartition des victimes selon l'horaire de survenue des violences sexuelles.....	73
Figure 42:la répartition des victimes selon le mois de survenue des VS.....	74
Figure 43:la Répartition des victimes selon la saison de survenue des VS.....	75
Figure 44: Répartition des victimes selon le délai entre l'agression et la consultation	76
Figure 45: Répartition des victimes selon la notion de perte de connaissance.....	77

Figure 46: Répartition des victimes selon la notion d'éjaculation :	77
Figure 47 : Répartition des victimes selon la présence d'au moins une lésion génitale et/ou anale	78
Figure 48: Répartition des victimes selon la présence de lésions gynécologiques	79
Figure 49: Répartition des lésions gynécologiques selon le type	80
Figure 50: : Répartition des lésions gynécologiques selon la localisation	81
Figure 51: la répartition des lésions gynécologiques selon leur ancienneté	82
Figure 52: Répartition des lésions hyménéales selon le cadran horaire	83
Figure 53: Répartition des victimes selon la présence de lésions anales	84
Figure 54: Répartition des lésions anales selon le sexe	84
Figure 55: Répartition des lésions anales selon le type	85
Figure 56: Répartition des lésions anales selon le siège	86
Figure 57: : la répartition des lésions anales selon l'ancienneté	87
Figure 58: : Répartition des victimes selon la présence d'autres formes de violence associées	88
Figure 59: Répartition des victimes selon la prescription d'une ITT	88
Figure 60: Répartition des victimes selon la durée de l'ITT prescrite	89
Figure 61: Répartition des victimes selon la réalisation d'écouvillonnages à la recherche de spermatozoïdes	90
Figure 62: Répartition des victimes selon l'orientation vers un service spécialisé de PEC	91
Figure 63: Répartition des victimes selon la remise des résultats des examens complémentaires	Erreur ! Signet non défini.
Figure 64: Répartition des victimes selon la confirmation biologique de la VS	Erreur ! Signet non défini.
Figure 65: Répartition des victimes selon le nombre d'agresseurs présumés	92
Figure 66: Répartition des victimes selon le sexe de l'agresseur	93
Figure 67: Répartition des victimes selon l'âge de l'agresseur présumé	94
Figure 68: Répartition des victimes selon le lien entre la victime et l'agresseur présumé	95

Liste des tableaux

Tableau 1: Prévalence annuelle des victimes présumées de VS sur 11 ans	50
Tableau 2: Répartition des victimes présumées de violence sexuelle selon les années	51
Tableau 3 Répartition des victimes présumées selon le sexe	52
Tableau 4 Répartition des victimes de VS selon l'âge	53
Tableau 5: Répartition des victimes présumées selon le lieu de résidence	54
Tableau 6 Répartition des victimes présumées de violence sexuelle selon l'état civil :	55
Tableau 7 Répartition des victimes selon le statut (scolaire / professionnel)	56

Tableau 8: Répartition des victimes selon le niveau d’instruction	57
Tableau 9 Répartition des victimes selon le mode de cohabitation	58
Tableau 10 Répartition des victimes selon les antécédents psychiatriques	59
Tableau 11 Répartition des victimes selon les antécédents gynéco-obstétricaux.....	60
Tableau 12 Répartition des victimes selon la consommation du tabac.....	61
Tableau 13: Répartition des victimes selon la consommation d’alcool.....	62
Tableau 14 Répartition des victimes selon la consommation de psychotropes.....	63
Tableau 15 Répartition des victimes selon l’autorité requérante.....	64
Tableau 16 Répartition des victimes selon la Wilaya requérante	66
Tableau 17 : Répartition des victimes selon l’allégation de violences sexuelles.....	66
Tableau 18: Répartition des victimes selon le type de VS alléguées (nouveau tableau refaire graphe).....	67
Tableau 19: Répartition des victimes selon le type de pénétration (nouveau tableau, rajoute deuxieme graphe)	68
Tableau 20 Répartition des victimes selon la fréquence des VS alléguées	69
Tableau 21 Répartition des victimes selon les circonstances de survenue.....	70
Tableau 22: Répartition des victimes selon le lieu de survenue des violences sexuelles.....	71
Tableau 23: Répartition des victimes selon l’horaire de survenue des VS.....	72
Tableau 24 Répartition des victimes selon le mois de survenue des VS	73
Tableau 25: Répartition des victimes selon la saison de survenue des VS	74
Tableau 26: Répartition des victimes selon le délai entre l’agression et la consultation.....	75
Tableau 27: Répartition des victimes selon la notion de perte de connaissance	76
Tableau 28: Répartition des victimes selon la notion d’éjaculation	77
Tableau 29: Répartition des victimes selon la présence d’au moins une lésion génitale et/ou anale.....	78
Tableau 30: Répartition des victimes selon la présence de lésions gynécologiques	79
Tableau 31: Répartition des lésions gynécologiques selon le type.....	80
Tableau 32: Répartition des lésions gynécologiques selon la localisation.....	81
Tableau 33: Répartition des lésions gynécologiques selon leur ancienneté	81
Tableau 34: Répartition des lésions hyménéales selon le cadran horaire.....	82
Tableau 35: Répartition des victimes selon la présence de lésions anales	83
Tableau 36 Répartition des lésions anales selon le sexe.....	84
Tableau 37: Répartition des lésions anales selon le type.....	85
Tableau 38: Répartition des lésions anales selon le siège	86
Tableau 39: Répartition des lésions anales selon l’ancienneté	87

Tableau 40: Répartition des victimes selon la présence d'autres formes de violences associées	87
Tableau 41: Répartition des victimes selon la prescription d'une ITT	88
Tableau 42: Répartition des victimes selon la durée de l'ITT prescrite	89
Tableau 43: Répartition des victimes selon la réalisation d'écouvillonnages à la recherche de spermatozoïdes	90
Tableau 44: Répartition des victimes selon l'orientation vers un service spécialisé de PEC	90
Tableau 45: Répartition des victimes selon la remise des résultats des examens complémentaires	91
Tableau 46: Répartition des victimes selon la confirmation biologique de la VSErrreur ! Signet non défini.	
Tableau 47: Répartition des victimes selon le nombre d'agresseurs présumés	92
Tableau 48: Répartition des victimes selon le sexe de l'agresseur présumé	93
Tableau 49: Répartition des victimes selon l'âge de l'agresseur présumé	93
Tableau 50: Répartition des victimes selon le lien entre la victime et l'agresseur présumé	94
Tableau 51 : Prévalence globale des victimes présumées de violences sexuelles dans les différentes études	96
Tableau 52: Prévalence des victimes présumées de violences sexuelles dans des études à population spécifique ou à méthodologie différente de celle de notre étude Erreur ! Signet non défini.	
Tableau 53: Sexe des victimes dans les différentes études	100
Tableau 54 : Age des victimes dans les différentes études	101
Tableau 55: Milieu de résidence dans les différentes études	102
Tableau 56: Etat civil dans les différentes études	103
Tableau 57:	105
Tableau 58: Mode de cohabitation dans les différentes études	106
Tableau 59: Antécédents psychiatriques dans les différentes études	108
Tableau 60: Antécédents gynéco-obstétricaux dans les différentes études	109
Tableau 61: Contraception au moment des faits dans les différentes études	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 62: Habitudes toxiques dans les différentes études	110
Tableau 63: Autorités et wilayas requérantes dans les différentes études	111
Tableau 64: Allégation de violences sexuelles dans les différentes études	113
Tableau 65: Attouchements et pénétrations dans les différentes études	114
Tableau 66: formes de pénétration dans les différentes études:	114
Tableau 67 : Fréquence des violences sexuelles alléguées dans les différentes études	116
Tableau 68: circonstances des violences sexuelles dans les différentes études	117
Tableau 69: Lieu de survenue des violences sexuelles dans les différentes études	118
Tableau 70: horaire de survenue des violences sexuelles des différentes études	119

Tableau 71: Saison de survenue des violences sexuelles dans les différentes études	120
Tableau 72:Délai entre l'agression et la consultation dans les différentes études	121
Tableau 73:La notion de perte de connaissance dans les différentes études	122
Tableau 74: La notion d'éjaculation dans les différentes études	123
Tableau 75: L'utilisation du préservatif lors de l'agression dans les différentes études.....	124
Tableau 76: La présence de lésions génitales et/ou anales dans les différentes études	125
Tableau 77: Constatations médico-légales génitale a l'examen clinique sexuel	126
Tableau 78: Constatations médico-légales anales a l'examen clinique sexuel.....	128
Tableau 79: Constations médico-légales somatiques a l'examen physique	130
Tableau 80: Prise en charge médico-légale dans les différentes études	131
Tableau 81: Données relatives à l'agresseur présumé dans les différentes études.....	133

PARTIE THEORIQUE

I. Introduction :

- La violence existe partout dans le monde (1), elle accompagne l'humanité depuis ses origines, traversant les époques sous des formes diverses.
- Parmi ces manifestations, la violence sexuelle occupe une place particulière en raison de l'atteinte profonde qu'elle porte à l'intimité, à la dignité et à l'intégrité corporelle de la personne. Elle constitue une violation grave des droits humains et un problème de santé publique courant et grave à l'échelle mondiale, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans son plus récent rapport mondial, *La violence et la santé* (2002). (1)
- Les estimations internationales indiquent qu'une proportion significative de femmes et d'hommes déclarent avoir subi au cours de leur vie une forme de violence sexuelle, soit 1/5 femmes et 1/7 hommes(2), traduisant l'ampleur du phénomène dans toutes les sociétés.
- La violence sexuelle a de profondes répercussions sur la santé physique et mentale de la victime. Outre les traumatismes physiques, elle est associée à un risque accru de nombreux problèmes de santé sexuelle et génésique, dont les conséquences se font sentir immédiatement, mais aussi des années après l'agression (1). Ces impacts ont conduit les organisations internationales à considérer la lutte contre les violences sexuelles comme une priorité de santé publique. (3)
- Dans ce contexte, les services de médecine légale occupent une place centrale dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles. Ils représentent souvent le premier espace institutionnel où la parole de la victime est objectivée. Le médecin légiste est souvent confronté à des situations sensibles où des victimes présumées de violences sexuelles se présentent, que ce soit à la suite d'allégations d'agression sexuelle ou dans le cadre d'examens sexuels procéduraux liés à des enquêtes judiciaires, comme c'est parfois le cas lors de fugues de mineurs. À ce titre, sa mission consiste à établir l'existence de violences, tant sur le plan clinique, par l'objectivation de lésions sexuelles, que sur le plan biologique, par la mise en évidence de traces biologiques compatibles avec un contact sexuel, ainsi que de ses éventuelles conséquences. Ces constatations permettent de constituer des preuves médico-légales, consignées dans un certificat destiné aux autorités judiciaires. Dans cette perspective, la médecine légale constitue une interface essentielle entre le soin et la justice.
- Il est cependant crucial de comprendre qu'un examen sexuel ou biologique négatif n'élimine pas la possibilité qu'une violence sexuelle ait eu lieu ; l'absence de traces ne signifie jamais l'absence d'agression. Cette complexité souligne l'importance de la rigueur, de

l'empathie et de la prudence dans la prise en charge médico-légale des victimes, tout en rappelant que la protection et la reconnaissance de la parole de la victime restent au cœur de notre pratique.

- En Algérie, les violences sexuelles sont incriminées par le code pénal et encadrées par la législation nationale. Toutefois, les données épidémiologiques hospitalières publiées restent limitées, notamment au niveau régional, ce qui souligne la nécessité de travaux descriptifs permettant de mieux cerner la réalité locale du phénomène.

II. Problématiques :

- Malgré la reconnaissance internationale de la violence sexuelle comme un problème majeur de santé publique et une violation grave des droits humains (1), sa mesure demeure complexe. Les données disponibles reposent souvent sur des enquêtes déclaratives en population générale, exposées au sous-siglement en raison de la stigmatisation, de la peur des représailles, des pesanteurs familiales et sociales ou de la méfiance envers les institutions (4). Une étude en Amérique latine a estimé qu'environ 5% seulement des victimes adultes de violence sexuelle avaient signalé l'incident à la police (4). Ainsi, l'ampleur réelle du phénomène reste difficile à appréhender avec précision.
- Au niveau hospitalier, et plus particulièrement dans les services de médecine légale, les victimes présumées de violences sexuelles constituent une population spécifique, représentant les cas ayant franchi l'étape du signalement et de la saisine médico-judiciaire.
- Il est à signaler que l'arrivée au service de médecine légale n'est pas systématiquement synonyme de violence sexuelle objectivable sur le plan médico-légal. L'évaluation diagnostique demeure parfois complexe, notamment lorsque la victime est examinée tardivement, après disparition des traces. Par ailleurs, une violence sexuelle n'entraîne pas nécessairement de lésions décelables ; certains viols par exemples peuvent survenir sans défloration ni atteinte anatomique visible. À l'inverse, des constatations cliniques évocatrices — telles qu'une rupture hyménéale — ne sont pas toujours spécifiques d'une agression sexuelle et peuvent résulter d'un traumatisme accidentel ou d'un rapport sexuel consenti ayant donné lieu à une fausse accusation. De même, la preuve biologique peut faire défaut, notamment en raison de conditions de recueil inadéquates, d'un défaut de conservation des prélèvements ou d'un délai prolongé entre l'agression alléguée et la consultation, entraînant la disparition des éléments matériels. Elle peut également être compromise par des soins d'hygiène effectués par la victime avant l'examen.

- Toutefois, en Algérie, où cette thématique demeure largement taboue, les études épidémiologiques descriptives consacrées à cette population restent rares, en particulier à l'échelle régionale de Laghouat, caractérisée par un contexte socioculturel particulièrement conservateur. Cette insuffisance de données locales limite la connaissance précise de l'ampleur réelle du phénomène, ainsi que la compréhension des caractéristiques sociodémographiques des victimes et des auteurs, des circonstances des faits allégués et des tendances évolutives de ces violences.
- Dans ce contexte, plusieurs interrogations se posent :
- Quelle est la prévalence des victimes présumées de violences sexuelles examinées au sein du service de médecine légale de l'EPH de Laghouat sur une période de onze ans ?
- Quelle est la prévalence des victimes effectives de violences sexuelles confirmée après examen médico-légal ?
- Existe-t-il une évolution temporelle du nombre de cas recensés ?
- Quelles sont les principales caractéristiques médico-légales des violences sexuelles observées ?
- Les caractéristiques de ces violences sexuelles varient-elles en fonction des données épidémiologiques (sociodémographiques et professionnelles) des victimes ?
- L'absence de données régionales structurées rend nécessaire la réalisation d'une étude rétrospective permettant d'objectiver la réalité locale du phénomène. Une telle démarche vise non seulement à quantifier la prévalence hospitalière des violences sexuelles dans ce contexte, mais également à fournir des éléments susceptibles d'éclairer les stratégies de prévention, d'amélioration de la prise en charge et de renforcement des dispositifs de protection.

III. Objectifs :

1.Objectif principal :

- Evaluer la prévalence des victimes présumées de violence sexuelle parmi les consultants du service de médecine légale de l'EPH Ahmida Benadjila de Laghouat, sur une période de onze ans de 2015 à 2025

2.Objectifs secondaires :

- Décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et médico-légales des cas présumés de violences sexuelles examinés au service de médecine légale de l'EPH Ahmida Benadjila de Laghouat durant cette période.

VI. Revue de la littérature :

A. Définitions

1. Victime :

Selon la Déclaration des Nations Unies de 1985 relative aux principes fondamentaux de justice pour les victimes de la criminalité, la victime est définie comme : « toute personne ayant subi un préjudice, notamment une atteinte à son intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle ou une atteinte grave à ses droits fondamentaux, en raison d'actes ou d'omissions qui enfreignent les lois pénales en vigueur. » (5)

2. Violence sexuelle :

- Dans le langage courant plusieurs termes sont utilisés : violences sexuelles, agression sexuelle, abus sexuel, viol et contacts sexuels sans consentement sont des expressions indifféremment employées pour désigner les mêmes faits

2.1. Selon l'OMS :

la Violence sexuelle couvre tous les actes allant du harcèlement verbal à la pénétration forcée: « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail. » (6).

- La coercition est un élément fondamentale semble-t-il dans la qualification de l'acte en violence sexuelle, cela peut inclure (7) :
 - Le recours à la force à divers degrés
 - L'intimidation psychologique
 - Le chantage
 - Les menaces (de blessures corporelles ou de ne pas obtenir un emploi/une bonne note à un examen, etc.).
- La violence sexuelle peut également survenir lorsque la personne agressée est dans l'incapacité de donner son consentement – parce qu'elle est ivre, droguée, endormie ou atteinte d'incapacité mentale, par exemple. (7)
- La notion de consentement n'est pas nécessaire chez les mineurs. (8)

2.2. Selon le cadre juridique algérien :

- En droit algérien, il n'existe pas de définition légale des violences sexuelles dans les textes de lois algériennes. Cependant, ces violences constituent des infractions (crime ou délit) de nature sexuelle, incluses au code pénal algérien au sein du **Chapitre II** intitulé « **Crimes et délits contre la famille et les bonnes mœurs.** » dans sa **Section VI** intitulée « **Attentats aux mœurs** ». Ce code utilise les qualificatifs : « outrage public à la pudeur », « attentat à la pudeur », « viol », « homosexualité », « adultère », et « harcèlement sexuel », sans en donner les définitions.
- Il convient de noter que ce sont des notions abordées dans la jurisprudence.

3. Victime de violence sexuelle :

- Au regard des définitions précédemment exposées, il est possible de définir la victime de violences sexuelles comme suit : « toute personne ayant subi un acte à caractère sexuel imposé sans consentement libre et éclairé, par contrainte, menace, violence, surprise ou abus d'autorité, conformément aux définitions proposées par l'OMS (2002) (6) et les Nations Unies (1985) (9)

4. Majorité sexuelle :

- Elle correspond en jurisprudence à « l'âge minimum que doit avoir une personne pour avoir des relations sexuelles de son plein gré ». (10)
- En droit pénal algérien, bien que cette notion ne soit pas expressément définie, les articles 334 et suivants du Code pénal organisent une protection pénale des mineurs jusqu'à l'âge de 18 ans, permettant de retenir ce seuil comme référence juridique de la capacité de consentement sexuel. (10)

B. Typologie :

- Les violences sexuelles constituent des infractions (crime ou délit) de nature sexuelle réprimées par le code pénal algérien et abordées dans la jurisprudence, En s'appuyant sur les formes décrites par l'OMS, on peut en dégager différentes manifestations permettant d'en mieux comprendre la diversité :

- citant :

1. Violences sexuelles au sens strict :

Elles impliquent une contrainte corporelle directe ou tentative :

- 1.1. **Viol** : « la possession d'une femme qu'elle soit vierge ou déjà déflorée sans son consentement ». C'est aussi « L'intromission de la verge en érection dans le vagin d'une femme non consentante ou incapable de consentement valable » (11,12)
- 1.2. **Inceste** : relations sexuelles interdites par la charia entre personnes dont le degré de parenté interdit le mariage. Ainsi, « Est considéré comme inceste les relations sexuelles entre parents

en ligne descendante et ascendante, une personne et l'enfant de l'un de ses frères ou sœurs germains, consanguins ou utérins ou avec un descendant de celui-ci», cet acte répréhensible a été étendu à l'enfant pris en recueil légal (12,13)

1.3. Attentat à la pudeur : se réfère à une offense matérielle, d'ordre sexuel, commise intentionnellement sur une personne majeure non consentante ou mineure de moins de 18 ans de l'un ou de l'autre sexe. C'est un « acte physique contraire aux bonnes mœurs exercé volontairement sur le corps d'une personne déterminée de l'un ou l'autre sexe ». L'attentat à la pudeur blesse la pudeur d'une personne déterminée, exemples : les attouchements sexuels, les actes impudiques tel les pratiques sodomiques homosexuelles ou hétérosexuelles, la fellation, le cunnilingus. (13)

2. Violences sexuelles sans contact physique :

Elles regroupent les actes à caractère sexuel sans atteinte corporelle directe obligatoire, mais portant atteinte à la dignité, à la liberté sexuelle ou à la protection des personnes. En fait, cela représente la catégorie des avances ou commentaires sexuels non désirés :

Outrage public à la pudeur : est un délit caractérisé par un acte, un geste ou une attitude impudique ou obscène, accompli volontairement et sans nécessité, dans un lieu public, de nature à porter atteinte à la décence et à la moralité publiques, indépendamment de l'intention de choquer ou de viser une personne déterminée, exemple : masturbation dans un lieu public, exhibition des parties intimes sur la voie publique. (13)

2.1. Harcèlement sexuel :

- « L'exploitation d'une situation de pouvoir pour imposer des demandes sexuelles ou exercer des pressions dans un but sexuel sur une personne ayant moins de pouvoir, et ce, malgré son refus. »(14)
- « Est réputée avoir commis l'infraction de harcèlement sexuel, toute personne qui abuse de l'autorité que lui confère sa fonction ou sa profession, en donnant à autrui des ordres, en proférant des menaces, en imposant des contraintes ou en exerçant des pressions, dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle. »(14)

3. Traite, exploitation ou autres actes dirigés contre la sexualité d'une personne sous la contrainte :

3.1. La cybercriminalité sexuelle : désigne l'ensemble des infractions à caractère sexuel commises au moyen des technologies de l'information et de la communication, notamment

via internet, les réseaux sociaux ou tout support numérique, portant atteinte à l'intégrité, à la dignité ou à la vie privée de la personne. (10)

3.2. Exploitation sexuelle des enfants : tel

- Diffusion de contenu pornographique impliquant des mineurs
 - Excitation de mineurs à la débauche.
 - La traite des enfants a des fins d'exploitation sexuelle
- Il est à noter que certaines violences sexuelles, non spécifiquement prévues par le droit algérien, sont néanmoins reconnues internationalement comme des formes de violences sexuelles graves, inscrites dans des contextes socioculturels particuliers et constituant des atteintes majeures à l'intégrité physique et à la dignité humaine, citant :
- Les mutilations génitales féminines,
 - Le tourisme sexuel impliquant des enfants.

4. Infractions sexuelles connexes :

À côté des violences sexuelles, certaines infractions sexuelles représentent des conduites ou des comportements à caractère sexuel, sans être une violence sexuelle au sens strict, citant :

4.1. Adultère : signifie le « fait pour une personne mariée d'avoir des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que son conjoint » (12)

Or l'adultère est une infraction sans violence, et qui se fait souvent avec consentement

4.2. Homosexualité : renvoie à « des actes visant à satisfaire le désir sexuel entre deux personnes du même sexe, ce qui inclut l'acte de sodomie, entendu comme la relation d'un homme avec un autre homme, ainsi que l'acte de lesbianisme, qui désigne les relations sexuelles entre deux femmes. » (12)

Aussi l'homosexualité est l'une des incriminations sans victime directe, elle désigne une orientation sexuelle caractérisée par une attirance affective et/ou sexuelle entre personnes du même sexe.

4.3. Pédophilie : La pédophilie est définie, en psychiatrie médico-légale, comme « une préférence sexuelle persistante et dominante dirigée vers des enfants prépubères, généralement âgés de moins de 13 ans, pouvant s'exprimer sous forme de fantasmes, de pulsions ou de comportements. » (15)

Il s'agit d'une entité psychiatrique clinique relevant des troubles paraphiliques, pouvant constituer un facteur sous-jacent à des infractions.

C. Données épidémiologiques :

1. Données internationales globales :

- Les violences sexuelles constituent un problème de santé publique courant et grave à l'échelle mondiale (1), touchant toutes les catégories de la population, quel que soit le sexe, l'âge ou le contexte social.
- Bien que son ampleur réelle soit difficile à mesurer, en raison de son caractère tabou et de la loi du silence qui l'entoure, les estimations internationales suggèrent qu'une proportion significative de la population en a été victime, reflétant l'ampleur du phénomène dans toutes les sociétés.

1.1. Selon l'OMS :

- Selon l'OMS, les violences sexuelles constituent un phénomène mondial en expansion, touchant des millions de victimes sur tous les continents, dont environ 150 millions de filles et 73 millions de garçons âgés de moins de 18 ans. (10)
- Le rapport de 2002 a montré qu'environ un tiers des adolescents déclaraient avoir subi une initiation sexuelle forcée. En 2004, la prévalence mondiale des violences sexuelles sur enfants était estimée à environ 27 % chez les filles et 14 % chez les garçons. (10)
- Plus récemment, un rapport de l'OMS et des partenaires de l'ONU publié en novembre 2025, analysant les données collectées entre 2000 et 2023 dans 168 pays, indique que près d'une femme sur trois dans le monde a subi des violences conjugales ou sexuelles au cours de sa vie, et environ 263 millions de femmes ont été victimes de violences sexuelles par des tiers depuis l'âge de 15 ans, avec des conséquences majeures sur la santé physique et mentale. (16)
- L'ensemble de ces données montre une prédominance féminine des violences sexuelles durant l'enfance, bien que certaines études asiatiques récentes suggèrent une atteinte également importante chez les garçons.(17)

1.2. Selon l'UNICEF :

- Selon des estimations mondiales publiées par l'UNICEF en 2024, basées sur des données provenant de plus de **120 pays,entre 2010 et 2022**, environ **650 millions de filles et de femmes (1 sur 5)** et **410 à 530 millions de garçons et d'hommes (environ 1 sur 7)** auraient subi des violences sexuelles durant l'enfance. (2)

1.3. Selon d'autres études internationales :

- Selon une revue systématique sur la prévalence des violences sexuelles, basée sur les données du **Global Burden of Disease (GBD) de 1990 à 2017**, qui couvre **195 pays et territoires**. La prévalence des violences sexuelles est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et a globalement diminué au cours du temps. Les tendances sont très hétérogènes selon les pays, reflétant les différences culturelles, les normes sociales et les outils de mesure utilisés.(18)

- Selon une **revue systématique mondiale (Li et al., BMC Women's Health, 2023)**, réalisée à partir d'une recherche approfondie dans PubMed, Embase et Web of Science jusqu'en décembre 2022, environ 29 % des femmes ont été victimes de violences sexuelles au cours de leur vie. Les taux sont plus élevés dans les pays en développement. Plus de la moitié des victimes développent un trouble de stress post-traumatique, mais seulement un tiers cherche un soutien. Cette étude constitue une référence clé pour la prévention et la prise en charge des violences sexuelles. (19)

2. Données épidémiologiques par pays:

2.1. Aux États-Unis :

- Aux États-Unis, la violence sexuelle constitue un problème majeur de santé publique, avec des estimations nationales indiquant qu'environ une femme sur quatre et un homme sur neuf en sont victimes au cours de leur vie, selon les données du **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)**(20). Dans le système de soins, les données hospitalières issues du **National Electronic Injury Surveillance System (NEISS-AIP)**, couvrant les **services d'urgence américains**, montrent que les violences sexuelles représentent environ 4 % des consultations pour agression, soit plus de 650 000 visites aux urgences sur une période de huit ans, touchant principalement des femmes jeunes avec un âge moyen de 19 ans et fréquemment associées à un contexte domestique, les agresseurs sont fréquemment des connaissances ou proches. Toutefois, ces données hospitalières ne reflètent qu'une partie du phénomène, en raison du faible recours aux soins et de la sous-déclaration. (21)

2.2. Au Brésil :

- Au Brésil, les violences sexuelles constituent un important problème de santé publique. Les données nationales rapportent environ 66 000 viols enregistrés en 2018, avec une tendance à l'augmentation au fil des années. Les femmes représentent près de 80 % des victimes, tandis que les mineurs sont particulièrement concernés, représentant environ 70 % des cas(22). Un élément épidémiologique constant est que **la majorité des victimes connaissent leur agresseur (≈ 75 %)**, celui-ci étant souvent un membre de la famille, un partenaire ou une connaissance. (22)
- Par ailleurs, les données du système de santé brésilien DATASUS rapportent plus de 22 000 viols enregistrés en 2016, confirmant l'ampleur du phénomène. Une étude menée au Hospital de Clínicas de Porto Alegre sur 711 cas d'agressions sexuelles montre un profil de victimes majoritairement jeunes, avec un âge moyen d'environ 24 ans et une prédominance de femmes célibataire

- s. La consultation est précoce dans 80,7 % des cas (dans les 72 heures). Les agressions sont le plus souvent commises par un seul auteur (87,1 %), connu ou inconnu de la victime selon les situations.(23)

2.3. Au Royaume-Uni :

- Au Royaume-Uni, le Crime Survey for England and Wales (année se terminant en mars 2025) estime que 1,9 % des personnes âgées de 16 ans et plus, soit environ 898 000 individus, ont été victimes d'une agression sexuelle au cours des 12 derniers mois. Les attouchements non consentis représentent 1,4 %, tandis que les viols ou agressions avec pénétration sont estimés à 0,2 %. Par ailleurs, les données policières rapportent plus de 209 000 infractions sexuelles enregistrées (+11 % en un an), traduisant une tendance globale à la hausse.(24)
- Les données des SexualAssaultReferral Centres (SARC) au Royaume-Uni, structures spécialisées du système de santé britannique, montrent que les victimes prises en charge sont majoritairement des femmes jeunes, souvent âgées de moins de 30 ans, avec une proportion non négligeable de mineurs. Dans la plupart des cas, l'auteur est connu de la victime (partenaire, ex-partenaire ou connaissance) et les faits surviennent dans un contexte privé. Les consultations sont fréquemment tardives, limitant la valeur médico-légale des prélèvements. Des lésions génitales ou extra-génitales ne sont objectivées que dans une minorité de cas, l'absence de lésions n'excluant pas l'agression. Ces structures assurent une prise en charge médico-légale, psychologique et la conservation des preuves en coordination avec les autorités judiciaires.(25,26)

2.4. En France :

- Selon l'enquête CSF 2023 de l'INSERM (plus de 31 000 participants), 29,8 % des femmes et 8,7 % des hommes en France déclarent avoir subi un rapport forcé ou une tentative au cours de leur vie, avec une forte concentration des faits avant 18 ans(27). Les données issues des unités médico-judiciaires apportent un éclairage clinique et épidémiologique complémentaire.
- Une étude menée à l'UMJ de Marseille (2003–2013) sur 592 victimes de viol montre une prédominance féminine (>90 %) avec un âge moyen de 25,8 ans. Les agressions impliquaient un seul auteur dans 84 % des cas, connu de la victime dans 28 %. Les lésions génito-anales étaient retrouvées dans environ 20 % des cas, tandis que la majorité des examens ne montrait pas de lésions objectivables ; l'usage d'une arme était associé aux lésions extra-génitales.(28).
- Une seconde étude rétrospective menée au Centre Hospitalier de Cayenne (2019–2020), incluant 400 victimes prises en charge en UMJ, aux urgences et en hôpital de jour, montre une population majoritairement féminine (86,8 %) avec une médiane d'âge de 13 ans. Les auteurs étaient presque exclusivement masculins (99,2 %), connus de la victime dans 86,7 % des cas

et issus du cercle familial dans près de 40 %. Le délai de consultation dépassait 72 heures dans plus de 60 % des cas, et un suivi psychologique était recommandé dans environ 62 % des situations.(29).

2.5. En inde :

- En Inde, les données du National Crime Records Bureau rapportent 31 677 viols en 2021 (≈ 86 cas/jour), avec une augmentation par rapport à 2020 et un maintien autour de 32 000 cas en 2022. Ces chiffres sont probablement sous-estimés. Environ 89 % des auteurs sont connus de la victime, contredisant l'idée d'une violence majoritairement commise par des inconnus(30). Par ailleurs, Les données du National Family Health Survey (2019–2021) montrent qu'environ 6,1 % des femmes mariées déclarent des violences sexuelles conjugales, révélant un écart important avec les statistiques judiciaires. Cette discordance traduit une sous-déclaration liée à des facteurs socioculturels tels que la stigmatisation, la peur de représailles, la pression familiale et les obstacles institutionnels.(31).
- Une étude rétrospective menée dans un hôpital de soins tertiaires de Delhi (2014–2016) sur 312 cas d'agressions sexuelles montre que 97,4 % des victimes étaient des femmes, dont 37,2 % de mineures. Les auteurs, exclusivement masculins, étaient majoritairement adultes (92,9 %), et dans 82,7 % des cas, il s'agissait d'un épisode unique. Environ 92 % des agresseurs étaient connus des victimes. Les faits survenaient majoritairement en journée (60,3 % entre 7 h et 19 h). Seuls 35,7 % des cas ont été signalés dans les 24 heures, avec un retard plus marqué lorsque l'agresseur était connu. (32)

2.6. Au Pakistan :

- Dans une cohorte pakistanaise comprenant 90 victimes, les femmes représentaient 64,4 % des cas. Les agressions sexuelles constituaient 72,2 % des cas, principalement des viols (43,3 %) et des sodomies (28,9 %). Des lésions génitales étaient observées dans 17,8 % des cas, des lésions extra-génitales dans 10 %, et une intoxication par benzodiazépines dans 2,2 % (33).

2.7. Au Mali :

- Une série hospitalière réalisée au Mali a rapporté une prévalence hospitalière de 0,22 %. La majorité des victimes était âgée de moins de 20 ans (96,25 %), avec un âge moyen de 13,22 ans, et toutes étaient de sexe féminin. Les agressions survenaient surtout en soirée (54,2 %) et impliquaient un seul agresseur dans 60,75 % des cas. Une défloration était observée dans 31,77 % des cas et une grossesse dans 3,74 % (34).

2.8. Au Burkina-Faso :

- Au Burkina Faso, l'âge moyen des victimes était de 16 ans avec des extrêmes allant de 3 à 32 ans. Le viol constituait le principal motif de consultation (93,1 %), avec des agressions

survenant principalement la nuit et au domicile. Les lésions les plus fréquentes étaient les déchirures vulvaires (17,8 %) et les égratignures (10,9 %) (35).

2.9. Au Nigeria :

- Au Nigeria, la prévalence hospitalière rapportée était de 0,84 %. L'âge moyen était de $12,6 \pm 8,3$ ans, et 61,8 % des victimes étaient âgées de 12 ans ou moins. La majorité des agressions était pénétrative (70,6 %) et impliquait un seul agresseur (91,2 %), le plus souvent une connaissance ou un membre de la famille (36).

2.10.En Egypte :

- Des résultats partiellement différents ont été observés dans une étude menée à Assouan où les victimes étaient majoritairement de sexe masculin (54,3 %), avec un âge moyen de 15,15 ans. Les agressions impliquaient principalement une pénétration anale ou vaginale (89,1 %). La détection de liquide séminale a été retrouvée dans 13 % des cas, et quatre décès ont été rapportés (37).

2.11.En Tunisie :

- Ainsi, dans une étude réalisée au service de médecine légale de l'hôpital de Sidi Bouzid, les victimes étaient principalement des femmes mineures (57,1 %), souvent célibataires et issues d'un milieu socioéconomique défavorisé. Les agresseurs étaient exclusivement des hommes, âgés le plus souvent de 18 à 30 ans. Les lésions rapportées concernaient principalement les membres supérieurs et inférieurs, avec une prédominance des déchirures hyménéales. Un cas de grossesse a été signalé (38).

2.12.En Algérie :

- Les données épidémiologiques relatives aux violences sexuelles demeurent relativement limitées et proviennent principalement des services de médecine légale hospitaliers.
- Une étude réalisée en 1995 par le CENEAP auprès de 527 enfants de la rue (374 garçons et 153 filles) montre que la prostitution est rarement déclarée comme moyen de subsistance (2,8 %). Elle est absente chez les garçons, mais concerne une proportion notable de filles de plus de 16 ans, atteignant 18,2 % chez celles âgées de 18 à 19 ans. (13)
- En 2005, l'enquête nationale réalisée par l'Institut National de Santé Publique, consacrée aux violences à l'égard des femmes en Algérie, met en évidence une proportion non négligeable de violences sexuelles, représentant 5,4 % de l'ensemble des violences rapportées. (39)
- En 2011, le service de médecine légale de l'Hôpital Ibn Badis à Constantine a recensé 120 victimes de violences sexuelles, dont 45 % de mineures avec un âge moyen de 16,4 ans, majoritairement des filles et de niveau scolaire faible. Des antécédents d'agressions étaient retrouvés dans 22 % des cas. Les auteurs étaient le plus souvent des hommes jeunes (âge

moyen 26,2 ans), agissant seuls dans 83 % des cas, fréquemment connus de la victime, avec des antécédents judiciaires (47 %) et de toxicomanie (61 %). Les faits survenaient principalement dans des lieux isolés ou au domicile de l'agresseur. Sur le plan médico-légal, des lésions corporelles étaient observées dans 22 % des cas, tandis que l'examen ano-génital était normal dans 47 % des situations, avec une prédominance de lésions hyménéales anciennes (90 %). (40)

- Entre le 2 janvier et le 31 décembre 2013, l'étude de Dr S. Attrous (2017) rapporte que 77 enfants victimes d'abus sexuels, soit 2,1 % des 3722 consultations, ont été pris en charge au service de médecine légale du CHU de Rouiba. (10)
- De 2012 à 2014, l'étude menée au CHU d'Annaba sur 94 enfants victimes de violences sexuelles montre une prédominance féminine avec un âge moyen de $11,71 \pm 4,46$ ans. Les enfants vivaient majoritairement dans des familles nombreuses à faible revenu. L'auteur était connu dans 88,3 % des cas et les agressions s'accompagnaient de violences dans 73,4 %. La consultation intervenait dans les 72 heures dans 52 % des cas. L'examen génito-anal était évocateur d'abus dans 56,4 %, avec prédominance de lésions anciennes, tandis que des troubles psychiques étaient rapportés dans 69,7 % des cas.(41)
- En 2017, l'unité des urgences médico-judiciaires de l'hôpital Mustapha Pacha à Alger a pris en charge 3 182 victimes de violences, dont environ 10 % étaient victimes de violences sexuelles, avec une prédominance de sujets ayant un niveau d'enseignement secondaire. Par ailleurs, deux cas de suicide d'adolescents consécutifs à des violences sexuelles répétées intrafamiliales (inceste) ont été rapportés, illustrant la gravité des conséquences médico-psychologiques associées à ces situations.(42).Au même service, et entre le 1^{er} Janvier et le 1^{er} Octobre 2023, l'unité a enregistré 189 cas de violences sexuelles, concernant des victimes âgées de 4 à 22 ans. (43)
- En 2021, dans la nuit du 17 mai, neuf enseignantes ont été victime de viol collectif à Bordj Badji Mokhtar, alors qu'elles se trouvaient dans le logement de fonction de l'établissement scolaire.(44)
- De plus, une étude menée au CHU Béni Messous (Alger) entre mars 2019 et novembre 2022, portant sur 30 enfants victimes de violences sexuelles, montre un âge moyen de 7,7 ans avec une proportion importante de très jeunes enfants. Les attouchements sexuels constituent la forme prédominante (83,3 %). L'auteur est le plus souvent connu de la victime, avec une implication du père dans 36,7 % des cas, et les faits surviennent majoritairement au domicile familial. Sur le plan clinique, les lésions physiques sont souvent absentes ou non spécifiques,

tandis que les répercussions psychologiques sont fréquentes (88,1 %), dominées par des troubles anxieux et comportementaux compatibles avec un état de stress post-traumatique(45).

- Une étude menée à l'unité médico-judiciaire de Constantine (2010–2021) a recensé 2 276 victimes de violences sexuelles, représentant environ 2,3 % de l'ensemble des consultations, avec une stabilité de la fréquence entre les deux périodes (2,3 % puis 2,4 %). Les victimes étaient majoritairement de sexe féminin (63 à 65 %) et mineures (72 à 79 %), incluant une proportion importante d'enfants de moins de 13 ans. La majorité était célibataire, sans enfants et de niveau d'instruction moyen, avec des antécédents psychiatriques, d'agressions sexuelles et des difficultés scolaires fréquemment rapportés. (40).
- Une étude médico-légale hospitalière récente menée par le Pr BENYAGOUB à l'EPH Ahmida Benadjila de Laghouat entre 2017 et 2024a mis en évidence la persistance des agressions sexuelles chez les mineurs dans le sud algérien. Parmi 19 180 consultations médico-légales recensées, 126 concernaient des agressions sexuelles sur des enfants et adolescents. Les victimes étaient majoritairement des adolescents âgés de 13 à 17 ans, avec une prédominance masculine dans cette série hospitalière. Dans la majorité des cas, l'agresseur était connu de la victime, le plus souvent un voisin ou une connaissance. Les consultations médico-légales étaient fréquemment tardives, plus de 72 heures après les faits dans près de 79 % des cas, compromettant ainsi la collecte des preuves médico-légales et la prise en charge précoce. L'étude souligne également l'importance des facteurs de vulnérabilité socio-économique, notamment la pauvreté, le chômage parental et les conditions de vie précaires, dans la survenue et le retard de révélation des agressions sexuelles chez les mineurs.(46)
- Dans l'ensemble, ces données internationales mettent en évidence la vulnérabilité particulière des enfants et des adolescents, une prédominance féminine dans la majorité des séries et l'implication fréquente d'un agresseur unique, souvent connu de la victime. Elles soulignent également la diversité des contextes et des modalités de survenue des violences sexuelles selon les régions du monde.

D. Les déterminants des violences sexuelles :

1. Le modèle écologique :

- Après avoir décrit l'ampleur et la répartition des violences sexuelles à travers les données épidémiologiques, il apparaît essentiel d'en analyser les déterminants, en particulier les facteurs de risque susceptibles d'en favoriser la survenue.
- Dans cette perspective, le modèle socio-écologique, développé la première fois par Urie Bronfenbrenner en 1976 et adapté en santé publique et en prévention des violences,

notamment par l'Organisation mondiale de la Santé(6), offre un cadre conceptuel pertinent pour appréhender les violences sexuelles dans leur globalité. Ce modèle repose sur une approche intégrative, considérant que les comportements violents sont le produit d'interactions dynamiques entre plusieurs niveaux d'influence.

- Ainsi, l'analyse des facteurs de risque peut être structurée selon quatre niveaux complémentaires :
 - **Niveau individuel** : qui englobe les caractéristiques biologiques et l'histoire personnelle propres à la victime ou à l'auteur de violence sexuelle ;
 - **Niveau relationnel** : qui inclut les interactions avec l'entourage proche (partenaire intime, membre de famille, amis proches...) ;
 - **Niveau communautaire** : relatif aux environnements de vie, il concerne les contextes dans lesquels les relations sociales se développent, tels que les écoles, les lieux de travail, les quartiers et les institutions locales ;
 - **Niveau sociétal** : qui renvoie aux normes culturelles, aux inégalités socio-économiques, ainsi qu'aux lois et aux politiques publiques

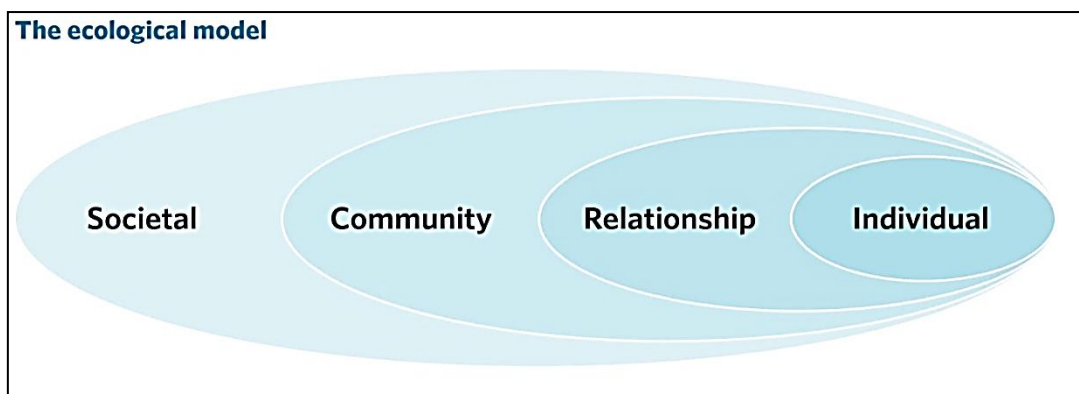


Figure 1:le modele socio ecologique(6)

- L'identification de ces facteurs de risque revêt un double intérêt : d'une part, elle permet une meilleure compréhension des mécanismes de survenue des violences sexuelles ; d'autre part, elle constitue un levier essentiel pour l'élaboration de stratégies de prévention efficaces et adaptées au contexte socioculturel.(6).

2. Facteurs de risque des violences sexuelles(6,47):

- Il est important de souligner que ces différents facteurs exercent un effet cumulatif : plus ils sont nombreux, plus le risque de survenue d'une violence sexuelle est élevé. Par ailleurs, les données de la littérature indiquent que certains facteurs augmentent le risque pour une personne d'être contrainte à des relations sexuelles, tandis que d'autres favorisent la probabilité qu'un individu contraigne autrui à de telles relations. (47)

2.1.Facteurs de risque individuels (6,47) :

2.1.1. Chez les victimes(47) :

- **Le jeune âge :** Les jeunes femmes sont plus exposées aux violences sexuelles que les femmes plus âgées. Les données internationales montrent qu'une proportion importante des victimes a 15 ans ou moins, représentant environ un à deux tiers des cas dans plusieurs pays. De plus, certaines formes de violences sexuelles sont particulièrement liées à l'enfance et à l'adolescence, notamment celles survenant en milieu scolaire et celles associées à l'exploitation sexuelle et à la traite des femmes, soulignant l'importance de l'âge jeune comme facteur de risque pour la victimisation sexuelle.
- **Consommation d'alcool et de drogue :** La consommation d'alcool ou de drogues augmente le risque de violence sexuelle en altérant la perception du danger et les capacités de protection. Elle peut également exposer les victimes à des environnements où le risque de rencontre avec un agresseur est plus élevé.
- **Avoir déjà été victime de violences sexuelles :** les antécédents de violences sexuelles, notamment durant l'enfance ou l'adolescence, augmentent significativement le risque de victimisation à l'âge adulte. Les femmes ayant subi un viol avant 18 ans présentent un risque environ doublé de subir à nouveau des violences sexuelles.
- **Multiples partenaires sexuels :** Un nombre élevé de partenaires sexuels est associé à un risque accru de violence sexuelle chez les jeunes femmes. Toutefois, le lien de causalité reste incertain : cette multiplicité peut être à la fois un facteur de risque et une conséquence de violences sexuelles antérieures, notamment subies durant l'enfance ou l'adolescence. Des études internationales suggèrent en effet que les victimes précoces tendent à avoir davantage de partenaires à l'âge adulte.
- **Niveau d'instruction :** Un niveau d'instruction élevé et une plus grande autonomie des femmes peuvent être associés à un risque accru de violences sexuelles, notamment au sein du couple. Cette situation s'expliquerait par une remise en cause des normes patriarcales, pouvant entraîner des réactions de contrôle par la violence.
- **Pauvreté :** La pauvreté constitue un facteur de vulnérabilité majeur face aux violences sexuelles. Elle expose les femmes et les filles à des situations à risque dans leur vie quotidienne (déplacements seuls, travail en milieu isolé) et limite la surveillance des enfants, augmentant leur exposition à l'exploitation sexuelle. Elle contraint également certaines à exercer des activités à haut risque, notamment dans des environnements propices à la coercition sexuelle, et les rend plus vulnérables aux pressions liées à l'emploi ou à la réussite scolaire.

- **Handicap** : les enfants présentant une déficience physique, sensorielle ou intellectuelle étant jusqu'à trois fois plus susceptibles d'être victimes de violences sexuelles que leurs pairs non handicapés (48,49)

2.1.2. Chez les auteurs (47):

- Consommation de drogue et d'alcool : constitue un facteur favorisant certaines agressions sexuelles. En effet, l'alcool agit comme un désinhibiteur, altérant le jugement et la capacité à interpréter les signaux, tandis que certaines substances, comme la cocaïne, peuvent renforcer ces effets.
- Fantasmes de relations sexuelles coercitives et autres attitudes et croyances propices à la violence sexuelle
- Tendances impulsives et antisociales
- Préférence pour les relations sexuelles impersonnelles.
- Hostilité envers les femmes.
- Victime de violence sexuelle pendant l'enfance.
- Témoin de violence familiale pendant l'enfance

2.2. Facteurs de risque relationnels (6,47) :

- Fréquentation de pairs délinquants et agressifs sur le plan sexuel.
- Milieu familial caractérisé par la violence physique et peu de ressources.
- Relations ou milieu familial très patriarcaux.
- Milieu familial peu favorable sur le plan affectif.
- Honneur familial plus important que la santé et la sécurité de la jeune femme : La violence sexuelle peut être influencée par des normes sociales liées à l'honneur familial et à la pureté sexuelle. Dans certains contextes, la responsabilité de l'agression est injustement attribuée à la victime, et les réactions familiales visent davantage à restaurer l'honneur perçu qu'à sanctionner l'auteur, ce qui peut contribuer à l'impunité des violences.

2.3. Facteurs de risque communautaires (6,47):

- Pauvreté, crise d'identité masculine sous différentes formes : la pauvreté est étroitement liée à la violence sexuelle, tant comme facteur de vulnérabilité que comme élément favorisant certains comportements agressifs. Plusieurs travaux suggèrent que ce lien passe notamment par des crises de l'identité masculine dans des contextes de précarité et de marginalisation sociale. Les violences sexuelles, peuvent alors devenir un mode d'expression de domination en réponse à une perte de pouvoir social et économique.
- Manque de possibilités d'emploi.

- Absence de soutien institutionnel de la part de la police et de la justice.
- Tolérance générale des agressions sexuelles dans la communauté.
- Sanctions communautaires faibles.

2.4. Facteurs sociétaux (6,47) :

- **Normes sociétales propices à la violence sexuelle**, exemple : absence d'intervention des témoins lors d'un viol public.
- **Normes sociétales favorables à la supériorité masculine et aux droits des hommes en matière sexuelle**, exemple : mariage perçu comme obligation sexuelle de l'épouse.
- **Lois et politiques complaisantes vis-à-vis de la violence sexuelle**, exemple : non-reconnaissance du viol conjugal
- **Lois et politiques pas assez fermes par rapport à l'égalité des sexes**, exemple : rejet du témoignage unique de la victime
- **Taux de criminalité et d'autres formes de violence élevés** : viols collectifs dans des groupes délinquants.
- **Tendances mondiales et facteurs économiques** : Les dynamiques économiques et les tendances mondiales, comme la mondialisation et le libre-échange, favorisent la mobilité des femmes et des jeunes filles, parfois vers des contextes à risque, notamment dans l'industrie du sexe. Par ailleurs, certaines politiques économiques peuvent accentuer la pauvreté et le chômage, augmentant ainsi le risque de traite et de violences sexuelles, particulièrement dans certaines régions du monde.

3. Facteurs protecteurs de la violence sexuelle :

3.1. Facteurs protecteurs individuels

3.1.1. Chez les victimes :

- Accès à l'éducation, renforçant la résilience et réduisant l'exposition à la violence. (50)
 - Formation sexuelle exhaustive incluant les compétences de refus et de protection contre les rapports non désirés. (51) Stabilité émotionnelle et relations interpersonnelles solides, favorisant le soutien social et la résilience. (52)
- Capacité à identifier les situations à risque, stratégies de résistance et sentiment d'auto-efficacité (52)

3.1.2. Chez les auteurs :

- Compréhension du consentement sexuel et de ses dimensions de liberté et de capacité à consentir.
- Fonctionnement familial positif avec communication efficace et implication parentale. (53)

3.2. Facteurs protecteurs relationnels :

Soutien social et sentiment de connexion aux autres, réduisant les comportements sexuellement agressifs. (54)

3.3. Facteurs protecteurs communautaires:

- Réduction de la consommation d'alcool à l'échelle populationnelle. (6)
- Promotion de l'égalité de genre, diminuant les rapports de pouvoir inégaux.(55)
- Interventions communautaires de sensibilisation transformant les normes et attitudes sociales(55)

3.4. Facteurs protecteurs sociétaux :

- Cadres législatifs protecteurs et application effective des lois.
- Renforcement des institutions et des systèmes de suivi.
- Mise en place de mécanismes de collecte de données pour améliorer les politiques publiques et la réponse à la violence sexuelle. (56)

E. Rappel anatomique de l'appareil génital et de la région ano-périnéale :

1. Intérêt médico-légal de la maîtrise anatomique :

- Avant d'aborder le rappel anatomique, il importe de souligner que la connaissance rigoureuse de l'anatomie de l'appareil génital et de la région ano-périnéale constitue un prérequis fondamental en médecine légale, en particulier dans l'évaluation des violences sexuelles. Elle permet au médecin légiste de :
 - Identifier avec précision les lésions traumatiques (érosions, ecchymoses, déchirures, fissures)
 - Localiser les atteintes et d'en apprécier la gravité et la chronologie
 - Différencier les variantes anatomiques normales (notamment hyménéales ou anales) des lésions traumatiques ou pathologiques
 - Assurer des prélèvements médico-légaux fiables (recherche de sperme, ADN, agents infectieux)
 - Fournir une interprétation objective et scientifiquement fondée, essentielle à la procédure judiciaire
- En effet, une méconnaissance anatomique peut conduire à des erreurs d'interprétation préjudiciables, tant pour la victime que pour la justice.

2. Rappel anatomique de la région ano-périnéale (des deux sexes) (57):comprend

- **Le canal anal** : segment terminal du tube digestif, long d'environ 3 à 4 cm, s'étendant du rectum à l'orifice anal, entouré par les sphincters anal interne et externe assurant la continence.

- **Les sphincters anaux** : ensemble de deux muscles, un sphincter interne lisse (involontaire) et un sphincter externe strié (volontaire), assurant le contrôle de la continence anale.
- **La marge anale** : est la zone cutanée entourant immédiatement l'orifice anal, constituant une région de transition entre la peau périnéale et la muqueuse du canal anal, richement innervée et particulièrement sensible.
- **Le périnée** : région anatomique située entre les organes génitaux externes et l'anus, constituant un ensemble musculo-aponévrotique qui soutient les organes pelviens et participe aux fonctions urinaires, génitales et anales.

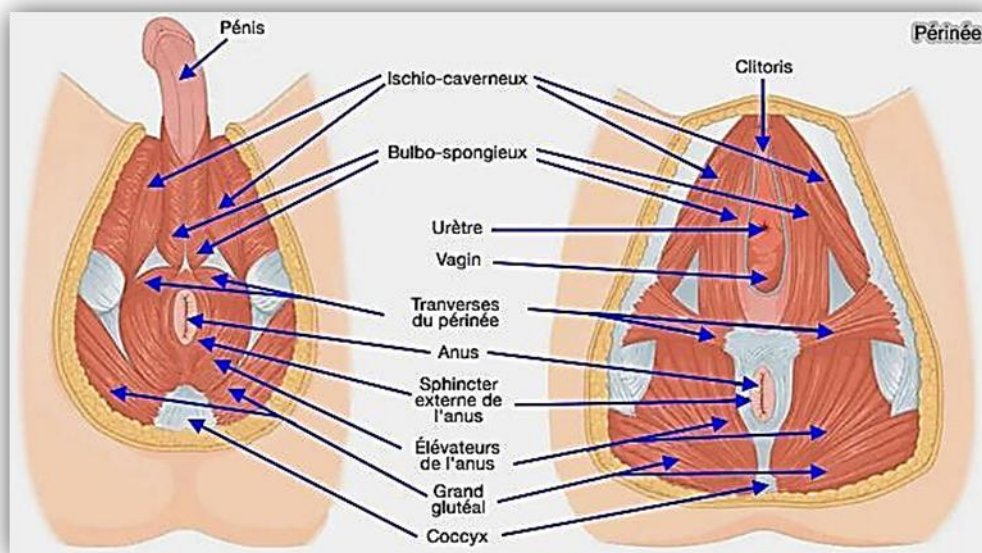


Figure 2: la region ano-perineal(56)

3. Rappel anatomique de l'appareil génital :

1.1. L'appareil génital masculin(58): est constitué d'organes externes et internes.

Organes externes :

- Le **pénis**, organe de copulation, formé de deux corps caverneux et d'un corps spongieux entourant l'urètre, son extrémité distale s'appelle le gland qui est richement innervé recouvert par un repli cutané appelé le **prépuce**
- Le **scrotum**, enveloppe cutanée contenant les testicules

Organes internes:

- Les **testicules**, assurant la spermatogenèse et la sécrétion hormonale
- Les **vésicules séminales** et la **prostate**, qui sont des glandes annexes participant à la formation du liquide séminal
- Les **voies spermatiques** : comprenant les épидидymes, siège de maturation des spermatozoïdes, et les canaux déférents, assurant leur transport vers les voies éjaculatrices.

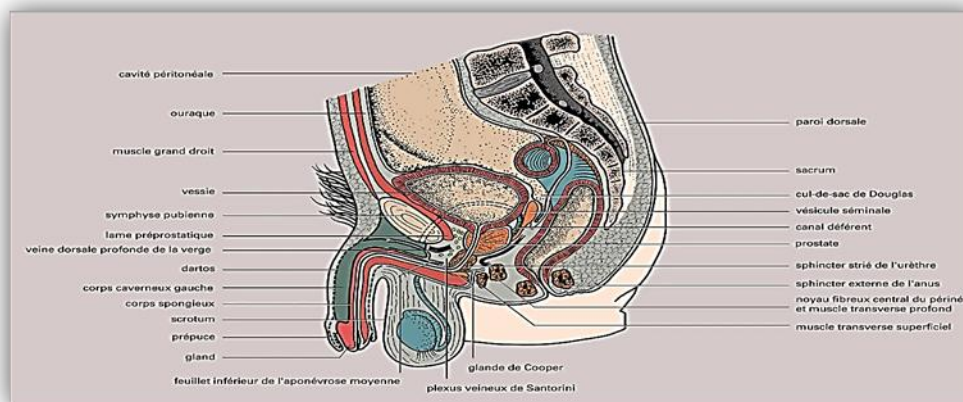


Figure 3: appareil génital masculin(57)

1.2. L'appareil génital féminin :(59)comprend des organes externes et internes

Les organes externes (vulve) : comprend

- Les grandes lèvres et petites lèvres
- Le clitoris:organeérectile
- Le vestibule vulvaire : comportant le méat urinaire et l'orifice vaginal

Les organesinternes :

- Le vagin :Le vagin : conduit musculo-membraneux reliant le col de l'utérus à la vulve, dont l'orifice est partiellement obturé chez la jeune fille par un repli muqueux appelé l'hymen.
- L'utérus : organe musculaire creux situé dans le pelvis, destiné à accueillir, protéger et nourrir l'embryon puis le fœtus au cours de la grossesse.
- Les trompes utérines : conduits pairs reliant les ovaires à l'utérus, siège habituel de la fécondation et assurant le transport de l'ovocyte vers la cavité utérine.

- **Les ovaires** : glandes génitales paires situées de part et d'autre de l'utérus, responsables de la production des ovocytes et de la sécrétion des hormones sexuelles (œstrogènes et progestérone).

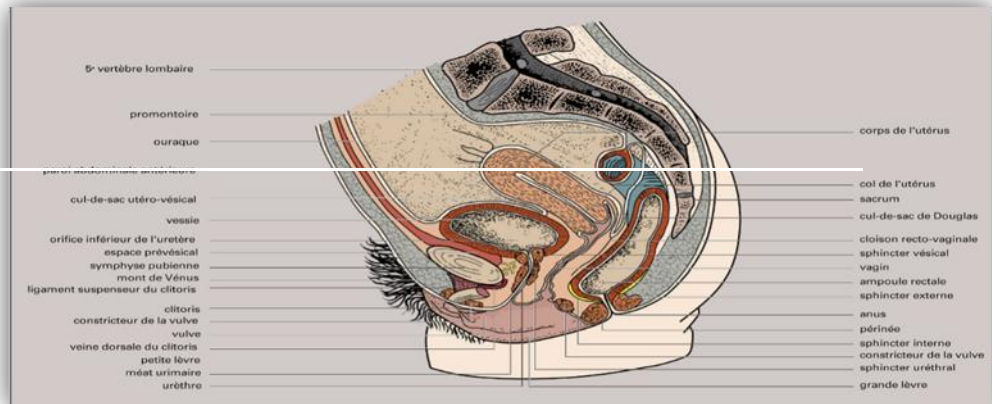


Figure 4: : appareil génital féminin (58)

2. L'hymen :

2.1. Définition :

- Structure membraneuse à l'entrée du vagin, de forme très variable (annulaire, semi-lunaire, etc.)

2.2. Différents types d'hymen :

- Depuis les années 1980, l'hymen a fait l'objet de descriptions anatomiques détaillées ayant conduit à l'élaboration de plusieurs classifications morphologiques(60,61). Bien auparavant, dès 1947, Simonin évoquait déjà la diversité des formes hyménales observées chez la femme. Selon la configuration de l'orifice hyménéal, on distingue plusieurs types anatomiques(62):
- **Hymen annulaire** : hymen de forme circulaire entourant de manière régulière l'orifice vaginal, percé d'un orifice central, c'est le plus courant.

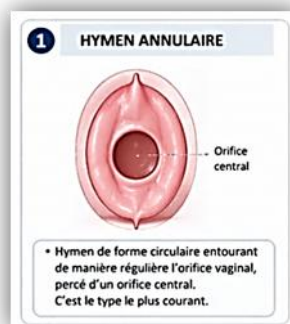


Figure 5: représentation schématique d'un hymen annulaire (59)

Hymen semi-lunaire ou falciforme : hymen en forme de croissant, avec une ouverture plus large vers une partie de l'orifice, généralement orientée vers la partie postérieure ou antérieure de l'orifice vaginal.



Figure 6:représentation schématique d'un hymen semi-lunaire(59)

- **Hymen cribriforme** : forme hyménéale caractérisée par une membrane perforée de plusieurs petits orifices.

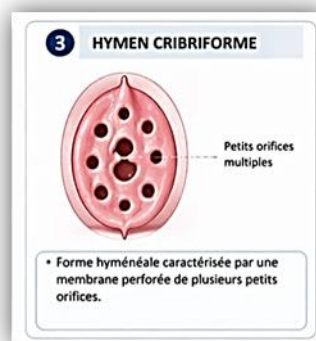


Figure 7: représentation schématique d'un hymen cribriforme(59)

- **Hymen labié** : forme hyménéale caractérisée par un orifice en forme de fente longitudinale antéro-postérieure.

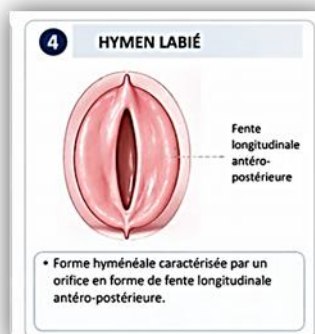


Figure 8: représentation schématique d'un hymen labié(59)

- **Hymen lobé** : forme hyménéale caractérisée par un orifice fait de plusieurs lobes.

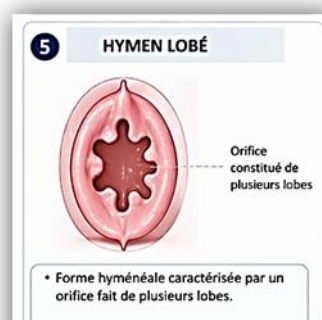


Figure 9: représentation schématique d'un hymen lobé(59)

- **Hymen frangé** : forme hyménéale caractérisée par un orifice à bords sinueux et festonnés par des encoches congénitales

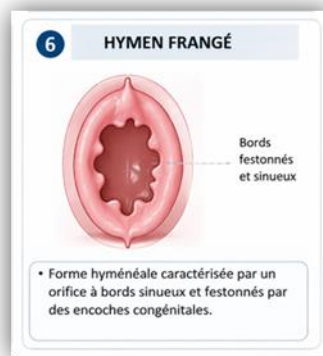


Figure 10: représentation schématique d'un hymen frangé(59)

- **Hymen à languette ou pendentif** : forme hyménéale caractérisée par une prolongation muqueuse mobile, en forme de languette pendante, s'attachant à la bordure de l'orifice vaginal.

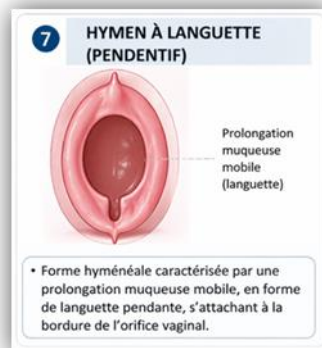


Figure 11: représentation schématique d'un hymen a languette(59)

- **Hymen à ponts (à bride) :** forme hyménéale caractérisée par la présence de fines bandes muqueuses reliant les bords de l'orifice vaginal, créant des cloisons partielles qui peuvent segmenter ou rétrécir l'ouverture hyménéale.

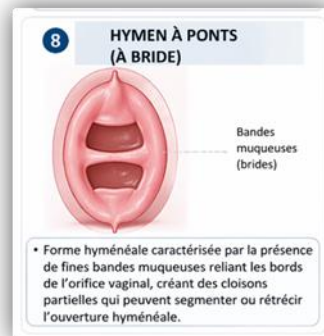


Figure 12: représentation schématique d'un hymen a ponts (à bride)(59)

- **Hymen charnu (scléreux ou en carène) :** membrane épaisse et résistante nécessitant une incision pour éviter une douleur importante à la pénétration.

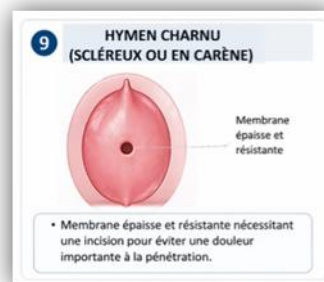


Figure 13: représentation schématique d'un Hymen charnu (scléreux ou en carène) (59)

- **Hymen complaisant (élastique ou extensible) :** hymen de consistance élastique pouvant se dilater sans se déchirer.



Figure 14 ; représentation schématique d'un hymen complaisant (élastique ou extensible (59)

Hymen imperforé : hymen dépourvue d'orifice, obstruant totalement l'entrée du vagin et nécessitant une incision chirurgicale pour permettre son ouverture

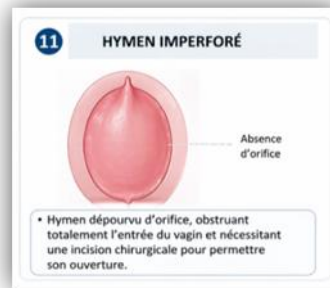


Figure 15: représentation schématique d'un hymen imperforé (59)

F. Prise en charge d'une victime de violence sexuelle :

1. Le rôle des prestataires de soins de santé dans la prise en charge des victimes de violence sexuelle :

- La violence sexuelle constitue un enjeu majeur de santé publique en raison de ses conséquences profondes sur la santé physique, psychologique et sociale des victimes. Dans ce contexte, les professionnels de santé occupent une place centrale, étant souvent les premiers à entrer en contact avec les survivantes et à pouvoir leur offrir soins, soutien et protection dans un cadre empathique et confidentiel. Une prise en charge efficace repose sur une approche globale intégrant l'accueil, l'évaluation clinique, la documentation médico-légale et l'accompagnement psychosocial. Elle doit également tenir compte de l'urgence ressentie par la victime, souvent freinée par des obstacles psychologiques, et mobiliser de manière coordonnée les dimensions médicale, psychologique et médico-légale. Une intervention précoce et adaptée permet ainsi de limiter les séquelles à long terme et de renforcer l'efficacité de la réponse judiciaire(63,64)

1.1. Modalités de l'examen de la victime:

- L'examen peut se dérouler soit à la demande de la police ou de la gendarmerie par réquisition judiciaire, soit de manière spontanée, seule ou accompagnée. Lorsque l'état de la victime ne nécessite pas une prise en charge urgente, l'examen devrait idéalement se dérouler dans une **Unité Médico-Judiciaire (UMJ)**, ou à défaut, dans un service de gynécologie, d'urgences ou toute autre structure équipée d'une table d'examen gynécologique. Une attente prolongée dans un service d'urgences « tout-venant » doit être évitée autant que possible. La présence d'un personnel paramédical, notamment d'une infirmière de médecine légale,

contribue au confort et à la sécurité de la victime et du médecin, et améliore la qualité de l'examen(65).

1.2. Accueil et écoute : instaurer la confiance :

La nature du premier contact avec un professionnel de santé joue un rôle crucial pour restaurer la confiance de la survivante et l'engager sur le chemin de la guérison. Il est essentiel d'offrir un environnement sûr, favorable et confidentiel permettant à la survivante de se confier sans crainte de stigmatisation ou d'incrédulité. Les principes sont les suivants(66) :

- Accueil immédiat et prioritaire avec des temps d'attente réduits.
- Transparence sur la garantie de confidentialité et contrôle sur toutes les décisions médicales.
- Approche sensible et communication empathique.
- Description respectueuse de chaque étape de l'examen.
- Consentement éclairé pour toutes les procédures.
- Réduction de l'anxiété grâce à l'accompagnement par un travailleur psychosocial formé ou une personne familière.

1.3. Obtention du consentement:

- L'obtention du consentement éclairé constitue une étape fondamentale dans la prise en charge médico-légale des victimes d'agression sexuelle. Elle implique d'informer clairement la victime sur le déroulement complet de l'examen, y compris sur la transmission éventuelle des informations aux autorités compétentes, particulièrement dans les contextes de signalement obligatoire. Cette démarche permet à la victime de comprendre ses options et de participer activement aux décisions relatives à sa prise en charge, tout en rétablissant un sentiment d'autonomie et de sécurité après l'agression. Le respect de ses préférences et la protection de son intégrité sont essentiels, tant sur le plan éthique que juridique. En effet, la réalisation d'un examen sans consentement peut exposer le professionnel à des sanctions pénales et compromettre la validité des résultats dans le cadre judiciaire(67).

2. Prise en charge médicale et médico-légale:

2.1. L'entretien :

L'entretien constitue une étape centrale et déterminante de l'examen médico-légal des victimes d'agression sexuelle. Il revêt une double importance, à la fois qualitative — les déclarations de la victime apportant souvent des informations plus riches que les constatations cliniques — et quantitative, occupant la majeure partie du temps de consultation. Il s'agit également d'un moment clé où s'initie la dimension thérapeutique de la relation médecin–

patient(65). il convient de procéder à la collecte structurée et exhaustive des informations suivantes (65,67):

Recueil des antécédents médicaux et gynécologiques :Le praticien doit collecter les antécédents généraux (problèmes de santé, allergies, traitements en cours, vaccinations, interventions chirurgicales) ainsi que l'historique gynécologique récent (dernières règles, rapports sexuels, contraception, grossesses, interventions pelviennes, partenaires sexuels). Ces informations permettent d'anticiper les besoins cliniques, d'expliquer certains signes et de guider les prélèvements médicaux et les soins appropriés. L'utilisation d'un formulaire standardisé et l'observation d'un praticien expérimenté renforcent la qualité et la précision de l'entretien.

Description de l'agression :Le récit de la victime, recueilli dans ses propres mots, constitue le cœur de l'entretien. Les questions doivent être ouvertes, non suggestives et posées avec tact, en évitant toute formulation pouvant impliquer un blâme. Les informations essentielles comprennent la date, l'heure et le lieu de l'agression, le nombre et l'identité des agresseurs, la nature des violences et des contacts physiques, l'utilisation éventuelle de substances ou d'armes, ainsi que les actions postérieures susceptibles d'altérer les preuves. Les signes physiologiques, tels que l'orgasme involontaire, doivent être documentés sans interprétation de consentement.

Évaluation des signes fonctionnels et psychologiques :L'entretien permet également de repérer les symptômes somatiques (saignements, écoulements, douleurs urinaires ou abdominales) et psychologiques (sidération, détresse, agitation, état de stress post-traumatique, troubles dépressifs ou sexuels). Cette phase est cruciale pour orienter les interventions médicales et psychosociales ultérieures.

Positionnement du praticien :Le médecin doit adopter une posture d'écoute neutre et empathique, en respectant les souhaits et le rythme de la victime. La crédibilité des faits ne doit jamais être jugée durant l'entretien, qui reste strictement technique et clinique, garantissant à la fois la qualité des données recueillies et le bien-être de la victime.

2.2. Examen clinique :

Réalisé avec respect et professionnalisme, l'examen clinique comprend (65) :

- Un examen général et spécifique des lésions (documenté par des schémas corporels et des photographies).
- Un examen de l'anus et des organes génitaux uniquement avec le consentement.
- Le prélèvement et la conservation des échantillons médico-légaux (c.-à-d. vêtements, cheveux, liquides biologiques)

2.2.1. L'examen general :

L'examen doit suivre une progression systématique(67) :

- **Évaluation initiale** : observer l'apparence générale, le comportement et l'état mental. Prendre les signes vitaux (tension artérielle, pouls, température, fréquence respiratoire).
- **Membres supérieurs** : inspection des mains, poignets et avant-bras pour les blessures défensives (ecchymoses, abrasions, lacérations) et traces de ligatures.
- **Bras et aisselles** : rechercher des ecchymoses, marques de griffures ou de contraintes.
- **Visage et cavité buccale** : noter les contusions, blessures des lèvres et de la muqueuse buccale, pétéchies sur le palais, dents fracturées ou frein déchiré. Des prélèvements buccaux peuvent être réalisés si nécessaire.
- **Oreilles et scalp** : inspecter les oreilles, le crâne et le cuir chevelu pour des contusions ou pertes de cheveux pouvant constituer des preuves.
- **Cou** : rechercher des ecchymoses, marques de strangulation ou morsures.
- **Tronc et seins** : inspection systématique du dos, du thorax et des seins, à la recherche de contusions, morsures ou traumatismes, en respectant la dignité et la confidentialité de la victime.
- **Abdomen** : inspection et palpation pour déceler ecchymoses, abrasions ou traumatismes internes. Détection éventuelle de grossesse.
- **Membres inférieurs et zone génito-anale** : inspection des jambes, cuisses, pieds, fesses et zones génitales pour lésions, ecchymoses et traces de griffures. La collecte de preuves biologiques peut se faire à l'aide d'écouvillons ou de pinces stériles.

Il est également important de documenter toute caractéristique distinctive, telle que tatouages ou déformations physiques, qui pourraient être utiles dans le cadre médico-légal. La photographie des lésions est recommandée lorsque la victime a donné son consentement.

2.2.2. L'examen des organes génitaux externes :

est réalisé en position gynécologique. Dans certaines situations, notamment pour l'examen de la région anale, une position en décubitus latéral peut être adoptée, et plus rarement la position genu-pectorale(65).

L'objectif principal est la recherche de lésions traumatiques récentes telles que des ecchymoses ou des abrasions, intéressant principalement les grandes et les petites lèvres ainsi que la fourchette vulvaire. Ces lésions sont décrites dans environ deux tiers des cas de viols vaginaux documentés. Toutefois, il convient de souligner qu'elles peuvent également être observées à la suite de rapports sexuels consentis, pouvant eux-mêmes être traumatiques. L'utilisation d'un colposcope améliore significativement la détection de ces lésions(65).

2.2.3. L'examen de l'hymen :

- L'examen de l'hymen présente une grande variabilité morphologique individuelle et ne constitue pas un indicateur fiable ou diagnostique de l'historique sexuel, les termes "hymen intact" ou "hymen rompu" ne devant pas être utilisés en routine et toute interprétation doit être faite avec une connaissance approfondie des variations anatomiques normales(68).
- nécessite des conditions optimales de relaxation, qu'il est important d'obtenir en accordant à la patiente un temps d'adaptation suffisant. Le diamètre de l'orifice hyménéal peut varier considérablement entre le début et la fin de l'examen, notamment chez les jeunes filles où il peut initialement apparaître virtuel(65).
- Une meilleure visualisation est obtenue en exerçant une traction douce vers le haut et latéralement sur les grandes lèvres. Chez une patiente se déclarant vierge, l'examen recherche des déchirures hyménéales(65).
- Dans les cas les plus évocateurs, bien que rares, on peut observer des lésions récentes sous forme de lacérations hémorragiques ou infiltrées de sang, classiquement localisées entre les positions de 3 heures et 9 heures (en position de décubitus dorsal)(65).
- Concernant les lésions anciennes, la présence d'encoches cicatricielles atteignant la base de l'hymen dans ces mêmes localisations peut suggérer une défloration. Néanmoins, ces aspects doivent être interprétés avec prudence, car ils peuvent correspondre à des variations anatomiques normales. Il est en effet essentiel de connaître les différentes formes constitutionnelles de l'hymen (annulaire, en croissant, septé, cribriforme, quasi absent ou imperforé)(65).
- Par ailleurs, plusieurs éléments doivent être pris en compte dans l'interprétation (65) :
- Chez la femme post-pubère, le diamètre de l'orifice vaginal ne diffère pas significativement selon l'activité sexuelle.
- L'influence du sport ou de l'utilisation de tampons hygiéniques sur l'intégrité hyménéale n'a pas été scientifiquement établie.
- Un rapport vaginal complet n'entraîne pas systématiquement une défloration.
- À l'inverse, des lésions hyménéales peuvent survenir, de manière exceptionnelle, en dehors de tout rapport sexuel.

2.2.4. L'examen vaginal :

L'examen au spéculum permet l'inspection du col utérin et des parois vaginales, et bien que les lésions traumatiques vaginales soient relativement rares, elles sont observées chez près d'un tiers des victimes d'agression sexuelle lors de l'examen d'urgence (69).

2.2.5. L'examen de la marge anale :

- L'examen de la marge anale externe doit être réalisé après déplissement des plis cutanés afin de rechercher d'éventuelles lésions, telles que des hématomes, des fissures ou des lacérations, lesquelles sont peu fréquentes, que ce soit à la suite de rapports anaux consentis ou imposés(70) . l'étiologie est souvent multifactorielle, incluant affections dermatologiques, infections sexuellement transmissibles, pathologies hémorroïdaires ou troubles du transit tels que constipation ou diarrhée. Les fissures anales cicatrisent généralement sans laisser de traces, les cicatrices n'étant observées que dans environ 14 % des cas, et aucun signe clinique externe fiable ne permet de confirmer des rapports anaux répétés. L'évaluation du tonus du sphincter anal, réalisée par toucher rectal, observation de la dilatation réflexe ou manométrie, ne permet pas d'établir un diagnostic fiable, seules les agressions impliquant l'introduction brutale d'un objet volumineux pouvant entraîner des lésions sphinctériennes responsables d'incontinence. Le toucher rectal permet également de rechercher un saignement intra-anal ou rectal et d'évaluer la douleur pouvant orienter vers une fissuration anale ; en cas d'anomalie, l'examen peut être complété par une anoscopie ou une rectoscopie à visée diagnostique et thérapeutique(65).

2.2.6. L'examen clinique de la petite fille :

doit être réalisé de manière adaptée, en privilégiant le confort et la sécurité de la patiente, avec une préparation préalable incluant la gestion de la douleur ou de l'agitation, une inspection soigneuse des organes génitaux et de la région anale, ainsi qu'une interprétation prudente des lésions hyménales afin de détecter d'éventuelles preuves de pénétration, tout en minimisant les gestes invasifs(71).

2.2.7. L'examen clinique chez l'homme :

Les violences sexuelles, souvent sous-déclarées, nécessitent un diagnostic attentif reposant sur un examen clinique rigoureux. et un interrogatoire structuré. La prise en charge doit être multidisciplinaire, incluant l'inspection des organes génitaux (pénis, testicules, scrotum, région urétrale) et de l'anus, la détection de signes traumatiques tels qu'ecchymoses, œdème ou lacérations, et l'évaluation du statut de circoncision, tandis que la torsion testiculaire et l'hématurie constituent des situations d'urgence requérant une intervention spécialisée(71).

2.3. Prélèvements médico-légaux :

Les prélèvements médico-légaux constituent une étape essentielle dans la prise en charge des victimes d'agression sexuelle. Leur objectif est d'apporter des éléments de preuve à l'enquête judiciaire, en permettant notamment de confirmer l'existence d'un rapport sexuel récent, d'identifier l'auteur des faits et d'évaluer une éventuelle altération de l'état de conscience de la victime(72).

- **Mise en évidence d'un rapport sexuel récent :** La recherche de sperme est un élément clé de l'expertise. En pratique, des tests rapides de détection des phosphatases acides peuvent être utilisés comme alternative initiale aux analyses génétiques. Ces tests, réalisables au lit du patient, présentent une bonne sensibilité et une valeur prédictive négative élevée ($\approx 98\%$), et peuvent rester positifs jusqu'à 72 à 100 heures après l'éjaculation, y compris en cas d'azoospermie (65).
- Toutefois, la confirmation repose sur des techniques plus spécifiques, notamment la mise en évidence de spermatozoïdes ou l'analyse de l'ADN.
- **Identification de l'agresseur :** L'identification repose principalement sur l'analyse de l'ADN à partir des prélèvements biologiques. Bien que l'idéal médico-légal soit de multiplier les sites de prélèvement, une approche ciblée, guidée par l'interrogatoire et les constatations cliniques, est recommandée (67).
Les écouvillons doivent être séchés à l'air libre à température ambiante avant leur conditionnement. En cas de prélèvements humides ou mal séchés, une conservation à $-18\text{ }^{\circ}\text{C}$ est requise afin de préserver l'intégrité de l'ADN. Le respect de la chaîne du froid est essentiel pour garantir la fiabilité des résultats (67).
- **Recherche d'une soumission chimique :** *En cas de suspicion d'agression facilitée par substances, des analyses toxicologiques doivent être réalisées en urgence. Elles incluent la recherche d'alcool, de benzodiazépines, de GHB, de kétamine et d'autres substances psychoactives*(73).
Les prélèvements sanguins sont pertinents dans un délai court (24–48 heures), tandis que les analyses urinaires permettent une détection plus prolongée. Tous les prélèvements doivent être effectués en double afin de permettre une contre-expertise. La rapidité d'exécution est essentielle en raison de la dégradation rapide de certaines substances(73).
- **Dépistage de grossesse :** Le dosage de la β -HCG est indispensable pour confirmer ou exclure une grossesse, notamment en cas de pénétration vaginale avec un control a 10jours de rapport (65).
- **Dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) :** Il repose sur une stratégie méthodique intégrant à la fois des sérologies systématiques et des prélèvements locaux et spécifiques. Les sérologies doivent inclure le VIH, les hépatites B et C, la syphilis ainsi que la Chlamydiae, avec des tests répétés à un et trois mois post-exposition pour identifier toute infection contractée lors de l'agression(65).
Parallèlement, les prélèvements locaux concernent l'endocol, le vagin, l'anus et la gorge selon l'accessibilité et la situation clinique. Les prélèvements spécifiques nécessitent des conditions

précises : pour *Trichomonas* et les mycoplasmes, on utilise des écouvillons secs, additionnés de solution saline afin d'éviter la dessiccation ; pour la *Chlamydiae*, les échantillons sont conservés à +4 °C dans un milieu spécifique et analysés par PCR ; enfin, pour *Neisseria gonorrhoeae*, les écouvillons sont immédiatement placés dans un milieu enrichi en gélose chocolat pour préserver la viabilité bactérienne. La rigueur dans les modalités de prélèvement, de conservation et de transfert constitue ainsi un facteur clé pour garantir la fiabilité des résultats diagnostiques et assurer une prise en charge efficace(65).

Dans les cas de grossesse consécutive à une agression sexuelle, des analyses génétiques peuvent être réalisées à des fins médico-légales, conformément à la législation applicable.

- **Sites de prélèvements :**

Les prélèvements doivent être réalisés de manière systématique et adaptée au contexte :

- **Cavité buccale** : prélèvements salivaires et écouvillonnages des muqueuses buccales
- **Région génitale** : écouvillons vulvaires et vaginaux (culs-de-sac, col utérin selon le délai)
- **Région anale** : prélèvements de la marge anale et endorectaux
- **Peau** : zones de contact suspect (morsures, léchage, éjaculation)
- **Ongles** :prélèvements sous-unguéaux
- **Phanères** : recherche de poils ou cheveux transférés
- **Sang de la victime** : prélèvement de référence pour comparaison génétique.
- Des traces non biologiques (fibres, lubrifiants) ainsi que les vêtements doivent également être collectés et conservés dans des conditions appropriées (séchage préalable, emballage en papier) (65).

2.4. Prise en charge thérapeutique des survivantes de violences sexuelles

- **Gestion des lésions corporelles(74):**

En présence de lésions corporelles, il est essentiel d'assurer une prise en charge médicale immédiate. Cela inclut le nettoyage local des plaies, les parages et la suture si nécessaire. Pour les traumatismes plus complexes, une orientation vers une prise en charge spécialisée est recommandée afin de prévenir les complications et d'optimiser la cicatrisation.

- **Prévention de la grossesse(74):**Chez les survivantes n'utilisant pas de contraception efficace et dont l'agression remonte à moins de 72 heures, la contraception d'urgence est indiquée. (par exemple, acétate d'ulipristal 30 mg), un modulateur sélectif des récepteurs de la progestérone, agit principalement en inhibant l'ovulation. Son efficacité est maximale lorsqu'elle est administrée le plus tôt possible après le rapport non protégé et reste utilisable jusqu'à 120 heures (5 jours) post-exposition.

Il est important de :

- Proposer systématiquement la contraception d'urgence en l'absence de grossesse connue.
- Informer la survivante que la contraception d'urgence n'est pas efficace sur une grossesse déjà établie et qu'elle n'expose pas le fœtus à un risque.
- Expliquer les modalités de prise, les effets secondaires possibles, ainsi que l'impact éventuel sur le cycle menstruel.
- Recommander un test de grossesse si les règles ne surviennent pas à la date prévue, et discuter des options disponibles en cas de grossesse.

- **Prévention des infections sexuellement transmissibles bactériennes(74):**

Les survivantes de violences sexuelles présentent un risque accru de contracter des infections sexuellement transmissibles (IST). Les agents bactériens les plus fréquemment impliqués et traitables comprennent *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* (syphilis) et *Trichomonas vaginalis*.

Les mesures recommandées incluent :

Réalisation de prélèvements pharyngés, vaginaux et anaux pour la recherche de *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* par culture.

Détection de *T. vaginalis* à l'état frais sur prélèvement vaginal.

En cas de résultats positifs, un traitement spécifique adapté doit être initié. Les résultats négatifs n'excluent pas la transmission d'IST, car certaines infections présentent une période d'incubation de 3 jours à 3 mois. Un suivi biologique et sérologique à intervalles appropriés est donc recommandé.

Si l'étiologie n'est pas identifiable ou si les résultats sont tardifs, la prise en charge syndromique doit être appliquée conformément aux recommandations nationales. L'indication d'un traitement prophylactique doit être évaluée au cas par cas, notamment si :

- l'agresseur est connu porteur d'une IST ou appartient à un groupe à risque,
 - la pénétration sexuelle a eu lieu,
 - le suivi médical n'est pas assuré,
 - la survivante en fait la demande.
 - Les prescriptions doivent également tenir compte d'une éventuelle grossesse.
- **Prévention des infections sexuellement transmissibles virales(74):**

Les facteurs de risque de transmission du virus de l'hépatite B sont similaires à ceux du VIH.

La prophylaxie peut inclure :

la vaccination contre l'hépatite B,

la séroprophylaxie en fonction des résultats sérologiques et de l'exposition.

En cas d'exposition au VIH, une prophylaxie antirétrovirale (trithérapie) doit être instaurée selon les recommandations du médecin spécialiste et adaptée au risque évalué.

2.5. Rédaction du certificat médical :

L'examen médical d'une victime de violences sexuelles doit systématiquement se conclure par la rédaction d'un certificat médical de constatations initiales. Ce document revêt une importance capitale, car il constitue une pièce médico-légale susceptible d'être produite devant les juridictions compétentes. ce certificat est soit transmis directement à l'autorité requérante lorsqu'il s'agit d'une réquisition officielle, soit remis à la victime majeure, ou, dans le cas d'une victime mineure, à ses parents ou à son tuteur légal(40).

Sa rédaction doit être soigneuse, précise et circonstanciée, afin de distinguer clairement(40) :

Les déclarations de la victime : les propos rapportés et les doléances exprimées, incluant les allégations de violences sexuelles et la description des faits. Le médecin se limite à relater les dires de la victime, sans émettre de jugement sur le caractère librement consenti de la relation sexuelle. Toutefois, le certificat peut reprendre explicitement le terme utilisé par la victime, tel que « viol », lorsqu'il s'agit de ses déclarations.

Les constatations médicales objectives:

Identité de la victime et du médecin examinateur.

Date et heure de l'examen ainsi que de l'agression alléguée.

Caractère unique ou répété des violences subies.

Prélèvements effectués, incluant le type et la nature des échantillons conservatoires (sang, urine, écouvillons).

Chez la victime de sexe féminin : état de l'hymen (intact, porteur de déchirures anciennes ou récentes, ou « complaisant »), et compatibilité de l'examen avec les allégations.

Incapacité totale de travail (ITT) en cas de lésions somatiques associées, indépendante de l'agression sexuelle.

Retentissement psychologique et nécessité éventuelle d'une réévaluation ultérieure.

L'interprétation et synthèse : il s'agit de relier de manière claire les constatations médicales aux déclarations de la victime, tout en respectant les limites de l'expertise clinique. Le certificat ne constate pas les violences elles-mêmes mais les lésions pouvant en résulter.

En cas de soumission chimique ou d'agressions répétées, le dépôt de plainte a un intérêt collectif, en contribuant à prévenir la récurrence et à protéger d'autres victimes. La vigilance des responsables d'établissements peut être renforcée par la médiatisation des interventions policières. Le médecin doit conserver un double du certificat médical, quel que soit le type d'examen, afin d'assurer la traçabilité et la valeur médico-légale du document(75).

Importance juridique et déontologique : le certificat médical est un document officiel régi par la loi. Sa rédaction engage la responsabilité juridique et déontologique du médecin signataire. La loi n° 24-02 du 26 février 2024 relative à la lutte contre le faux et l'usage de faux prévoit des sanctions sévères en cas d'établissement de faux certificats, incluant un emprisonnement de trois à cinq ans et une amende de 300 000 à 500 000 DA (article 26)(76).

2.6. Soutien psychothérapeutique:

Les interventions précoces en santé mentale chez les survivantes d'agression sexuelle, incluant notamment les thérapies cognitivo-comportementales et l'EMDR, peuvent améliorer les symptômes post-traumatiques. Toutefois, en l'absence de supériorité démontrée d'une approche spécifique, une prise en charge individualisée, adaptée aux besoins de chaque patiente, est recommandée (77)

2.7. Signalement légal:

- Le signalement des violences envers les personnes vulnérables constitue une dérogation légale au secret professionnel, en principe effectuée avec le consentement de la victime. Les constats médicaux doivent être rédigés avec prudence et neutralité, sans identification de l'auteur présumé, et les déclarations de la victime peuvent être rapportées entre guillemets(40).
- Toutefois, en cas de violences sur mineurs ou personnes vulnérables, le médecin est tenu d'effectuer un signalement auprès des autorités compétentes conformément aux dispositions légales, tout en bénéficiant d'une protection juridique(40). En Algérie, la loi n°18-11 de 2018 encadre ces dérogations au secret médical en cas de danger pour les personnes vulnérables(78).

2.8. Orientation et référencement:

Une orientation adéquate constitue une composante essentielle de la prise en charge. Les survivantes doivent être orientées vers des services juridiques, sociaux et psychologiques appropriés.

Les médecins doivent :

- Fournir des informations sur les démarches de dépôt de plainte auprès des services de police, si la survivante le souhaite.
- Mettre à disposition les coordonnées des structures d'aide aux victimes et des services sociaux.
- Faciliter l'accès à un accompagnement judiciaire lorsque cela est nécessaire.

L'orientation et les conseils empreints d'empathie augmentent significativement les chances pour les survivantes de sortir de la violence et de reconstruire leur vie (77).

G.

Conséquences des violences sexuelles :

1. les conséquences physiques :

La violence sexuelle entraîne des conséquences physiques immédiates et à long terme qui affectent profondément la santé des survivants. Elle se manifeste par:

- **Blessures physiques aiguës et traumatismes corporels:** Les victimes peuvent présenter des blessures génitales et non génitales, telles que contusions, abrasions, fractures, brûlures, lacérations ou traumatismes internes liés à l'agression. Par exemple, une étude menée en Éthiopie dans un contexte de conflit a rapporté que 42 % des victimes ont signalé des blessures graves (fractures, traumatismes internes) et 34 % des blessures superficielles (coupures, éraflures)(79).
 - **Limitations des activités quotidiennes :** La violence sexuelle peut réduire de manière significative la capacité des survivantes à travailler, à gérer leur vie familiale ou à accomplir les tâches de la vie courante, reflétant l'impact durable du traumatisme sur le fonctionnement quotidien (80,81)
 - **Troubles du sommeil chroniques :** Les survivantes rapportent fréquemment des difficultés à s'endormir, des réveils nocturnes et une qualité de sommeil altérée, contribuant à une fatigue persistante et à l'aggravation des symptômes somatiques(80,81)
 - **Symptômes somatiques persistants :** Plusieurs études rapportent que les survivantes de violences sexuelles présentent fréquemment fatigue chronique, maux de tête, douleurs pelviennes et troubles gastro-intestinaux chez une grande proportion de survivantes(82,83) . Ces troubles somatiques s'inscrivent parfois dans des formes fonctionnelles complexes, telles que douleurs chroniques généralisées, syndrome du côlon irritable, fatigue chronique, syndrome du coup du lapin et sensibilité chimique multiple, observés à des taux nettement plus élevés chez les personnes exposées à une agression sexuelle que chez celles non exposées(84).
 - **Impact sur la santé systémique :** Les conséquences physiques de la violence sexuelle peuvent également affecter la santé systémique, avec un risque accru de développer des maladies cardiovasculaires(85)
2. **les conséquences psychologiques:** La violence sexuelle a des répercussions profondes sur la santé mentale et psychologique des survivants. Elle augmente significativement le risque d'anxiété, de dépression, de troubles du sommeil et de l'alimentation, ainsi que de stress post-traumatique sévère, incluant dissociation, flashbacks, évitement de situations à risque, pensées intrusives, cauchemars, hypervigilance et irritabilité) (83,84,86). Les victimes présentent également un risque accru de consommation problématique d'alcool, de tabac ou

de drogues, et d'idéations ou tentatives suicidaires(86,87). Les violences psychologiques et émotionnelles affaiblissent l'estime de soi (81,88)

3. les conséquences sexuelles et reproductive:

- La violence sexuelle est associée à une augmentation significative du risque d'infections sexuellement transmissibles, d'avortement et de fausses couches(89,90)
- Elle peut entraîner des grossesses non désirées, une infertilité, des infections urinaires, des saignements ou fuites urinaires, ainsi que des maladies inflammatoires pelviennes(83)
- La violence sexuelle peut entraîner une altération du fonctionnement sexuel et une satisfaction réduite dans les relations intimes, conséquence de répercussions psychologiques, somatiques et comportementales qui perturbent les processus psychobiologiques essentiels à une sexualité satisfaisante(91). Dans ce cadre, certaines survivantes présentent des manifestations spécifiques, telles que la dissociation sexuelle, particulièrement fréquente chez les femmes ayant subi un abus sexuel durant l'enfance, un phénomène qui peut encore réduire le plaisir sexuel et l'intimité dans les relations(92). Ces observations soulignent la complexité et la spécificité des conséquences sexuelles de la violence sexuelle, qui vont au-delà des simples dysfonctions sexuelles classiques.

4. Les conséquences économiques et sociales :

- La violence sexuelle entraîne des conséquences économiques et sociales importantes, affectant non seulement les survivants, mais aussi leur famille et la société dans son ensemble. Ces impacts se traduisent par une réduction de l'accès à l'éducation, des difficultés sur le marché du travail et une vulnérabilité financière accrue(93), compromettant l'autonomie et l'insertion sociale des survivantes. Concrètement, cela se manifeste par un absentéisme et des difficultés dans les études postsecondaires(moins bons résultats scolaires, détresse, désengagement), des difficultés relationnelles et familiales (instabilité et insatisfaction relationnelle, communication altérée, perturbation de la vie familiale), ainsi qu'une insatisfaction et des difficultés liées au travail (baisse de productivité, engagement réduit et assiduité diminuée). Ces effets sont renforcés par l'isolement social et le dysfonctionnement social, incluant le retrait des activités sociales, la méfiance envers les autres et l'adhésion à des groupes de pairs délinquants, limitant davantage la participation sociale et professionnelle des survivantes.

H. Cadre juridique encadrant les violences sexuelles en Algérie :

Les violences sexuelles en Algérie ne font pas l'objet d'une définition unique dans un texte juridique autonome. Elles sont appréhendées à travers un ensemble de dispositions dispersées dans plusieurs corpus normatifs, dominés par le droit pénal, complétés par le droit procédural, le droit de la santé et les instruments de protection des droits humains.

Ainsi, la réponse juridique repose sur une approche à la fois répressive, procédurale et protectrice des victimes.

1. Le droit pénal : socle de l'incrimination

- Le cadre principal est constitué par l'**ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966 portant Code pénal, modifiée** à plusieurs reprises.
- Ce texte incrimine notamment :
 - **le viol** : articles 336 et 337
 - **L'attentat à la pudeur** : articles 334 et 335
 - **Le harcèlement sexuel** : article 341 bis
 - **Art. 333** : Outrage public à la pudeur
 - **Art. 337 bis**: Inceste
- Le code pénal prévoit une aggravation des peines dans certaines circonstances, notamment en cas de :
 - Minorité de la victime
 - Lien d'autorité ou de dépendance
 - Vulnérabilité particulière
 - Usage de violence ou menace
 - Gravité des lésions
- Ce code pénal a reconnu l'avènement de plusieurs réformes successives, notamment la **loi n° 15-19 du 30 décembre 2015**, qui a introduit la criminalisation du harcèlement sexuel et renforcé la protection des victimes, suivie de réformes ultérieures de **2020–2024 (Ord. 20-01, L.21-08, L.24-06)** ayant durci les sanctions, renforcé la protection des mineurs et des personnes vulnérables et modernisé les incriminations.

2. Le droit de procédure pénale : encadrement de la preuve et de la justice

- Le **Code de procédure pénale (ordonnance n° 66-155 du 8 juin 1966, modifiée)** organise :
 - Le dépôt de plainte et la mise en mouvement de l'action publique
 - Les enquêtes préliminaires et l'instruction judiciaire
 - La place de l'expertise médico-légale

- La collecte et la valeur des preuves médico-biologiques
- Les droits de la défense et des victimes
- Dans le contexte des violences sexuelles, il joue un rôle central dans :
 - La constatation médico-légale des lésions
 - La conservation des preuves biologiques
 - La coordination entre justice, police et médecine légale
- Il est à noter qu'au fil des réformes successives, notamment avec l'avènement de la **loi n° 25-14 du 3 août 2025**, ayant modifié et complété l'ordonnance **n° 66-155 du 8 juin 1966**, le droit procédural pénal algérien s'oriente progressivement vers un renforcement de la protection de la victime, une célérité accrue du traitement des affaires pénales, ainsi qu'une rationalisation de la procédure. Cette évolution s'accompagne également d'une valorisation croissante de la preuve scientifique et médico-légale, traduisant l'intégration progressive des avancées techniques dans l'administration de la preuve et la recherche de la vérité judiciaire.

3. Les instruments internationaux ratifiés :

L'Algérie a ratifié plusieurs instruments internationaux contribuant à la prévention et à la répression des violences sexuelles ainsi qu'à la protection des victimes, notamment :

- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF/CEDAW), adoptée en 1979 et ratifiée par l'Algérie en **1996**, reconnaît que la violence faite aux femmes comprend des formes de violence sexuelle, telles que le viol et les sévices sexuels, et exhorte les États à adopter des mesures législatives et politiques appropriées afin de prévenir et d'éliminer de telles violences (102)
- Convention relative aux droits de l'enfant (CIDE), adoptée en 1989 et ratifiée par l'Algérie en **1992**. Elle impose aux États parties de garantir la sécurité et la protection juridique des enfants. Ses Protocoles facultatifs portent spécifiquement sur toutes les formes d'exploitation et d'abus sexuels, tel le protocole facultatif concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants, ratifié par l'Algérie en **2006**. (93)
- Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, ratifiée par l'Algérie en **2003**.

- Protocole visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (Protocole de Palerme), ratifié par l'Algérie en **2003**.

4. Protection de l'enfance en Algérie :

- La loi n° 15-12 relative à la protection de l'enfant (2015) constitue le principal cadre juridique en Algérie visant à garantir les droits des enfants et à les protéger contre les violences, incluant explicitement les abus et l'exploitation sexuels. Elle définit notamment l'enfant en danger comme celui exposé à des violences ou à des atteintes sexuelles, et impose des mécanismes de signalement et de prise en charge adaptés(99).
- le législateur a renforcé la protection des enfants contre les violences sexuelles par le biais de réformes récentes du Code pénal, en particulier avec la loi n° 24-06 du 28 avril 2024. Cette loi a mis à jour plusieurs articles clés afin de mieux sanctionner les atteintes sexuelles commises sur des mineurs. Ainsi, l'article 334 prévoit des peines de 5 à 10 ans de prison pour tout attentat à la pudeur sans violence sur un enfant de moins de 18 ans, avec des sanctions aggravées si l'auteur exerce une position d'autorité sur la victime. Lorsque l'attentat à la pudeur est commis avec violence, l'article 335 impose une peine de 10 à 20 ans de réclusion. Le crime de viol, quant à lui, est puni par l'article 336, avec une peine de 10 à 15 ans, portée à 15 à 20 ans lorsque la victime est mineure ou incapable, soulignant l'attention particulière portée par la loi aux infractions sexuelles envers les enfants.Par ailleurs, l'article 333 bis 1 criminalise explicitement la pornographie impliquant des mineurs. Toute production, diffusion, représentation ou possession de matériel mettant en scène un enfant de moins de 18 ans est passible d'une peine de 5 à 10 ans d'emprisonnement et d'une amende(100).
- Toutefois, des lacunes importantes subsistent : l'article 336 ne fournit pas de définition précise du viol, ce qui complique les poursuites en matière d'abus sexuels sur mineurs(101).

Partie pratique :

V. MATÉRIELS ET MÉTHODES

A. Type d'étude:

- Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive et rétrospective, réalisée à partir de l'analyse des dossiers médico-légaux archivés des victimes présumées examinés au niveau du service de médecine légale de l'EPH Ahmida BENADJILA de Laghouat, sur une période de 11 ans, allant du 01 janvier 2015 au 31 décembre 2025.

B. Population d'étude :

La population étudiée est constituée de l'ensemble des victimes présumées de violences sexuelles prises en charge au service de médecine légale de l'EPH Ahmida Benadjila durant la période d'étude.

1. Critères d'inclusion : Ont été inclus

- Les dossiers médico-légaux des victimes présumées de violences sexuelles prises en charge au service de médecine légale de l'EPH Ahmida Benadjila durant la période d'étude.

2. Critères d'exclusion : Ont été exclus

- Les dossiers des patients examinés dans un cadre médico-légal non lié aux violences sexuelles (détermination du sexe et examen médical complet des nouveau nés.)
- Les dossiers manquants et inexploitable

Un dossier a été considéré comme inexploitable lorsqu'il ne contenait pas les informations nécessaires à l'étude, notamment en cas d'absence de réquisition et/ou de certificat médico-légal incomplet ou en cas de refus d'examen empêchant la collecte des variables étudiées.

C. Méthode de collecte des données :

- Les données ont été recueillies à partir des dossiers médico-légaux des victimes présumées de violences sexuelles archivés au service de médecine légale de l'EPH Ahmida Benadjila, ainsi que des registres de consultations médico-légales des années concernées par l'étude.
- Chaque dossier médico-légal comprend généralement :
 - La réquisition judiciaire ordonnant l'examen sexuel ;
 - Une copie de la pièce d'identité nationale de l'intéressé ou de son tuteur légal ;
 - Le certificat médico-légal de constatation de violences sexuelles établi par le médecin légiste à l'issue de cet examen ;
 - Le cas échéant, des résultats d'examens complémentaires et des avis spécialisés.

- L'extraction des informations a été réalisée à l'aide d'une fiche de recueil standardisée, élaborée afin d'assurer une collecte homogène et reproductible des données nécessaires à l'étude. (**Annexe 1**)

D. Variables étudiées :

Dans le cadre de cette étude, une fiche de recueil standardisée a été élaborée afin de recueillir les données à partir des dossiers médico-légaux des victimes présumées de violences sexuelles prises en charge au service de médecine légale de l'EPH Ahmida Benadjila. Cette fiche comporte des questions fermées, semi-ouverte et à choix multiples organisées en plusieurs sections, les variables étudiées sont les suivantes :

1. Variables socio-démographiques :

L'âge : Variable fermée, recueillie sous forme de classes d'âge prédéfinies.

Le sexe : variable fermée, distinguant le genre masculin et féminin.

Lieu de résidence : variable fermée, permettant d'apprécier la répartition géographique des victimes présumées de violences sexuelles selon deux modalités (urbain, rural)

État civil : variable fermée décrivant le statut matrimonial des victimes présumées de violences sexuelles afin d'identifier leur statut socio-familial.

Statut scolaire/professionnel : variable fermée permettant d'apprécier le profil socio-économique des victimes.

Niveau d'instruction : variable fermée décrivant le niveau de scolarisation des victimes présumées de violences sexuelles afin d'apprécier leur niveau socio-éducatif.

Milieu de vie : variable fermée permettant d'apprécier le cadre de vie familial des victimes.

2. Variables relatives aux antécédents pathologiques :

Antécédents psychiatriques : variable fermée binaire, permettant d'identifier une éventuelle vulnérabilité psychologique associée.

3. Variables relatives aux données gynéco-obstétricales :

Antécédents gynéco-obstétriques : variable fermée permettant d'apprécier le contexte reproductif et gynéco-obstétrical des victimes.

Contraception actuelle : variable fermée binaire décrivant l'existence ou non d'un recours à une contraception au moment des faits chez les victimes afin de prévenir le risque de grossesse.

4. Variables relatives aux habitudes de vie :

Consommation de tabac, d'alcool ou de psychotropes : variables fermées binaires, permettant d'apprécier certains facteurs de vulnérabilité comportementale associés.

5. Variables relatives aux caractéristiques de la violence sexuelle :

L'autorité requérante : variable semi-ouverte, permettant d'analyser l'origine de l'orientation des victimes vers le service, et d'évaluer l'implication des différentes autorités judiciaires dans la prise en charge des violences sexuelles.

Allégation de violence sexuelle : variable fermée binaire, traduisant l'auto-déclaration de la victime présumée concernant la survenue de violences sexuelles.

Circonstances de survenue : variable fermée regroupant les situations rapportées par les victimes afin d'apprécier le contexte associé aux faits.

Type de violences sexuelles : variable fermée regroupant les différentes formes d'actes rapportés chez les victimes présumées afin de caractériser les modalités des agressions.

Fréquence de la violence sexuelle : variable fermée binaire distinguant un premier épisode d'une violence répétée afin d'évaluer le caractère isolé ou récurrent des faits rapportés.

Lieu de la violence sexuelle : variable fermée regroupant les lieux de survenue des violences sexuelles afin d'identifier les contextes spatiaux les plus fréquents.

Horaire de la violence : variable fermée regroupant les moments de survenue des faits afin d'analyser la distribution temporelle des agressions.

Mois et saison : variables fermées regroupant les mois et les saisons de survenue des violences sexuelles afin d'étudier leur distribution et leur variation saisonnière au cours de l'année.

Délai entre l'agression et la consultation : variable fermée regroupant les délais de prise en charge, permettant d'évaluer la précocité de la consultation médico-légale.

Notion de perte de connaissance : variable fermée binaire permettant d'évoquer un mécanisme de contrainte ou de soumission (notamment chimique), et d'orienter l'évaluation médico-légale ainsi que les investigations complémentaires.

Notion d'éjaculation : variable fermée binaire permettant d'orienter la recherche de preuves biologiques (sperme, ADN), d'évaluer la possibilité de prélèvements exploitables, et d'apprécier certains aspects des circonstances de l'agression.

Port de préservatif : variable fermée binaire permettant d'évaluer le risque de transmission d'infections sexuellement transmissibles et de grossesse, ainsi que la probabilité de mise en évidence de traces biologiques lors de l'examen médico-légal.

6. Variables relatives aux constatations médico-légales à l'examen clinique :

Présence de lésion génitale ou anale à l'examen : variable fermée binaire, permettant d'évaluer l'existence de lésions génitale ou anale objectivables chez les victimes.

Type de lésions constatées à l'examen gynécologique/anal : variables fermées regroupant les différentes lésions observées, permettant de caractériser les atteintes génitales et/ou anales.

Siège des lésions génitales/anales : variable fermée regroupant les sites anatomiques génitaux et anaux atteints, ainsi que la localisation des lésions selon le cadran horaire (de 1 h à 12 h), en vue d'une analyse topographique médico-légale détaillée des atteintes observées.

Ancienneté des lésions observées : variable fermée binaire, distinguant les lésions anciennes des lésions récentes afin d'apprécier l'ancienneté des lésions constatées.

Autres violences associées : variable fermée binaire, permettant d'identifier la présence d'autres formes de violences associées aux violences sexuelles.

7. Variables relatives à la prise en charge médico-légale et médicale :

Prescription et durée de l'ITT : Variables fermées portant sur la délivrance d'une ITT et, en cas de prescription, sa durée (0 jour, ≤ 15 jours, > 15 jours), en vue de l'appréciation de la prise en charge médico-légale ainsi que la gravité des lésions constatées.

Réalisation d'écouvillonnages à la recherche de spermatozoïdes : variable fermée binaire, permettant d'évaluer la réalisation d'examens biologiques orientés vers la recherche de traces spermatiques.

Orientation vers un service spécialisé et remise des résultats : variable fermée binaire, permettant d'identifier la prise en charge multidisciplinaire des victimes ainsi que la communication des résultats des investigations complémentaires.

Confirmation biologique de la violence sexuelle : variable fermée binaire, permettant d'évaluer l'existence d'éléments biologiques objectivant les violences sexuelles.

8. Variables relatives à l'agresseur présumé :

Nombre d'agresseurs présumés : variable fermée indiquant le nombre d'agresseurs impliqués, afin d'évaluer le caractère individuel ou collectif des agressions.

Sexe de l'agresseur présumé : variable fermée binaire, permettant de caractériser la répartition selon le sexe des auteurs présumés (masculin/féminin).

Âge de l'agresseur présumé : variable fermée, recueillie sous forme de classes d'âge prédéfinies en vue d'apprécier la distribution des auteurs présumés selon l'âge.

Lien entre la victime et l'agresseur : variable fermée décrivant la nature de la relation entre la victime et l'agresseur présumé afin d'identifier le degré de familiarité entre les deux parties.

E. Les critères de jugement :

1. Critère de jugement principal :

- Calculer, dans la population d'étude, la proportion de victimes présumées de violences sexuelles, telles que définies par l'OMS (47), parmi l'ensemble des consultants du service de médecine légale de l'hôpital Ahmida Benadjila de Laghouat durant la période 2015–2025.

2. Critères de jugements secondaires :

- Estimer la fréquence des différentes caractéristiques épidémiologiques, cliniques et médico-légales des violences sexuelles présumées prises en charge au service de médecine légale de l'EPH Ahmida Benadjila de Laghouat durant la période 2015–2025.

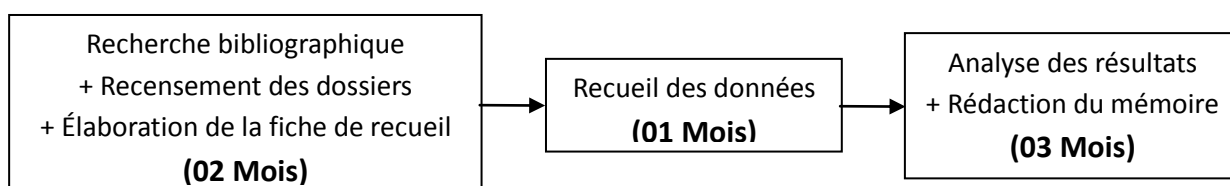
F. Analyse statistique :

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel **IBM SPSS Statistics version 30**, tandis que la rédaction et la mise en forme du document ont été réalisées sur **Microsoft Word version 13**.

- Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et pourcentages
- Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes $\pm$ écart-type
- Les pourcentages ont été arrondis à une décimale.
- Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux et de graphiques
-

G. Calendrier prévisionnel :

Notre étude s'est déroulée en 6 mois :



H. Considérations éthiques :

- La collecte des données a été réalisée après autorisation du chef de service de médecine de légale de l'EPH Ahmida Benadjila de Laghouat, conformément aux règles en vigueur en matière d'accès aux données médicales.
- Le respect de la confidentialité des données a été rigoureusement garanti tout au long de l'étude. Les dossiers médico-légaux ont été exploités de manière anonyme, sans mention d'éléments permettant l'identification des patients.
- Cette étude s'inscrit dans un cadre strictement scientifique et pédagogique, sans atteinte aux droits, à la dignité ni à la vie privée des patients.

Résultats

VI. Résultats :

Description de la population étudiée :

Au cours de la période d'étude s'étendant de janvier 2015 à décembre 2025, un total de **424 dossiers médico-légaux** relatifs à des consultations médico-légales pour motif sexuel a été recensé au niveau du service de médecine légale de l'EPH Ahmida Benadjila de Laghouat.

Après application des critères de sélection, **18 dossiers ont été exclus**, dont :

- **8 dossiers inexploitable**s, en raison de l'insuffisance des données médico-légales nécessaires à l'étude (notamment certificats incomplets, absence de réquisition et refus d'examen) ;
- **10 dossiers ne relevant pas du cadre des violences sexuelles**, notamment des dossiers orientés vers une problématique de détermination du sexe et d'examen médical complet des nouveaux nés.

Ainsi, la population finale incluse dans l'étude était de **406 dossiers exploitables**, correspondant à des victimes présumées de violences sexuelles adressées au service de médecine légale sur réquisition judiciaire émanant des autorités judiciaires et sécuritaires compétentes.

Prévalence des victimes présumées de violences sexuelles :

1. Prévalence globale des victimes présumées de violences sexuelles sur 11 ans :

Sur l'ensemble des consultations médico-légales réalisées durant la période d'étude (**N = 17031**), 406 cas de victimes présumées de violences sexuelles ont été recensés, soit une prévalence globale de 2,4 %.

$$\text{Prévalence Globale} = (406 / 17031) \times 100 = 2,4 \%$$

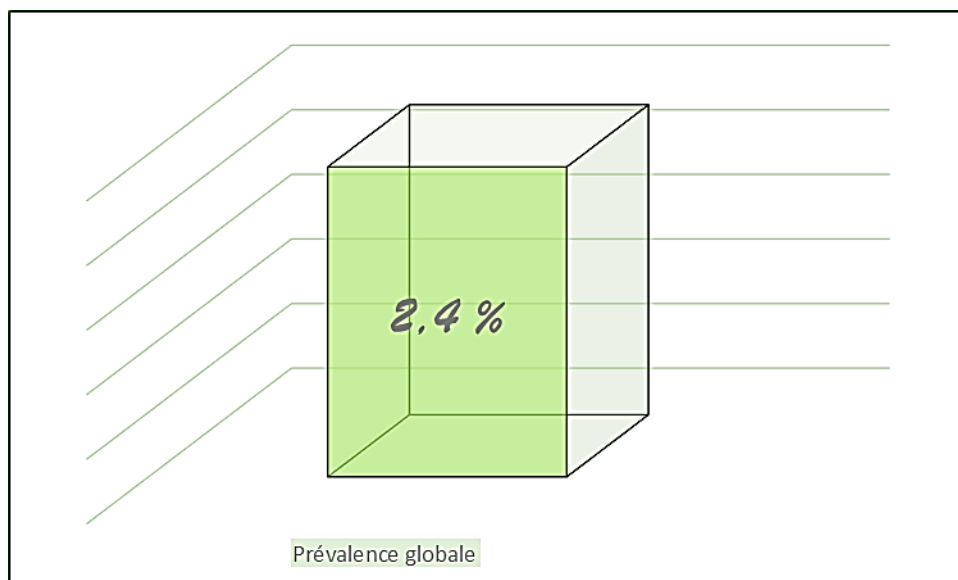


Figure 16: prévalence globale des victimes présumées de VS sur 11ans

2. Prévalence annuelle des victimes présumées de violences sexuelles sur 11 ans :

Une évolution temporelle de cette prévalence a été observée sur les onze années étudiées, avec une distribution variable selon les années.

Tableau 1: Prévalence annuelle des victimes présumées de VS sur 11 ans

Année	Nombre de victimes (n)	Population de référence	Prévalence (%)
2015	22	2234	1 %
2016	27	1472	1,8 %
2017	20	1313	1,5 %
2018	25	545	4,6 %
2019	36	1651	2,2 %
2020	39	1250	3,1 %
2021	59	1446	4,1 %
2022	57	1657	3,4 %
2023	50	1742	2,9 %
2024	35	1653	2,1 %
2025	36	2068	1,7 %

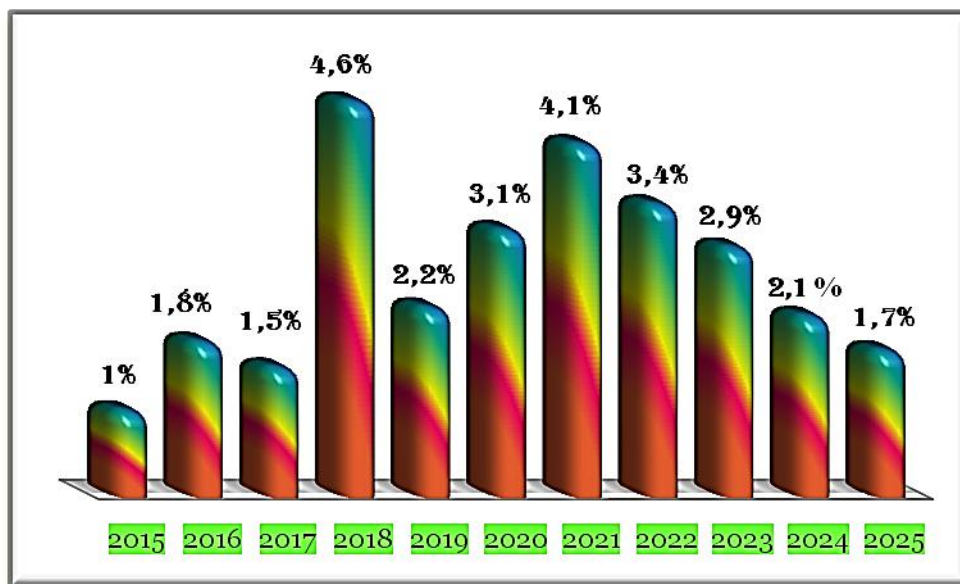


Figure 17: prévalence annuelle des victimes présumées de VS sur 11ans

► **Analyse :**

- La prévalence des violences sexuelles a présenté des fluctuations interannuelles entre 2015 et 2025, avec un pic en 2018 (4,6 %) et un niveau élevé en 2021 (4,1 %), suivis d'une tendance globale à la baisse jusqu'en 2025 (1,7 %).

3. Répartition annuelle des victimes présumées de violence sexuelle sur 11 ans :

Une analyse de la répartition annuelle des cas de violences sexuelles a été réalisée en rapportant le nombre de cas enregistrés chaque année au nombre total de cas sur la période d'étude, permettant ainsi d'identifier les années ayant le plus contribué à la charge globale :

Tableau 2: Répartition des victimes présumées de violence sexuelle selon les années

Année	Effectif	Pourcentage %
2015	22	5,4
2016	27	6,7
2017	20	5
2018	25	6,1
2019	36	8,9
2020	39	9,6
2021	59	14,5
2022	57	14
2023	50	12,3
2024	35	8,6
2025	36	8,9

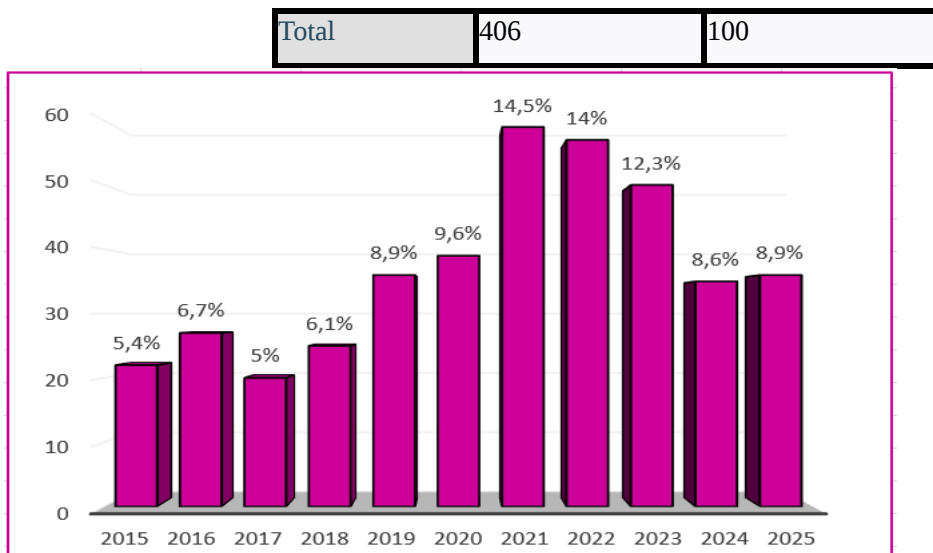


Figure 18: répartition des victimes présumées de violence sexuelle selon les années

Analyse :

- On observe une évolution progressive du nombre de victimes, avec un pic en 2021 (59 victimes soit 14,5 %), correspondant au mode de la distribution, **une légère diminution est observée en 2022 (57 victimes soit 14 %) et 2023 (50 victimes soit 12,3 %), suivie d'une baisse plus marquée en 2024 (35 victimes soit 8,6 %), puis d'une relative stabilité en 2025 (36 victimes soit 8,9 %).**

○ **Caractéristiques socio-démographiques des victimes présumées :**

1. Répartition des victimes présumées de violence sexuelle selon le sexe :

Tableau 3 Répartition des victimes présumées selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	132	32,5
Féminin	274	67,5
Total	406	100

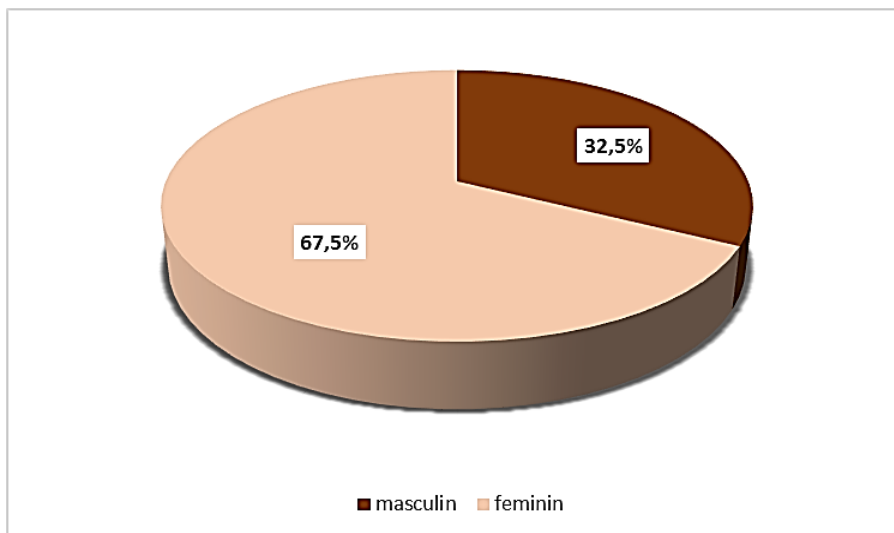


Figure 19: répartition des victimes présumées selon le sexe

► **Analyse :**

- La répartition des victimes présumées de violences sexuelles selon le sexe montre une prédominance féminine, avec 274 victimes (67,5 %) contre 132 de sexe masculin (32,5 %), soit un sex-ratio F/H de 2,07

2. Répartition des victimes présumées de violence sexuelle selon l'âge :

Tableau 4 Répartition des victimes de VS selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage (%)
0-4	20	4,9
5-9	70	17,3
10-14	91	22,4
15-17	140	34,5
18-24	59	14,5
≥ 25	26	6,4
Total	406	100

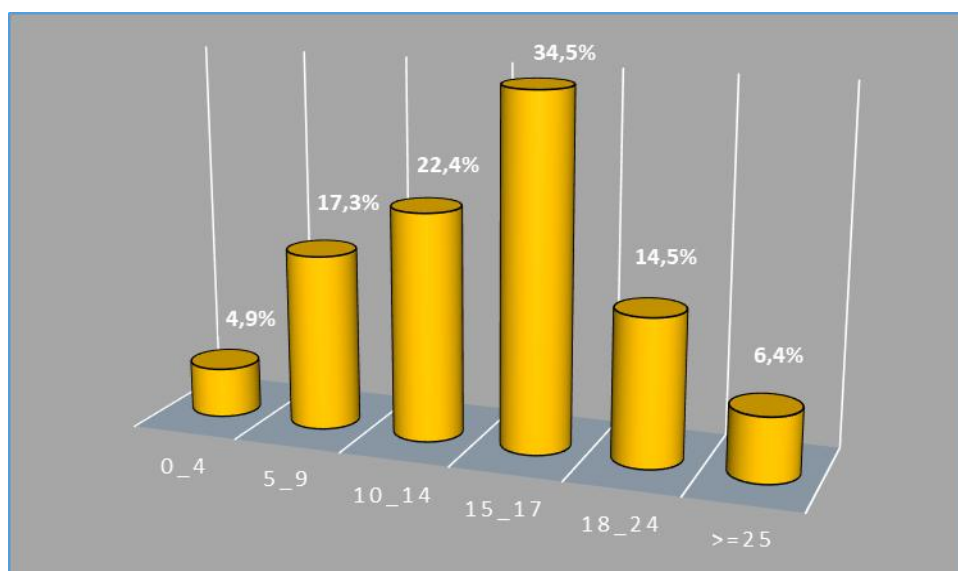


Figure 20: répartition des victimes de violence sexuel selon l'âge

► **Analyse :**

- La répartition des victimes selon l'âge montre une prédominance de la tranche **15–17 ans**, représentant **140 cas (34,5 %)**, suivie des **10–14 ans (91 cas ; 22,4 %)** et des **5–9 ans (70 cas ; 17,3 %)**. Les **18–24 ans** comptent **59 cas (14,5 %)**, tandis que les sujets âgés de **≥ 25 ans** représentent **26 cas (6,4 %)**. La tranche **0–4 ans** est faiblement représentée avec **20 cas (4,9 %)**.
- Ainsi, l'âge moyen des victimes est estimé à **14,8 ± 5,6 ans**, avec une médiane de **15 ans** et des extrêmes allant de **1 ans à plus de 25 ans**.

3. Répartition des victimes présumées de violence sexuelle selon le lieu de résidence:

Tableau 5: Répartition des victimes présumées selon le lieu de résidence

Lieu	Effectif	Pourcentage
Urbain	359	88,4
Rural	47	11,6
Total	406	100

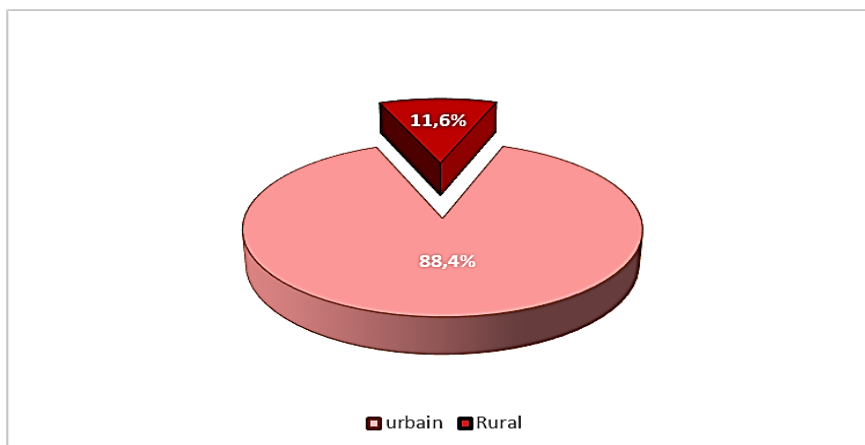


Figure 21: la répartition des victimes présumées selon le lieu de résidence

► **Analyse :**

- On observe que la majorité des victimes provient du milieu urbain, avec **359 cas (88,4 %)** contre **47 cas (11,6 %)** en milieu rural.

4. Répartition des victimes présumées de violence sexuelle selon l'état civil :

Tableau 6 Répartition des victimes présumées de violence sexuelle selon l'état civil :

Etat civil	Effectif	Pourcentage
Non applicable (mineur)	314	77,4
Célibataire	67	16,5
Marié	14	3,4
Divorcé	7	1,7
Veuf	4	1
Total	406	100

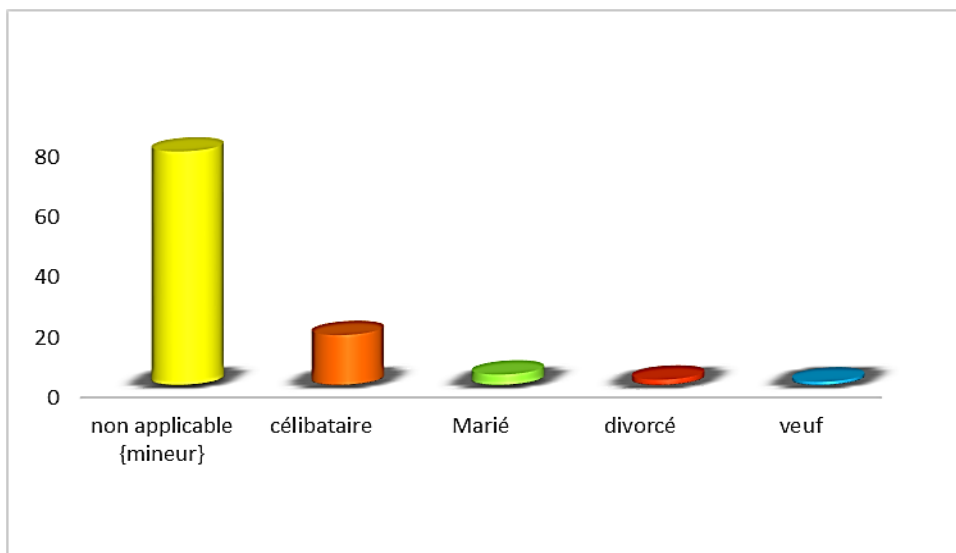


Figure 22: la répartition des victimes présumées selon l'état civil

► **Analyse :**

- On note une prédominance des sujets mineurs **non concernés par ce statut**, avec **314 cas (77,4 %)**, suivis des célibataires **67 cas (16,5 %)**, puis des mariés (**14 cas ; 3,4 %**), des divorcés (**7 cas ; 1,7 %**) et enfin des veufs (**4 cas ; 1 %**).

5. Répartition des victimes présumées selon le statut (scolaire / professionnel)

Tableau 7 Répartition des victimes selon le statut (scolaire / professionnel)

Statut Scolaire / Professionnel	Effectif	Pourcentage
Âge non scolaire	36	8,9
Scolarisé	261	64,3
Avec activité professionnelle	22	5,4
Sans activité professionnelle	67	16,5
Retraité	00	00
Non précisé	20	4,9
Total	406	100

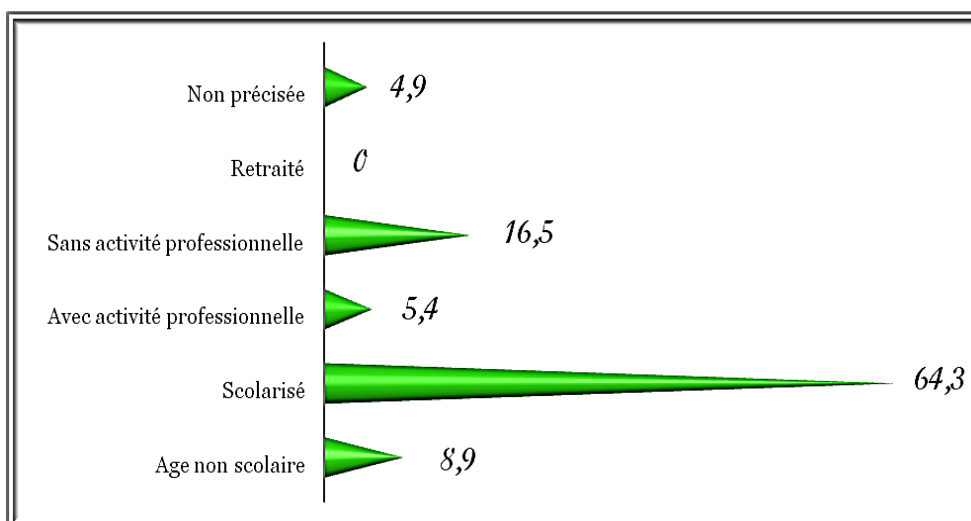


Figure 23: la répartition des victimes selon le statut(Scolaire / Professionnel)

► **Analyse :**

- Il ressort que les victimes sont majoritairement **scolarisées**, avec **261 cas (64,3 %)**, suivies des victimes **sans activité professionnelle** (67 cas ; 16,5 %). Viennent ensuite les victimes en **âge non scolaire** (36 cas ; 8,9 %), celles ayant une **activité professionnelle** (22 cas ; 5,4 %). Les données sont **non précisées** pour **20 cas (4,9 %)**, tandis qu'aucun cas de **retraite** n'a été enregistré (0 %).

6.Répartition des victimes présumées selon le niveau d'instruction :

Tableau 8: Répartition des victimes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Sans instruction	11	2,7
Préscolaire	30	7,4
Primaire	90	22,2
Collège	135	33,2
Lycée	67	16,5
Universitaire	25	6,2
Non précisé	48	11,8
Total	406	100,0

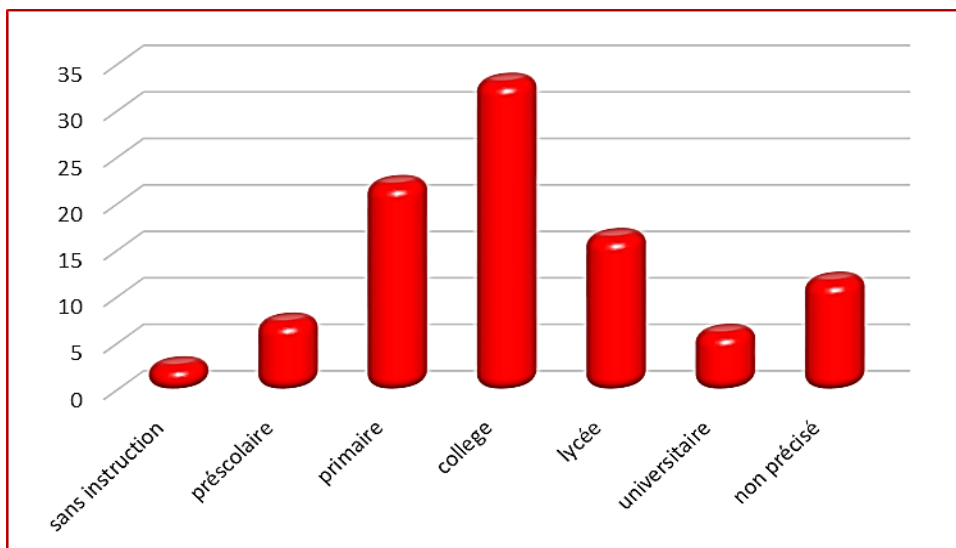


Figure 24: la répartition des victimes selon le niveau d'instruction

► **Analyse :**

- On observe une prédominance du niveau **collège** avec **135 victimes (33,2 %)**, suivi du **primaire** avec **90 victimes (22,2 %)** et du **lycée** avec **67 victimes (16,5 %)**, tandis que les niveaux **préscolaire (7,4 %)**, **universitaire (6,2 %)** et sans instruction(2,7 %) restent moins fréquents. Une proportion non négligeable de cas reste **non précisée 48 victimes (11,8 %)**.

7. Répartition des victimes présumées selon le mode de cohabitation :

Tableau 9 Répartition des victimes selon le mode de cohabitation

Mode de cohabitation	Effectif	Pourcentage
Les deux parents	309	76,1
Avec la mere	52	12,8
Avec le père	15	3,7
En famille d'accueil/tuteur	16	3,9
En institution	00	00
Avec conjoint	14	3,4
Total	406	100

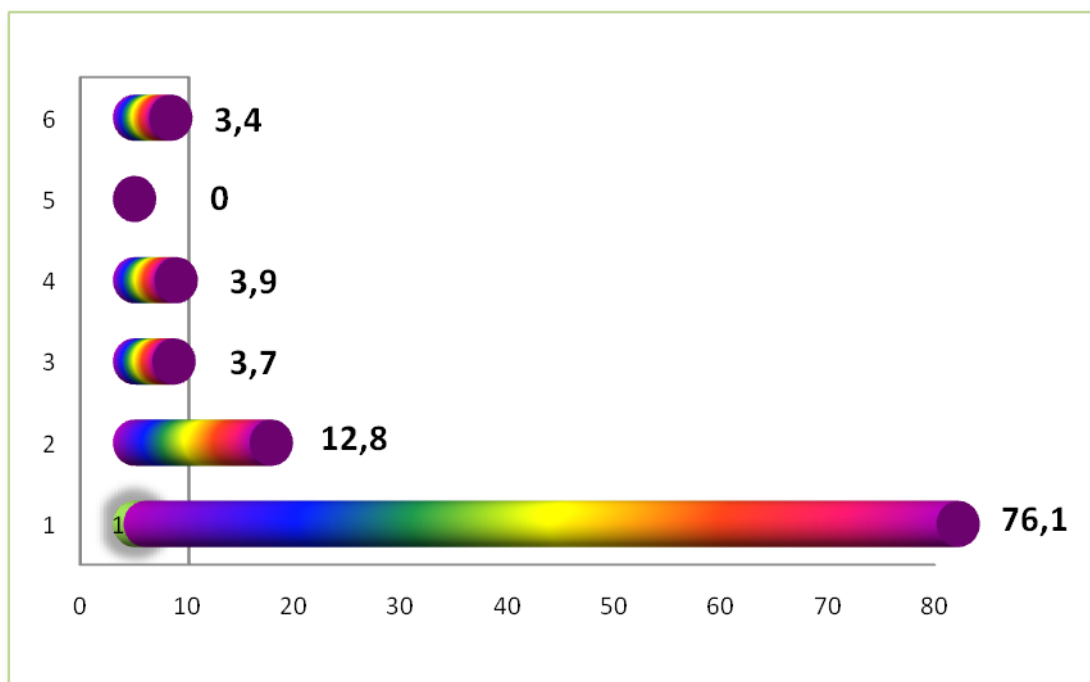


Figure 25: la répartition des victimes selon le mode de cohabitation

► **Analyse :**

- La répartition des victimes selon le mode de cohabitation montre que la majorité vivait avec leurs deux parents, avec **309 cas (76,1 %)**. Les victimes vivant avec la mère seule représentent **52 cas (12,8 %)**, suivies de celles vivant en famille d'accueil ou sous tutelle avec **16 cas (3,9 %)**, puis de celles vivant avec le père seul avec **15 cas (3,7 %)**. Les victimes vivant avec leur conjoint représentent **14 cas (3,4 %)**. Aucun cas de vie en institution n'a été enregistré (**0 %**).

Antécédents et facteurs de vulnérabilité :

1. Répartition des victimes présumées selon les antécédents psychiatriques :

Tableau 10 Répartition des victimes selon les antécédents psychiatriques

Antécédents psychiatriques	Effectif	Pourcentage
Non	396	97.5
Oui	10	2.5
Total	406	100,0

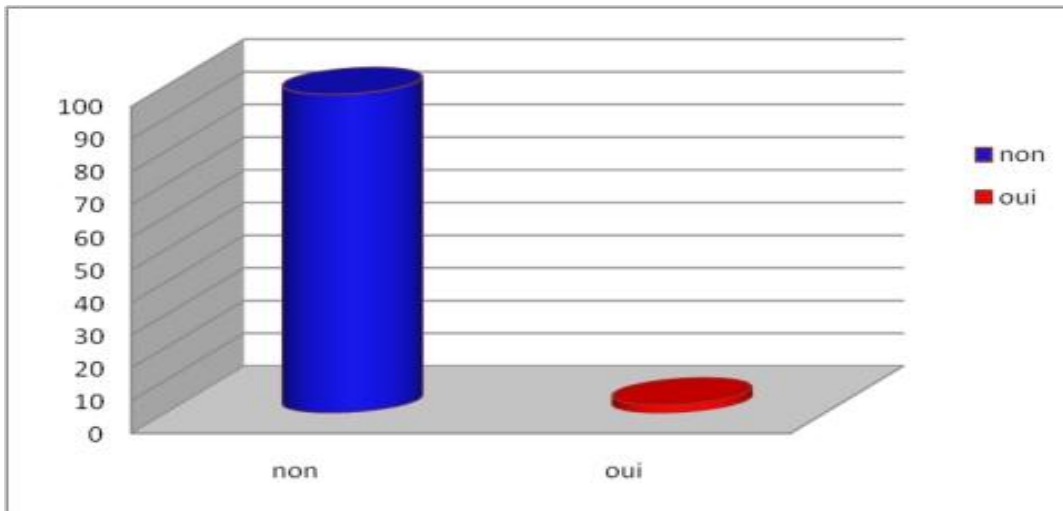


Figure 26: la répartition des victimes selon les antécédents psychiatriques

► **Analyse :**

- Les résultats montrent une nette prédominance des sujets **sans antécédents**, avec **396 cas (97,5 %)**, contre **10 cas (2,5 %)** présentant des antécédents psychiatriques.

○ **Données gynéco-obstétricales:**

1. Répartition des victimes selon les antécédents gynéco-obstétricaux

Tableau 11 **Répartition** des victimes **selon** les antécédents gynéco-obstétricaux

Antécédents gynéco-obstétricaux	Effectif	Pourcentage
Nullipare	149	54,4
Primipare	4	1,45
Multipare	4	1,45
Grossesse en cours	7	2,6
Non applicable	110	40,1
Total	274	100

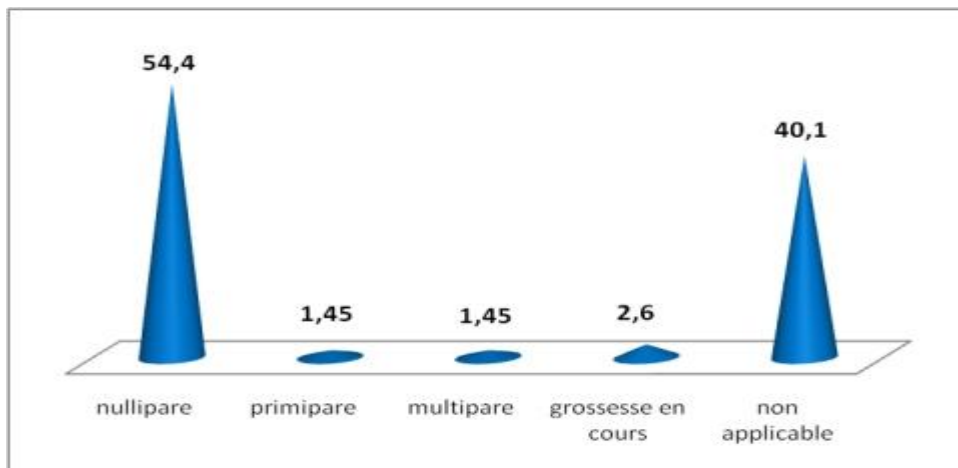


Figure 27:la Répartition des victimes selonles antécédents gynéco-obstétricaux

► Analyse :

- La population étudiée est majoritairement constituée de femmes **nullipares**, avec **149 cas (54,4 %)**. Les cas de **grossesse en cours** sont au nombre de **7 cas (2,6 %)**, tandis que les **primipares** et les **multipares** sont faiblement représentées, avec une proportion identique de **4 cas chacune (1,45 %)**. Les victimes **non concernées par cette variable**, notamment les enfants, représentent **110 cas (40,1 %)**.

○ **Habitudes de vie:**

1. Répartition des victimes selon la consommation du tabac :

Tableau 12 Répartition des victimes selon la consommation du tabac

Tabac	Effectif	Pourcentage
Non	366	90,15
Oui	40	9.85
Total	406	100,0

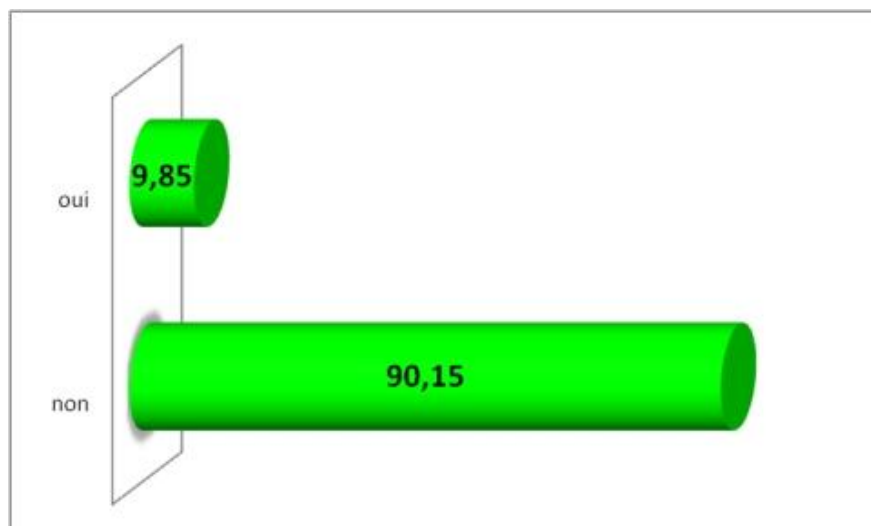


Figure 28: Répartition des victimes selon la consommation du tabac

► **Analyse :**

- La répartition des victimes présumées selon la consommation de tabac montre une nette prédominance des non-fumeurs, avec **366 cas (90,15 %)**, contre **40 cas (9,85 %)** déclarant une consommation tabagique.

2. Répartition des victimes selon la consommation d'alcool :

Tableau 13: Répartition des victimes selon la consommation d'alcool

Alcool	Effectif	Pourcentage
Non	381	93.84
Oui	25	6,16
Total	406	100,0

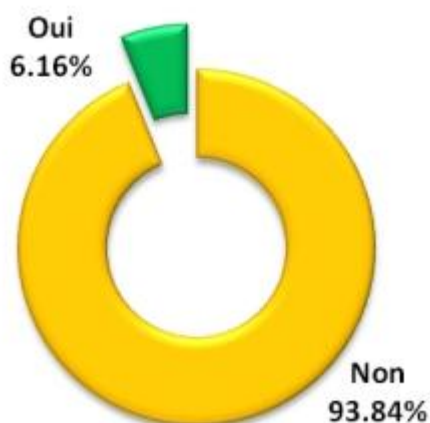


Figure 29: la répartition des victimes selon la consommation d'alcool

► **Analyse :**

- La répartition des victimes présumées selon la consommation d'alcool montre une nette prédominance des sujets **non consommateurs**, avec **381 cas (93,84 %)**, contre **25 cas (6,16 %)** déclarant une consommation d'alcool.

3. Répartition des victimes selon la consommation des psychotropes

Tableau 14 **Répartition** des victimes **selon la consommation** de psychotropes

Psychotropes	Effectif	Pourcentage
Non	386	95
Oui	20	5
Total	406	100,0

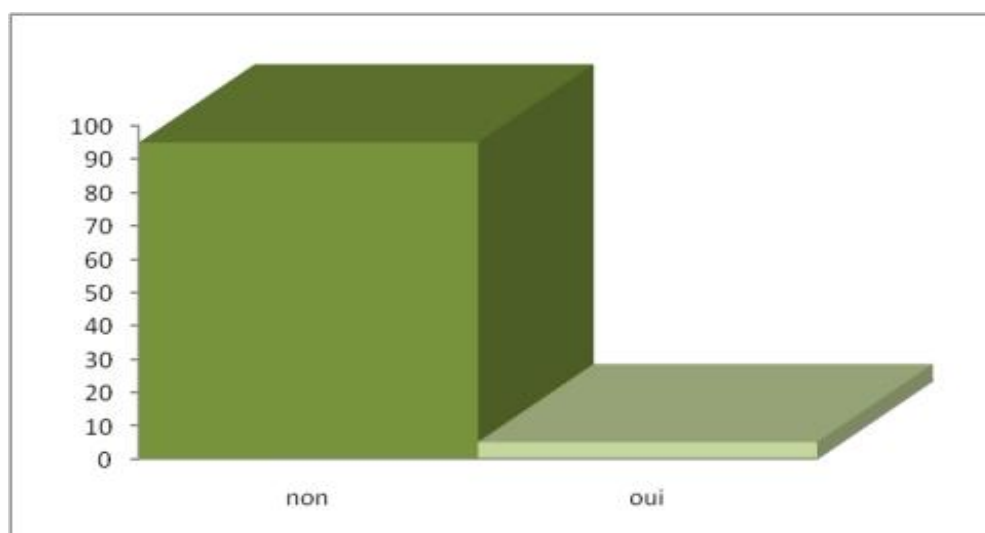


Figure 30: la répartition des victimes selon la consommation de psychotropes

► **Analyse :**

- Les résultats montrent que la majorité des victimes ne consomment pas de psychotropes (**95 %**), contre une minorité de consommateurs (**5 %**).

- **Cadre médico-légal de prise en charge des victimes :**

La prise en charge médico-légale des victimes présumées de violences sexuelles s'est effectuée dans un cadre judiciaire, sur réquisition émanant des autorités compétentes, au niveau du service de médecine légale de l'EPH Ahmida Benadjila de Laghouat.

1. Répartition des victimes selon l'autorité requérante :

Au service de médecine légale de l'EPH Ahmida Benadjila, les consultations pour violences sexuelles sont réalisées sur réquisition judiciaire. L'analyse des dossiers archivés a permis d'identifier les autorités requérantes à l'origine de ces consultations médico-légales.

Tableau 15 Répartition des victimes selon l'autorité requérante

Autorité requérante	Effectif	Pourcentage
BPPV - SW LAGHOUAT	158	38,9
SW LAGHOUAT	29	7,1
SD KSAR EL HIRANE	20	4,9
BGN EL KHENEG	18	4,4
BGN LAGHOUAT	16	3,9
BRIGADE DES MINEURS – SW LAGHOUAT	15	3,7
BRIGADE CRIMINELLE + GRANDE CRIMINALITÉ	15	3,7
BGN HASSI DELAA	11	2,7
SD SIDI MAKHLOUF	9	2,2
BGN BENNASSER BENCHOHRA	8	2,0
SÛRETÉ URBAINE N°01	7	1,7
SÛRETÉ URBAINE N°02	7	1,7
BGN EL ASSAFIA	7	1,7
SÛRETÉ URBAINE N°04	6	1,5
BGN HASSI R'MEL	6	1,5
BGN SIDI MAKHLOUF	5	1,2
SD DJELFA	4	1,0
BGN DJELFA	4	1,0
BGN HADJ MECHRI	4	1,0
BGN BELLIL	4	1,0
BGN AFLOU	4	1,0
SÛRETÉ URBAINE N°03	4	1,0
SU EX TADEJMOUT	3	0,7
SÛRETÉ URBAINE N°05	3	0,7
SÛRETÉ URBAINE N°06	3	0,7
SÛRETÉ URBAINE N°07	3	0,7
BGN OUED M'ZI	3	0,7
SD AFLOU	3	0,7
BGN TADJEMOUT	3	0,7
JUGE D'INSTRUCTION - TRIBUNAL LAGHOUAT	2	0,5
BGN TADMIT	2	0,5
BGN BRIDA	2	0,5
BGM GUELTAT SIDI SAAD	2	0,5
BGN AÏN CHOUHADA	2	0,5
JUGE D'INSTRUCTION - AFLOU	2	0,5
BGN TADJROUNA	1	0,2
BGN KSAR EL HIRANE	1	0,2
BGN EL GHICHA	1	0,2
BGN AÏN MADHI	1	0,2
BGN EL HAOUAÏTA	1	0,2
BMPJ SW	1	0,2
JUGE DES MINEURS - AFLOU	1	0,2
JUGE D'INSTRUCTION - GHARDAÏA	1	0,2

SD TIARET	1	0,2
BRIGADE CYBERCRIMINALITÉ	1	0,2
PROCUREUR DE TRIBUNAL- LAGHOUAT	1	0,2
BGN HAD SAHARI	1	0,2
Total	406	100

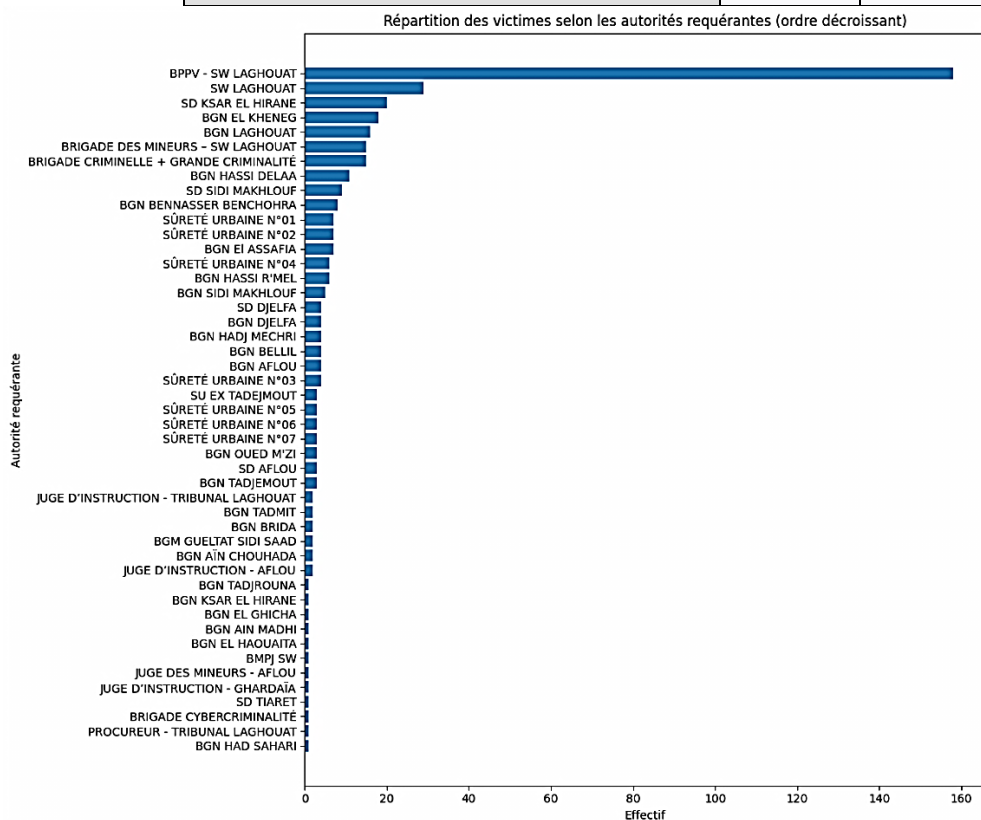


Figure 31: : la répartition des victimes selon l'autorité requérante

► Analyse :

- Les résultats montrent une prédominance des réquisitions émanant des services de sécurité, en particulier des unités de police judiciaire. Les trois principales autorités requérantes ayant sollicité des examens médico-légaux pour violences sexuelles au cours des onze dernières années sont la **BPPV – SW Laghouat**, en première position avec **158 cas (38,9 %)**, suivie de la **Sûreté de Wilaya de Laghouat** avec **29 cas (7,1 %)**, puis de la **SD Ksar El Hirane** avec **20 cas (4,9 %)**.
- Les brigades de gendarmerie, les sûretés urbaines ainsi que les **unités spécialisées (brigade des mineurs, brigade criminelle et grande criminalité)** interviennent de manière plus dispersée, avec des proportions généralement comprises entre **0,2 % et 3,7 %**.
- Les **autorités judiciaires (juges d'instruction, parquet et juges des mineurs)** restent faiblement représentées, avec des proportions inférieures à **1 %** pour la majorité des structures.

2. Répartition des victimes selon la Wilaya requérante :

Tableau 16 Répartition des victimes selon la Wilaya requérante

Wilaya	Effectif	Pourcentage%
Laghouat	391	96,3
Djelfa	13	3,2
Tiaret	1	0,2
Ghardaïa	1	0,2
Total	406	100

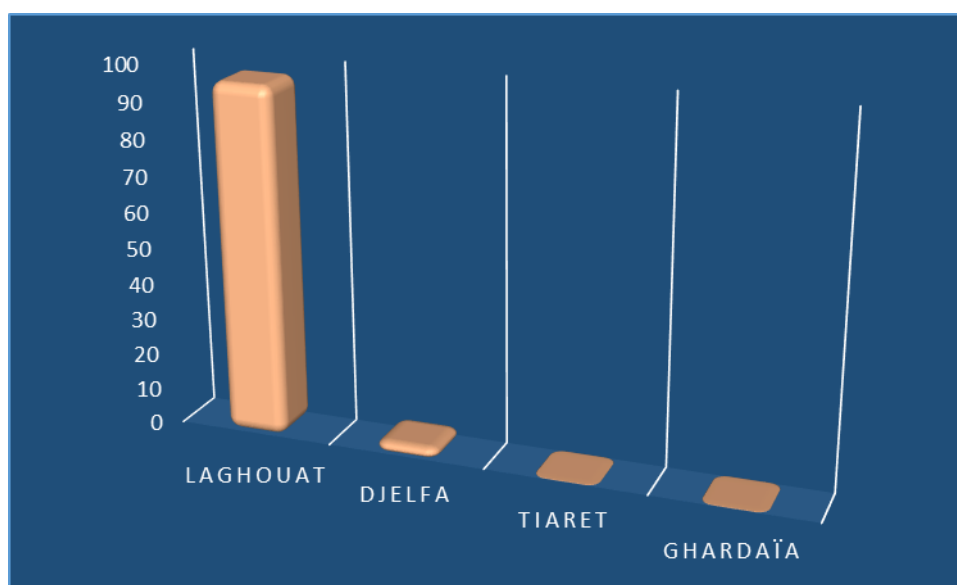


Figure 32:la répartition des victimes selon la Wilaya requérante

► **Analyse :**

On note une prédominance de la wilaya de Laghouat avec 391 cas (96,3 %), suivie de Djelfa avec 13 cas (3,2 %). Les wilayas de Tiaret et Ghardaïa sont très faiblement représentées avec 1 cas chacune (0,2 %).

○ **Caractéristiques alléguées des violences sexuelles :**

1. Répartition des victimes selon l'allégation de violences sexuelles

Tableau 17 : Répartition des victimes selon l'allégation de violences sexuelles

Allégation	Effectif	Pourcentage
Non	80	19.7
Oui	326	80.3
Total	406	100,0

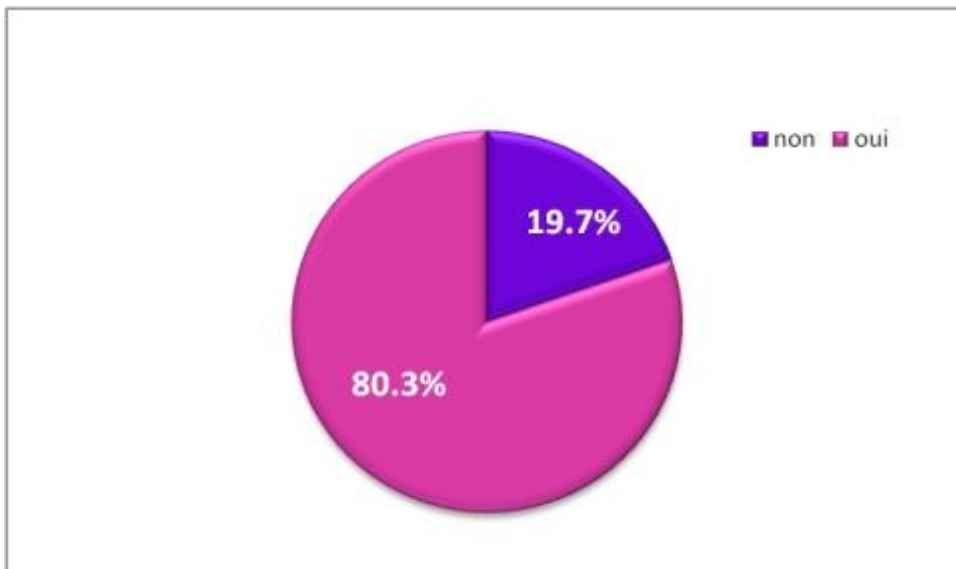


Figure 33: la répartition des victimes selon l'allégation de violences sexuelles

► **Analyse :**

- Les résultats montrent que **326 cas (80.3 %)** ont déclaré avoir subi des violences sexuelles, contre **80 cas (19,7 %)** ne les ayant pas rapportées.

□ **Précision méthodologique :**

Les variables restantes, relatives aux caractéristiques des violences sexuelles alléguées ont été analysées uniquement chez les victimes présumées ayant déclaré une agression (**n = 326**), ces variables reposant sur une allégation de faits et n'étant pas définies chez les sujets ayant nié les violences, afin d'éviter des biais d'interprétation et une sous-estimation des proportions liés à l'inclusion de données non applicables.

2. Répartition des victimes selon le type de violences sexuelles alléguées :

Tableau 18: Répartition des victimes selon le type de VS alléguées(nouveau tableau refaire graphe)

Type de VS	Effectif	Pourcentage
Pénétration	148	85.3
Tentative de pénétration	48	14.74
Attouchements sexuels	88	27
Commentaires /avances sexuelles	20	6.13
Traite ou exploitation sexuelle	10	3
Non précisé	12	3,7
Total	326	100

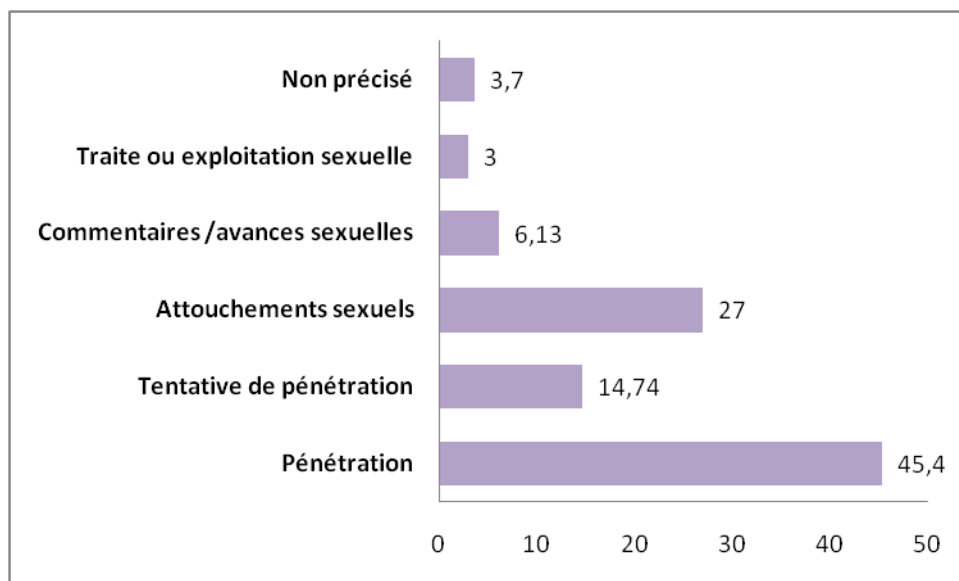


Figure 34: Répartition des victimes selon le type de VS alléguée

Tableau 19: Répartition des victimes selon le type de pénétration

Type de VS	Effectif	Pourcentage
Pénétration vaginale	50	33.8 %
Pénétration anale	60	40.5 %
Pénétration vaginale et anale	35	23.6 %
Pénétration orale	3	2.0 %
Total	148	100

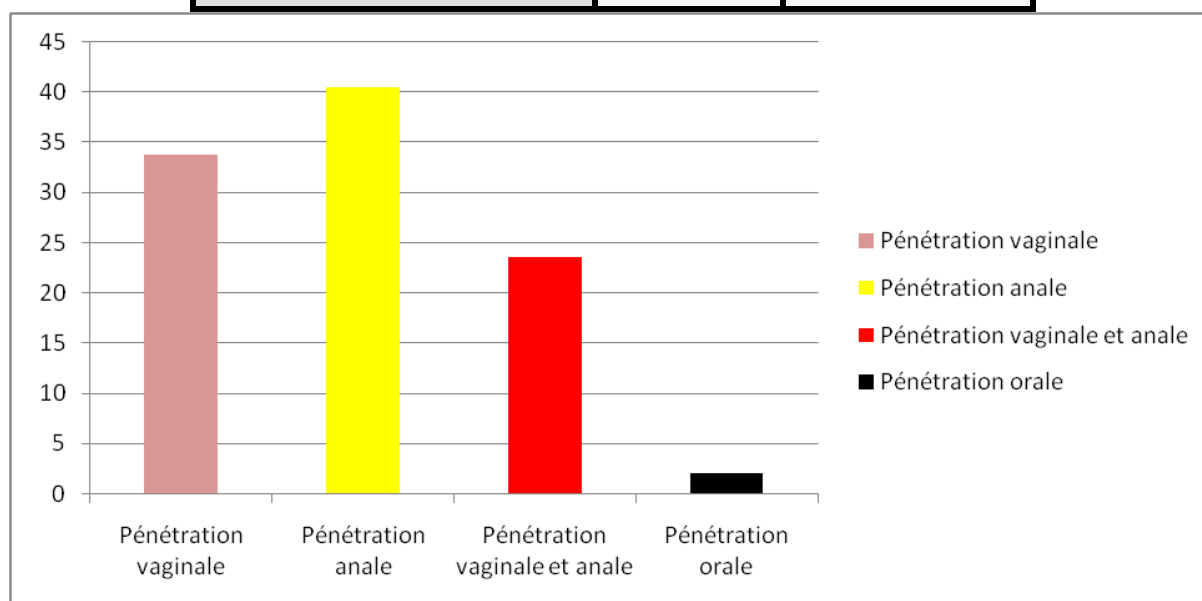


Figure 35: Répartition des victimes selon le type de pénétration

► **Analyse :**

- Les résultats montrent que la forme de violence sexuelle la plus fréquemment rapportée est la **pénétration**, avec 148 cas sur 326 (soit **45,4 %** des victimes), suivie des **attouchements sexuels** avec 88 cas (**27 %**). Les **tentatives de pénétration** représentent 48 cas (**14,7 %**).
- Les **commentaires ou avances sexuelles** sont rapportés dans 20 cas (**6,1 %**), tandis que la **traite ou exploitation sexuelle** concerne 10 cas (**3,1 %**). Les cas **non précisés** représentent 12 victimes (**3,7 %**).
- Ainsi, les violences avec atteinte sexuelle directe (pénétration ou tentative) constituent la majorité des situations rapportées.

► **Détail des pénétrations (n = 148) :**

- Parmi les cas de pénétration, la forme la plus fréquente est la **pénétration anale** avec 60 cas (**40,5 %**), suivie de la **pénétration vaginale** avec 50 cas (**33,8 %**). Les situations de **pénétration vaginale et anale associées** représentent 35 cas (**23,6 %**), tandis que la **pénétration orale** est la moins fréquente avec 3 cas (**2 %**).
- Ces résultats mettent en évidence la prédominance des pénétrations anales parmi les formes de pénétration rapportées dans la population étudiée.

3. Répartition des victimes selon la fréquence des violences sexuelles alléguées :

Tableau 20 Répartition des victimes selon la fréquence des VS alléguées

Fréquence des VS	Effectif	Pourcentage
1 ^{er} épisode	235	72
Répétée	91	28
Total	326	100

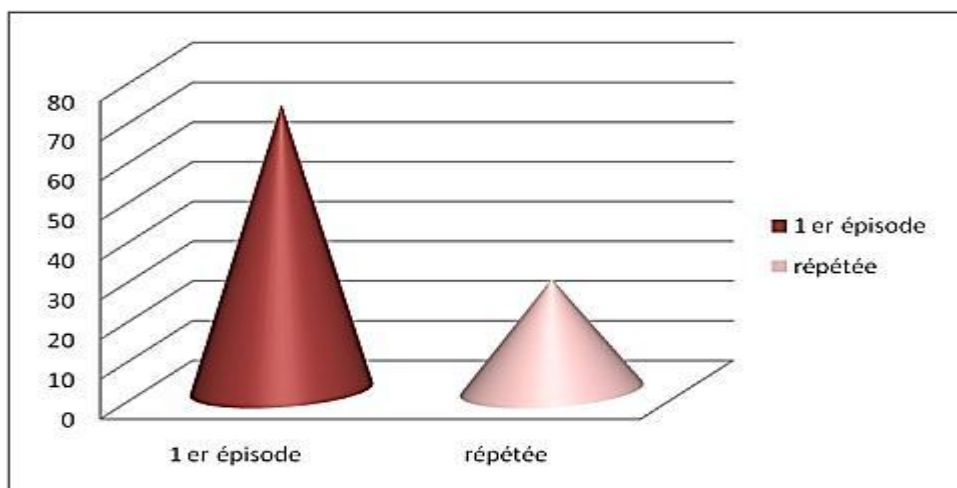


Figure 36:la répartition des victimes selon la fréquence des VS alléguées

► **Analyse :**

- La majorité des victimes présumées ont déclaré qu'il s'agissait d'un **premier épisode de violences sexuelles**, avec **235 cas (72 %)**, contre **91 cas (28 %)** correspondant à des violences sexuelles répétées.

4. Répartition des victimes selon les circonstances de survenue des violences sexuelles :

Tableau 21 Répartition des victimes selon les circonstances de survenue

Circonstances de survenue des VS	Effectif	Pourcentage
Fugue	38	11.7
Incident fortuit	115	35.3
Chantage	23	7.1
Rencontre sur les réseaux sociaux	6	1.8
Visitepaternelle	6	1.8
Kidnapping	50	15.3
Inceste	8	2.5
Non précisée	80	24,5
Total	326	100

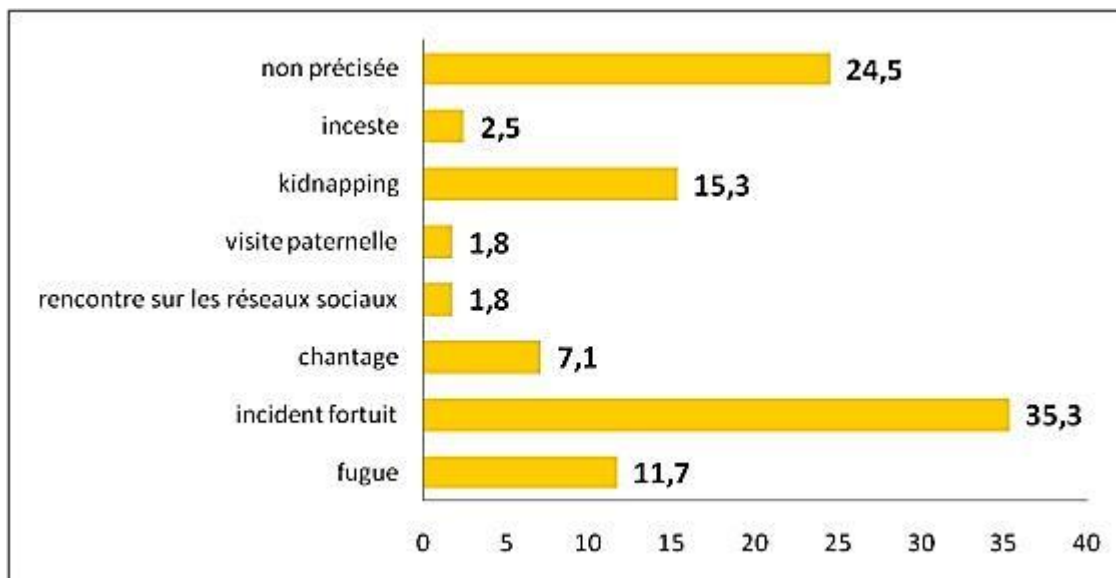


Figure 37:la répartition des victimes selon les circonstances de survenue

► **Analyse :**

- La répartition des victimes selon les circonstances de survenue des violences sexuelles montre que les **incidents fortuits** sont les plus fréquents, avec **115 cas (35,3 %)**, suivis des circonstances **non précisés (80 cas ; 24,5 %)** et des situations de **kidnapping (50 cas ; 15,3 %)**. Les **fugues** représentent **38 cas (11,7 %)**, tandis que le **chantage** est rapporté dans **23 cas (7,1 %)**.
- Les autres circonstances sont moins représentées : les situations d'**inceste** concernent **8 cas (2,5 %)**, alors que les **rencontres via les réseaux sociaux** et les faits survenus lors de **visites paternelles** représentent chacune **6 cas (1,8 %)**.

5. Répartition des victimes selon le lieu de survenue des violences sexuelles :

Tableau 22: Répartition des victimes selon le lieu de survenue des violences sexuelles

Lieu de survenue des VS	Effectif	Pourcentage
Domicile de la victime	10	3
Domicile de l'agresseur	40	12.3
Lieu public	226	69.3
Non précise	50	15.4
Total	326	100

Tableau: Répartition des victimes selon le type de lieu public

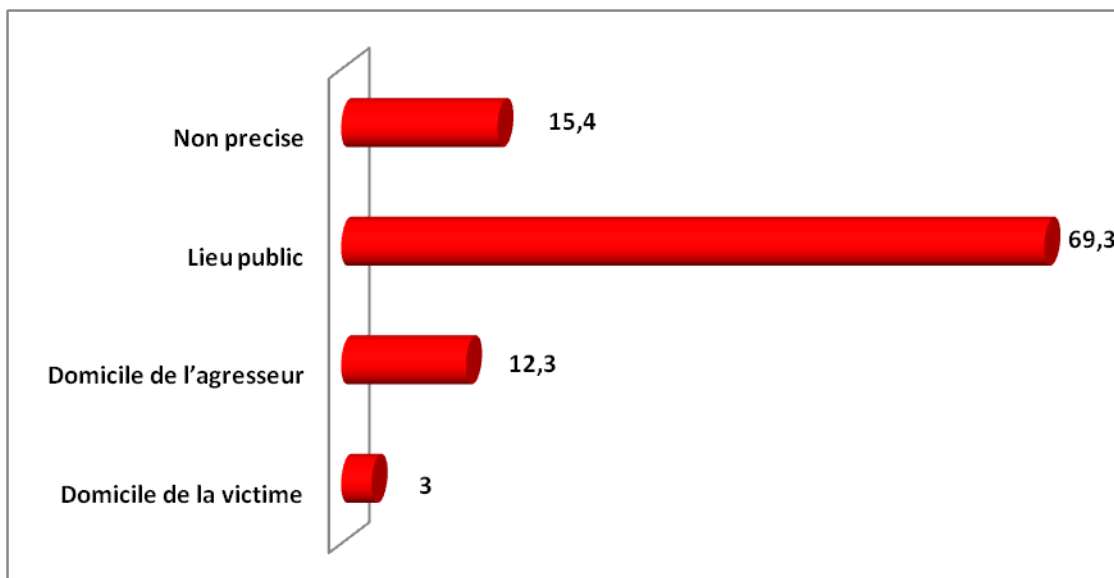


Figure 38 : Répartition des victimes selon le lieu de survenue des violences sexuelles

► **Analyse :**

- La répartition des victimes selon le lieu de survenue des violences sexuelles montre une prédominance des lieux publics, avec **226 cas (69,3 %)**. Elle est suivie du domicile de l'agresseur avec **40 cas (12,3 %)**. Le domicile de la victime est concerné par **10 cas (3 %)**, Une proportion non négligeable de cas reste **non précisée**, avec **50 cas (15,4 %)**.

6. Répartition des victimes selon l'horaire de survenue des violences sexuelles :

Tableau 23: Répartition des victimes selon l'horaire de survenue des VS

Horaire de survenue des VS	Effectif	Pourcentage
Matin	20	4,8
Après midi	140	30,9
Soir	60	15,6
Nuit	30	7,5
Non précisée	76	19,6
Total	326	100

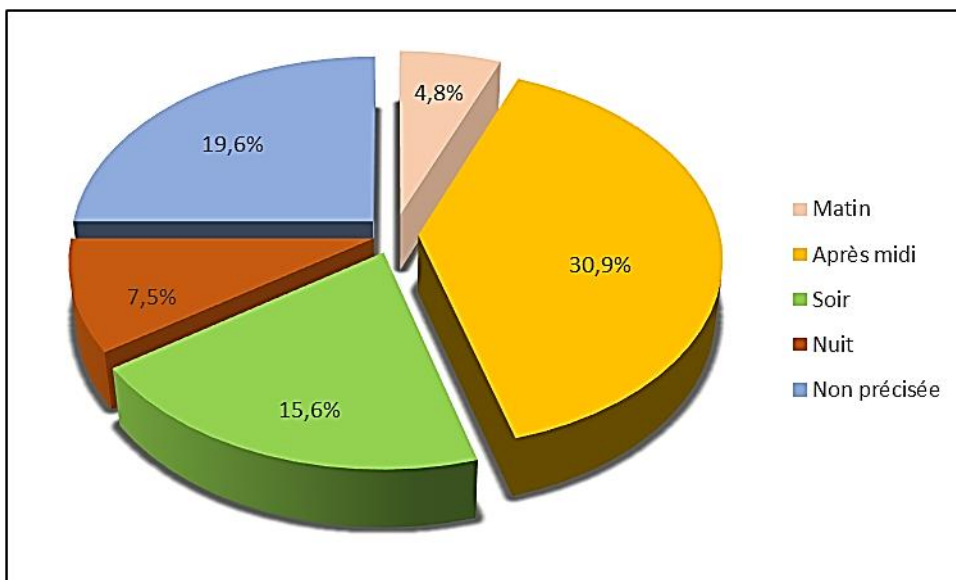


Figure 39:la répartition des victimes selon l'horaire de survenue des violences sexuelles

► **Analyse :**

- La répartition des victimes selon l'horaire de survenue des violences sexuelles montre une prédominance de l'**après-midi**, avec **140 cas (30,9 %)**. Elle est suivie de la période du **soir** avec **60 cas (15,6 %)**, puis de la **nuit** avec **30 cas (7,5 %)** et du **matin** avec **20 cas (4,8 %)**. Une proportion notable d'horaires reste **non précisée**, avec **76 cas (19,6 %)**.

7. Répartition des victimes selon le mois de survenue des violences sexuelles :

Tableau 24 Répartition des victimes selon le mois de survenue des VS

Le mois de survenue des VS	Effectif	Pourcentage
Janvier	30	9.2
Fevrier	35	10.7
Mars	40	12.3
Avril	30	9.2
Mai	25	7.7
Juin	20	6.1
Juillet	26	8
Aout	27	8.3
Septembre	28	8.6
Octobre	20	6.13
Novembre	25	7.7

Decembre	20	6.1
Total	326	100



Figure 40:la répartition des victimes selon le mois de survenue des VS

► **Analyse :**

- La répartition des victimes selon le mois de survenue des violences sexuelles met en évidence une variation relativement modérée au cours de l'année. Les fréquences les plus élevées sont observées en **mars (40 cas ; 12,3 %)** et en **février(35 cas ; 10,7 %)**, tandis que les plus faibles sont enregistrées en **juin, octobre et décembre**, avec **20 cas chacun (6,1 %)**.

8. Répartition des victimes selon la saison de survenue des violences sexuelles :

Tableau 25: Répartition des victimes selon la saison de survenue des VS

Saison de survenue des VS	Effectif	Pourcentage
Automne	75	23
Hiver	81	25
Printemps	92	28
Été	78	24
Total	326	100

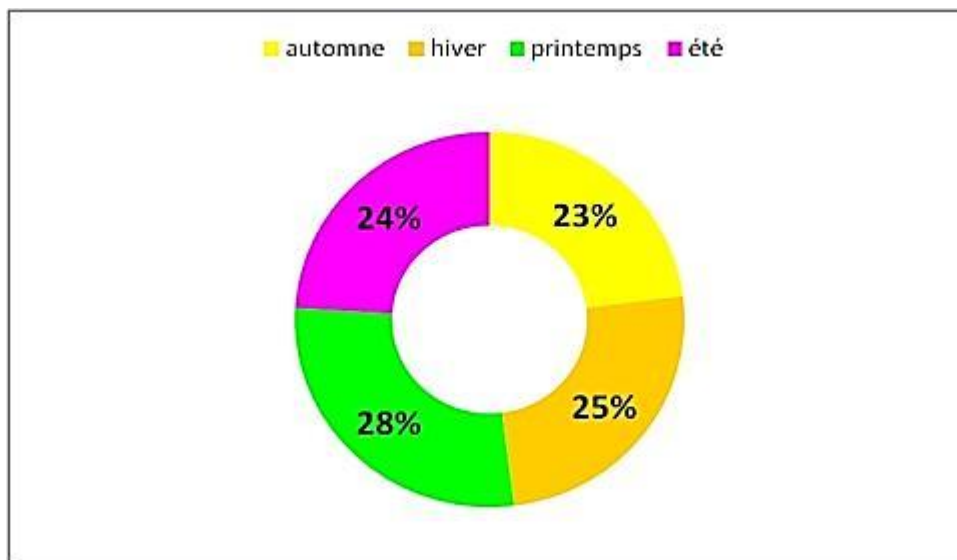


Figure 41:la Répartition des victimes selon la saison de survenue des VS

► **Analyse :**

- Les résultats montrent une légère prédominance au **printemps (28 %)**, suivi de **l'hiver (25,0 %)**, puis de **l'été (24 %)** et enfin de **l'automne (23 %)**. La distribution apparaît globalement homogène au cours de l'année, sans variation saisonnière marquée.

9. Répartition des victimes selon le délai entre l'agression et la consultation :

Tableau 26: Répartition des victimes selon le délai entre l'agression et la consultation

Délai	Effectif	Pourcentage
<24h	82	25.2
24-72h	105	32,3
j3-1 semaine	44	13.4
>1 semaine	92	28.2
Non précisée	3	0.9
Total	326	100

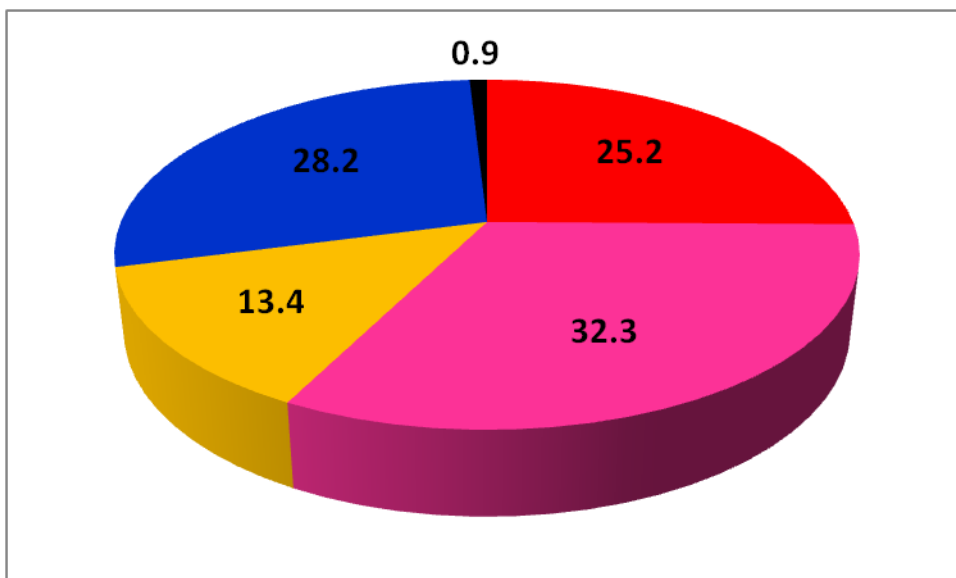


Figure 42: Répartition des victimes selon le délai entre l'agression et la consultation

► **Analyse :**

- Les résultats montrent que les consultations réalisées dans un délai de **24 à 72 heures après l'agression** sont les plus fréquentes, avec **105 cas (32,3 %)**. Elles sont suivies par les consultations effectuées **plus d'une semaine après les faits**, qui concernent **92 victimes (28,2 %)**. Les victimes ayant consulté dans un délai de **moins de 24 heures** représentent **82 cas (25,2 %)**, tandis que les délais compris entre **3 jours et une semaine** sont observés dans **44 cas (13,4 %)**. Les données relatives au délai de consultation n'ont pas été précisées dans **3 cas (0,9 %)**.

- Globalement, **57,5 % des victimes ont consulté dans les 72 heures suivant l'agression**, alors que **41,6 % ont consulté au-delà de ce délai**, traduisant une tendance majoritaire à la consultation précoce, mais également une proportion importante de recours tardifs aux soins médico-légaux.

10. Répartition des victimes selon la notion de perte de connaissance :

Tableau 27: Répartition des victimes selon la notion de perte de connaissance

Perte de connaissance	Effectif	Pourcentage
Non	296	90.8
Oui	30	9.2
Total	326	100

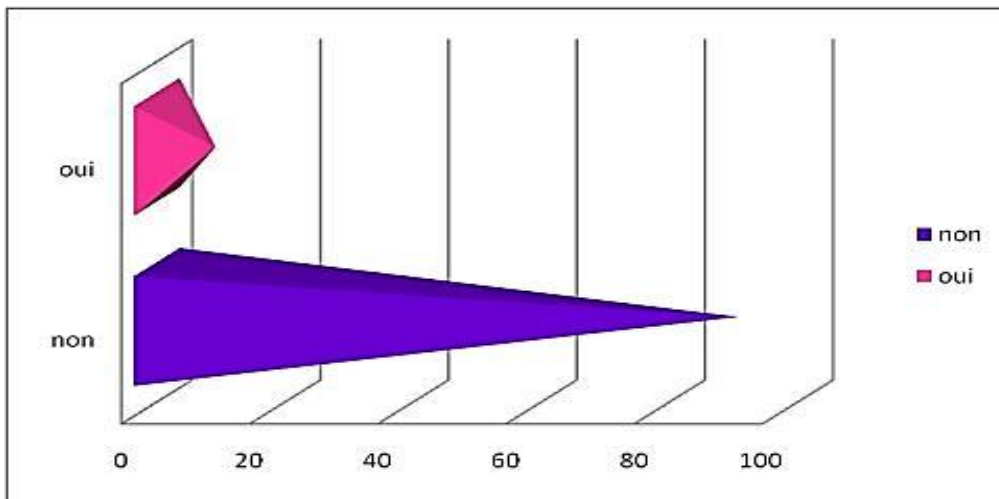


Figure 43: Répartition des victimes selon la notion de perte de connaissance

► **Analyse :**

- La répartition des victimes selon la notion de perte de connaissance montre une prédominance des victimes n'ayant pas déclaré de perte de connaissance, avec **296 victimes (90,8 %)**. Les victimes ayant rapporté une perte de connaissance représentent **30 victimes (9,2 %)**.

11. Répartition des victimes selon la notion d'éjaculation :

Tableau 28: Répartition des victimes selon la notion d'éjaculation

Notion d'éjaculation	Effectif	Pourcentage
Non	288	88.34
Oui	38	11.66
Total	326	100

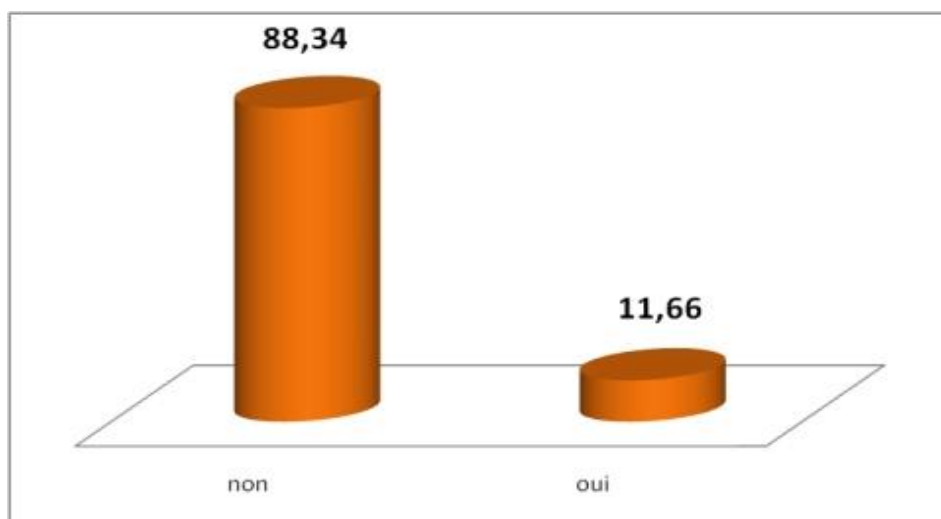


Figure 44: Répartition des victimes selon la notion d'éjaculation :

► **Analyse :**

- La répartition des victimes de violences sexuelles selon la notion d'éjaculation montre que la majorité des victimes ne rapportent pas de notion d'éjaculation, avec **288 victimes (88,34 %)**. Les cas ayant déclaré une notion d'éjaculation représentent **38 victimes (11,66 %)**.

12. Répartition des victimes selon l'utilisation du préservatif : montre une absence totale d'utilisation dans notre série avec 100% des cas classé non

○ Constatations médico-légales :

1. Répartition des victimes selon la présence d'au moins une lésion génitale et/ou anale à l'examen clinique :

La présence d'au moins une lésion génitale et/ou anale permet d'estimer la fréquence des victimes présentant des lésions objectivées à l'examen clinique parmi les **406 victimes** examinées (**n=406**), constituant ainsi un indicateur de signes traumatiques compatibles avec des violences sexuelles.

Tableau 29: Répartition des victimes selon la présence d'au moins une lésion génitale et/ou anale

Objectivation d'au moins une lésion génitale ou anale	Effectif	Pourcentage
Présentes	132	32,5
Absentes	274	67,5
Total	406	100

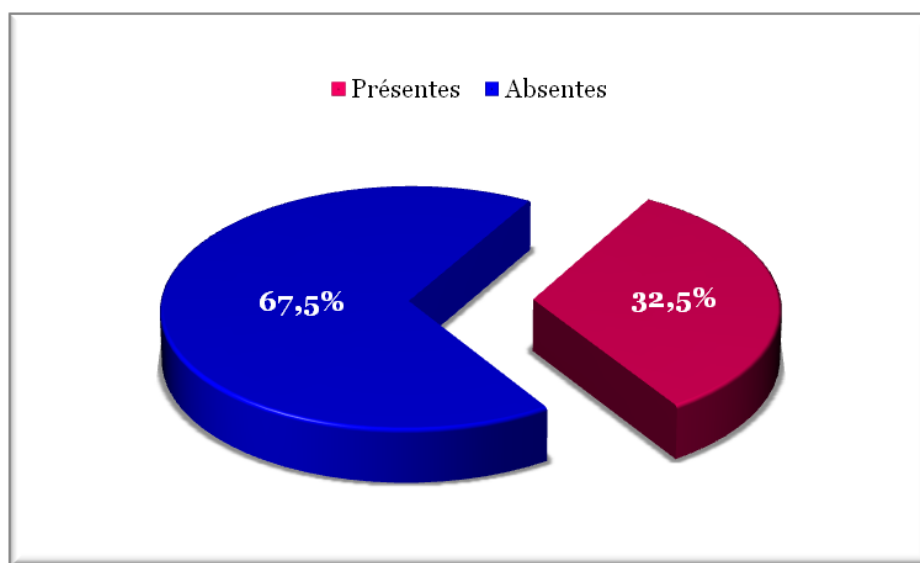


Figure 45 : Répartition des victimes selon la présence d'au moins une lésion génitale et/ou anale

► **Analyse :**

- La répartition montre que la majorité des victimes ne présente pas de lésions, avec **274 cas (67,5 %)**, contre **132 cas (32,5 %)** présentant au moins une lésion.

2. Répartition des victimes selon la présence de lésions gynécologiques :

La présence de lésions gynécologiques a été évaluée chez les victimes de sexe féminin ayant bénéficié d'un examen gynécologique (n = 274).

Tableau 30: Répartition des victimes selon la présence de lésions gynécologiques

Présence de lésions gynécologiques	Effectif	Pourcentage
Présentes	96	35
Absentes	178	65
Total	274	100

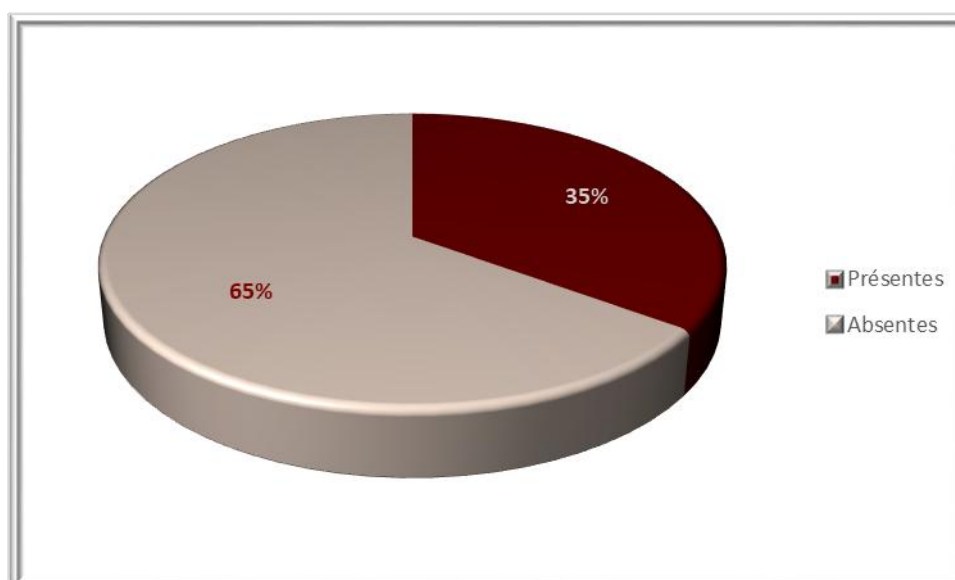


Figure 46: Répartition des victimes selon la présence de lésions gynécologiques

► **Analyse :**

- La répartition des victimes selon la présence de lésions gynécologiques montre une **majorité de cas sans lésions**, avec **178 cas (65 %)**, contre **96 cas (35 %)** présentant des lésions gynécologiques.

3. Répartition des lésions gynécologiques selon le type :

L'analyse des types de lésions génitales a été réalisée principalement chez les 96 victimes de sexe féminin présentant des lésions gynécologiques, pour un total de **(n=112)** lésions recensées. Certaines victimes pouvant présenter plusieurs lésions simultanément, les catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Par ailleurs, une lésion génitale masculine isolée a été observée, correspondant à une ecchymose scrotale.

Tableau 31: Répartition des lésions gynécologiques selon le type

Type de lésion gynécologique	Effectif	Pourcentage
Ecchymose	14	12,5
Érosion	8	7,1
Déchirure	86	76,8
Hématome	4	3,6
Total	112	100

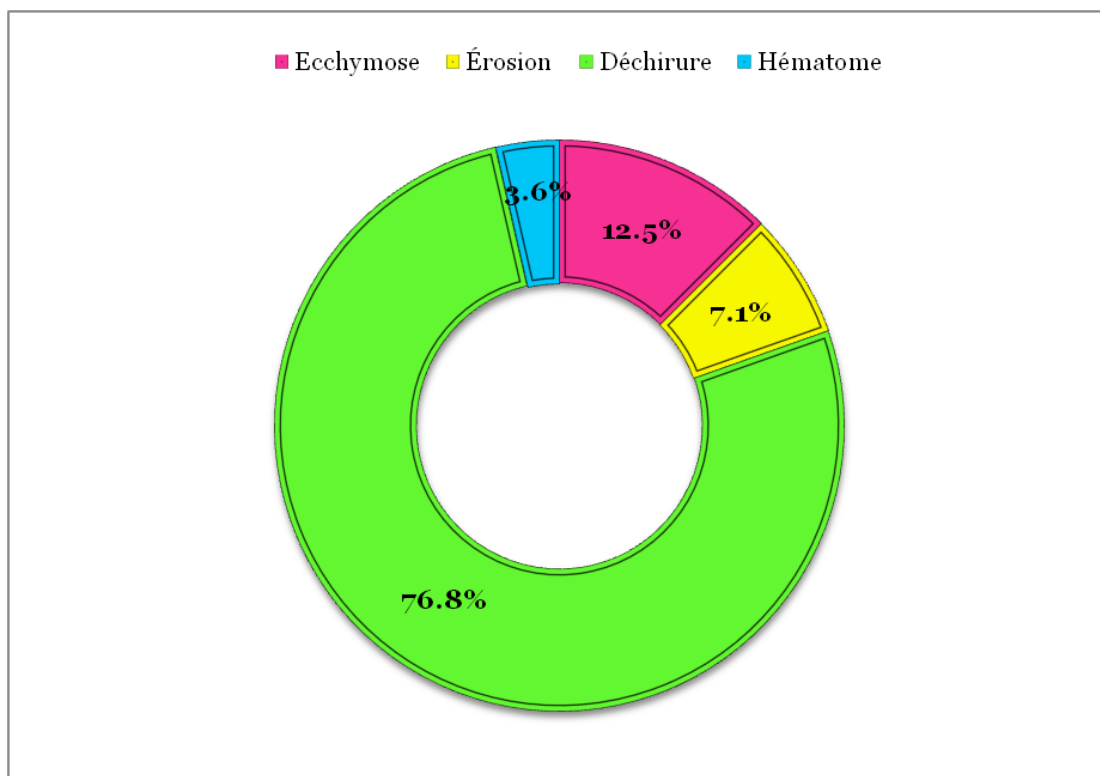


Figure 47: Répartition des lésions gynécologiques selon le type

□ **Précision méthodologique:**

- Une même victime pouvant présenter plusieurs types de lésions simultanément, les catégories ne sont pas mutuellement exclusives.

► **Analyse :**

- La répartition des lésions gynécologiques selon le type montre une nette prédominance des **déchirures**, avec **86 cas (76,8 %)**. Les **ecchymoses** représentent **14 cas (12,5 %)**, suivies des **érosions** avec **8 cas (7,1 %)**, tandis que les **hématomes** sont les moins fréquents avec **4 cas (3,6 %)**.

4. Répartition des lésions gynécologiques selon la localisation :

La localisation des lésions gynécologiques a été étudiée chez les 96 victimes de sexe féminin présentant des lésions gynécologiques, pour un total de (**n = 112**) lésions recensées.

Tableau 32: Répartition des lésions gynécologiques selon la localisation

Localisation des lésions gynécologiques	Effectif	Pourcentage
Lèvres	17	15,2
Hymen	86	76,8
Vestibule vulvaire	9	8,0
Paroi vaginale	00	00
Total	112	100

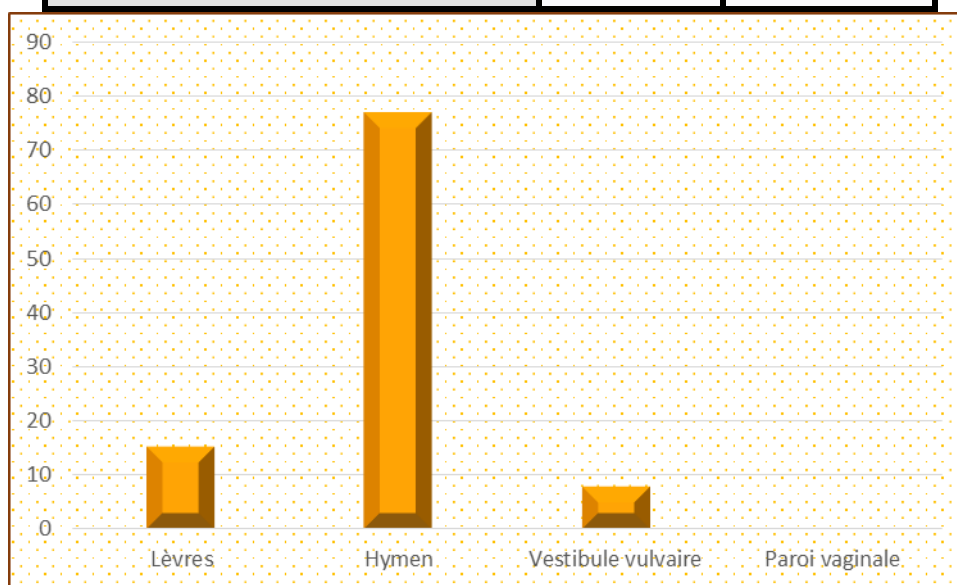


Figure 48: : Répartition des lésions gynécologiques selon la localisation

► **Analyse :**

- La répartition des lésions gynécologiques selon la localisation montre une nette prédominance de l'**atteinte hyménéale**, avec **86 cas (76,8 %)**. Les lésions des **lèvres** représentent **17 cas (15,2 %)**, suivies de celles du **vestibule vulvaire** avec **9 cas (8,0 %)**. Aucune lésion de la **paroi vaginale** n'a été observée (0 %).

5. Répartition des lésions gynécologiques selon leur ancienneté :

L'ancienneté des lésions gynécologiques a été évaluée chez les victimes présentant des lésions (**n = 112**)

Tableau 33: Répartition des lésions gynécologiques selon leur ancienneté

Ancienneté	Effectif	Pourcentage
Ancienne	75	67
Récente	37	33
Total	112	100

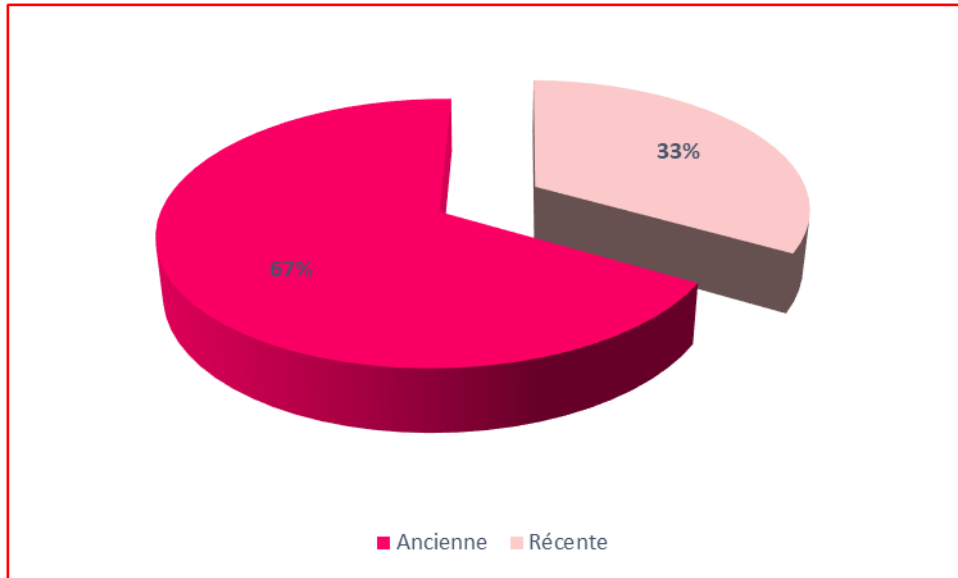


Figure 49: la répartition des lésions gynécologiques selon leur ancienneté

► **Analyse :**

- La répartition des lésions gynécologiques selon leur ancienneté montre une prédominance des lésions **anciennes**, avec **75 cas (67 %)**, contre **37 cas (33 %)** correspondant à des lésions **récentes**.

6. Répartition des lésions hyménéales selon le cadran horaire

La localisation des lésions hyménéales a été précisée selon le cadran horaire chez les victimes présentant une atteinte hyménéale (**n = 86**).

Tableau 34: Répartition des lésions hyménéales selon le cadran horaire

Cadran horaire	1H	2H	3H	4H	5H	6H	7H	8H	9H	10H	11H	12H	Total
Effectif	1	2	3	2	18	23	11	17	5	2	1	1	86
Pourcentage	1,3	2,2	3,5	2,6	20,4	26,4	12,7	20,2	5,6	2,5	1,5	1,1	100

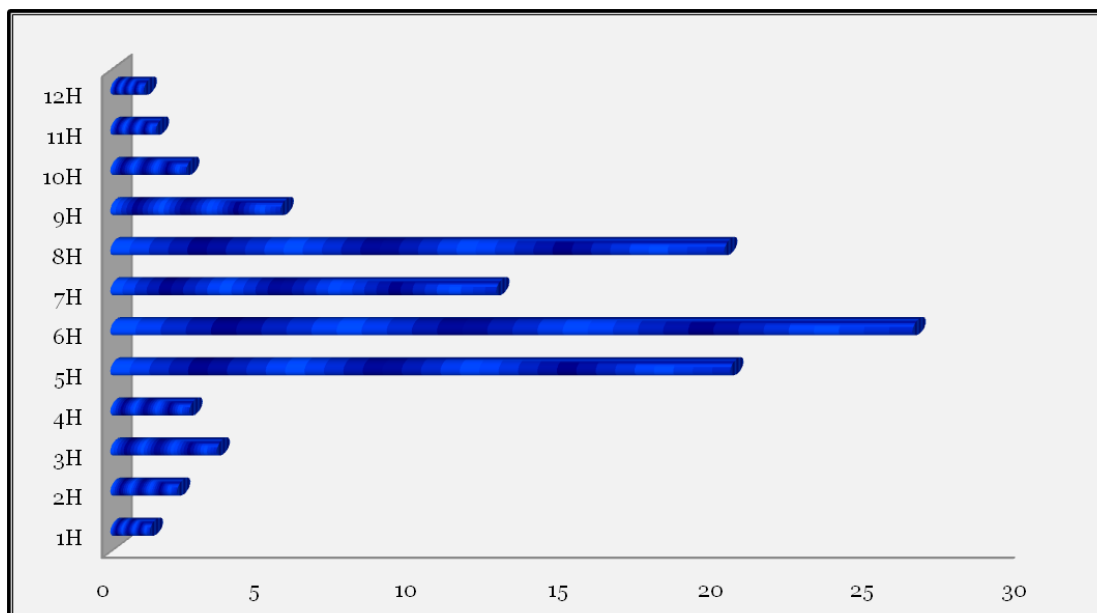


Figure 50: Répartition des lésions hyménéales selon le cadran horaire

► **Analyse :**

- La répartition des lésions hyménéales selon le cadran horaire montre une prédominance des localisations entre **5H et 8H**, avec un siège préférentiel à **6H** correspondant à **23 cas (26,4 %)**, suivi de **5H avec 18 cas (20,4 %)** puis de **8H avec 17 cas (20,2 %)**.
- Les autres localisations sont moins représentées, avec des effectifs faibles et dispersés entre **1H, 2H, 3H, 4H, 9H, 10H, 11H et 12H**.

7. Répartition des victimes selon la présence de lésions anales :

La présence de lésions anales a été évaluée chez l'ensemble des victimes des deux sexes ayant bénéficié d'un examen anal (**n = 406**).

Tableau 35: Répartition des victimes selon la présence de lésions anales

Présence de lésions anales	Effectif	Pourcentage
Présentes	84	20,7
Absentes	322	79,3
Total	406	100

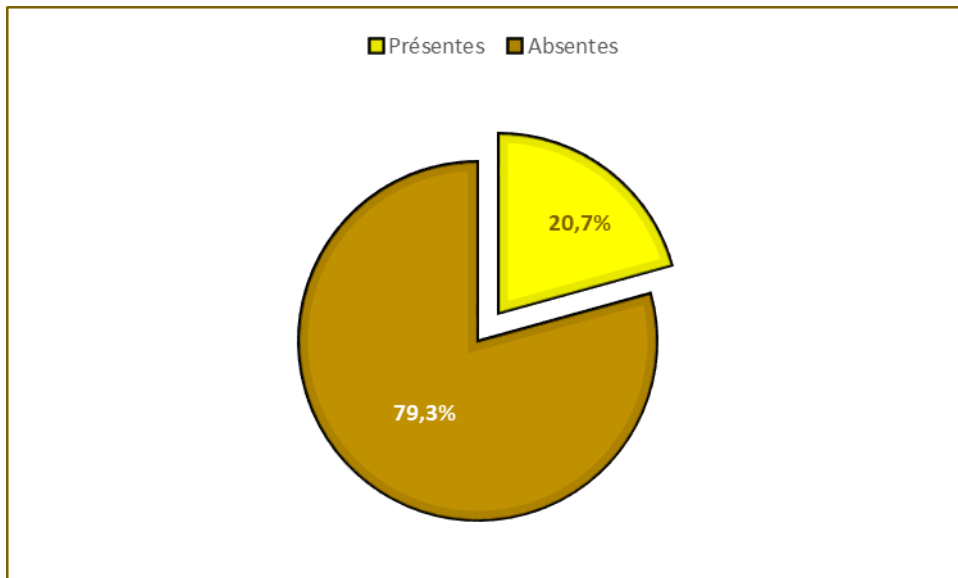


Figure 51: Répartition des victimes selon la présence de lésions anales

► **Analyse :**

- La répartition des victimes selon la présence de lésions anales montre que la majorité des victimes ne présentent pas de lésions anales, avec **322 cas (79,3 %)**, contre **84 cas (20,7 %)** présentant des lésions anales.

8. Répartition des lésions anales selon le sexe :

La répartition des lésions anales a été analysée en fonction du sexe des victimes présentant des lésions anales (**n = 84**).

Tableau 36 : Répartition des lésions anales selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	29	34,5
Féminin	35	41,7
Total	84	100

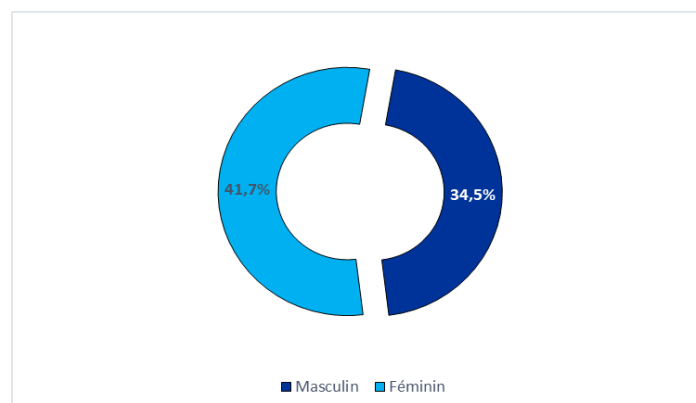


Figure 52: Répartition des lésions anales selon le sexe

► **Analyse :**

- La répartition des lésions anales selon le sexe montre un effectif légèrement plus élevé chez le sexe féminin (35 cas ; 41,7 %) que chez le sexe masculin (29 cas ; 34,5 %).

9. Répartition des lésions anales selon le type :

L'analyse des types de lésions anales a été réalisée chez les 84 victimes, tous sexes confondus, présentant des lésions anales, pour un total de **(n=91)** lésions recensées. Certaines victimes pouvant présenter plusieurs lésions simultanément, les catégories ne sont pas mutuellement exclusives.

Tableau 37: Répartition des lésions anales selon le type

Type de lésion	Effectif	Pourcentage
Érosion	4	4,4
Ecchymose	12	13,2
Fissure	55	60,4
Béance	20	22
Total	91	100

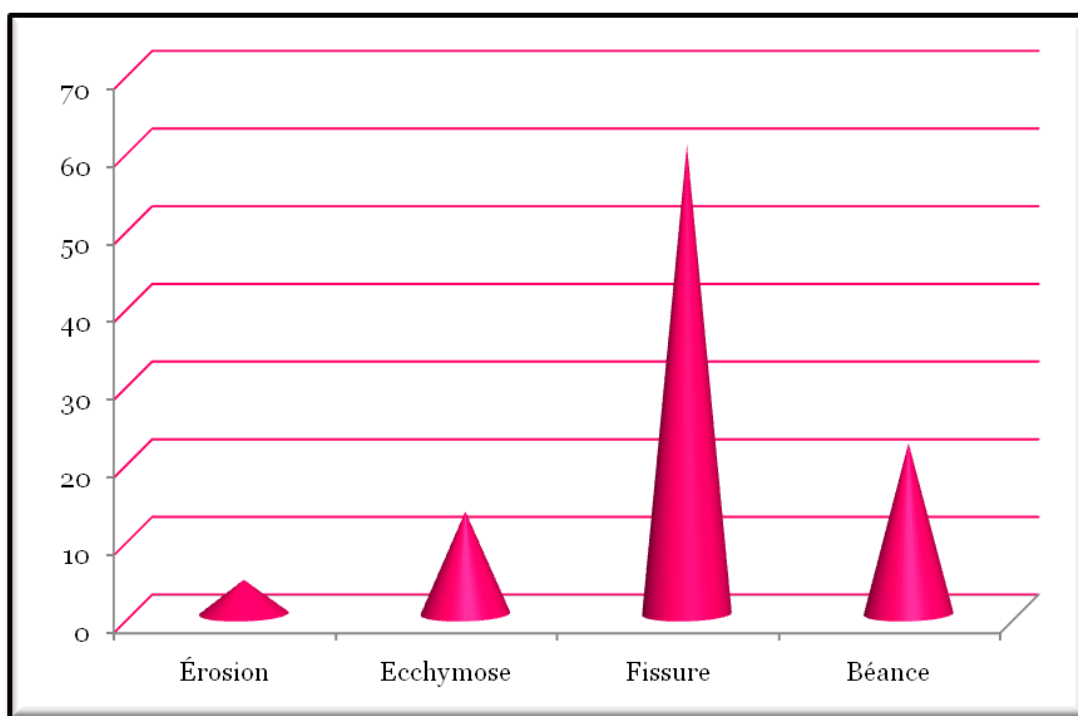


Figure 53: Répartition des lésions anales selon le type

► **Analyse :**

- La répartition des lésions anales selon le type montre une prédominance des **fissures**, avec **55 cas (60,4 %)**, suivies des **béances anales** avec **20 cas (22 %)**, puis des **ecchymoses** avec **12 cas (13,2 %)**. Les **érosions** sont les moins fréquentes, avec **4 cas (4,4 %)**.

10. Répartition des lésions anales selon le siège :

Le siège des lésions anales a été analysé chez les 84 victimes, tous sexes confondus, présentant des lésions anales. Au total, 91 lésions ont été initialement recensées. Toutefois, la béance, de nature circonférentielle, ne pouvant être localisée selon un cadran horaire, ses 20 occurrences ont été exclues de l'analyse topographique. Ainsi, l'étude du siège des lésions porte sur un effectif final de **(n=71)** lésions.

Tableau 38: Répartition des lésions anales selon le siège

Cadran horaire	1H	2H	3H	4H	5H	6H	7H	8H	9H	10H	11H	12H	Total
Effectif	10	1	1	1	8	16	7	4	1	2	7	13	86
Pourcentage	13,7	2	1,2	1,1	11,8	22,5	9,8	5,1	2	3,1	9,4	18,3	100

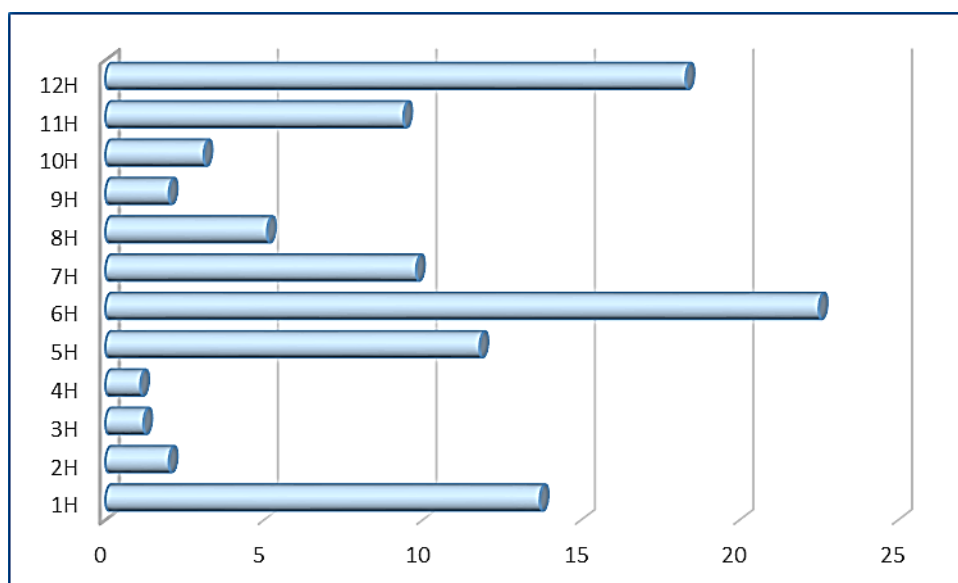


Figure 54: Répartition des lésions anales selon le siège

► Analyse :

- La répartition des lésions anales selon le siège horaire montre une prédominance des localisations à **6H**, avec **16 cas (22,5 %)**. Elles sont suivies des positions à **12H** avec **13 cas (18,3 %)**, puis à **1H** avec **10 cas (13,7 %)**. Les localisations à **5H (8 cas ; 11,8 %)** et **11H (7 cas ; 9,4 %)** présentent des fréquences intermédiaires, tandis que les localisations à **2H, 3H, 4H, 7H, 8H, 9H et 10H** restent moins représentées, avec des effectifs faibles.

11. Répartition des lésions anales selon l'ancienneté

L'ancienneté des lésions anales a été analysée chez 84 victimes, tous sexes confondus, présentant des lésions anales, pour un total de **(n=91)** lésions recensées.

Tableau 39: Répartition des lésions anales selon l'ancienneté

Ancienneté	Effectif	Pourcentage%
Ancienne	36	39,6
Récente	55	60,4
Total	91	100

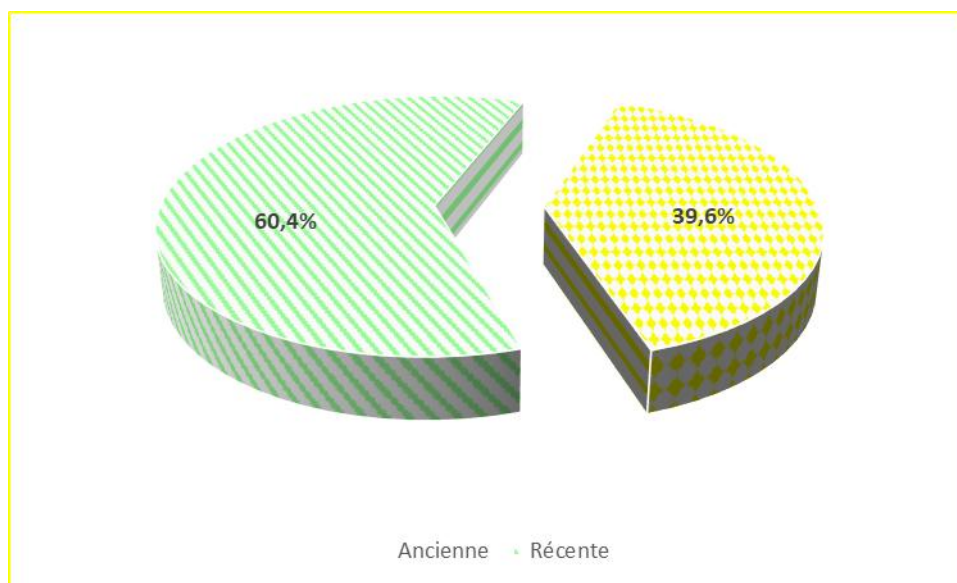


Figure 55: : la répartition des lésions anales selon l'ancienneté

► **Analyse :**

- La répartition des lésions anales selon leur ancienneté montre une prédominance des lésions **récentes**, avec 55 cas (60,4 %), contre 36 cas (39,6 %) correspondant à des lésions **anciennes**.

12. Répartition des victimes selon la présence d'autres formes de violence associées

Tableau 40: Répartition des victimes selon la présence d'autres formes de violences associées

Autres formes de violences associées	Effectif	Pourcentage
Oui	123	30,3
Non	283	69,7
Total	406	100

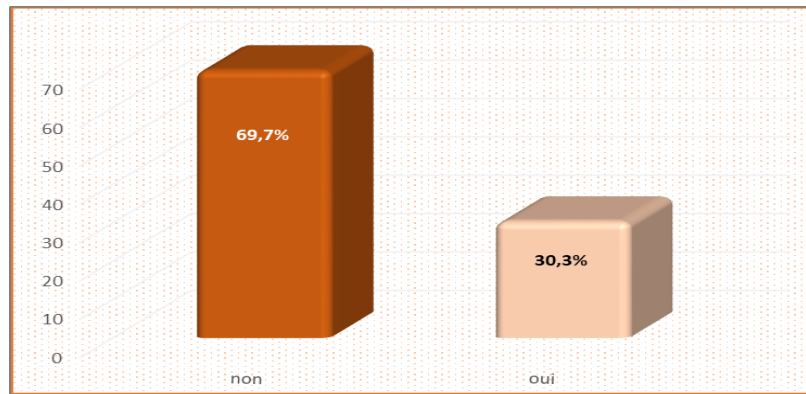


Figure 56: : Répartition des victimes selon la présence d'autres formes de violence associées

► **Analyse :**

- La répartition des victimes selon la présence d'autres formes de violences associées montre une majorité de cas sans violences associées, avec **283 cas (69,7 %)**, contre **123 cas (30,3 %)** présentant des violences associées, soit environ **2,3 fois plus fréquente**.

○ **Prise en charge médico-légale**

1. Répartition des victimes selon la prescription d'une incapacité totale de travail (ITT)

La prescription d'une incapacité totale de travail (ITT) a été étudiée chez l'ensemble des 406 victimes examinées (**n=406**), afin d'estimer la fréquence de cette mesure médico-légale, reflet de l'évaluation de la gravité des atteintes.

Tableau 41: Répartition des victimes selon la prescription d'une ITT

ITT	Effectif	Pourcentage
Oui	114	28,1
Non	292	71,9
Total	406	100

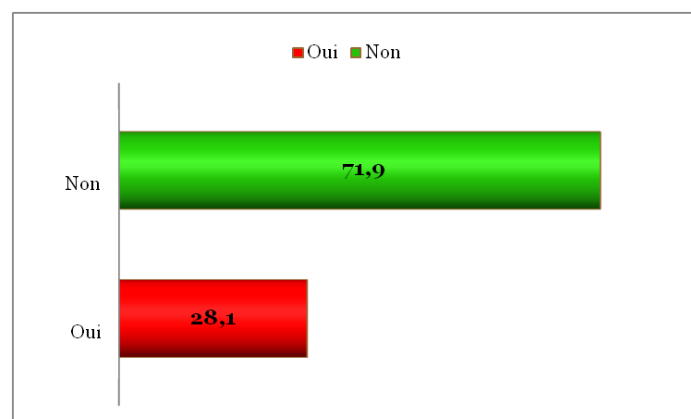


Figure 57: Répartition des victimes selon la prescription d'une ITT

► **Analyse :**

- La répartition des victimes selon la prescription d'une ITT montre que la majorité des cas ne bénéficient pas d'une ITT, avec **292 cas (71,9 %)**, contre **114 cas (28,1 %)** ayant reçu une ITT.

2. Répartition des victimes selon la durée de l'ITT prescrite :

La durée de l'ITT a été analysée chez les 114 victimes pour lesquelles une ITT a été prescrite (**n=114**), afin de préciser sa répartition selon le seuil médico-légal de 15 jours, utilisé comme repère dans l'appréciation de la gravité des atteintes et leur qualification juridique (contravention ou délit)

Tableau 42: Répartition des victimes selon la durée de l'ITT prescrite

Durée de l'ITT	Effectif (n)	Pourcentage (%)
≤15 jours	109	95,6
>15 jours	5	4,4
Total	114	100

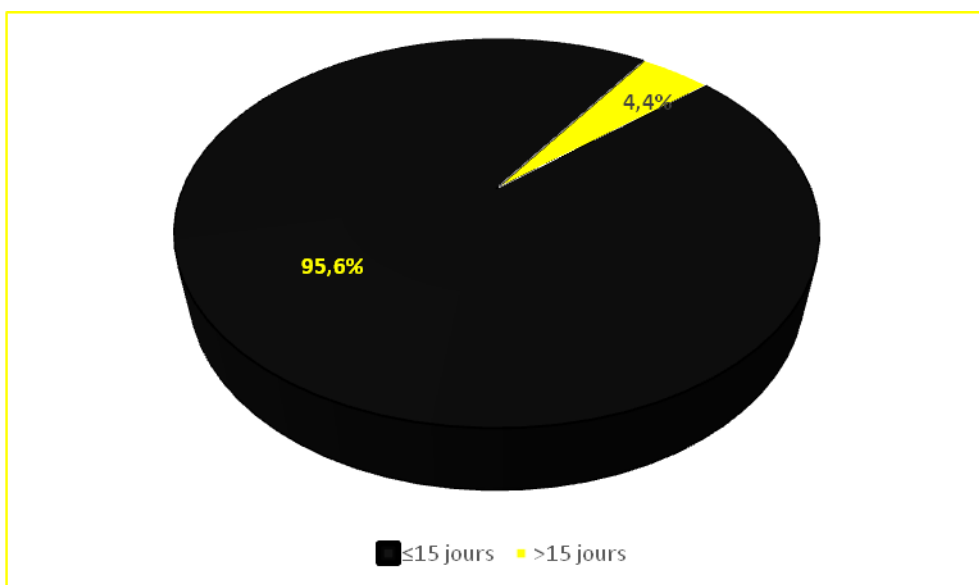


Figure 58: Répartition des victimes selon la durée de l'ITT prescrite

► **Analyse :**

- La répartition des victimes selon la durée de l'ITT prescrite montre que la grande majorité des cas ayant bénéficié d'une ITT présentent une durée inférieure ou égale à 15 jours, avec **109 cas (95,6 %)**, contre **5 cas (4,4 %)** présentant une ITT supérieure à 15 jours.

3. Répartition des victimes selon la réalisation d'écouvillonnages à la recherche de spermatozoïdes :

La réalisation d'écouvillonnages à visée de recherche de spermatozoïdes a été étudiée chez l'ensemble des victimes examinées (**n = 406**), afin d'apprécier le recours aux prélèvements biologiques dans le cadre de l'évaluation médico-légale.

Tableau 43: Répartition des victimes selon la réalisation d'écouvillonnages à la recherche de spermatozoïdes

Ecouvillonnages	Effectif	Pourcentage
Oui	5	1,2
Non	401	98,8
Total	406	100

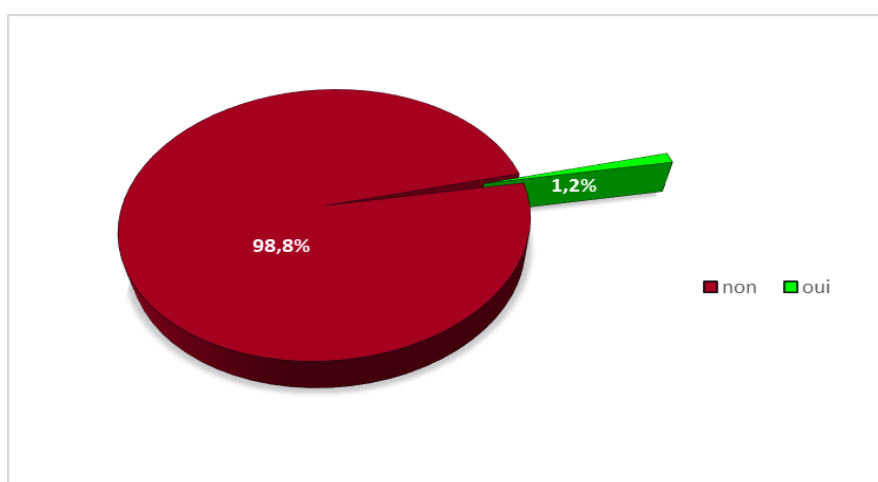


Figure 59: Répartition des victimes selon la réalisation d'écouvillonnages à la recherche de spermatozoïdes

► **Analyse :**

- La répartition des victimes selon la réalisation d'écouvillonnages à la recherche de spermatozoïdes montre que cet examen n'a pas été réalisé dans la majorité des cas, avec **401 cas (98,8 %)**, contre **5 cas (1,2 %)** où il a été effectué.

4. Répartition des victimes selon l'orientation vers un service spécialisé de prise en charge

L'orientation des victimes vers un autre service de prise en charge spécialisé a été étudiée chez l'ensemble des 406 victimes examinées, afin d'apprécier le recours à une prise en charge complémentaire multidisciplinaire.

Tableau 44: Répartition des victimes selon l'orientation vers un service spécialisé de PEC

Orientation	Effectif	Pourcentage
Oui	30	7,4

Non	376	92,6
Total	406	100

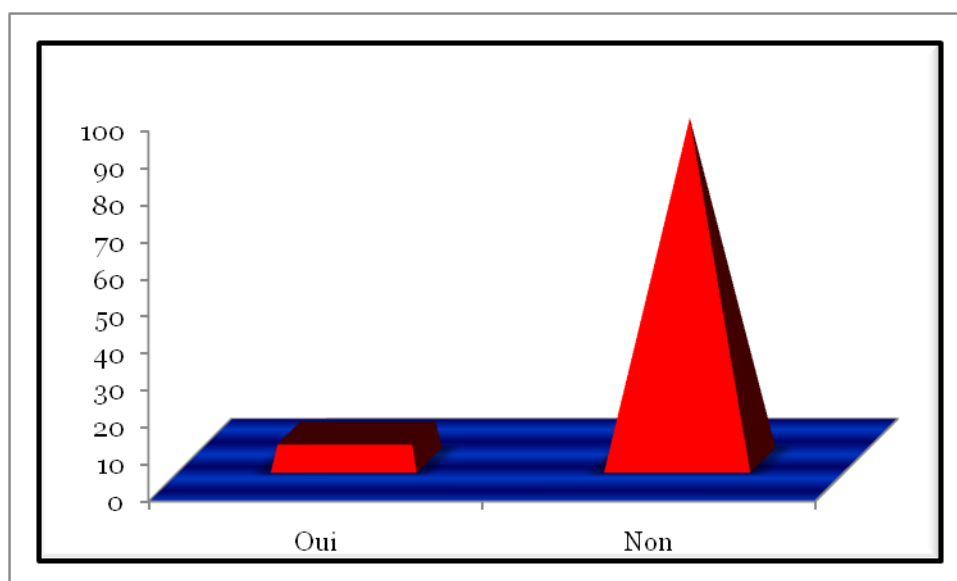


Figure 60: Répartition des victimes selon l'orientation vers un service spécialisé de PEC

► **Analyse :**

- La répartition des victimes selon l'orientation vers un service spécialisé de prise en charge montre que la majorité des cas n'ont pas été orientés, avec **376 cas (92,6 %)**, contre **30 cas (7,4 %)** ayant bénéficié d'une orientation vers un service spécialisé.
-

5. Répartition des victimes selon la remise des examens complémentaires :

Tableau 45: Répartition des victimes selon la remise des résultats des examens

Remise des résultats	Effectif	Pourcentage
Remis	14	46,7
Non remis	16	53,3
Total	30	100

► **Analyse :**

- Parmi les victimes orientées vers un avis spécialisé, **14 (46,7 %)** ont remis les résultats des examens complémentaires au médecin légiste, alors que **16 (53,3 %)** ne les ont pas rapportés. La non-remise des résultats demeure donc légèrement majoritaire au sein de cette population.

6. Répartition des victimes selon le résultat des écouvillonnage réalisés :

La recherche d'une confirmation biologique de la violence sexuelle a été réalisée chez l'ensemble des 5 écouvillons à la recherche de spermatozoïdes réalisés (n=5). Ces investigations ont permis d'objectiver une seule confirmation biologique au cours de la période étudiée.

Données relatives à l'agresseur présumé (selon les déclarations) :

1. Répartition des victimes selon le nombre d'agresseurs présumés :

Le nombre d'agresseurs impliqués a été analysé chez les 326 victimes ayant rapporté cette information (**n=326**), afin d'apprécier la fréquence des situations d'agression individuelle ou collective. La catégorie « non précisé » regroupe les cas où cette donnée n'a pas pu être déterminée lors de l'entretien médico-légal.

Tableau 46: Répartition des victimes selon le nombre d'agresseurs présumés

Nombre d'agresseur	Effectif	Pourcentage
1	262	80.4
2	20	6.1
≥ 3	21	6.45
Non précisé	23	7.05
Total	326	100

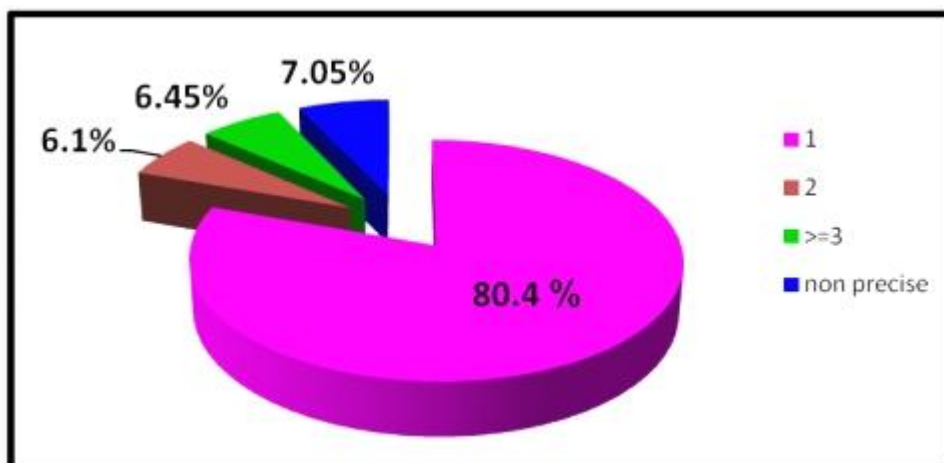


Figure 61: Répartition des victimes selon le nombre d'agresseurs présumés

► Analyse :

- La répartition des victimes selon le nombre d'agresseurs présumés montre que l'agression est le plus souvent attribuée à un **seul agresseur (80.4%)**. Les situations impliquant **plusieurs agresseurs** (deux ou plus) représentent des proportions proches, soit **20 cas (6,1 %)** pour

deux agresseurs et **21 cas (6,45 %)** pour trois agresseurs ou plus. Les données sont **non précisées dans 23 cas (7,05 %)**.

2. Répartition des victimes selon le sexe de l'agresseur présumé :

Le sexe de l'agresseur présumé a été étudié chez les 326 victimes ayant pu apporter une information exploitable (**n=326**), afin de décrire les caractéristiques démographiques des auteurs supposés des violences sexuelles.

Tableau 47: Répartition des victimes selon le sexe de l'agresseur présumé

Sexe de l'agresseur	Effectif	Pourcentage
Masculin	325	99.7
Feminin	1	0,3
Total	326	100

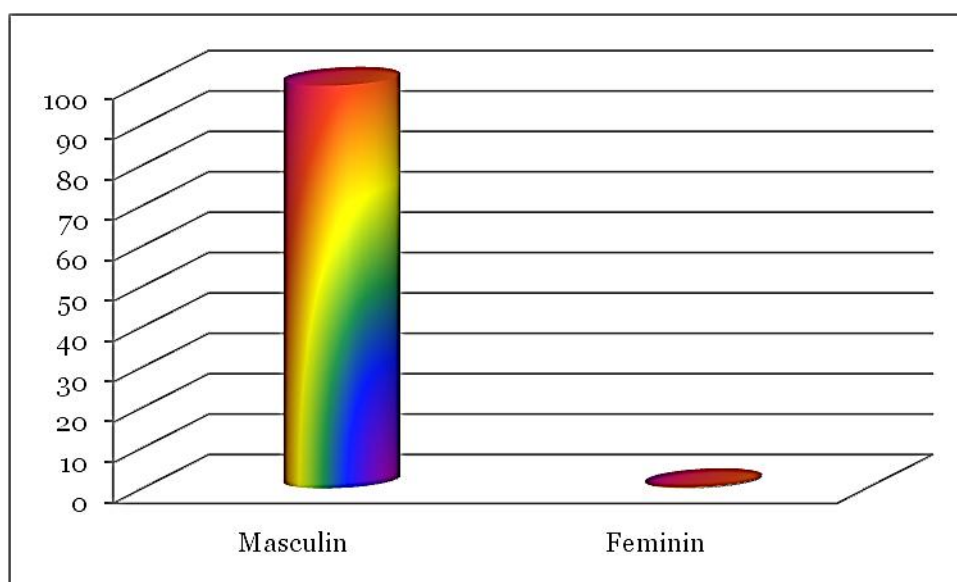


Figure 62: Répartition des victimes selon le sexe de l'agresseur

► Analyse :

- La répartition des victimes selon le sexe de l'agresseur présumé montre que **325 victimes (99,7 %)** ont été agressées par un agresseur de sexe masculin, contre **1 victime (0,3 %)** par un agresseur de sexe féminin.

2. Répartition des victimes selon l'âge de l'agresseur présumé :

L'âge présumé de l'agresseur a été analysé chez les victimes ayant pu fournir une information exploitable (**n=326**), afin de décrire la distribution des auteurs supposés selon les classes d'âge retenues dans l'étude.

Tableau 48: Répartition des victimes selon l'âge de l'agresseur présumé

Age de l'agresseurprésumé	Effectif	Pourcentage
Mineur<18	50	15,3
Jeune adulte [18-34]	157	48.2
Adulte [35-54]	40	12.2
Personne âgée ≥ 55ans	9	2.8
Inconnu	70	21.5
Total	326	100

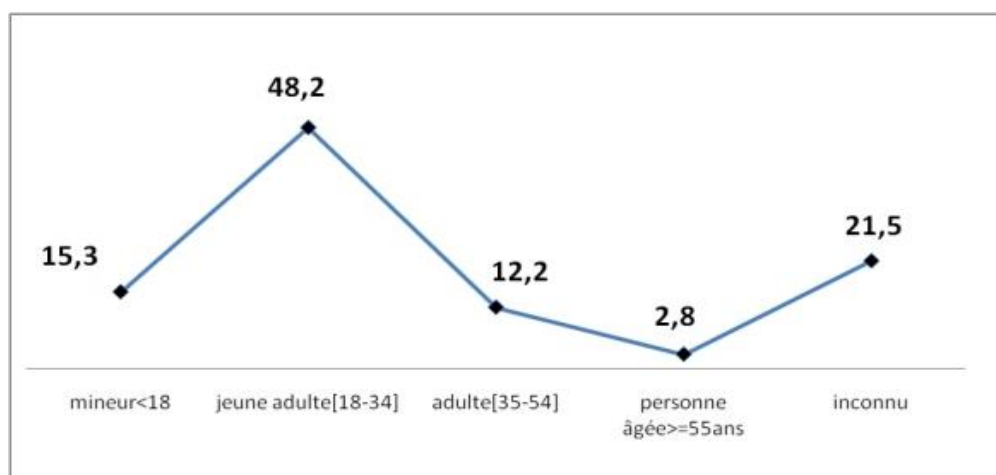


Figure 63: Répartition des victimes selon l'âge de l'agresseur présumé

► **Analyse :**

- La répartition des victimes selon l'âge de l'agresseur présumé montre une prédominance des agressions commises par des **jeunes adultes âgés de 18 à 34 ans**, avec **157 cas (48,2 %)**. Les agressions commises par des **mineurs (<18 ans)** représentent **50 cas (15,3 %)**, suivies de celles des **adultes âgés de 35 à 54 ans** avec **40 cas (12,2 %)**. Les agressions imputées à des **personnes âgées (≥55 ans)** sont les moins représentées avec **9 cas (2,8 %)**. L'âge de l'agresseur est **inconnu dans 70 cas (21,5 %)**.

2.Répartition des victimes selon le lien entre la victime et l'agresseur présumé :

Le lien entre la victime et l'agresseur présumé a été étudié chez les 326 victimes ayant fourni une information exploitable (**n=326**), afin de décrire la nature des relations existantes entre la victime et l'auteur supposé des faits.

Tableau 49: Répartition des victimes selon le lien entre la victime et l'agresseur présumé

Lien entre la victime et l'agresseur présumé	Effectif	Pourcentage
Personne connue	142	43,6 %

Personne inconnue	118	36,2 %
Non précisé	66	20,2 %
Total	326	100

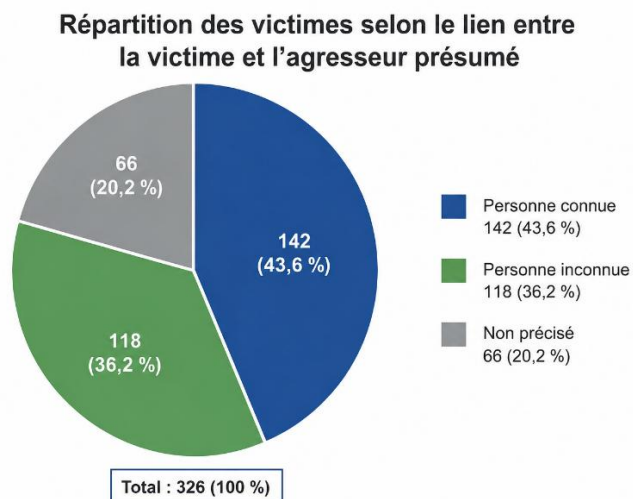


Figure 64: Répartition des victimes selon le lien entre la victime et l'agresseur présumé

► **Analyse :**

- La répartition des victimes selon le lien avec l'agresseur présumé montre une prédominance des **personnes connues**, avec **142 cas (43,6 %)**, suivies des **personnes inconnues** avec **118 cas (36,2 %)**. Ce lien est **non précisé** dans **20,2 % des cas**.

VII. Discussion :

A. Prévalence des victimes présumées de violences sexuelles :

1. Prévalence globale des victimes présumées de violences sexuelles sur 11 ans :

Etudes	Notre étude Médecine Légale EPH Laghouat (Algérie) 2015-2025	Amiar Médecine Légale CHU Constantine (Algérie) 2010 à 2021	Visci et al. Section of Legal Medicine – Policlinico di Bari (hôpital universitaire) (Bari, Italie) 2019–2022
Echantillon	406	2276 (Tous les âges et sexes)	511 (Tous les âges et sexes)
Prévalence globale des VS sur 11 ans	2,4 %	2,3 % des consultations médico-légales	≈ 9,98 % des consultations médico-légales

Tableau 50 : Prévalence globale des victimes présumées de violences sexuelles dans les différentes études

Dans notre étude réalisée au niveau de l'EPH Ahmida Benadjila entre 2015 et 2025, la prévalence globale des victimes présumées de violences sexuelles parmi l'ensemble des consultations médico-légales réalisées durant cette période était de **2,4 %**. Cette prévalence témoigne d'une présence non négligeable des violences sexuelles dans l'activité médico-légale hospitalière locale et confirme qu'elles constituent une problématique médico-légale préoccupante dans notre contexte.

Notre résultat est très proche de celui rapporté par le Dr Amiar(40) dans une étude rétrospective menée au service de médecine légale du CHU de Constantine entre 2010 et 2021, qui retrouvait une prévalence de **2,3 %** des victimes présumées de violences sexuelles parmi l'ensemble des consultations médico-légales. Cette similitude suggère une relative homogénéité de la demande d'expertise médico-légale pour violences sexuelles dans ces deux contextes algériens et pourrait s'expliquer par le fait que les deux études ont été réalisées dans des services hospitaliers de médecine légale fonctionnant selon des modalités méthodologiques et judiciaires comparables, recevant essentiellement des victimes adressées

par voie judiciaire, ce qui tend à refléter des profils de recrutement similaires dans un contexte socioculturel proche.

En revanche, cette proportion apparaît nettement inférieure à celle rapportée par **Visci et al.**(113) dans une étude rétrospective menée au sein de la section de médecine légale au sein de l'hôpital universitaire de Bari, en Italie, sur une période de 4 ans (2019–2022). Les auteurs rapportaient que les consultations liées aux violences sexuelles représentaient près de **10 %** de l'ensemble de l'activité médico-légale. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cet écart. D'une part, les différences socioculturelles influencent fortement la révélation et le signalement des violences sexuelles. Dans les sociétés conservatrices où ce sujet est tabou, la peur de la stigmatisation sociale, de l'atteinte à l'honneur familial, des représailles ou encore du discrédit porté à la victime peut constituer un frein important à la dénonciation des faits et à la consultation médico-légale. D'autre part, les systèmes de prise en charge varient considérablement d'un pays à l'autre, notamment en matière d'accessibilité des structures spécialisées, de sensibilisation du public et de protocoles de référencement des victimes.

Ainsi, les différences observées entre les études peuvent également résulter de variations méthodologiques, notamment concernant la durée de l'étude, la taille de la population étudiée, ainsi que l'organisation locale des circuits de prise en charge médico-judiciaire. Ces éléments doivent être pris en considération lors de toute comparaison inter-études.

Par ailleurs, la prévalence observée dans les services de médecine légale ne reflète probablement qu'une fraction de l'ampleur réelle du phénomène. Selon la littérature(114), les violences sexuelles sont reconnues comme l'une des formes de violence les plus sous-déclarées dans le monde. De nombreuses victimes ne déposent pas plainte, ne sollicitent pas d'examen médico-légal ou consultent tardivement, ce qui entraîne une sous-estimation de leur fréquence réelle. Ainsi, les prévalences calculées à partir des consultations médico-légales doivent être interprétées comme des indicateurs de recours aux services médico-légaux plutôt que comme une mesure directe de la prévalence des violences sexuelles dans la population générale.

Ainsi, la prévalence de **2,4 %** retrouvée dans notre série s'inscrit dans les valeurs rapportées par les autres études algériennes, mais demeure inférieure à celles observées dans certains pays européens, soulignant l'influence des contextes socioculturels, judiciaires et sanitaires sur le recours à l'expertise médico-légale en matière de violences sexuelles.

Globalement, à l'échelle internationale, les fréquences rapportées varient considérablement selon les pays, les méthodes de recueil et les contextes socioculturels. Dans plusieurs études

africaines et européennes, les violences sexuelles représentent entre 1 % et 10 % des consultations médico-légales. Les taux les plus élevés sont souvent observés dans les centres spécialisés disposant d'unités dédiées à la prise en charge des victimes, ce qui favorise le dépistage et la déclaration des cas.

Il est à noter que la comparaison directe de notre prévalence a été limitée aux études réalisées dans des services de médecine légale incluant l'ensemble des consultants, indépendamment de l'âge et du sexe. Les études portant exclusivement sur des sous-populations spécifiques, telles que les mineurs (**Pr Benyagoub et al. EPH Laghouat**), les femmes (**Hassan et al. Nigeria**), n'ont pas été retenues pour la comparaison quantitative en raison de différences importantes de population source et de méthodologie susceptibles d'influencer les estimations de prévalence. En revanche, ces études ont été utilisées secondairement dans l'analyse descriptive des variables et dans la discussion des profils spécifiques de victimes. De même, les études utilisant un dénominateur différent, notamment une population restreinte à un sous-groupe de consultants ou une base populationnelle élargie (population générale), ont été exclues de la comparaison directe, car elles ne reflètent pas une prévalence hospitalière médico-légale comparable, rendant toute comparaison directe non pertinente.

Tableau : Prévalence des victimes présumées de violences sexuelles dans des études à population

Étude	Benyagoub et al. Médecine légale, EPH Laghouat (Algérie), 2017–2024	Attrous Médecine Légale EPH Rouïba (Algérie) 2017	Hassan et al. Usmanu Danfodiyo University Teaching Hospital, Sokoto (Nigeria) 2016	Doumbia M.B. Hôpital NianankoroFomba de Ségou (Mali) 2019	Dedi Afandi ForensicMedical Service Center (FMSC) - Bhayangkara Hospital Pekanbaru (BHP), Département de médecine légale, Universitas Riau. (Indonésie) 2010 – 2014
Service	Médecine légale	Médecine légale	Gynéco-obstétrique	Gynéco-obstétrique	Médecine légale
Population cible	Mineur < 18 ans	Mineur ≤ 18 ans	Femmes de tous âge	Femmes de tous âge	Population exhaustive, Mais le denominateur est la population générale et non pas les consultants de médecinelégale
	0,66 %	0,66 %	0,84 %	0,22 %	2,1 %

spécifique ou à méthodologie différente de celle de notre étude

2. Prévalence annuelle des victimes présumées de violences sexuelles sur 11 ans :

L'analyse de la prévalence annuelle des violences sexuelles entre 2015 et 2025 a montré des fluctuations importantes avec un pic en 2018 (4,6 %) et en 2021 (4,1 %), suivi d'une diminution progressive jusqu'en 2025 (1,7 %). Cette variabilité reflète des modifications dans la dynamique de recours aux consultations médico-légales et de signalement des violences sexuelles.

Le pic observé en 2018 semble principalement lié à la baisse importante du nombre total des consultations médico-légales cette année-là (545 consultations), ce qui a artificiellement augmenté la prévalence relative des cas de violences sexuelles sans nécessairement traduire une augmentation réelle de leur incidence.

Dans notre étude, nous avons constaté une légère augmentation de la prévalence des cas de violences sexuelles durant la période pandémique (2019 – 2022) par rapport aux années précédentes l'an 2018. Cette évolution, bien que cohérente avec l'hypothèse d'un accroissement de la survenue des violences pendant le COVID-19(115), n'est pas totalement concordante avec l'ensemble des données de la littérature internationale en ce qui concerne les tendances du signalement en cette période. En effet, plusieurs travaux ont rapporté une diminution des recours aux services médico-légaux pour violences sexuelles durant la phase initiale de la pandémie, notamment une étude canadienne de Muldoon et al. (BMC Medicine, 2021) (116) ainsi qu'une étude américaine de (Campbell et al., 2022) (117) ayant mis en évidence une baisse des consultations pour agressions sexuelles. Cette baisse a été attribuée principalement à la peur de la contamination, aux restrictions de déplacement et aux difficultés d'accès aux structures de soins. À Laghouat, l'augmentation observée de la prévalence pourrait s'expliquer soit par une augmentation considérable de l'exposition aux violences sexuelles dans un contexte de promiscuité familiale accrue et de stress socio-économique, soit par une moindre influence du confinement limitant habituellement le signalement.

Enfin, le pic observé en 2021 pourrait s'expliquer par un phénomène de rattrapage post-confinement, favorisé par la levée progressive des restrictions sanitaires et du couvre-feu en Algérie, ayant entraîné une reprise des consultations médico-légales et des signalements, ce rebond étant en cohérence avec les données de la littérature internationale. (116,117)

Ces résultats montrent que les fluctuations de la prévalence des violences sexuelles sont fortement influencées par l'interaction de facteurs contextuels, sanitaires et sociaux, et qu'elles ne traduisent pas uniquement l'évolution de l'incidence réelle des violences, mais

reflètent aussi les variations du recours aux services médico-légaux et des conditions de déclaration.

B. Caractéristiques socio-démographiques des victimes :

1. Sexe des victimes :

Étude	Notre étude	Amiar Médecine Légale Constantine (Algérie) 2010 à 2021	Niort et al. Institut Médico-légal CHU Timome/Marseille (France) 2003-2013	Rathi et al.,2019 (Inde)
Échantillon	406	2 276	592	312
Masculin	32,5 %	≈ 10 %	< 10 %	6 %
Féminin	67,5 %	≈ 90 %	> 90 %	94 %

Tableau 51: Sexe des victimes dans les différentes études

Dans notre étude, la prédominance féminine est nette avec 67,5 % de victimes de sexe féminin contre 32,5 % de sexe masculin. Cette distribution confirme la tendance globale retrouvée dans la littérature médico-légale, l'OMS(3) et l'UNICEF(2), bien qu'avec des variations d'amplitude selon les séries.

Ainsi, l'étude d'Amiar à Constantine(40), portant sur un échantillon plus large (n = 2 276), rapporte une proportion encore plus marquée de victimes féminines avoisinant 90 %, traduisant une forte vulnérabilité du sexe féminin dans le contexte des violences sexuelles en milieu médico-légal algérien. De même, les travaux de Niort et al. (CHU Timone, Marseille, 2003–2013)(28,29) montrent une distribution similaire, avec plus de 90 % de victimes féminines, ce qui reflète également les données des unités médico-judiciaires françaises où les agressions sexuelles concernent majoritairement le sexe féminin. Il va de même pour l'étude de Rathi et al. (Inde, 2019)(32). Cette situation confirme la cohérence de nos résultats avec les données nationales et internationales et peut s'expliquer par la vulnérabilité particulière des femmes et des filles aux violences sexuelles dans la majorité des sociétés, mais également par les rapports de domination sociale et les inégalités de genre.

Néanmoins, la proportion relativement importante de victimes masculines (32,5 %) dans notre étude pourrait s'expliquer par la présence d'une part notable de cas pédiatriques de sexe masculin, généralement plus facilement signalés et pris en charge, tandis que les violences sexuelles chez l'homme adulte restent sous-déclarées en raison du tabou social et de la honte.

2. Âge des victimes :

Étude	Notre étude	Amiar Médecine Légale Constantine (Algérie) 2010 à 2021
Echantillon	406	2 276
Moyenne d'âge	14,8 ± 5,6 ans	15,28 ± 7,4
Tranche d'âge dominante	15–17 ans : 34,5 % 10-14 ans : 22,4 % 5-9 ans : 17,3 % <18ans ≈ 80 %	<18ans : 73,3%

Tableau 52 : Age des victimes dans les différentes études

Dans notre étude, l'âge moyen des victimes de violences sexuelles était de **14,8 ± 5,6 ans**, résultat très proche de celui rapporté par Amiar à Constantine(40), qui retrouve un âge moyen de **15,28 ± 7,4 ans**. Cette concordance suggère une répartition relativement homogène de l'âge des victimes dans les structures de médecine légale algériennes.

L'analyse par tranche d'âge montre que les **adolescents de 15 à 17 ans** représentaient la catégorie la plus touchée dans notre série (**34,5 %** des cas), suivis des sujets de **10 à 14 ans** (**22,4 %**) puis des enfants âgés de **5 à 9 ans** (**17,3 %**). Ces résultats rejoignent ceux d'Amiar, où les victimes âgées de moins de 18 ans constituaient **73,3 %** de l'ensemble des cas examinés, confirmant la forte vulnérabilité des mineurs face aux violences sexuelles.

Ces résultats confirment ainsi la vulnérabilité particulière des enfants et des adolescents face aux violences sexuelles, constat largement retrouvé dans la littérature internationale, notamment dans les rapports de l'OMS(114) et de l'UNICEF(118). Ainsi plusieurs études hospitalières réalisées à Annaba(41), en Tunisie(38), au Nigeria(36), en France(29) et en Inde (32) rapportent également une prédominance des victimes mineures.

Cette forte représentation des adolescents peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- Une exposition croissante aux interactions sociales et numérique du fait de leur nouveauté dans l'autonomie notamment celle de déplacement et de communication
- Une vulnérabilité psychologique accrue;
- Une immaturité affective et sexuelle ;
- Une dépendance sociale et économique ;
- Une moindre capacité de défense ou de dénonciation ;
- L'attraction de l'attention de l'agresseur par les transformations physiques et psychologiques de la puberté

La proportion importante d'enfants âgés de moins de 15 ans observée dans notre étude souligne néanmoins que les violences sexuelles concernent également les jeunes enfants. Leur dépendance vis-à-vis des adultes, leur difficulté à comprendre les actes subis ou à les verbaliser, ainsi que les liens de proximité fréquemment observés avec l'agresseur surtout en intrafamilial, constituent autant de facteurs favorisant leur victimisation.

Sur le plan médico-légal, l'âge jeune des victimes constitue un élément majeur dans l'évaluation de la gravité des faits, avec des implications psychologiques, judiciaires et sociales particulièrement importantes.

3. Milieu de résidence:

Étude	Notre étude	Benyagoub et al. Médecine légale, EPH Laghouat (Algérie), 2017–2024	Rehman et al., Médecine Légale DHQ Hospital, (Pakistan) 2018	Salt et al. University of Kentucky Forensic Nursing États-Unis 2023	Thaljawi al. Médecine légale Sidi Bouzid (Tunisie) 2018-2020
Echantillon	406	126	125	1 436	56
Urbain	88,4 %	61.1%	36,8 %	73,6 %	64,9 %
Rural	11,6 %	38.9%	63,2 %	26,4 %	35.1 %

Tableau 53: Milieu de résidence dans les différentes études

Nos résultats montrent une nette prédominance des victimes urbaines (88,4 %), concordant avec ceux de Benyagoub et al. (61,1 %)(46)réalisés dans le même service médico-légal, malgré des différences de période et de population, ce qui renforce la cohérence de cette tendance.

De même, cette prédominance est également rapportée par Salt et al. (University of Kentucky, USA, 2023)(119), avec 73,6 % de victims résidant en milieu urbain. Elle est également retrouvée dans l'étude de Thaljawī à Tunis(38), où 64,9 % des victimes proviennent de zones urbaines. Cette concordance suggère une tendance observée dans différents contextes internationaux, où les cas de violences sexuelles sont plus fréquemment enregistrés en zone urbaine, probablement en relation avec la densité de population et un meilleur accès aux structures médico-judiciaires.

En revanche, nos résultats ne concordent pas avec ceux de Rehman et al. (Pakistan)(33), où la majorité des victimes proviennent du milieu rural (63,2 %). Cette différence peut être expliquée par des variations socio-épidémiologiques, les victimes vivant en milieu rural font face à de multiples obstacles, notamment l'éloignement géographique des structures spécialisées ainsi que des contraintes sociales et culturelles, telles que la peur du scandale

dans de petits villages où l'incident peut rapidement être connu de tous, la pression familiale et le recours fréquent à des mécanismes de règlement informel des conflits, contribuant ainsi à une sous-déclaration importante des cas.

Cette disparité est en accord avec l'approche écologique de l'Organisation mondiale de la Santé, selon laquelle la violence sexuelle résulte de l'interaction de facteurs individuels, relationnels, communautaires et sociétaux. Ainsi, le milieu de résidence ne constitue pas à lui seul un facteur de risque universel, et les différences observées entre zones urbaines et rurales dépendent largement du contexte socio-culturel, de l'accessibilité aux structures de soins et médico-judiciaires, ainsi que des mécanismes de signalement des violences.(3)

Ainsi, nos résultats s'inscrivent dans une tendance convergente avec les internationales, mais contrastent avec certaines réalités observées dans les pays à forte composante rurale, illustrant l'impact du contexte socio-sanitaire sur la distribution géographique des cas de violences sexuelles.

4. L'état civil (Statut matrimonial) :

Étude		Amiar Médecine Légale Constantine (Algérie) 2010 à 2021
	Notre étude	
Echantillon	406	2 276
Statut matrimonial	Non applicable : 77,3 % des victimes au-dessous de l'âge légal du mariage Célibataire : 16,5 % Marié, divorcé, veuf : Minorité	Non applicable : 80,7% des victimes au-dessous de l'âge légal du mariage Célibataire : 15 % Marié, divorcé, veuf : Minorité

Tableau 54: Etat civil dans les différentes études

Dans notre étude, la majorité des victimes présumées de violences sexuelles sont des mineurs non concernés par l'état civil (77,4 %), suivis des célibataires (16,5 %), tandis que les sujets mariés, divorcés et veufs restent minoritaires. Cette distribution reflète clairement la vulnérabilité particulière des enfants et des adolescents mineurs face aux violences sexuelles, largement retrouvée dans la littérature internationale, et qu'on a déjà vu dans l'âge. Par ailleurs, le recours à la catégorie « non applicable » traduit également une limite méthodologique fréquente dans les études médico-légales, où l'état civil n'a pas de pertinence juridique ou sociale pour les sujets mineurs

Chez les adultes, les victimes célibataires représentent 16,5 % des cas, constituant la deuxième catégorie la plus fréquente. Cette prédominance peut s'expliquer par une plus grande exposition des personnes non mariées, souvent jeunes, à des situations à risque liées à la dépendance sociale, à la mobilité ou à l'absence de cadre conjugal protecteur. Cette tendance est également retrouvée dans plusieurs séries internationales, notamment en France et au Brésil, où les victimes adultes sont majoritairement jeunes, non mariées et socialement plus vulnérables. (23,28)

Les victimes mariées (3,4 %) sont peu représentées dans notre série. Cette faible proportion pourrait s'expliquer soit par le rôle protecteur du mariage ou par la sous-déclaration des violences sexuelles, notamment conjugales, en raison de freins sociaux, culturels et psychologiques importants.

Les victimes divorcées (1,7 %) et veuves (1 %) sont marginaux. Cela peut refléter la moindre proportion de ces catégories dans la population générale, ainsi qu'un possible moindre recours aux structures médico-légales.

Nos résultats rejoignent également ceux rapportés par Amiar(40), où 80,7 % des victimes étaient également non applicables sur le plan matrimonial en raison de leur jeune âge. La proportion de célibataires y est comparable (15 %), et les autres statuts matrimoniaux restent marginaux dans les deux séries. Cette convergence entre les deux études algériennes souligne une caractéristique épidémiologique importante des victimes dans ce type de contexte médico-légal : la forte représentation et vulnérabilité des sujets jeunes, souvent non en âge de contracter un mariage.

Ainsi, les résultats de notre étude concordent avec les données de la littérature internationale et mettent en évidence une double réalité : la forte prédominance des mineurs et des jeunes adultes célibataires parmi les victimes de violences sexuelles, ainsi qu'une probable sous-représentation des violences survenant en contexte conjugal ou post-conjugal. Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence, au regard des facteurs de vulnérabilité et du phénomène de sous-déclaration.

5. Le statut (scolaire / professionnel) et le niveau d'instruction:

Étude	Notre étude	Amiar Médecine Légale Constantine (Algérie) 2010 à 2021	OMS / UNICEF (données globales)
Echantillon	406	2 276	
Statut scolaire/professionnel	Scolarisé : 64,3 % Sans activité professionnelle : 16,5 %	Sans activité professionnelle: 62,4%	Majorité des violences sexuelles chez enfants et adolescents

	Âge non scolaire : 8,9 % Avec activité professionnelle : 5,4 %	Avec activité professionnelle : 12,6 %	
Niveau d'instruction	Collège : 33,2 % Primaire : 22,2 % Lycée : 16,5 % Préscolaire : 7,4 % Universitaire : 6,2 %	Primaire : 18,8 % Moyen : 12,5 % Secondaire, préscolaire, illettré: 6,2 %	Majorité des violences sexuelles chez enfants et adolescents

Tableau 55: Tableau : Statut (scolaire / professionnel) et niveau d'instruction dans les différentes études

Dans notre étude, la majorité des victimes de violences sexuelles est constituée de sujets scolarisés (64,3 %), avec une prédominance des niveaux d'instruction faibles à intermédiaires, notamment le collège (33,2 %), le primaire (22,2 %) et le secondaire (7,4 %). Cette distribution s'explique essentiellement par le profil épidémiologique de notre échantillon, dominé par les enfants et adolescents, qui sont par définition encore en parcours scolaire, en situation de dépendance et rarement insérés dans la vie professionnelle.

Ces résultats sont globalement concordants avec ceux rapportés dans l'étude d'Amiar(40) en contexte médico-légal algérien, où l'on observe également une forte proportion de victimes sans activité professionnelle (62,4 %) et une prédominance des niveaux scolaires bas ou moyens. Cette convergence des résultats met en évidence que les violences sexuelles concernent principalement des individus socialement non insérés sur le plan professionnel ou encore en cours de scolarisation, ce qui constitue une caractéristique récurrente des victimes dans les séries médico-légales.

Cette tendance est largement retrouvée dans la littérature internationale. Les données de l'UNICEF et de l'OMS indiquent que la majorité des violences sexuelles surviennent durant l'enfance et l'adolescence, périodes correspondant à la scolarisation, ce qui explique la forte proportion de victimes scolarisées et sans activité professionnelle dans les séries hospitalières(2,10)

Des résultats similaires ont été observés dans plusieurs études menées en France, notamment au CHU Marseille (28,29), ainsi qu'en Afrique subsaharienne au Mali et au Nigeria(34,36). L'ensemble de ces travaux met en évidence la vulnérabilité particulière des enfants, adolescents et jeunes adultes, souvent accentuée par des conditions socio-économiques défavorables. Il est à rajouter que la vulnérabilité des enfants en âge non scolaire peut s'expliquer par leur forte dépendance à l'adulte, leur immaturité psychologique et leur incapacité à reconnaître ou fuir les situations à risque. Cette vulnérabilité reste encore plus importante chez les enfants et adolescents scolarisés, vu l'élargissement de leur environnement social, la fréquentation scolaire et les déplacements quotidiens qui augmentent

d'avantage les situations d'exposition potentielles, ce qui pourrait expliquer leur proportion plus élevée dans notre étude.

Chez les adultes, la proportion de victimes sans activité professionnelle retrouvée dans notre étude est également rapportée dans plusieurs séries internationales, notamment en France et au Brésil, où l'absence d'emploi ou la précarité constitue un facteur aggravant de vulnérabilité face aux violences sexuelles en limitant l'autonomie des victimes ainsi que leur capacité à rechercher de l'aide ou à dénoncer les faits.(23,28)

Les victimes ayant une activité professionnelle étaient peu représentées, possiblement en raison d'une moindre exposition ou d'une sous-déclaration liée aux contraintes socioprofessionnelles et à la stigmatisation. Aucun cas de retraité n'a été retrouvé, ce qui pourrait s'expliquer par la faible représentation des sujets âgés dans notre population, mais aussi par le fait que cette tranche d'âge semble moins fréquemment ciblée par les violences sexuelles.

Par ailleurs, les données non précisées reflètent certaines limites des dossiers médico-légaux rétrospectifs.

Globalement, nos résultats confirment que les violences sexuelles touchent principalement des sujets jeunes et scolarisés, soulignant l'importance du renforcement des mesures de prévention et de protection.

6. Répartition des victimes présumées selon le mode de cohabitation :

Étude	Notre étude	Benyagoub et al. Médecine légale, EPH Laghouat (Algérie), 2017–2024	Zerairia Médecine légale Annaba (Algérie) 2012-2014	OMS / UNICEF (données globales)
Echantillon	406	126 (Mineurs)	265 (3-17ans)	
Mode de Cohabitation	Avec les deux parents :76,1 Avec la mère :12,8 Avec le père :3,7 Avec tuteur :3,9 Avec conjoint :3,4	Deux parents : 56 % Un parent : 28 % Famille elargie : 16 %	Deux parents : 73,4 %	Majorité des violences sexuelles sur enfants surviennent dans un cadre domestique ou familial

Tableau 56:Mode de cohabitation dans les différentes études

Dans notre étude, la majorité des victimes vivaient avec leurs deux parents (76,1 %), tandis que 12,8 % résidaient uniquement avec leur mère, 3,7 % avec leur père, 3,9 % avec un tuteur ou une famille d'accueil, et 3,4 % avec leur conjoint.

La comparaison avec la littérature demeure limitée, car le mode de cohabitation est rarement détaillé dans des études portant sur des populations similaires de victimes de violences sexuelles. Néanmoins, ce paramètre a été exploré dans certaines recherches consacrées aux violences sexuelles sur mineurs, notamment dans les travaux du Pr Benyagoub(46)et du Pr Zerairia(41). Ainsi, nos résultats sont proches de ces travaux qui ont trouvé une prédominance des enfants vivant avec leurs deux parents, 56 % pour **Pr Benyagoub et al.** à l'EPH de Laghouat et 73,4 % pour **Pr Zerairia** à Annaba. La concordance observée entre ces études algériennes suggère que la majorité des victimes de violences sexuelles proviennent de foyers biparentaux.

À première vue, cette observation peut sembler paradoxale, car la présence des deux parents est souvent considérée comme un facteur protecteur. Toutefois, cette prédominance doit être interprétée à la lumière de la structure familiale de la population générale, où la majorité des enfants vivent également avec leurs deux parents. Ainsi, ces résultats ne permettent pas d'affirmer que le mode de cohabitation avec les deux parents constitue un facteur de risque de victimisation.

Par ailleurs, la proportion non négligeable de victimes vivant dans des familles monoparentales (16,5 % dans notre série si l'on regroupe les enfants vivant uniquement avec la mère ou le père) ou sous la responsabilité d'un tuteur (3,9 %) mérite d'être soulignée. Ces situations peuvent être associées à une diminution de la supervision parentale, à une plus grande vulnérabilité socio-économique ou à une exposition accrue à des tiers potentiellement agresseurs, sans pour autant établir un lien de causalité direct.

Les données internationales de l'OMS et de l'UNICEF indiquent également que la majorité des violences sexuelles envers les enfants surviennent dans un environnement domestique ou familial. Cette observation rejoint les résultats de notre étude et de celles de Benyagoub et de Zerairia, soulignant que le risque d'agression sexuelle chez l'enfant est souvent lié à la proximité et à l'accessibilité de l'agresseur plutôt qu'au seul type de structure familiale.(2,10) Ainsi, le mode de cohabitation observé dans notre série reflète principalement la configuration familiale habituelle des victimes. Ces résultats rappellent que les violences sexuelles peuvent survenir dans tous les types de structures familiales et que la prévention doit concerner l'ensemble des environnements de vie de l'enfant, y compris ceux considérés comme les plus protecteurs.

C. Antécédents et facteurs de vulnérabilité :

1. Les antécédents psychiatriques :

Etudes	Notre étude Médecine Légale EPH Laghouat (Algérie) 2015-2025	Amiar Médecine Légale Constantine (Algérie) 2010 à 2021	Niort et al. Institut Médico-légal CHU Timome/Marseille (France) 2003-2013	Miles et al. Centres médico- légaux d'agression sexuelle (SARC) (États-Unis) 2010 – 2020
Echantillon	326	2276	592	7455 ≥ 14 ans
Antécédent psychiatrique	2.5 %	22,6%	7,6 %	46,7 %

Tableau 57: Antécédents psychiatriques dans les différentes études

Dans notre étude, les victimes présumées de violences sexuelles présentant des antécédents psychiatriques représentaient 2,5 % des cas. Cette proportion paraît faible, mais elle doit être interprétée avec prudence en raison de la vulnérabilité particulière des victimes présentant un trouble psychiatrique préexistant face aux violences sexuelles. Les données de la littérature indiquent que les troubles psychiatriques préexistants constituent un facteur reconnu de vulnérabilité à la victimisation sexuelle. Une méta-analyse de Khalifeh et al. (120) a montré que les personnes atteintes de troubles mentaux sévères présentaient des probabilités de victimisation sexuelle environ six fois plus élevées que celles observées dans la population générale. Cette vulnérabilité est favorisée par plusieurs facteurs, notamment l'isolement social, la dépendance à autrui, les difficultés à identifier ou à signaler les violences, ainsi que certaines altérations cognitives ou comportementales associées aux pathologies psychiatriques.

Cette proportion est nettement inférieure à celle retrouvée dans l'étude d'Amiar(40)à Constantine (22,6 %), ainsi qu'à celle de Niort et al.(28)en France (7,6 %). Elle contraste encore davantage avec les résultats de Miles et al.(121)dans une large étude aux États-Unisportant sur 7455 victimes, où la prévalence des troubles psychiatriques ou antécédents associés atteint 46,7 % chez les sujets âgés de 14 ans et plus.

Cette importante hétérogénéité peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Elle reflète d'abord des différences méthodologiques, notamment les critères retenus pour définir les antécédents psychiatriques, la qualité du recueil anamnestique, ainsi que la disponibilité ou non de dossiers médicaux spécialisés. En contexte médico-légal, ces antécédents sont

particulièrement exposés au sous-enregistrement, en raison soit de l'absence de diagnostic antérieur formalisé, soit d'une omission lors de l'entretien, souvent influencée par le stress post-agression ou la réticence à évoquer des troubles psychiatriques dans un contexte de stigmatisation.

Par ailleurs, les variations observées peuvent également être liées aux caractéristiques des systèmes de santé et au niveau d'accès aux soins en santé mentale. Dans les contextes où le dépistage psychiatrique est plus systématique et où le suivi spécialisé est plus développé, les prévalences rapportées sont logiquement plus élevées.

Ainsi, la faible proportion retrouvée dans notre série ne doit pas être interprétée comme l'absence de vulnérabilité psychique des victimes, mais plutôt comme le reflet probable d'un sous-diagnostic et d'une insuffisance de documentation clinique. Ces résultats soulignent l'importance d'un interrogatoire médico-légal structuré et, lorsque cela est possible, d'une collaboration avec les structures de santé mentale afin d'améliorer la qualité de l'évaluation globale des victimes.

D. Données gynéco-obstétricales :

1. Les antécédents gynéco-obstétricaux

Etudes	Notre étude Médecine Légale EPH Laghouat (Algérie) 2015-2025	Amiar Médecine Légale Constantine (Algérie) 2010 à 2021	Faye Dieme et al. Gynéco-obstétrique CHU Aristide -Le Dantec à Dakar (Sénégal) 2003–2005	Données OMS – UNICEF
Echantillon	326	2276	55	
Données gynéco-obstétricales	Nullipare :54,4 %, Avec antécédent d'accouchement : 2,92% (Dont 1,45 % Primipare et 1,45 % Multipare) Grossesse en cours : 2,6 %	Nullipare : 93,7 % Avec antécédent d'accouchement : 6,3 %	Nullipare : 69,5 %	Les violences sexuelles touchent majoritairement des adolescentes et des enfants

Tableau 58: Antécédents gynéco-obstétricaux dans les différentes études

Dans notre étude, la majorité des victimes présumées de violences sexuelles étaient nullipares (54,4 %), tandis que la proportion de femmes ayant déjà accouché restait faible (2,92 %,

incluant 1,45 % de primipares et 1,45 % de multipares). Les grossesses en cours représentaient 2,6 % des cas. Cette répartition traduit une prédominance nette des adolescentes et jeunes femmes parmi les victimes examinées en médecine légale, souvent sans antécédent obstétrical.

Ces résultats sont globalement concordants avec les données de la littérature médico-légale et gynéco-obstétricale. Dans l'étude d'Amiar(40) médecine légale, Constantine, 2010–2021), la proportion de nullipares est encore plus élevée (93,7 %), avec seulement 6,3 % de femmes ayant déjà accouché. De même, les données rapportées par Faye Dieme et al. (CHU Aristide Le Dantec, Dakar, 2003–2005) (122)montrent une prédominance de sujets jeunes, majoritairement sans antécédent de maternité, les violences sexuelles touchant principalement des adolescentes et des jeunes adultes.

Cette convergence des résultats suggère que les violences sexuelles concernent majoritairement des populations jeunes, chez lesquelles la maternité est encore absente ou peu fréquente, un constat en accord avec les données de l'OMS et de l'UNICEF.(123)

La proportion importante de cas non applicables (40,1 %) dans notre série s'explique principalement par la présence de victimes mineures, pour lesquelles les données gynéco-obstétricales ne sont pas pertinentes.

E. Habitudes de vie :

1. Les habitudes toxiques (tabac, alcool, psychotropes):

Etudes	Notre étude Médecine Légale EPH Laghouat (Algérie) 2015-2025	Amiar Médecine Légale Constantine (Algérie) 2010 à 2021	OMS
Echantillon	326	2276	
Habitudes toxiques selon les allégations	Tabac : 9.85 % Alcool : 6,16 % Psychotropes : 5 %	Tabac : 8,7 % Alcool : 3,6 % Psychotropes : 5,8 %	Les substances psychoactives sont des facteurs indirect de vulnérabilité pour les victimes de violences sexuelles

Tableau 59: Habitudes toxiques dans les différentes études

Dans notre étude, la consommation déclarée de substances psychoactives était peu fréquente parmi les victimes. En effet, 9,85 % des victimes rapportaient un tabagisme, 6,16 % une consommation d'alcool et 5 % une consommation de psychotropes. Ainsi, la grande majorité des victimes ne présentait aucune de ces habitudes de vie au moment du recueil des données.

Ces résultats peuvent être expliqués en partie par les caractéristiques démographiques de notre population, composée majoritairement de sujets jeunes en âge scolaire, ainsi que par le contexte socioculturel local, où la consommation d'alcool et de substances psychoactives, particulièrement chez les femmes, demeure relativement faible et parfois sous-déclarée lors de l'expertise médico-légale en raison du poids des normes sociales.

Nos résultats concordent avec ceux de Dr Amiar(40), qui rapporte dans une série de 2276 victimes de violences sexuelles à Constantine une consommation habituelle de tabac de 8,7 %, d'alcool de 3,6 % et de psychotropes de 5,8 %. La proximité des taux observés dans les deux études suggère un profil comparable des victimes dans le contexte médico-légal algérien.

Par ailleurs, la littérature internationale ne considère pas systématiquement la consommation de substances psychoactives comme un facteur descriptif direct des victimes de violences sexuelles. Elle est plutôt décrite comme un facteur de vulnérabilité indirect, surtout chez les jeunes, en augmentant l'exposition aux situations à risque et en réduisant la capacité d'autoprotection. Les données de l'OMS indiquent qu'elle est davantage liée à un contexte de vulnérabilité sociale et comportementale qu'à une caractéristique constante des victimes de violences sexuelles. (10)

F. Cadre médico-légal de prise en charge des victimes :

1. L'autorité et la wilaya requérantes :

Etudes	Notre étude Médecine Légale EPH Laghouat (Algérie) 2015-2025	Attrous Médecine Légale EPH Rouïba (Algérie) 2017
Echantillon	326	77
Police nationale	71,9%	75,6 %
Gendarmerie nationale	26,4 %	24,4 %
Autorités judiciaires	1,7 %	Indisponible

Tableau 60: Autorités et wilayas requérantes dans les différentes études

Dans notre étude, les réquisitions médico-légales provenaient majoritairement des services de police (71,9 %), dominés par la BPPV–SW Laghouat, suivis par les unités de la Gendarmerie

nationale (26,4 %), tandis que les autorités judiciaires ne représentaient que 1,7 % des demandes. Cette répartition reflète le rôle central des services de police dans la réception des plaintes et l'orientation des victimes vers l'expertise médico-légale. Leur proximité avec la population, notamment en milieu urbain, en fait le principal point d'entrée dans le parcours médico-judiciaire des victimes de violences sexuelles. À l'inverse, dans les zones rurales et semi-rurales, les brigades de gendarmerie assurent plus fréquemment cette mission, soulignant l'influence de l'implantation géographique des services de sécurité sur le circuit de prise en charge des victimes.

La faible implication directe des autorités judiciaires (parquet, juges d'instruction, juges des mineurs) reflète leur rôle essentiellement exercé en aval de la procédure, dans la supervision et la validation des actes plutôt que dans l'initiation des examens médico-légaux.

À notre connaissance, peu d'études médico-légales ont rapporté de manière détaillée l'origine institutionnelle des réquisitions. La plupart des travaux se limitent à distinguer les examens réalisés sur réquisition judiciaire de ceux effectués hors procédure judiciaire, sans préciser les services requérants. Cette rareté des données rend la comparaison difficile. Néanmoins, les résultats de l'étude de Pr Atrous réalisée au service de médecine légale de l'EPH de Rouiba sur les violences sexuelles envers les mineurs(10) montrent également une prédominance des réquisitions émanant des services de la Police nationale (75,6 %), devant la Gendarmerie nationale (24,4 %). Nos résultats s'inscrivent dans la même tendance, confirmant le rôle prépondérant des services de police dans l'orientation des victimes vers l'expertise médico-légale et la prise en charge judiciaire des violences sexuelles.

Enfin, la prédominance des réquisitions provenant de la wilaya de Laghouat (96,3 %) s'explique par le fait qu'il s'agit de la principale zone de couverture du service médico-légal étudié, ce qui entraîne une concentration naturelle des réquisitions provenant de ce territoire. La faible représentation des autres wilayas (Djelfa, Tiaret et Ghardaïa) peut s'expliquer par le fait que ces dernières disposent, selon les cas, de structures médico-légales de prise en charge plus proches ou d'un circuit judiciaire orientant habituellement les victimes vers d'autres établissements. Leur recours au service étudié reste donc occasionnel, souvent motivé par des situations particulières telles que l'indisponibilité locale d'un médecin légiste, une réquisition spécifique de l'autorité judiciaire, ou encore des contraintes organisationnelles et géographiques. Ainsi, cette répartition traduit davantage l'organisation du circuit médico-judiciaire et le maillage territorial des structures de prise en charge que la fréquence réelle des cas dans ces wilayas.

G. Caractéristiques alléguées des violences sexuelles :

1. L'allégation de violences sexuelles :

	Notre étude Médecine Légale EPH Laghouat (Algérie) 2015-2025	Ramdé et al. Médecine légale, CHU Bogodogo (Burkina Faso) 2017-2021
Etudes		
Echantillon	326	205
Allégation de violences sexuelles	Oui : 80,3%	Oui : 75,6 %

Tableau 61: Allégation de violences sexuelles dans les différentes études

Dans notre étude, 80,3 % des victimes ont déclaré avoir subi des violences sexuelles à l'interrogatoire, contre 19,7 % qui les ont niées. Cette forte proportion de déclarations positives peut s'expliquer par le fait que la population étudiée est constituée de sujets orientés par réquisition judiciaire, ce qui sélectionne déjà des cas à forte suspicion clinique ou judiciaire.

Cette prédominance des allégations peut également être interprétée à la lumière du fonctionnement du système médico-légal : la consultation est rarement systématique, mais déclenchée par une plainte, une dénonciation ou une orientation judiciaire. Ainsi, la population examinée n'est pas représentative de la population générale, mais plutôt d'un groupe déjà filtré par le contexte médico-judiciaire, ce qui explique la forte proportion de cas rapportant des violences sexuelles. Ces constatations sont concordantes avec ceux rapportés dans les séries médico-légales, notamment l'étude menée à l'EPH de Rouiba par Pr ATROUS(10) et celle rapportée par Ramdé et al.(124) au CHU de Bogodogo (Burkina Faso), où l'allégation a atteint 75,6 %.

Par ailleurs, la part non négligeable de victimes niant les violences à l'interrogatoire (19,7 %) peut refléter plusieurs situations : absence d'agression réelle confirmée après enquête, requalification des faits, fugue ou réticence à divulguer les événements. Ce constat rejoint les données de la littérature, qui rapportent que le déni, la révélation tardive et la rétractation des allégations constituent des phénomènes fréquents dans les violences sexuelles, souvent sous l'influence de pressions psychologiques, familiales ou sociales (**Bradley et Wood, 1996(125); London et al., 2007(126); Malloy et al., 2016(127)**).

Enfin, l'analyse des caractéristiques alléguées des violences sexuelles uniquement chez les cas positifs (n = 326) est méthodologiquement justifiée afin d'éviter un biais de dilution des résultats et de garantir une interprétation correcte des paramètres descriptifs des agressions

alléguées, comme cela est recommandé dans les études épidémiologiques médico-légales portant sur des événements conditionnels.

2. Le type des violences sexuelles alléguées :

Etudes	Notre étude Médecine Légale EPH Laghouat (Algérie) 2015-2025	Amiar Médecine Légale Constantine (Algérie) 2010 à 2021	S. Brahim et al., Médecine légale CHU Taher Sfar Mahdia(Tunisie) 2021-2022	Zerairia Médecine légale Annaba (Algérie) 2012-2014	Thaljawi al. Médecine légale Sidi Bouzid (Tunisie) 2018-2020	Ben Soussia et al., Médecine légale CHU Fattouma Bourguiba de Monastir (Tunisie) 2008-2017
Echantillon	326	2276	110	265 (3-17ans)	56	93
Attouchements	27 %	15 %	41 %	13,0%	21,5 %	10,6 %
Pénétrations	45,4 %	85 %	59 %	87,0%	78,5 %	89,4 %

Tableau 62: Attouchements et pénétrations dans les différentes études

Etudes	Notre étude Médecine Légale EPH Laghouat (Algérie) 2015-2025	Amiar Médecine Légale Constantine (Algérie) 2010 à 2021	Niort et al. Institut Médico-légal CHU Timome/Marseille (France) 2003-2013	Cottler-Casanova et al. Lausanne/Genève (Suisse) 2018-2021	Thaljawi al. Médecine légale Sidi Bouzid (Tunisie) 2018-2020
Echantillon	326	2276	592	740 (>14ans)	56
Penetration anale	40,5 %	44,1 %	26 %	17 %	++
Penetration vaginale	33,8 %	21,5 %	64,9 %	67 %	+++
Penetration orale	2.0 %	19,7 %	23,9 %	21 %	+

Tableau 63:formes de pénétration dans les différentes études:

Dans notre étude, la pénétration constituait la forme de violence sexuelle la plus fréquemment rapportée (45,4 %), suivie des attouchements sexuels (27 %). Cette répartition est similaire avec celle observée dans plusieurs séries médico-légales maghrébines et européennes en matière d'ordre de fréquence.

Ainsi, l'étude du Pr Amiar(40), menée au service de médecine légale de Constantine entre 2010 et 2021, rapportait une proportion de pénétrations de 85 %, contre 15 % d'attouchements. Des résultats comparables ont également été retrouvés par Pr S.Brahim et al. à Mahdia(128), qui observaient une prédominance des pénétrations (59 %), bien que moins marquée. Ces deux études présentent l'avantage d'avoir inclus l'ensemble des victimes de violences sexuelles, comme dans notre série.

Une prédominance des pénétrations a également été rapportée dans d'autres travaux portant sur des populations plus spécifiques, notamment l'étude de Pr Zerairia (41)à Annaba (87 %),

ainsi que les études tunisiennes de Pr Thaljawy et al. (78,5 %)(38)et duPr Ben Soussia et al. (89,4 %)(129). Toutefois, la comparaison avec ces résultats doit être interprétée avec prudence, certaines de ces études ayant été réalisées exclusivement chez les mineurs ou chez les femmes, populations dont les caractéristiques des violences sexuelles peuvent différer de celles observées dans la population générale.

Comparativement à ces travaux, il convient de noter que la place des pénétrations apparaît moins dominante dans notre série que dans la majorité des études de la littérature médico-légale. En effet, dans plusieurs travaux maghrébins, la pénétration représente très largement la forme prédominante de violence sexuelle, atteignant des proportions beaucoup plus élevées que dans notre étude. Globalement, les études d'Amiar (Constantine), Zerairia (Annaba) et plusieurs séries tunisiennes (Thaljawy, Ben Soussia, Brahim) rapportent une nette prédominance des pénétrations sexuelles (≈59 à 89 %). cela peut s'expliquer par la prise en compte d'autres formes de violences sexuelles dans notre calcul tel les commentaires ou avances sexuelles, tentative de pénétration et des formes non précisée sur le certificat médical et qui ont dilué les proportions.

L'analyse comparative des formes de pénétration avec les données de la littérature met en évidence des variations importantes. La pénétration anale dans notre série (40,5 %) est proche de celle rapportée par Amiar à Constantine (44,1 %), mais reste supérieure à celles observées en Europe, notamment dans les études de Niort et al.(28)à Marseille (26 %) et de Cottler-Casanova et al. en Suisse (17 %)(129). À l'inverse, la pénétration vaginale est moins fréquente dans notre étude (33,8 %) que dans les séries européennes, où elle constitue la forme dominante, atteignant 64,9 % à Marseille et 67 % en Suisse. De même, la pénétration orale demeure très rare dans notre série (2 %), comparativement aux études de Constantine (19,7 %), Marseille (23,9 %) et Suisse (21 %).

Ces différences peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment l'âge des victimes, les caractéristiques socioculturelles des populations étudiées, ainsi que les différences de définition des violences sexuelles et de leur classification médico-légale selon les pays. La forte proportion de pénétrations anales observée dans notre contexte pourrait également être en lien avec la prédominance des victimes mineures, chez lesquelles ce type d'agression est fréquemment rapporté dans les séries médico-légales maghrébines ainsi que par souci de virginité chez les sexe féminin de notre jeune population.

3. La fréquence des violences sexuelles alléguées :

Etudes	Notre étude Médecine	Amiar Médecine	Étude de Delhi Hopital	Niort et al. Institut Médico-légal	Cottler-Casanova et al.
--------	-------------------------	-------------------	---------------------------	---------------------------------------	----------------------------

	Légale EPH Laghouat (Algérie) 2015-2025	Légale Constantine (Algérie) 2010 à 2021	(Inde) 2014–2016)	CHU Timome/Marseille (France) 2003-2013	Lausanne/Genève (Suisse) 2018-2021
Echantillon	326	2276	312	592	740 (>14ans)
Episode unique	72 %	≈ 80 %	82,7 %	+++	+++
Episodes répétées	28 %	20 %	17,3 %	+	+

Tableau 64 : Fréquence des violences sexuelles alléguées dans les différentes études

Dans notre étude, 72 % des victimes ont déclaré que les faits dénoncés correspondaient à un premier épisode de violences sexuelles, tandis que 28 % rapportaient des violences répétées. Ces résultats montrent que, bien que les agressions ponctuelles soient majoritaires, une proportion importante des victimes est confrontée à des violences récurrentes.

Cette prédominance des épisodes uniques est concordante avec les données de la littérature. Ainsi, l'étude d'Amiar(40) menée au service de médecine légale de Constantine entre 2010 et 2021 retrouvait environ 80 % d'épisodes uniques contre 20 % de violences répétées. De même, une étude réalisée dans un hôpital tertiaire de Delhi (130)rapportait 82,7 % de premiers épisodes et 17,3 % de violences répétées. Nos résultats s'inscrivent donc dans la même tendance générale, même si la proportion de violences répétées observée dans notre série (28 %) apparaît légèrement plus élevée.

Les travaux de Niort et al.(28)à l'Institut médico-légal du CHU de la Timone à Marseille ainsi que ceux de Cottler-Casanova et al.(129)en Suisse rapportent également une nette prédominance des épisodes uniques, bien que les auteurs ne précisent pas les proportions exactes. Ces observations renforcent l'idée que la majorité des consultations médico-légales font suite à un événement isolé ou présenté comme tel par la victime.

La fréquence non négligeable des violences répétées observée dans notre étude mérite toutefois une attention particulière. La répétition des agressions est souvent associée à des situations où l'auteur est connu de la victime, voire appartient à son entourage familial ou social proche. Dans ces circonstances, les phénomènes d'emprise, de dépendance affective, de peur des représailles ou encore de vulnérabilité de la victime peuvent favoriser la récurrence des faits et retarder leur révélation aux autorités.

Par ailleurs, la proportion plus élevée de violences répétées retrouvée dans notre série pourrait être liée à la forte représentation des mineurs parmi les victimes. En effet, les violences sexuelles touchant les enfants et les adolescents surviennent fréquemment dans un contexte de proximité avec l'agresseur, favorisant la chronicisation des abus avant leur découverte. Cette

hypothèse est d'autant plus plausible que plusieurs études ont montré que les violences sexuelles intrafamiliales ou commises par une personne connue sont plus souvent répétées que les agressions commises par un inconnu. (2,10)

Ainsi, malgré la prédominance des épisodes uniques observée dans notre étude comme dans la plupart des séries médico-légales, la proportion importante de violences répétées (28 %) souligne la nécessité, lors de la prise en charge médico-légale, de rechercher systématiquement d'éventuels antécédents d'agressions sexuelles afin de mieux appréhender le contexte victimaire et d'orienter la prise en charge médico-psychologique et judiciaire.

4. Les circonstances de survenue des violences sexuelles:

Etude	Brahim et al. (Tunisie)	Ben Soussia et al. (Monastir, Tunisie)	Amiar et al. (Constantine, Algérie)	Niort et al. Institut Médico-légal CHU Timome/Marseille (France) 2003-2013	Ben Soussia et al. (Monastir, Tunisie)
Circonstances de survenue	Agressions majoritairement commises par des personnes connues de la victime, contexte souvent opportuniste lié à l'environnement habituel	Forte implication d'agresseurs issus de l'entourage de la victime	Kidnappings et séquestrations : 17,1 % ; contextes de violence avec déplacement forcé de la victime Fugue : 25,9 %	Agression par un seul auteur dans 84 % des cas ; proches dans 28 % ; rencontres via Internet en augmentation	Sous-déclaration importante des violences intrafamiliales (inceste), probablement sous-estimées dans les statistiques médico-légales

Tableau 65: circonstances des violences sexuelles dans les différentes études

Dans notre série, les circonstances de survenue des violences sexuelles sont dominées par les **incidents fortuits** (35,3 %), suivis des circonstances **non précisées** (21,5 %) et des situations de **kidnapping** (15,3 %). Les fugues représentent 11,7 % des cas, tandis que le chantage est retrouvé dans 7,1 % des situations. Les circonstances intrafamiliales, notamment l'inceste (2,5 %) et les faits survenus lors des visites paternelles (1,8 %), demeurent moins fréquemment rapportées.

La comparaison avec la littérature est délicate en raison de l'hétérogénéité des classifications utilisées. La plupart des études médico-légales décrivent davantage le lien victime-agresseur ou le lieu de survenue que les circonstances exactes de l'agression. Néanmoins, plusieurs travaux soulignent que les violences sexuelles surviennent fréquemment dans des contextes de vulnérabilité, de confiance ou d'isolement de la victime.

La prédominance des incidents fortuits dans notre étude suggère un contexte essentiellement opportuniste, survenant lors des activités quotidiennes ou des déplacements. Ces résultats sont

concordants avec plusieurs séries nord-africaines (Brahim et al(128)., Ben Soussia et al.(131)), où les agressions sont fréquemment commises par des personnes connues de la victime ou issues de son environnement habituel.

La proportion élevée de kidnappings (15,3 %) souligne la gravité des situations prises en charge en expertise médico-légale, ces cas étant fréquemment associés à des procédures judiciaires, comme le rapportent certaines séries algériennes, notamment celles d’Amiar a Constantine(40), où les enlèvements et séquestrations représentent une part notable des dossiers (17,1 %). Les fugues (11,7 %) traduisent une double réalité, à la fois facteur de vulnérabilité exposant aux agressions sexuelles et conséquence possible de violences intrafamiliales, notamment incestueuses. Le chantage (7,1 %) met en évidence les mécanismes de contrainte psychologique utilisés par les agresseurs, parfois renforcés par les outils numériques, bien que les rencontres via Internet restent marginales (1,8 %), tendance également rapportée dans les séries récentes de **Niort et al(28)**. Enfin, la faible proportion d’inceste (2,5 %) doit être interprétée avec prudence, en raison de la sous-déclaration importante des violences sexuelles intrafamiliales, largement soulignée dans les études médico-légales, notamment celles de **Ben Soussia et al. (Monastir)(131)**

5. Lieu de survenue des violences sexuelles :

Etudes	Notre étude Médecine Légale EPH Laghouat (Algérie) 2015-2025	Amiar Médecine Légale Constantine (Algérie) 2010 à 2021	Benyagoub et al. Médecine légale, EPH Laghouat (Algérie), 2017–2024	Cottler-Casanova et al. Lausanne/Genève (Suisse) 2018-2021
Echantillon	326	2276	126	740 (>14ans)
Domicile de la victime	3	18,6 %	39 %	23 %
Domicile de l’agresseur	12.3	9,4 %		26 %
Lieu public	69.3 %	8,1 %	61 %	19 %
Non précise	15.4			

Tableau 66: Lieu de survenue des violences sexuelles dans les différentes études

Dans notre série, les violences sexuelles surviennent majoritairement en milieu public (69,3 %), loin devant le domicile de l’agresseur (12,3 %) et celui de la victime (3 %). Cette prédominance des espaces publics rejoint les données de Pr Benyagoub et al. (EPH Laghouat, 2017–2024)(46) où les lieux publics représentaient également la majorité des scènes de survenue (61 %). Elle contraste toutefois avec les résultats de Cottler-Casanova et al. (Suisse,

2018–2021)(129), qui rapportent une prédominance des agressions au domicile de l'agresseur (26 %), ainsi qu'avec l'étude d'Amiar (Constantine, 2010–2021)(40) où les agressions à domicile sont plus fréquentes (18,6 % contre 8,1 % en lieu public).

Cette différence peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment les contextes socioculturels, l'organisation de l'espace urbain, et les modalités de socialisation des victimes et des agresseurs. Dans notre contexte, la forte proportion de lieux publics suggère des agressions opportunistes, survenant lors des déplacements, dans des espaces peu sécurisés ou isolés, ce qui rejoint la notion de contexte circonstanciel fréquemment rapportée dans les études nord-africaines.

En revanche, dans les séries européennes, la proportion plus élevée d'agressions au domicile de l'agresseur ou de la victime pourrait refléter une plus grande fréquence des situations d'invitation, de familiarité entre les protagonistes, ou encore des violences intrafamiliales ou de proximité, mieux documentées dans ces contextes.

Enfin, la proportion non négligeable de cas non précisés (15,4 %) dans notre étude constitue une limite importante, susceptible de biaiser l'interprétation globale et de sous-estimer certaines catégories, notamment les violences intrafamiliales ou celles survenant dans des contextes privés.

Ainsi, malgré des variations interétudes, l'ensemble des données souligne que le lieu de survenue des violences sexuelles reste fortement influencé par le contexte socio-environnemental, avec une opposition globale entre les contextes publics dominants dans certaines séries et les contextes privés dans d'autres.

6. L'horaire de survenue des violences sexuelles :

Etudes	Notre étude Médecine Légale EPH Laghouat (Algérie) 2015-2025	Sawadogo et al. (2020) Burkina Faso	Théra et al. (2014) Mali	Niort et al. Institut Médico-légal CHU Timome/Marseille (France) 2003-2013
Echantillon	326	205	37	592
Horaire du pic	Après-midi	Nuit	Soirée – nuit	Soirée – nuit

Tableau 67: horaire de survenue des violences sexuelles des différentes études

Dans notre étude, les violences sexuelles surviennent principalement l'après-midi (30,9 %), suivie du soir (15,6 %), puis de la nuit (7,5 %) et du matin (4,8 %). Une proportion non négligeable reste non précisée (19,6 %).

Ces résultats s'expliquent par le caractère opportuniste des violences sexuelles, dépendant des moments de faible surveillance et d'exposition des victimes notamment par leur mobilité accrue lors des déplacements vers les institutions scolaires. L'OMS souligne que ces violences sont liées aux contextes de vulnérabilité et aux opportunités plutôt qu'à un horaire précis (10).

La comparaison avec les données de la littérature montre toutefois une certaine variabilité selon les contextes. Ainsi, notre résultat se rapproche de celui de Sawadogo et al. (Burkina Faso, 2020)(35) ainsi que de Niort et al. (CHU Timone, Marseille, 2003–2013) (28) et de Théra et al. (Mali, 2014)(34) où les agressions surviennent majoritairement en soirée et durant la nuit, périodes également associées à une vulnérabilité accrue des victimes. En revanche, il s'en distingue de manière notable par rapport à notre série, où le pic est observé en après-midi, traduisant davantage une moindre surveillance et une plus grande exposition des victimes en après-midi, notamment lors des déplacements quotidiens. À l'inverse, la baisse des agressions en soirée et la nuit pourrait s'expliquer par les habitudes de retour au domicile, réduisant l'exposition dans l'espace public. Ainsi, la répartition horaire dépend essentiellement des modes de vie, de la mobilité et du niveau de surveillance selon les moments de la journée.

7. La saison et le mois de survenue des violences sexuelles :

Etudes	Notre étude Médecine Légale EPH Laghouat (Algérie) 2015-2025	Amiar Médecine Légale Constantine (Algérie) 2010 à 2021	Cottler-Casanova et al. Lausanne/Genève (Suisse) 2018-2021
Echantillon	326	2276	740 (>14ans)
Saison	Printemps : 28 %	Eté : 22,2 %	Eté : 34 %

Tableau 68: Saison de survenue des violences sexuelles dans les différentes études

Les résultats de notre étude montrent une répartition relativement homogène des violences sexuelles au cours de l'année, avec une légère prédominance au printemps (28 %) et un pic au mois de Mars, suivi de l'hiver (25 %), de l'été (24 %) et de l'automne (23 %). Cette faible variation suggère l'absence d'une influence saisonnière majeure sur la survenue des agressions sexuelles dans notre contexte, ce qui est globalement concordant avec les données de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), selon lesquelles les violences sexuelles ne suivent pas de rythme saisonnier spécifique et dépendent davantage de facteurs contextuels, sociaux, environnementaux et relationnels que des variations climatiques ou calendaires.

Ces observations diffèrent toutefois de celles rapportées par Amiar et al. à Constantine(40), où les violences sexuelles étaient plus fréquentes durant la saison estivale (22,2 %), ainsi que de l'étude suisse de Cottler-Casanova et al.,(129)qui retrouvait également un pic estival plus marqué (34 %). La prédominance estivale observée dans ces travaux a été attribuée à l'augmentation des activités sociales, des déplacements, des sorties de loisirs et du temps passé à l'extérieur du domicile durant les périodes de vacances, favorisant les opportunités de rencontre entre victimes et agresseurs.

À l'inverse, la distribution observée dans notre série ne met pas en évidence une concentration particulière des agressions au cours d'une saison donnée. Cette différence pourrait s'expliquer par des spécificités socioculturelles locales, où les facteurs favorisant les violences sexuelles semblent agir de manière relativement constante tout au long de l'année, indiquant que le risque d'agression sexuelle demeure présent tout au long de l'année sans véritable effet saisonnier marqué.Par ailleurs, même durant la période estivale, la région de Laghouat connaît des déplacements importants de population vers le nord pour les vacances, ce qui réduit les interactions sociales au niveau local. En outre, le caractère socioculturel conservateur de la population peut limiter l'exposition vestimentaire habituellement évoquée dans la littérature comme facteur facilitant certaines opportunités d'agression, les habitudes vestimentaires restant globalement modestes et inchangées quelle que soit la saison.

8. Le délai entre l'agression et la consultation :

Etudes	Notre étude Médecine Légale EPH Laghouat (Algérie) 2015-2025	Amiar Médecine Légale Constantine (Algérie) 2010 à 2021
Echantillon	326	2276
Délai Consultation- agression	< 72h : 57,5 % > 72h : 41,6 % <24h : 25,2 % 24-72h : 32,3 % J3- 1 semaine : 13,4 >1 semaine : 28,2	< 72h : 55,1 % > 72h : 44,8 % < 24h : 39 % 24-72h:16,1 % J3-1 semaine : 27,4 % >1 semaine 17,4%

Tableau 69:Délai entre l'agression et la consultation dans les différentes études

Dans notre étude, 57,5 % des victimes ont consulté dans les 72 heures suivant l'agression sexuelle, dont 25,2 % dans les premières 24 heures et 32,3 % entre 24 et 72 heures. Cette proportion témoigne d'un recours relativement précoce aux services médico-légaux, élément essentiel pour la prise en charge médicale, psychologique et judiciaire des victimes,

notamment pour la recherche de preuves biologiques et la mise en œuvre des mesures prophylactiques adaptées.

La comparaison avec l'étude d'Amiar (40) réalisée à Constantine montre des résultats globalement proches. En effet, 55,1 % des victimes y ont consulté dans les 72 heures suivant l'agression (39 % dans les premières 24 heures et 16,1 % entre 24 et 72 heures), contre 57,5 % dans notre série. Cette similitude suggère qu'une majorité des victimes dans les deux régions ont la même réactivité face aux violences sexuelles et parviennent à accéder relativement rapidement à une prise en charge médico-légale une fois la plainte est déposée.

Les consultations tardives au-delà de 72h restent importantes dans les deux études, avec de proportions proches, traduisant qu'une part importante des victimes affrontent des obstacles socioculturels, ou géographiques retardant le recours aux soins médico-légaux. La peur de la stigmatisation, la pression familiale, la crainte de représailles, le lien avec l'agresseur ou encore la méconnaissance de l'intérêt d'une consultation précoce constituent autant de facteurs susceptibles d'expliquer ces retards, d'où la nécessité de renforcer les campagnes de sensibilisation, d'améliorer l'orientation des victimes et de faciliter l'accès rapide aux structures spécialisées de prise en charge des violences sexuelles.

9. La notion de perte de connaissance :

Etudes	Notre étude Médecine Légale EPH Laghouat (Algérie) 2015-2025	Amiar Médecine Légale Constantine (Algérie) 2010 à 2021	Engelgardt P. et al., Institut de Médecine Légale Toruń (Pologne) 2006–2013
Echantillon	326	2276	46
Notion de perte de connaissance	9.2 %	11 %	13 %

Tableau 70: La notion de perte de connaissance dans les différentes études

Dans notre étude, la perte de connaissance au moment des faits a été rapportée par 9,2 % des victimes, tandis que 90,8 % n'en ont pas signalé. Ces résultats sont proches de ceux rapportés par l'étude d'Amiar (40) à Constantine, où la perte de connaissance était observée dans 11 % des cas, ainsi que par Engelgardt P. et al. en Pologne(132), avec 13 %. La relative homogénéité des résultats entre différentes séries indique que la perte de connaissance constitue un phénomène relativement peu fréquent dans les violences sexuelles, bien que non exceptionnel. Par ailleurs, l'Organisation mondiale de la Santé souligne que les violences sexuelles peuvent être associées à des mécanismes de contrainte physique, psychologique ou

chimique, mais que les signes neurologiques comme la perte de connaissance restent inconstants et non spécifiques(10).

Dans la littérature internationale, ce paramètre est rarement décrit de manière systématique. La plupart des études se concentrent davantage sur les confirmations biologiques, notamment lorsque la perte de connaissance est suspectée de résulter d’une soumission chimique.

Ainsi, bien que peu fréquente, la notion de perte de connaissance reste un élément clinique important à rechercher systématiquement lors de l’examen médico-légal, car elle peut orienter l’évaluation de la gravité des violences et contribuer à la compréhension des circonstances de l’agression.

10. La notion d’éjaculation :

Etudes	Notre étude Médecine Légale EPH Laghouat (Algérie) 2015-2025	Amiar Médecine Légale Constantine (Algérie) 2010 à 2021
Echantillon	326	2276
Notion d’éjaculation	11.66%	4,3 %

Tableau 71: La notion d’éjaculation dans les différentes études

Dans notre série, une minorité (11,66 %) de victimes rapportent une notion d’éjaculation, Ce résultat s’explique par le fait que les violences sexuelles ne comportent pas systématiquement une pénétration avec émission de sperme, et que les déclarations peuvent être incomplètes en contexte médico-légal. L’Organisation mondiale de la Santé rappelle que les violences sexuelles regroupent un large spectre d’actes, sans dépendance obligatoire à des signes biologiques comme la présence de sperme (10)

Notre résultat est nettement supérieur a celui rapportés par Amiar(40) dans l’étude réalisée à Constantineentre 2010 et 2021, où ce taux est de 4,3 %.

Cette différence peut s’expliquer par plusieurs facteurs. D’une part, les variations méthodologiques entre les études (critères de recueil, qualité de l’interrogatoire, délai de consultation) influencent directement la déclaration de ce type d’information, souvent sensible et difficile à verbaliser. D’autre part, le contexte médico-légal et la relation médecin–victime jouent un rôle majeur dans la capacité de la victime à rapporter des éléments intimes de l’agression.

Par ailleurs, la différence d'effectif (326 victimes dans notre étude contre 2276 dans celle d'Amiar) peut également influencer les proportions observées, une cohorte plus large tendant à lisser certains extrêmes.

Enfin, il convient de rappeler que la notion d'éjaculation, lorsqu'elle est rapportée, possède une valeur médico-légale indirecte, notamment dans la compréhension du déroulement des faits et dans l'orientation des prélèvements biologiques, sans toutefois constituer un élément systématique de preuve isolée.

11. L'utilisation du préservatif :

Etudes	Notre étude Médecine Légale EPH Laghouat (Algérie) 2015-2025	Amiar Médecine Légale Constantine (Algérie) 2010 à 2021	Cottler-Casanova et al. Lausanne/Genève (Suisse) 2018-2021
Echantillon	326	2276	740 (>14ans)
Utilisation du préservatif lors de l'agression	00 %	1,8 %	6 %

Tableau 72: L'utilisation du préservatif lors de l'agression dans les différentes études

Dans notre série, l'utilisation du préservatif lors des violences sexuelles est inexistante, avec 100 % des cas classés « non », traduisant une absence totale de protection au moment de l'agression. Ce résultat souligne un point médico-légal important dans la littérature : les agressions sexuelles ne s'inscrivent généralement pas dans une logique de prévention ou de protection, mais dans un contexte de contrainte, de domination et de violence, où la notion de consentement et de négociation est absente(10).

Nos résultats sont globalement concordants avec ceux rapportés dans la littérature, bien qu'une faible proportion d'utilisation du préservatif puisse être retrouvée dans certaines séries. Ainsi, l'étude réalisée en milieu médico-légal à Constantine (Amiar, 2010–2021) (40)rapporte un taux très faible d'utilisation de 1,8 %, tandis que l'étude de Cottler-Casanova et al. (Lausanne/Genève, 2018–2021) (129)retrouve une proportion légèrement plus élevée, estimée à 6 % chez les victimes âgées de plus de 14 ans.

Cette variation entre les études peut s'expliquer par plusieurs facteurs. D'une part, les contextes socioculturels et les caractéristiques des populations étudiées peuvent influencer la déclaration ou la présence effective d'un préservatif. D'autre part, les différences

méthodologiques (âge des victimes incluses, type d'agressions recensées, et modalités de recueil des données médico-légales) peuvent également contribuer à ces écarts.

Cependant, même dans les études où une utilisation du préservatif est rapportée, les taux restent très faibles, confirmant que son usage demeure exceptionnel dans les agressions sexuelles. Cela renforce l'idée que ces actes sont majoritairement des violences imposées, sans interaction sexuelle consensuelle permettant la mise en place de mesures de protection.

H. Constatations médico-légales cliniques :

1. La présence de lésions génitales et/ou anales :

Etudes	Notre étude Médecine Légale EPH Laghouat (Algérie) 2015-2025	Niort et al. Institut Médico-légal CHU Timone/Marseille (France) 2003-2013
Echantillon	326	592
Présence de lésions génitales et/ou anales	32,5 %	20 %

Tableau 73: La présence de lésions génitales et/ou anales dans les différentes études

Dans notre étude, 132 victimes sur 406 présentaient au moins une lésion génitale et/ou anale objectivée à l'examen clinique, soit une fréquence de 32,5 %, tandis qu'aucune lésion n'était retrouvée chez la majorité des victimes (67,5 %).

Par ailleurs, la présence ou l'absence de lésions ne constitue pas un critère permettant de confirmer ou d'exclure une agression sexuelle. De nombreuses études médico-légales ont montré qu'un examen génito-anal normal est fréquent chez les victimes de violences sexuelles, notamment en raison de l'élasticité des tissus, de la faible intensité des traumatismes, de la fréquence des agressions sans pénétration, de l'utilisation de lubrification, ou encore des consultations tardives ou de la cicatrisation rapide des lésions superficielles. Ainsi, l'absence de lésions observée chez plus des deux tiers des victimes de notre série ne remet nullement en cause la réalité des faits allégués, et ce qui constitue une difficulté majeure en médecine légale.(133)

Notre résultat est supérieur à celui rapporté par l'étude de Niort et al.(28), menée à l'Institut médico-légal du CHU de la Timone à Marseille sur 592 victimes de viol, où des lésions génito-anales n'étaient retrouvées que dans 20 % des cas. Cette différence pourrait s'expliquer par des variations dans les caractéristiques des populations étudiées, les délais de consultation

après l'agression, ainsi que les modalités de réalisation et d'interprétation de l'examen médico-légal.

2. Constatations médico-légales génitales à l'examen clinique sexuel :

Etudes	Notre étude Médecine Légale EPH Laghouat (Algérie) 2015-2025	Amiar Médecine Légale Constantine (Algérie) 2010 à 2021	Niort et al. Institut Médico-légal CHU Timome/Marseille (France) 2003-2013
Echantillon	326	2276	592
Proportion de lésions génitales			
lésions génitales	35 %	4 %	17,1 %
Type de lésion génitale			
Ecchymose	12,5 %	0,3 %	32,7 %
Érosion	7,1 %	Indisponible	0 %
Déchirure	76,8 %	38,9 %	67,3 %
Hématome	3,6 %	Indisponible	0 %
Localisation de la lésion			
Lèvres	15,2	2,7 %	24,4 %
Hymen	76,8	38,3 %	34,5 %
Vestibule vulvaire	8,0	0,4 %	40 %
Paroi vaginale	00%	0,3 %	1,1 %
Cadran hyméneal			
Cadran hyméneal	6H	indisponible	Pas de predominance
Ancienneté			
Ancienneté des lésions	Récente : 33 % Ancienne : 67 %	Récente : 67,2 % Ancienne : 32,8 %	Indisponible

Tableau 74: Constatations médico-légales génitales à l'examen clinique sexuel

➤ Proportion des lésions gynécologiques :

Dans notre étude, des lésions génitales ont été objectivées chez 35 % des victimes examinées, une fréquence nettement supérieure à celle rapportée par Amiar à Constantine (4 %)(40)et également plus élevée que celle observée par Niort et al. à Marseille (17,1 %)(28). Cette variabilité entre les études est fréquemment décrite dans la littérature médico-légale et peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment les différences dans les caractéristiques des agressions avec ou sans pénétration, dans les délais de consultation précoces ou tardifs, l'âge des victimes, les modalités d'examen clinique ainsi que les critères retenus pour définir une lésion génitale.

➤ Selon le type et la localisation des lésions gynécologiques :

Concernant la nature des lésions, les déchirures constituent le type lésionnel prédominant dans notre série (76,8 %), rejoignant les résultats de Niort et al. (67,3 %)(28)et d'Amiar (38,9 %)(40). Cette prédominance s'explique par la vulnérabilité des structures génitales féminines superficielles lors des pénétrations forcées, en particulier au niveau hyménal. Les déchirures hyménales représentent en effet l'une des lésions les plus évocatrices d'un traumatisme sexuel récent ou ancien, bien que leur présence ne soit pas spécifique d'une agression sexuelle. La moindre fréquence du reste des lésions (ecchymoses, érosions...) observée dans notre série pourrait être attribuée à leur disparition progressive avec le temps, particulièrement en cas de consultation tardive. À l'inverse, les déchirures, notamment lorsqu'elles intéressent l'hymen, demeurent tout une vie, ce qui contribue à leur prédominance parmi les lésions constatées.

Les lésions profondes de la paroi vaginale demeurent rares dans l'ensemble des études comparées. Dans notre série, aucune lésion vaginale n'a été retrouvée, tandis qu'elles représentaient respectivement 0,3 % et 1,1 % des lésions dans les études de Constantine et de Marseille. Cette faible fréquence est généralement rapportée dans la littérature, les lésions vaginales étant souvent difficiles à mettre en évidence en dehors des traumatismes sévères en raison de la protection anatomique.

Concernant la topographie hyménale, notre étude met en évidence une prédominance des lésions localisées entre 5H et 7H avec un pic au niveau de 6H. Cette observation concorde avec les données classiques de la littérature médico-légale qui décrivent le cadran postérieur de l'hymen, notamment entre 5 et 7 heures, comme la zone la plus fréquemment lésée lors des pénétrations vaginales en lien avec la fragilité anatomique de cette zone et sa moindre résistance aux traumatismes. Niort et al. ne retrouvaient toutefois aucune prédominance particulière. Cette différence pourrait être liée à des dynamiques traumatiques différentes au sein de leur population d'étude. En effet, la localisation des lésions hyménales dépend de multiples facteurs tels que la position de la victime au moment des faits, l'orientation de la pénétration, l'intensité des contraintes mécaniques exercées et les caractéristiques anatomiques individuelles. Une plus grande hétérogénéité de ces mécanismes pourrait ainsi conduire à une répartition plus diffuse des lésions, sans prédominance topographique nette.

➤ **Selon l'ancienneté des lésions gynécologiques :**

Enfin, l'analyse de l'ancienneté des lésions révèle une prédominance des lésions anciennes dans notre étude (67 %), contrairement à l'étude de Constantine(40) où les lésions récentes représentaient 67,2 % des cas. Cette différence pourrait refléter un délai plus long entre les faits allégués et la consultation médico-légale dans notre population et qu'on a objectivé a

partir de la variable délai agression-consultation. Elle souligne l'importance des obstacles socioculturels, familiaux ou psychologiques pouvant retarder la révélation des violences sexuelles et, par conséquent, modifier l'aspect clinique des lésions observées.

3. Constatations médico-légales anales a l'examen clinique sexuel :

Etudes	Notre étude Médecine Légale EPH Laghouat (Algérie) 2015-2025	Amiar Médecine Légale Constantine (Algérie) 2010 à 2021	Niort et al. Institut Médico-légal CHU Timome/Marseille (France) 2003-2013
Echantillon	326	2276	592
Proportion des lésions anales			
Lésions anales	20,7 %	7,8 %	6,1 %
Lésions anales selon le sexe			
Lésions anales selon le sexe	Masculin :34,5 % Féminin :41,7 %	Indisponible	Masculin : 25 % Féminin : 75 %
Type de lésions anales			
Ecchymose	13,2 %	0,6 %	38,9 %
Érosion	4,4 %	Indisponible	0 %
Fissure	60,4 %	7,8 %	61,1 %
Béance	22 %	3,2 %	0 %
lésions anales selon le siège			
Cadran anal	6H	Indisponible	5H et 7H
Ancienneté			
Ancienneté	Ancienne : 39,6 % Récente : 60,4%	Indisponible	Indisponible

Tableau 75: Constatations médico-légales anales a l'examen clinique sexuel

➤ Proportion des lésions anales :

Dans notre étude, la fréquence des lésions anales retrouvées à l'examen clinique est de 20,7 %, supérieure à celle rapportée par Amiar à Constantine (7,8 %)(40) et par Niort et al. à Marseille (6,1 %).(28) Cette différence semble essentiellement liée à des variations populationnelles, en rapport avec les caractéristiques des victimes prises en charge, notamment leur profil démographique (part plus importante de femmes célibataires et proportion plus élevée de victimes de sexe masculin dans notre série), ainsi qu'aux types d'agressions rapportées et aux mécanismes lésionnels, différents de ceux observés dans les autres études.

➤ **Lésions anales selon le sexe :**

Concernant la répartition selon le sexe, notre étude retrouve une prédominance féminine (41,7 %) par rapport au sexe masculin (34,5 %). Cette tendance rejoint globalement les données de Niort et al.(28), où les femmes représentent la majorité des victimes présentant des lésions anales (75 %). Cette distribution s'explique classiquement par l'exposition plus fréquente des femmes aux violences sexuelles avec pénétration anale, tandis que chez les hommes, ces lésions peuvent être sous-diagnostiquées ou moins souvent rapportées, en raison de facteurs médico-légaux, culturels et médico-psychologiques.(133)

➤ **Selon le Type des lésions anales :**

Sur le plan lésionnel, la fissure anale constitue la lésion dominante dans notre série (60,4 %), suivie de la béance anale (22 %) et des ecchymoses (13,2 %), avec une faible proportion d'érosions (4,4 %). Cette distribution est globalement concordante avec les données de Niort et al.(28), où les fissures représentent également la lésion la plus fréquente (61,1 %), ainsi qu'avec Amiar(40) qui retrouve une prédominance des fissurations (7,8 %) bien que la répartition détaillée diffère. La prédominance des fissures s'explique par la fragilité de la muqueuse anale et sa sensibilité aux contraintes de distension brutale, qui entraîne des déchirures radiaires caractéristiques.

➤ **Selon le siège :**

L'analyse topographique des lésions montre dans notre étude une prédominance du cadran postérieur centré sur 6H. Cette localisation est classiquement décrite en médecine légale et correspond à une zone de moindre résistance anatomique. En position genu-pectorale, la zone postérieure de l'anus est soumise à une tension mécanique accrue lors des pénétrations, expliquant la concentration des lésions dans ce secteur. Cette observation est concordante avec les données de Niort et al.(28), qui rapportent une distribution entre 5H et 7H, renforçant l'hypothèse d'un mécanisme traumatique directionnel lié à la dynamique de la pénétration.

➤ **Selon l'ancienneté des lésions anales :**

L'ancienneté des lésions anales montre une prédominance des lésions récentes (60,4 %), contrairement aux lésions gynécologiques où les anciennes sont majoritaires (67 %). Cette différence pourrait s'expliquer par une variabilité dans la révélation des faits, marquée par une « loi du silence » liée à la peur et à la honte, notamment en cas de perte de virginité, avec une divulgation souvent tardive déclenchée par un événement psychologiquement insupportable.

4. Constations médico-légales somatiques a l'examen physique :

Etudes	Notre étude Médecine Légale EPH Laghouat (Algérie) 2015-2025	Amiar Médecine Légale Constantine (Algérie) 2010 à 2021
Echantillon	326	2276
Présence d'autres formes de violences associées	30,3	31,4 %
Proportion d'ITT prescrites	28,1	
Durée d'ITT	≤15 jours : 95,6 % >15 jours : 4,4 %	≤15 jours : 99,2 % >15 jours : 0,8 %

Tableau 76: Constations médico-légales somatiques a l'examen physique

➤ **Selon la Présence d'autres formes de violences associées :**

Dans notre étude, la présence d'autres formes de violences associées est observée dans 30,3 % des cas, soit 114 victimes, une proportion proche de celle rapportée par Amiar à Constantine (31,4 %)(40). Cette convergence suggère une certaine homogénéité des profils victimologiques entre les deux séries algériennes, malgré des contextes institutionnels et des effectifs différents. Elle traduit également la fréquence élevée des violences multiples dans les agressions sexuelles, où l'acte principal s'inscrit souvent dans un continuum de violence physique, psychologique et parfois de contrainte.

➤ **Selon la durée d'ITT prescrite :**

Les 113 victimes ayant bénéficié d'une ITT représentent 28,1 % de l'ensemble des victimes présumées (n = 406). La durée d'ITT est majoritairement courte, avec 95,6 % des cas ≤ à 15 jours, contre seulement 4,4 % dépassant ce seuil. Cette prédominance des ITT courtes rejoint les données d'Amiar(40), où 99,2 % des cas étaient ≤15 jours contre 0,8 % seulement au-delà.

Cette concordance entre les deux études souligne la prédominance de lésions somatiques le plus souvent superficielles à modérées dans les contextes d'agressions sexuelles rapportés en médecine légale. Elle peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment la nature des mécanismes lésionnels en cause (pressions, contraintes, traumatismes peu contondants ou de courte durée), souvent suffisants pour permettre à l'agresseur d'atteindre son objectif dans un contexte de disproportion de force. Toutefois, dans certains cas, notamment lors d'agressions impliquant une victime adulte de forte corpulence ou une violence particulièrement intense, des lésions plus graves peuvent être observées, pouvant excéder un retentissement médico-légal de 15 jours d'ITT.

I. Prise en charge médico-légale :

Etudes	Notre étude Médecine Légale EPH Laghouat (Algérie) 2015-2025	Amiar Médecine Légale Constantine (Algérie) 2010 à 2021	Jänisch S et al., Institut de médecine légale Hanovre (Allemagne) 2005–2007.	Menseau Victoire Urgences – Centre Hospitalier de Cayenne Guyane (France) 2019 à 2020
Echantillon	326	2276	301	400
Écouvillonnages réalisés à la recherche de SPZ	1,2 %	Indisponible	72,4	28.8%
Orientation du malade vers un service spécialisé	7,4 %	Indisponible	Indisponible	Indisponible
Remise des résultats des examens complémentaires	46,7 %	5,6%	Indisponible	Moins de 3/4
Confirmation biologique	0,2 %	1,1%	38	Indisponible

Tableau 77: Prise en charge médico-légale dans les différentes études

➤ Selon la réalisation d'écouvillonnages à la recherche de spermatozoïdes :

Dans notre série, la réalisation des écouvillonnages à la recherche de spermatozoïdes (SPZ) reste particulièrement faible (1,2 %), très inférieure aux taux rapportés dans des contextes mieux protocolisés comme celui de l'étude d'Hanovre (72,4 %) (134) ou de Menseau Victoire en Guyane (28,8 %). Cette différence peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment la disponibilité inégale des kits médico-légaux, ainsi que les difficultés d'acheminement des prélèvements vers les laboratoires spécialisés, liées à l'éloignement géographique et à la complexité des procédures. Elle peut également être attribuée à l'absence, ou à l'application non systématique, de protocoles standardisés en contexte médico-légal. L'ensemble de ces éléments reflète par ailleurs d'importantes disparités organisationnelles entre les différentes structures de prise en charge.

➤ Selon l'Orientation vers un service spécialisé de prise en charge :

Dans notre étude, seulement 7,4 % des victimes ont été orientées vers un service spécialisé de prise en charge, tandis que 92,6 % n'ont pas bénéficié d'une orientation multidisciplinaire. Ce résultat met en évidence une prise en charge essentiellement centrée sur l'examen médico-légal initial, avec un recours très limité à une prise en charge spécialisée psychiatrique, gynécologique ou infectiologiques.

Ce faible taux d'orientation contraste avec les recommandations internationales qui insistent sur une prise en charge globale et multidisciplinaire des victimes de violences sexuelles,

intégrant systématiquement le soutien psychologique, la prévention des infections sexuellement transmissibles et la contraception d'urgence(135).

La faible proportion d'orientation retrouvée dans notre étude peut s'expliquer par l'absence de protocole standardisé de prise en charge multidisciplinaire, le manque de ressources humaines spécialisées (psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux) ainsi que des facteurs socioculturels tels que la stigmatisation et le refus de suivi spécialisé par certaines victimes ou familles.(135)

En Algérie, les données disponibles restent limitées mais suggèrent une prise en charge encore insuffisamment structurée. Les études menées à Constantine, Annaba et Béni Messous montrent une fréquence élevée de troubles psychologiques post-agression, mais une orientation vers des services spécialisés encore irrégulière, dépendant des ressources locales et de l'organisation hospitalière.

➤ **Selon la remise des résultats des examens complémentaires :**

Parmi les victimes orientées vers un avis spécialisé, 46,7 % ont remis les résultats des examens complémentaires au médecin légiste, tandis que 53,3 % ne les ont pas rapportés. Bien que la non-remise demeure légèrement majoritaire, près d'une victime sur deux a assuré le retour des résultats prescrits.

Ce taux est nettement supérieur à celui rapporté par Amiar à Constantine, qui retrouvait une remise des résultats dans seulement (5,6 %) des cas (40). Cette différence pourrait témoigner d'une meilleure adhésion des victimes au suivi médico-légal dans notre série. Toutefois, dans les deux études, la récupération des résultats reste incomplète et constitue un point faible du suivi médico-légal. Toutefois, dans les deux études, la récupération des résultats reste incomplète et constitue un point faible du suivi médico-légal.

Le fait que plus de la moitié des victimes orientées n'aient pas restitué leurs résultats témoigne encore d'une rupture dans la continuité de la prise en charge. Cette situation peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment les difficultés d'accès aux structures spécialisées, les contraintes logistiques dans la transmission des résultats, les couts et délais de réalisation des examens, le manque d'information sur leur importance médico-légale ou encore la perte de suivi des victimes après la consultation initiale, phénomène fréquemment décrit dans les structures d'urgence.

Ce résultat met en évidence une importante défaillance dans la continuité de la prise en charge médico-légale et dans la circulation de l'information médicale et limite considérablement

l'intérêt médico-légal des examens complémentaires, notamment pour la confirmation biologique des agressions sexuelles (recherche de spermatozoïdes, ADN, dépistage des IST) Dans les systèmes de santé organisés comme les SexualAssaultReferral Centres (SARC) au Royaume-Uni, la centralisation de la prise en charge permet une meilleure traçabilité des examens complémentaires. Les résultats biologiques et toxicologiques sont intégrés au dossier médico-légal et directement exploités pour la prise en charge globale et les procédures judiciaires, réduisant ainsi les pertes d'informations entre les différents intervenants.(26)

J. Données relatives à l'agresseur présumé (selon les déclarations) :

L'analyse comparative des données relatives à l'agresseur présumé met en évidence plusieurs similitudes entre les différentes études maghrébines, tout en révélant certaines particularités propres à chaque contexte.

Etudes	Notre étude Médecine Légale EPH Laghouat (Algérie) 2015-2025	Benyagoub et al. Médecine légale, EPH Laghouat (Algérie), 2017–2024	Amiar Médecine Légale Constantine (Algérie) 2010 à 2021	Thaljawi al. Médecine légale Sidi Bouzid (Tunisie) 2018-2020	Niort et al. Institut Médico-légal CHU Timome/Marseille (France) 2003-2013
Echantillon	326	126	2276	56	592
Nombre d'agresseurs	1 : 80,4 %	1 : 91%	1 : 53,7%	1 : 87,9 %	1 : 84 %
Sexe de l'agresseur	Masculin : 99,7% Féminin : 0,3 %	indisponible	Masculin :74,3% Féminin : 0,5 %	Masculin :100 % Féminin : 00 %	indisponible
Age de l'agresseur	Jeune adulte [18-34] : 48,2 % Mineur <18 : 15,3%	indisponible	Jeune adulte [19-34] : 42,7 % Mineur <18 : 10,7 %	Jeune adulte [18-30]: 89,52 %	indisponible
Lien victime- Agresseur	Personne connue : 43,6 % Personne inconnue : 36,2 %	Personne connue : 82,5% (notamment Voisin : 34,1 %, membre de famille : 27%) Personne inconnue : 17,5%	Personne connue 64,5 % (notamment Partenaire intime actuel : 25,4 % et Voisin : 20,2 %)	Personne connue : 90,6 % (notamment un Membre de famille : 6,2 %)	Personne connue : 28 %

Tableau 78:Données relatives à l'agresseur présumé dans les différentes études

➤ Selon le nombre d'agresseurs présumés :

Dans notre étude, l'agression sexuelle est majoritairement commise par un seul auteur (80,4 % des cas). Cette proportion est concordante avec celles rapportées par Pr Benyagoub et al. à Laghouat (91 %)(136)pdf, par Pr Amiar à Constantine (53,7 %)(40),par Thaljawhi et al. en Tunisie (87,9 %)(38)et par Niort et al. en France (84 %)(28), confirmant que les agressions sexuelles sont le plus souvent perpétrées par un agresseur unique.Cette observation est en

accord avec les données de l’OMS, qui indiquent que les agressions sexuelles sont majoritairement des actes individuels. (10)

➤ **Selon le sexe de l’agresseur présumé:**

Concernant le sexe de l’agresseur, notre étude montre une prédominance quasi exclusive des auteurs masculins (99,7 %), résultat concordant avec les données de la littérature. Thaljawi et al.(38)rapportent ainsi une proportion de 100 % d’agresseurs masculins, tandis qu’Amiar(40)retrouve également une très forte prédominance masculine (74,3 %). Cette homogénéité confirme que les violences sexuelles demeurent essentiellement le fait d’hommes, quel que soit le contexte géographique étudié(10).

➤ **Selon l’âge de l’agresseur présumé :**

L’analyse de l’âge des agresseurs révèle dans notre série une prédominance des jeunes adultes de 18 à 34 ans (48,2 %), suivis des mineurs de moins de 18 ans (15,3 %). Des résultats comparables sont retrouvés par Amiar(40), où les sujets âgés de 19 à 34 ans représentent 42,7 % des auteurs identifiés. Thaljawi(38)rapporte une proportion encore plus élevée de jeunes adultes âgés de 18 à 30 ans (89,5 %). Ces observations suggèrent que les violences sexuelles sont majoritairement commises par des individus appartenant aux classes d’âge les plus actives sur les plans physique et social, une constatation qui est concordante avec les données de la littérature internationale. La présence non négligeable de mineurs parmi les auteurs présumés souligne par ailleurs l’importance des facteurs éducatifs, familiaux et comportementaux dans la prévention de ces violences.

➤ **Selon le lien entre la victime et l’agresseur présumé :**

Dans notre étude, les personnes connues représentaient 43,6 % des agresseurs présumés, contre 36,2 % de personnes inconnues. Ces résultats mettent en évidence l’implication importante de l’entourage de la victime dans la survenue des violences sexuelles.

Cette observation est en accord avec les données de la littérature. Benyagoub et al.(136) rapportent que 82,5 % des victimes connaissaient leur agresseur, notamment des voisins (34,1 %) et des membres de la famille (27 %)(136). De même, Amiar (40) retrouve 64,5 % d’auteurs connus, parmi lesquels les partenaires intimes actuels (25,4 %) et les voisins (20,2 %) occupent une place importante. En Tunisie, Thaljawi et al. (38) rapportent une proportion encore plus élevée de personnes connues, atteignant 90,6 %. Ces différentes études

convergent vers le constat que les violences sexuelles sont fréquemment commises par une personne appartenant à l'environnement familial, social ou relationnel de la victime.

Cette concordance peut s'expliquer par la relation de confiance, de proximité ou d'autorité qui unit souvent l'agresseur à la victime. Cette proximité facilite le passage à l'acte, tout en favorisant les mécanismes d'emprise, d'intimidation ou de manipulation susceptibles de retarder la révélation des faits.

Toutefois, certaines séries occidentales rapportent une distribution différente du lien victime–agresseur. Ainsi, Niort et al. retrouvent une proportion plus faible d'agresseurs connus (28 %), suggérant une prédominance relative d'auteurs inconnus dans leur contexte d'étude, ce qui pourrait s'expliquer par une part plus importante d'agressions survenant dans l'espace public ou dans des situations sans relation préalable entre la victime et l'auteur.

Ainsi, nos résultats s'inscrivent dans la même tendance que celle décrite dans les études algériennes, tunisiennes et internationales, confirmant que l'agresseur sexuel présumé est fréquemment une personne connue de la victime. Cette réalité souligne l'importance d'une vigilance particulière vis-à-vis des violences commises au sein de l'entourage proche, souvent perçu à tort comme un espace protecteur.

Dans l'ensemble, nos résultats rejoignent les données de la littérature en montrant que l'agresseur sexuel présumé est le plus souvent un homme jeune connu agissant seul.

VIII. Forces et limites de l'étude :

A. Forces de l'étude :

1. Sujet d'étude pertinent et données régionales inédites :

Cette étude porte sur les violences sexuelles, problématique majeure de santé publique, médico-légale et sociétale. Elle constitue également l'une des premières descriptions épidémiologiques exhaustives réalisées dans la wilaya de Laghouat, contribuant à combler un déficit important de données régionales sur cette thématique.

2. Longue période d'observation :

La période d'inclusion de 11 ans (2015–2025) représente un atout méthodologique majeur. Elle permet d'obtenir une vision plus stable et représentative du phénomène, de limiter

l'influence des fluctuations annuelles et d'analyser les tendances temporelles observées au cours de la décennie.

3. Taille d'échantillon importante et recrutement exhaustif :

L'étude a inclus 406 victimes présumées de violences sexuelles correspondant à l'ensemble des dossiers répondant aux critères d'inclusion durant la période étudiée. Cette exhaustivité réduit le risque de biais de sélection interne et améliore la représentativité de l'activité du service de médecine légale.

4. Utilisation de données médico-légales objectives et officielles :

Les données proviennent de dossiers médico-légaux, de réquisitions judiciaires, de certificats médico-légaux et d'examens complémentaires. Cette source d'information confère une meilleure fiabilité aux résultats que les enquêtes reposant exclusivement sur des déclarations.

5. Analyse de la prévalence en milieu médico-légal :

L'étude ne s'est pas limitée à la description des victimes mais a également évalué la prévalence des violences sexuelles parmi l'ensemble des consultations médico-légales. Cette approche permet d'apprécier le poids réel de cette problématique dans l'activité du service.

6. Approche multidimensionnelle du phénomène étudié :

L'étude a exploré simultanément les caractéristiques sociodémographiques des victimes, les circonstances des agressions, les facteurs de vulnérabilité, les constatations médico-légales, les modalités de prise en charge ainsi que les caractéristiques des auteurs présumés. Cette approche globale offre une compréhension approfondie du phénomène.

7. Analyse détaillée des constatations médico-légales :

L'évaluation précise des lésions génitales, anales et somatiques, incluant leur fréquence, leur type, leur localisation anatomique et leur ancienneté, constitue une force importante de ce travail et apporte des données médico-légales détaillées rarement collectées ensemble dans une seule étude.

8. Évaluation du parcours et de la qualité de la prise en charge médico-légale :

L'étude a analysé plusieurs indicateurs de prise en charge, notamment le délai de consultation, la réalisation des prélèvements biologiques, l'orientation vers des structures spécialisées et la récupération des examens complémentaires. Ces données permettent d'apprécier le fonctionnement du circuit médico-légal local.

9. Distinction entre données déclaratives et constatations objectives :

La prise en compte simultanée des allégations des victimes et des constatations médico-légales permet une approche méthodologique rigoureuse, reconnaissant la différence entre violences sexuelles présumées et éléments médico-légaux objectivables. Les allégations sont

rapportées parmi les patients ayant déclaré avoir été victimes de violences sexuelles et correspondent ainsi à des **victimes présumées**, dont le statut repose sur les déclarations recueillies lors de la consultation. À l'inverse, les constatations médico-légales sont évaluées chez l'ensemble des patients ayant bénéficié d'un examen sexuel et permettent d'identifier les victimes présentant des éléments objectifs compatibles avec une agression sexuelle, sans pour autant constituer une confirmation juridique des faits. Cette différence implique une variation du dénominateur selon qu'il s'agit des allégations ou des constatations. Ainsi, cette distinction - qui n'est pas couramment précise dans la majorité des études - témoigne d'une approche méthodologique rigoureuse permettant une évaluation plus nuancée de la prévalence des violences sexuelles.

10. Intérêt pratique pour l'amélioration des politiques de prise en charge

Les résultats obtenus permettent d'identifier plusieurs insuffisances organisationnelles et fournissent des pistes concrètes d'amélioration concernant la prévention, la prise en charge multidisciplinaire des victimes et l'optimisation des pratiques médico-légales.

B. Limites de l'étude :

1. Nature rétrospective de l'étude et données manquantes :

Le caractère rétrospectif expose l'étude aux limites inhérentes à l'exploitation de dossiers archivés. Certaines variables présentaient des informations incomplètes ou non renseignées, susceptibles de réduire la précision de certaines analyses descriptives.

En fait, la première limite de notre étude réside dans ce caractère rétrospectif, qui nous a contraints à nous appuyer exclusivement sur les données consignées dans les dossiers médico-légaux. Cette dépendance aux archives a entraîné des lacunes informationnelles non négligeables, notamment concernant certaines données anamnestiques, telles que la date des dernières règles et l'âge de la ménarche, ainsi que des éléments circonstanciels, tel l'usage d'armes, et les résultats des bilans biologiques demandés, qui étaient souvent indisponibles. Ainsi, la proportion de données classées comme « non précisées » dans notre série reflète davantage les limites du recueil d'information que la réalité épidémiologique sous-jacente, et suggère une probable sous-estimation de certains éléments cliniques et circonstanciels associés aux violences sexuelles dans notre population d'étude.

2. Sous-estimation probable de la prévalence réelle des violences sexuelles (Biais de sélection lié au recrutement médico-judiciaire) :

L'étude inclut uniquement les victimes ayant consulté dans un cadre médico-judiciaire. Les violences non révélées, non signalées ou non adressées au service de médecine légale ne sont pas prises en compte, ce qui limite l'estimation du phénomène réel dans la population

générale. Ainsi, les prévalences calculées à partir des consultations médico-légales doivent être interprétées comme des indicateurs de recours aux services médico-légaux plutôt que comme une mesure directe de la prévalence des violences sexuelles dans la population générale.

3. Étude monocentrique et généralisation limitée :

Les données proviennent d'un seul service de médecine légale. Les résultats reflètent principalement les spécificités organisationnelles, judiciaires et socioculturelles de la région de Laghouat et doivent être extrapolés avec prudence à d'autres contextes.

4. Limites de comparabilité des données avec la littérature :

Une limite de notre travail réside dans l'hétérogénéité des études disponibles dans la littérature, notamment en termes de population source et de méthodologie. Cette variabilité a restreint la comparaison directe de notre prévalence aux seules études réalisées en milieu médico-légal incluant l'ensemble des consultants, limitant ainsi la portée des comparaisons épidémiologiques internationales.

5. Dépendance partielle aux déclarations des victimes :

Plusieurs variables étudiées reposent exclusivement sur les déclarations des victimes ou sur les éléments rapportés indirectement par les autorités ou les accompagnants (circonstances des faits, lien avec l'agresseur, perte de connaissance, notion d'éjaculation ou utilisation du préservatif, usage d'arme). Ces informations peuvent être influencées par des biais de mémorisation, de perception ou de révélation en raison de caractère tabou des violences sexuelles dans notre contexte culturel

6. Absence de confirmation judiciaire systématique des faits :

L'étude porte sur des victimes présumées de violences sexuelles. Les informations relatives aux agressions et aux auteurs présumés ne correspondent pas nécessairement à des faits judiciairement établis.

7. Influence du délai de consultation sur les constatations médico-légales :

La disparition progressive des lésions traumatiques et des traces biologiques avec le temps peut entraîner une sous-estimation des constatations cliniques et des preuves biologiques, influençant ainsi certains résultats observés.

8. Faible recours aux prélèvements biologiques et aux examens complémentaires :

Le très faible taux de prélèvements biologiques réalisés et l'absence des prélèvements systématiques dans notre service, ainsi que la faible récupération des résultats des avis spécialisés demandés, limitent les possibilités de confirmation objective des faits allégués et réduisent l'exhaustivité de certaines évaluations médico-légales.

- Malgré les limites inhérentes à tout travail rétrospectif mené dans un contexte à ressources limitées, notre étude présente l'originalité d'être l'une des premières analyses épidémiologiques et médico-légales exhaustives et approfondies des violences sexuelles dans la wilaya de Laghouat sur une période de 11 ans. Elle apporte ainsi des données locales inédites, permettant de mieux caractériser le profil des victimes, les circonstances des agressions et les constatations médico-légales, et susceptibles d'orienter les stratégies de prévention ainsi que d'améliorer les pratiques de prise en charge médico-légale dans notre région.

IX. Perspectives et recommandations :

A. Perspectives hospitalières et médico-légales :

1. Renforcement du système de recueil et de traçabilité des données médico-légales :

- Il apparaît nécessaire d'améliorer la qualité du recueil des informations médico-légales à travers :
 - **Standardisation des dossiers** : utiliser les mêmes rubriques et la même organisation dans tous les dossiers médico-légaux afin que les informations recueillies soient comparables d'un patient à l'autre.
 - **Fiches d'examen structurées** : formulaires préétablis guidant le médecin dans le recueil systématique des données (identité, circonstances, examen clinique, prélèvements, constatations, etc.).
 - **Protocoles harmonisés** : procédures et recommandations uniformes appliquées par tous les professionnels pour réaliser l'examen, documenter les constatations, effectuer les prélèvements et rédiger les certificats. Cela permet de réduire les variations de pratique entre examinateurs et d'améliorer la qualité des données.
- Ce système de recueil permettrait de réduire les données manquantes liées au caractère rétrospectif des dossiers et d'assurer une meilleure exhaustivité des variables cliniques, anamnestiques et circonstancielles.

2. Amélioration de la récupération des résultats des examens complémentaires :

- Un système de suivi des résultats biologiques et des avis spécialisés devrait être mis en place afin d'assurer leur intégration systématique dans les dossiers médico-légaux et d'améliorer la qualité globale des conclusions. La mise en place d'un dossier médical informatisé partagé entre les différents services impliqués permettrait un accès rapide aux résultats complémentaires et faciliterait leur exploitation à des fins médico-légales.

3. Renforcement de la formation du personnel médico-légal :

- Une formation continue des médecins légistes et des professionnels impliqués dans la prise en charge des victimes apparaît indispensable, notamment concernant les méthodes standardisées de recueil des données, afin de réduire les biais informationnels liés aux déclarations, ainsi que les techniques de prélèvement biologique et l'interprétation des constatations médico-légales.

B. Santé publique et prévention :

1. Amélioration du circuit de prise en charge médico-judiciaire des victimes :

- Il est recommandé de renforcer la coordination entre les services de médecine légale, les autorités judiciaires, les services de gynécologie, de psychiatrie, de psychologie, de toxicologie et d'infectiologie. Cette coordination pourrait être facilitée par:
 - ▶ La mise en place d'un circuit de prise en charge clairement défini pour les victimes de violences sexuelles ;
 - ▶ L'élaboration de fiches d'orientation standardisées afin de faciliter l'orientation des victimes vers les structures compétentes ;
 - ▶ La désignation de référents identifiés au sein de chaque service impliqué dans la prise en charge ;
 - ▶ L'instauration de procédures de communication rapide et sécurisée entre les différents intervenants ;
 - ▶ L'organisation de réunions de concertation multidisciplinaires périodiques pour assurer le suivi des situations complexes ;
 - ▶ Le développement et l'application de protocoles communs de prise en charge afin d'harmoniser les pratiques professionnelles.
- Ces mesures contribueraient à assurer une meilleure continuité des soins et un suivi coordonné des victimes sur les plans médical, psychologique, médico-légal et judiciaire, tout en favorisant une approche multidisciplinaire permettant une prise en charge globale, précoce et plus efficace des violences sexuelles.

2. Généralisation des prélèvements biologiques et amélioration de la confirmation objective :

- Le développement d'une politique systématique de réalisation des prélèvements biologiques (recherche de spermatozoïdes, ADN, prélèvements multiples selon les sites) constitue une priorité. L'accès facilité aux laboratoires spécialisés et la traçabilité des résultats permettraient de renforcer la valeur probante des constatations médico-légales en apportant la preuve biologique qui manque dans notre étude.

3. Sensibilisation et réduction des freins socioculturels :

- Des actions de sensibilisation visant à réduire la stigmatisation des violences sexuelles et le phénomène de sous-déclaration sont nécessaires afin d'encourager le recours précoce aux soins et au signalement. Cela pourrait se traduire par :
 - ▶ L'organisation de campagnes d'information dans les établissements scolaires, universitaires et les structures de santé,
 - ▶ La diffusion de supports éducatifs (affiches, brochures, messages sur les réseaux sociaux et les médias locaux)
 - ▶ Des séances de sensibilisation destinées aux familles et à la population générale.
- Ces actions permettraient de mieux faire connaître les conséquences des violences sexuelles, les droits des victimes et l'importance d'une consultation médico-légale précoce. Elles contribueraient ainsi à limiter les retards de consultation et les pertes d'informations médico-légales essentielles à la prise en charge et à l'enquête judiciaire.

C. Perspectives de recherche :

1. Développement de registres régionaux et études multicentriques :

- La création de bases de données régionales ou nationales permettrait une meilleure surveillance épidémiologique des violences sexuelles. Par ailleurs, la réalisation d'études multicentriques impliquant plusieurs services de médecine légale de différentes régions du pays améliorerait la représentativité et la généralisation des données et faciliterait les comparaisons interrégionales.

2. Renforcement de la recherche future

- Des études prospectives sont recommandées afin de mieux documenter les facteurs de risque, les caractéristiques des agresseurs, les conséquences médico-psychologiques à long terme et l'efficacité des dispositifs de prise en charge.

3. Harmonisation méthodologique des études portant sur les violences sexuelles

- Afin de faciliter les comparaisons nationales et internationales, il serait souhaitable d'harmoniser les définitions, les indicateurs et les modalités de recueil des données utilisées dans les études portant sur les violences sexuelles. Cette standardisation permettrait d'assurer une meilleure comparabilité des résultats entre les différentes études, de réduire l'hétérogénéité méthodologique et de renforcer la validité des analyses épidémiologiques, aussi bien au niveau national qu'international.

X. Conclusion :

Cette étude rétrospective réalisée au service de médecine légale de l'EPH Ahmida Benadjila de Laghouat, sur une période de onze ans (2015–2025), a permis d'apporter un éclairage épidémiologique et médico-légal sur la problématique des violences sexuelles dans notre contexte local.

Les résultats montrent que la prévalence des violences sexuelles parmi les consultations médico-légales demeure globalement faible mais non négligeable, traduisant une réalité probablement sous-estimée. L'évolution temporelle met en évidence des fluctuations avec des pics d'activité, notamment en 2018 et 2021, suggérant une influence de facteurs contextuels et organisationnels.

Le profil des victimes est dominé par les femmes, avec une forte proportion d'enfants et d'adolescents, en particulier dans la tranche d'âge 10–17 ans. Les victimes sont majoritairement issues d'un milieu urbain et scolarisées, vivant le plus souvent dans un cadre familial biparental. Les agressions surviennent principalement dans des contextes opportunistes, impliquant le plus souvent un auteur masculin jeune adulte, fréquemment connu de la victime, bien que les auteurs inconnus ne soient pas négligeables.

Sur le plan médico-légal, les constatations montrent une prédominance de l'absence de lésions traumatiques objectivables, avec toutefois des lésions génitales et anales retrouvées dans une proportion significative des cas. Les prélèvements biologiques et les confirmations objectives restent exceptionnels, limitant parfois la portée probatoire des constatations. Le recours aux soins est globalement précoce, bien qu'un retard de consultation persiste dans un nombre non négligeable de situations.

Cette étude met également en évidence certaines limites organisationnelles, notamment un recours insuffisant aux examens complémentaires, une traçabilité perfectible des données médico-légales et une prise en charge encore largement dépendante du circuit sécuritaire.

Malgré les limites inhérentes à son caractère rétrospectif, monocentrique et dépendant de la qualité des dossiers, ce travail constitue une première base de données locale permettant de mieux comprendre l'ampleur et les caractéristiques des violences sexuelles dans la région de Laghouat.

Ainsi, les résultats soulignent la nécessité d'améliorer la standardisation du recueil des données, de renforcer la formation médico-légale, d'optimiser la prise en charge des victimes et de développer des stratégies de prévention adaptées. Ils plaident également pour la mise en place de registres régionaux et d'études multicentriques afin de mieux appréhender ce phénomène complexe et souvent sous-déclaré.

En définitive, les violences sexuelles apparaissent comme un problème médico-légal et de santé publique majeur, nécessitant une approche globale, coordonnée et multidisciplinaire, associant médecine légale, justice, santé publique et société civile.

Malgré les limites inhérentes au caractère rétrospectif de l'étude et à l'existence de données incomplètes dans certains dossiers archivés, ce travail constitue l'une des premières études médico-légales de cette ampleur consacrées aux violences sexuelles dans la wilaya de Laghouat. Il fournit des données épidémiologiques et médico-légales importantes pouvant contribuer à l'amélioration des politiques de prévention, au renforcement des protocoles de prise en charge et au développement de futures recherches longitudinales portant sur les conséquences physiques, psychologiques et sociales des violences sexuelles en Algérie.

Annexes :



**[République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche scientifique
Université de Laghouat
Fiche de Recueil**

Les violences sexuelles prises en charges au service de médecine légale de l'EPH de Laghouat

A. Identification de la victime

1. Numéro de fiche : _____
2. Autorité requérante : _____
3. Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin
4. Âge : ☐ 0-4 ans ☐ 5-9 ans ☐ 10-14 ans
☐ 15-17 ans ☐ 18-24 ans ☐ ≥ 25 ans
5. Lieu de résidence : ☐ Urbain ☐ Rural
6. Etat civil : ☐ Non applicable (Mineur) ☐ Célibataire ☐ Marié
☐ Divorcé ☐ Veuf
7. Consentement éclairé : ☐ Oui ☐ Non

B. Informations générales et antécédents de la victime

8. Situation scolaire/professionnelle :
☐ Âge non scolaire ☐ Scolarisé ☐ Avec activité professionnelle
☐ Sans activité professionnelle ☐ Retraité ☐ Non précisée
9. Niveau d'instruction :
☐ Sans instruction ☐ Préscolaire ☐ Primaire ☐ Collège
☐ Lycée ☐ Universitaire ☐ Non précisé
10. L'enfant vit avec :
☐ Avec les deux parents ☐ Avec la mère ☐ Avec le père
☐ En famille d'accueil/tuteur ☐ En institution
11. Handicap : ☐ Oui ☐ Non
12. Antécédents psychiatriques : ☐ Oui ☐ Non
13. Consommation de tabac : ☐ Oui ☐ Non
14. Consommation d'alcool : ☐ Oui ☐ Non
15. Consommation de psychotropes : ☐ Oui ☐ Non
16. Antécédents gynécologiques :
☐ Nullipare ☐ Primipare ☐ Multipare ☐ Grossesse en cours ☐ Non applicable
17. Contraception actuelle : ☐ Oui ☐ Non

C. Informations sur la violence sexuelle :

18. Le patient est-il victime de violence sexuelle selon ses dires : ☐ Oui ☐ Non
19. Dans quelles circonstances s'est produite la violence sexuelle :
☐ Fugue ☐ Incident fortuit ☐ Chantage ☐ Rencontre sur les réseaux
☐ Visite parentelle ☐ Kidnapping ☐ Inceste ☐ Non précisée
20. Le type de la violence sexuelle :
☐ Pénétration vaginale ☐ Pénétration anale ☐ Pénétration vaginale et anale
☐ Pénétration orale ☐ Tentative de pénétration ☐ Attouchements sexuels
☐ Commentaire/bravace sexuelle ☐ Traite ou exploitation sexuelle ☐ Non précisé

21. Fréquence de la violence sexuelle : ☐ 1^{er} épisode ☐ Répétée
22. Le lieu de la violence sexuelle :
- ☐ Domicile de la victime ☐ Domicile de l'agresseur ☐ Lieu de travail
- ☐ Ecole ☐ Lieu public ☐ Non précisé
23. Horaire de la violence : ☐ Matin ☐ Après-midi ☐ Soir ☐ Nuit ☐ Non précisé
24. Mois : ☐ Janvier ☐ Février ☐ Mars ☐ Avril ☐ Mai ☐ Juin ☐ Juillet
- ☐ Août ☐ Septembre ☐ Octobre ☐ Novembre ☐ Décembre
25. La saison : ☐ Automne ☐ Hiver ☐ Printemps ☐ Été
26. Délai entre l'agression et la consultation :
- ☐ < 24H ☐ 24 - 48H ☐ 48 - 72H ☐ 3J - 1 Semaine ☐ > 1 semaine ☐ Non précisé
27. Notion de perte de connaissance : ☐ Oui ☐ Non
28. Notion d'éjaculation : ☐ Oui ☐ Non
29. Port de préservatif : ☐ Oui ☐ Non

D. Informations sur les constatations médico-légales :

30. A l'examen gynécologique, le type de lésions constatées :
- ☐ Ecchymose ☐ Frosion ☐ Déchirure ☐ Hématome ☐ Aucune
31. Localisation des lésions : ☐ Vulve ☐ Hymen ☐ Vaginale vaginal ☐ Parovaginale ☐ Aucune
32. La lésion observée est-elle : ☐ Ancienne ☐ Récente
33. Siège des lésions hyménales selon cadran horaire :
- ☐ 1H ☐ 2H ☐ 3H ☐ 4H ☐ 5H ☐ 6H ☐ 7H ☐ 8H ☐ 9H ☐ 10H ☐ 11H ☐ 12H
34. A l'examen anal, le type de lésions constatées :
- ☐ Frosion ☐ Ecchymose ☐ Fissure ☐ Récuse ☐ Aucune
35. Siège des lésions anales selon le cadran horaire :
- ☐ 1H ☐ 2H ☐ 3H ☐ 4H ☐ 5H ☐ 6H ☐ 7H ☐ 8H ☐ 9H ☐ 10H ☐ 11H ☐ 12H
36. La lésion observée est-elle : ☐ Ancienne ☐ Récente
37. Au moins une lésion génitale ou anale a-t-elle été objectivée à l'examen ? ☐ Oui ☐ Non
38. Autres formes de violence associées : ☐ Oui ☐ Non
39. Une ITT a été prescrite ? ☐ Oui ☐ Non
40. Si oui, elle était de combien de jours : ☐ 00 Jour ☐ ≤ 15 Jours ☐ > 15 Jours
41. Des écouvillons rouges à la recherche de spermatozoïdes ont été réalisés : ☐ Oui ☐ Non
42. Malade orienté vers un autre service de prise en charge spécialisée : ☐ Oui ☐ Non
43. Les résultats des examens complémentaires ont-ils été remis ? : ☐ Oui ☐ Non
44. Une confirmation biologique de la violence sexuelle a été apportée ? : ☐ Oui ☐ Non

E. Informations sur l'agresseur (déclarées par la victime)

45. Nombre d'agresseurs : ☐ 1 ☐ 2 ☐ ≥3 ☐ Non précisé
46. Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin
47. Age de l'agresseur présumé :
- ☐ Mineur (<18 ans) ☐ Jeune adulte (18-34 ans) ☐ Adulte (35-54 ans)
- ☐ Personne âgée (≥55 ans) ☐ Inconnu
48. Lien entre la victime et l'agresseur :
- ☐ Mari ☐ Fiancé ☐ Proche parent ☐ Petit parent
- ☐ Autres Membres de famille ☐ Autorité ☐ Personne connue
- ☐ Personne inconnue

Résumé :

Titre :

Prévalence et caractéristiques des victimes présumées de violences sexuelles prises en charge au service de médecine légale de l'EPH Ahmida Benadjila de Laghouat (2015-2025)

Contexte :

Les violences sexuelles représentent un problème majeur de santé publique et de médecine légale en raison de leurs conséquences physiques, psychologiques, sociales et judiciaires. En l'absence de données exhaustives sur ce sujet à l'échelle locale, plusieurs questions se posent : quelle est la prévalence des victimes présumées de violences sexuelles prises en charge au service de médecine légale de l'EPH de Laghouat et quelles sont leurs principales caractéristiques médico-légales et épidémiologiques ?

Objectif :

Notre étude avait pour objectif d'estimer la prévalence des victimes présumées de violences sexuelles parmi les consultants du service de médecine légale de l'Hôpital Ahmida Benadjila de Laghouat, sur une période de onze ans (2015–2025), et d'en décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et médico-légales.

Méthode :

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique menée sur une période de 11 ans, allant de janvier 2015 à décembre 2025. L'étude a porté sur les dossiers médico-légaux des victimes présumées de violences sexuelles adressées au service de médecine légale sur réquisition judiciaire. Parmi les 424 dossiers recensés, 18 ont été exclus selon les critères de sélection, permettant l'inclusion finale de 406 dossiers exploitables. Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche standardisée et analysées par le logiciel IBM SPSS Statistics et concernaient les caractéristiques des victimes, les circonstances des faits allégués, les constatations médico-légales, la prise en charge ainsi que les données relatives aux agresseurs présumés.

Résultat :

La prévalence globale des violences sexuelles présumées était de 2,4 % parmi l'ensemble des consultations médico-légales réalisées durant la période étudiée. Une fluctuation annuelle a été observée, avec un pic en 2018 (4,6 %) et en 2021 (4,1 %). Les victimes étaient majoritairement de sexe féminin (67,5 %), avec un sex-ratio F/H de 2,07. L'âge moyen était de $14,8 \pm 5,6$ ans, avec une prédominance des mineurs notamment les adolescents âgés de 15 à 17 ans (34,5 %). La majorité des victimes provenait du milieu urbain (88,4 %), était scolarisée (64,3 %) et vivait avec les deux parents (79,6 %).

Concernant les violences alléguées, 80,3 % des victimes ont déclaré avoir subi une agression sexuelle. Les pénétrations représentaient le type de violence le plus fréquent (85.3 %), d'abord anales (40.5 %) puis vaginales (33.8 %) et associées dans (23.6 %) des cas. Les faits étaient le plus souvent attribués à un seul agresseur (80,4 %), généralement de sexe masculin (99,7 %) et âgé de 18 à 34 ans (48,2 %). Dans la majorité des cas (43,6 %), l'agresseur présumé était connu de la victime.

Sur le plan médico-légal, des lésions génitales et/ou anales ont été objectivées dans 32,5 % des cas. Les lésions hyménales représentaient les lésions gynécologiques les plus fréquentes, dominées par les déchirures anciennes localisées préférentiellement entre 5H et 8H. Les lésions anales étaient retrouvées chez 20,7 % des victimes, principalement sous forme de fissures récentes. La majorité des consultations survenait avant 72 heures (57,5 %), et malgré ça les prélèvements biologiques demeuraient très rarement réalisés (1,2 %) limitant les possibilités de confirmation biologique, retrouvée dans un seul cas (0,2 %).

Conclusion : Cette étude met en évidence une réalité médico-légale importante des violences sexuelles dans la région de Laghouat, touchant principalement les jeunes femmes et les mineurs. Malgré une prévalence globalement faible parmi les consultations, ces violences demeurent un problème probablement sous-estimé. Les résultats soulignent la nécessité d'améliorer la standardisation des pratiques médico-légales, de renforcer la prise en charge multidisciplinaire des victimes et de développer des stratégies de prévention adaptées, ainsi que des registres régionaux et des études multicentriques.

Mots-clés :

Violences sexuelles ; médecine légale ; prévalence ; victimes présumées ; épidémiologie ; mineurs ; agressions sexuelles ; Laghouat ; étude rétrospective ; Algérie.

Abstract :

Title:

Prevalence and Characteristics of Alleged Victims of Sexual Violence Managed at the Forensic Medicine Department of EPH Ahmida Benadjila, Laghouat (2015–2025)

Background:

Sexual violence represents a major public health and forensic medicine issue due to its physical, psychological, social, and legal consequences. In the absence of comprehensive local data, several questions arise: what is the prevalence of alleged victims of sexual violence managed at the forensic medicine department of EPH Laghouat, and what are their main medico-legal and epidemiological characteristics?

Objective:

This study aimed to estimate the prevalence of alleged victims of sexual violence among patients attending the forensic medicine department of Ahmida Benadjila Hospital in Laghouat over an eleven-year period (2015–2025), and to describe their epidemiological, clinical, and medico-legal characteristics.

Methods:

This is a retrospective, descriptive, and analytical study conducted over 11 years, from January 2015 to December 2025. It included medico-legal records of alleged victims of sexual violence referred to the forensic medicine department under judicial requisition. Among 424 collected files, 18 were excluded based on selection criteria, resulting in 406 eligible cases. Data were collected using a standardized form and analyzed using IBM SPSS Statistics. Variables included victim characteristics, circumstances of the alleged acts, medico-legal findings, management, and data related to alleged perpetrators.

Results:

The overall prevalence of alleged sexual violence was 2.4% among all forensic consultations during the study period. Annual fluctuations were observed, with peaks in 2018 (4.6%) and 2021 (4.1%). Victims were predominantly female (67.5%), with a female-to-male sex ratio of 2.07. The mean age was 14.8 ± 5.6 years, with a predominance of minors, particularly adolescents aged 15–17 years (34.5%). Most victims came from urban areas (88.4%), were attending school (64.3%), and lived with both parents (79.6%).

Regarding the alleged assaults, 80.3% of victims reported sexual assault. Penetrative acts were the most frequent form of violence (85.3%), mainly anal (40.5%), followed by vaginal (33.8%), and combined forms (23.6%). The assaults were most often attributed to a single

perpetrator (80.4%), usually male (99.7%) and aged 18–34 years (48.2%). In the most cases (43,6 %), the alleged perpetrator was known to the victim.

From a medico-legal perspective, genital and/or anal injuries were documented in 32.5% of cases. Hymenal lesions were the most frequent gynecological findings, mainly old tears located between the 5 and 8 o'clock positions. Anal lesions were observed in 20.7% of victims, mainly recent fissures. Most consultations occurred within 72 hours (57.5%); however, biological sampling was rarely performed (1.2%), limiting confirmatory biological evidence, which was obtained in only one case (0.2%).

Conclusion:

This study highlights an important medico-legal reality of sexual violence in the Laghouat region, mainly affecting young females and minors. Although the overall prevalence among forensic consultations appears low, these cases are likely underreported. The findings underline the need to improve the standardization of medico-legal practices, strengthen multidisciplinary victim care, and develop targeted prevention strategies, as well as regional registries and multicenter studies.

Keywords:

Sexual violence; forensic medicine; prevalence; alleged victims; epidemiology; minors; sexual assault; Laghouat; retrospective study; Algeria.

المخلص

العنوان:

مدى انتشار وخصائص الضحايا المفترضين للعنف الجنسي المتكفل بهم على مستوى مصلحة الطب الشرعي بالمؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد بن ساجلة بولاية الأغواط (2015-2025)

السياق:

يُعدّ العنف الجنسي مشكلة كبرى في مجال الصحة العمومية والطب الشرعي نظراً لتداعياته الجسدية والنفسية والاجتماعية والقضائية. وفي ظل غياب معطيات محلية شاملة حول هذا الموضوع، تبرز عدة تساؤلات: ما هو مدى انتشار الضحايا المفترضين للعنف الجنسي الذين تم التكفل بهم على مستوى مصلحة الطب الشرعي بولاية الأغواط؟ وما هي خصائصهم الوبائية والسريرية والطب شرعية؟

الهدف:

هدفت هذه الدراسة إلى تقدير مدى انتشار الضحايا المفترضين للعنف الجنسي من بين الوافدين على مصلحة الطب الشرعي بالمؤسسة العمومية الاستشفائية أحمد بن ساجلة بالأغواط خلال فترة إحدى عشرة سنة (2015-2025)، ووصف خصائصهم الوبائية والسريرية والطب شرعية.

المنهجية:

هي دراسة استيعادية وصفية وتحليلية أجريت خلال فترة تمتد من جانفي 2015 إلى ديسمبر 2025. شملت الدراسة الملفات الطبية الشرعية للضحايا المفترضين للعنف الجنسي المحالين على المصلحة بناءً على تسخيرة قضائية. من أصل 424 ملفاً تم تسجيلها، تم استبعاد 18 ملفاً وفق معايير الانتقاء، مما سمح بإدراج 406 ملفاً قابلاً للاستغلال. تم جمع البيانات باستخدام استمارة معيارية وتحليلها بواسطة برنامج IBM SPSS Statistics، وشملت خصائص الضحايا، ظروف الوقائع المزعومة، المعايينات الطب شرعية، التكفل، بالإضافة إلى معطيات تخص الجناة المفترضين.

النتائج:

بلغت النسبة الإجمالية لضحايا العنف الجنسي المفترضين 2.4% من مجموع الاستشارات الطب شرعية خلال الفترة المدروسة. لوحظ تذبذب سنوي مع تسجيل ذروتين في 2018 (4.6%) و 2021 (4.1%). كانت غالبية الضحايا من الإناث (67.5%) مع نسبة جنس أنثى/ذكر قدرها 2.07. وكان متوسط العمر 14.8 ± 5.6 سنة، مع هيمنة فئة القُصّر، خاصة المراهقين بين 15 و 17 سنة (34.5%). كما أن معظم الضحايا ينحدرون من الوسط الحضري (88.4%)، ومتدربون (64.3%)، ويعيشون مع الوالدين (79.6%).

فيما يخص العنف المزعوم، صرّح 80.3% من الضحايا بتعرضهم لاعتداء جنسي. وكانت حالات الإيلاج هي الأكثر شيوعاً (85.3%)، خاصة الإيلاج الشرجي (40.5%) ثم المهبلي (33.8%)، أو الاثنين معاً (23.6%). غالباً ما نُسبت الوقائع إلى معتدٍ واحد (80.4%)، في الغالب من الذكور (99.7%)، تتراوح أعمارهم بين 18 و 34 سنة (48.2%). وفي أغلب الحالات (43,6%) كان الجاني المفترض معروفاً لدى الضحية.

من الناحية الطب الشرعية، تم توثيق آفات تناسلية و/أو شرجية في 32.5% من الحالات. وكانت الآفات الغشائية (البكارة) الأكثر شيوعاً، غالباً على شكل تمزقات قديمة متموضعة بين الساعتين 5 و 8. كما سُجلت آفات شرجية لدى 20.7% من الضحايا، في شكل شقوق حديثة غالباً. وتمت أغلب الاستشارات خلال أقل من 72 ساعة (57.5%)، إلا أن أخذ العينات البيولوجية كان نادراً جداً (1.2%) مما حدّ من إمكانية التأكيد البيولوجي، والذي لم يُسجل إلا في حالة واحدة (0.2%).

الخاتمة:

تُبرز هذه الدراسة واقعاً طبياً شرعياً مهماً للعنف الجنسي في منطقة الأغواط، حيث يمسّ أساساً النساء الشابات والقُصّر. وعلى الرغم من أن النسبة الإجمالية تبدو منخفضة ضمن الاستشارات الطب شرعية، إلا أن هذه الظاهرة تبقى على الأرجح غير مُبلّغ عنها بشكل كافٍ. وتؤكد النتائج ضرورة تحسين توحيد الممارسات الطب شرعية، وتعزيز التكفل متعدد التخصصات بالضحايا، وتطوير استراتيجيات وقائية ملائمة، إضافة إلى إنشاء سجلات جهوية وإنجاز دراسات متعددة المراكز.

الكلمات المفتاحية:

العنف الجنسي؛ الطب الشرعي؛ مدى الانتشار؛ ضحايا مفترضون؛ وبائيات؛ قُصّر؛ اعتداءات جنسية؛ الأغواط؛ دراسة استعادية؛ الجزائر.

انتشار العنف الجنسي في وحدة الطب الشرعي بالمؤسسة العمومية الاستشفائية أحمدية بن عجيبة بالأغواط خلال الفترة 2015-2025: دراسة وبائية وطبية شرعية

الخلفية

تُعدّ الاعتداءات الجنسية مشكلة كبرى في مجال الصحة العمومية والطب الشرعي، نظراً لما تخلفه من آثار جسدية ونفسية واجتماعية وقضائية. وفي هذا السياق، هدفت هذه الدراسة إلى تقدير انتشار حالات العنف الجنسي المزعومة بولاية الأغواط، ووصف الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والظرفية والطبية الشرعية للضحايا المتكفل بهم بمصلحة الطب الشرعي بالمؤسسة العمومية الاستشفائية أحمدية بن عجيبة.

المنهجية

تتمثل هذه الدراسة في دراسة استيعادية وصفية وتحليلية أجريت على مدى 11 سنة، من جانفي 2015 إلى ديسمبر 2025. شملت الدراسة الملفات الطبية الشرعية للضحايا المفترضين للعنف الجنسي المحالين إلى مصلحة الطب الشرعي بموجب تسخير قضائي. ومن بين 424 ملفاً تم إحصاؤها، تم استبعاد 18 ملفاً وفق معايير الانتقاء، ليبلغ العدد النهائي للملفات القابلة للاستغلال 406 ملفات. وقد شملت المعطيات المجمعة خصائص الضحايا، وظروف الوقائع المزعومة، والمعاينات الطبية الشرعية، والتكفل الطبي، إضافة إلى المعطيات المتعلقة بالمعتدين المفترضين.

النتائج

بلغت النسبة الإجمالية للعنف الجنسي المزعوم 2.4% من مجموع الاستشارات الطبية الشرعية المسجلة خلال فترة الدراسة، مع تسجيل تذبذب سنوي، حيث سُجّلت أعلى النسب سنتي 2018 (4.6%) و2021 (4.1%).

كانت غالبية الضحايا من الإناث بنسبة 67.5%، مع نسبة جنس بلغت 2.07 أنثى لكل ذكر. وبلغ متوسط العمر 5.6 ± 14.8 سنة، مع غلبة فئة المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و17 سنة (34.5%). كما أن معظم الضحايا كانوا من الوسط الحضري (88.4%)، ومتدربين (64.3%)، ويعيشون مع كلا الوالدين (79.6%).

وفيما يخص الاعتداءات المزعومة، صرّح 80.3% من الضحايا بتعرضهم لاعتداء جنسي. وكانت اللمسات الجنسية أكثر أشكال العنف شيوعاً (27%)، تليها الإيلاجات الشرجية (18.4%) ثم المهبلية (15.3%). وكانت الوقائع تُنسب غالباً إلى معتدٍ واحد (80.4%)، يكون في أغلب الحالات من الجنس الذكري (99.7%) ويتراوح عمره بين 18 و34 سنة (48.2%). وفي أكثر من نصف الحالات (56%)، كان المعتدي المفترض مجهولاً لدى الضحية.

ومن الناحية الطبية الشرعية، تم تسجيل إصابات تناسلية وأو شرجية لدى 32.5% من الحالات. وكانت إصابات غشاء البكارة أكثر الإصابات النسائية شيوعاً، وتمثلت أساساً في التمزقات القديمة المتموضعة غالباً بين الساعة الخامسة والثامنة. كما سُجّلت إصابات شرجية لدى 20.7% من الضحايا، خاصة في شكل تشققات. وقد تمت أغلب الاستشارات بعد مدة تجاوزت أسبوعاً واحداً (28.2%)، مما قلّل من إمكانية التأكيد البيولوجي، الذي لم يُسجل إلا في حالة واحدة (0.2%). كما ظلّ إجراء العينات البيولوجية نادراً جداً (1.2%).

الخلاصة

تُبرز هذه الدراسة وجود معدل غير مهم من حالات العنف الجنسي المزعومة بولاية الأغواط، يمسّ أساساً القُصّر والمراهقات من الجنس الأنثوي. كما تُظهر النتائج محدودية التكفل الطبي الشرعي، لا سيما بسبب تأخر الاستشارة وضعف اللجوء إلى الفحوص البيولوجية التكميلية. وتدعو هذه المعطيات إلى تعزيز استراتيجيات الوقاية والكشف المبكر، وتحسين التكفل الطبي القضائي والمتعدد التخصصات بضحايا العنف الجنسي.

Références bibliographiques :

1. Krug EG, éditeur. Rapport mondial sur la violence et la sante. Geneve: Organisation mondiale de la sante; 2002. 376 p.
2. Sexual violence. UNICEF DATA [Internet]. [cité 22 avr 2026]. Disponible sur: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/sexual-violence/>
3. OMS. Violence à l'encontre des femmes [Internet]. 2021 [cité 22 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
4. Doumbia MB. Aspects cliniques et judiciaires des agressions sexuelles à l'hôpital NIANANKORO FOMBA de Ségou. Année universitaire : - 2019 2018.
5. Nations Unies. Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir | OHCHR [Internet]. 1985 [cité 22 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/declaration-basic-principles-justice-victims-crime-and-abuse>
6. Mikton C. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Inj Prev. oct 2010;16(5):359- 60. doi:10.1136/ip.2010.029629
7. PAHO/Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e8db3a07-3c11-47e4-9c5a-f96a14beee3b/content>
8. Violences et agressions sexuelles des enfants. UNICEF [Internet]. [cité 1 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/protection/violences-et-agressions-sexuelles/>
9. Nations Unies. Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir | OHCHR [Internet]. 1985 [cité 22 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/declaration-basic-principles-justice-victims-crime-and-abuse>
10. Dr. ATTROUS Souad. Les violences sexuelles sur mineurs Aspects médico-légaux, juridiques et épidémiologiques dans la région de Rouïba [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://bucket.theses-algerie.com/files/repositories-dz/2205598837529271.pdf>

11. Dr Y.KAMEL, Pr R.BELHADJ. LA DYSFONCTION ÉRECTILE PROBLÈMES MÉDICO-LÉGAUX [Internet]. oct 2023. Disponible sur: <https://aaudz.com/wp-content/uploads/2024/01/4-dysfoction-erectile.pdf>
12. جريمة هتك العرض في القانون الجزائري و المقارن [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://biblio.univ-alger.dz/jspui/bitstream/1635/12185/1/%D9%82%D8%B1%D8%A7%D9%88%D9%8A%20%D9%83%D9%84%D8%AB%D9%88%D9%85.pdf>
13. Nadia Aït-Zaï. LES VIOLENCES SEXUELLES À L'ENCONTRE DES ADOLESCENTES EN ALGERIE [Internet]. 2015. Disponible sur: https://ciddef-dz.com/wp-content/uploads/2021/08/Etude-Violence-sexuelle-chez-ladolescente-NadiaAit-Zai-2_0.pdf
14. JiL. Le harcèlement sexuel en droit algérien: Commentaire de l'article 341 bis du code pénal / Ounissa DAOUDI – JiL.Center [Internet]. [cité 1 mars 2026]. Disponible sur: <https://jilrc.com/archives/7232>
15. Pedophilia | Definition & Facts | Britannica [Internet]. 2026 [cité 22 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.britannica.com/topic/pedophilia>
16. WHO. Lifetime toll: 840 million women faced partner or sexual violence [Internet]. nov 2025. Disponible sur: file:///C:/Users/HP/Desktop/Lifetime%20toll_%20840%20million%20women%20faced%20partner%20or%20sexual%20violence.html
17. Majid Ezzati, Alan D. Lopez, Anthony Rodgers and Christopher J.L. Murray. Comparative Quantification of Health Risks Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors [Internet]. Geneva; 2004. Disponible sur: www.who.int/publications/cra/chapters/volume1
18. Borumandnia N, Khadembashi N, Tabatabaei M, Alavi Majd H. The prevalence rate of sexual violence worldwide: a trend analysis. BMC Public Health. déc 2020;20(1):1835. doi:10.1186/s12889-020-09926-5
19. Li L, Shen X, Zeng G, Huang H, Chen Z, Yang J, et al. Sexual violence against women remains problematic and highly prevalent around the world. BMC Womens Health. 26 avr 2023;23:196. doi:10.1186/s12905-023-02338-8 PubMed PMID: 37101173; PubMed Central PMCID: PMC10134525.

20. Control USD of H and HSC for DC and PNC for IP and. National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): General Population Survey Raw Data, 2010 [Internet]. Inter-university Consortium for Political and Social Research; 2016 [cité 22 avr 2026]. Disponible sur: [https://www.icpsr.umich.edu/web/NACJD/studies/34305?archive=NACJD&permit%25255B0%25255D=AVAILABLE&q=nisvs&x=0&y=0&utm](https://www.icpsr.umich.edu/web/NACJD/studies/34305?archive=NACJD&permit%25255B0%25255D=AVAILABLE&q=nisvs&x=0&y=0&utm%20doi:10.3886/ICPSR34305.v1) doi:10.3886/ICPSR34305.v1
21. Loder RT, Robinson TP. The demographics of patients presenting for sexual assault to US emergency departments. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 1 janv 2020;69:101887. doi:10.1016/j.jflm.2019.101887
22. Sarka-SPIP C. Observatoire de la Démocratie Brésilienne [Internet]. 2019 [cité 22 avr 2026]. Portrait d'une société structurellement violente. Disponible sur: <https://observatoiredemocratiebresil.org/Portrait-d-une-societe-structurellement-violente>
23. Cassidy J, Jones JD, Shaver PR. Contributions of Attachment Theory and Research: A Framework for Future Research, Translation, and Policy. *Dev Psychopathol*. nov 2013;25(4 0 2):1415- 34. doi:10.1017/S0954579413000692 PubMed PMID: 24342848; PubMed Central PMCID: PMC4085672.
24. OfficeFor National Statistics. Sexual offences in England and Wales overview - Office for National Statistics [Internet]. 2025 [cité 22 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/crimeandjustice/bulletins/sexualoffencesinenglandandwalesoverview/yearendingmarch2025>
25. nhs.uk [Internet]. 2022 [cité 22 avr 2026]. Help after rape and sexual assault. Disponible sur: <https://www.nhs.uk/live-well/sexual-health/help-after-rape-and-sexual-assault/>
26. Care Quality Commission. Sexual assault referral centres [Internet]. 2025 [cité 22 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.cqc.org.uk/guidance-regulation/primary-medical-services/sexual-assault-referral-centres?utm.com>
27. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Violences sexuelles - Contexte des sexualités en France [Internet]. [cité 22 avr 2026]. Disponible sur: <https://csf.inserm.fr/resultats/violences-sexuelles/>
28. Niort F, Delteil C, Capasso F, Torrents R, Leonetti G, Piercecchi-Marti MD. Étude rétrospective épidémioclinique sur 10 ans des victimes de viols reçues en consultation à l'Institut médico-légal de Marseille, CHU de Timone. Analyse de 592 cas de victime de viol. *La Revue de Médecine Légale*. juin 2014;5(2):62- 9. doi:10.1016/j.medleg.2014.06.001

29. Pierre C. Description épidémiologique et évaluation de la prise en charge des victimes de violences sexuelles au Centre Hospitalier de Cayenne. 18 janv 2022.
30. gender.study. Understanding the Scope and Impact of Sexual Violence in India » Gender Studies [Internet]. 29 sept 2025 [cité 22 avr 2026]. Disponible sur: <https://gender.study/gender-based-violence/scope-impact-sexual-violence-india/>
31. Tanvi Saxena. Crimes Against Women in India: Trends, Challenges, and Policy Responses – SPRF [Internet]. 1 oct 2025 [cité 22 avr 2026]. Disponible sur: <https://sprf.in/crimes-against-women-in-india-trends-challenges-and-policy-responses/>
32. Rathi A, Naagar S, Kumar V, Lal P, Goel SK. Sexual assault and associated factors among the cases reported in a tertiary care hospital of Delhi. *Natl Med J India*. 1 nov 2019;32:344. doi:10.4103/0970-258X.303620 PubMed PMID: 33380627.
33. Nadeem F, Muhammad Wasif, Iftikhar Ahmad, Ahsan Ali, Salma Shazia, Omair Jadoon. PREVALENCE AND PATTERN OF INJURY IN SEXUAL ASSAULT CASES PRESENTED AT KHYBER MEDICAL COLLEGE PESHAWAR. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 8 sept 2024;36(3):518- 21. doi:10.55519/JAMC-03-13049
34. Doumbia MB. Aspects cliniques et judiciaires des agressions sexuelles à l'hôpital NIANANKORO FOMBA de Ségou. 26 févr 2019.
35. Sawadogo yobi A, Ouedraogo, Zamorè, Kain, ouedraogo. ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES VIOLENCES SEXUELLES REÇUES AU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE (CHU) YALGADO OUEDRAOGO, BURKINA FASO. *Mali Medical*. 2020;35.
36. Hassan M, Awosan KJ, Panti AA, Nasir S, Tunau K, Umar AG, et al. Prevalence and pattern of sexual assault in Usmanu Danfodiyo University Teaching Hospital, Sokoto, Nigeria. *Pan Afr Med J*. 2016;24. doi:10.11604/pamj.2016.24.332.9462
37. Nora Z. Abdellah1 and Hamdy Fathy Ali. PATTERN OF REPORTED SEXUAL ASSAULT CASES IN ASWAN GOVERNORATE, A RETROSPECTIVE STUDY (2010 - 2015). *The Egyptian Journal of Forensic Sciences and Applied Toxicology*. 20 oct 2018. doi:10.21608/ejfsat.2018.16988
38. Thaljawy W, Guiga A, Bahloul AR. Les femmes victimes d'agression sexuelle à Sidi Bouzid : profil épidémiologique et intervention médico-judiciaire. *La Revue de Médecine Légale*. 1 déc 2023;14(4):100377. doi:10.1016/j.medleg.2023.100377

39. Canada I and RB of. Domestic violence; protection and services available to victims (August 2006) [DZA101675.FE] [Internet]. 2006 [cité 22 avr 2026]. Located at: Algeria. Disponible sur: <https://www.ecoi.net/en/document/1137893.html?utm.com>
40. AMIAR M. Aspects médico-légaux de la prise en charge des violences de nature sexuelle à Constantine de 2010 à 2021. Thèse de doctorat en médecine. Constantine : Université Salah Boubnider Constantine 3 ; 2024. Constantine 3; 2024.
41. Zerairia Y, Guehria F, Mellouki Y, Sellami L, Kaious F, Aouadi A, et al. ZERAIRIA Y. Etude épidémiologique et médico-légale des abus sexuels à l'égard des enfants à travers l'expérience du service de médecine légale du CHU d'Annaba Années 2012, 2013, 2014. [Internet] [PhD Thesis]. [Annaba/Algérie]: Université de Annaba-Badji Mokhtar; 2020 [cité 4 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.pnst.cerist.dz/detail.php?id=907239>. Archives of Legal Medicine. mars 2024;15(1):100433. doi:10.1016/j.medleg.2023.100433
42. Alger : Plus de 3.000 victimes de violences en 2017 - Algerie360 [Internet]. 2018 [cité 22 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.algerie360.com/alger-plus-de-3-000-victimes-de-violences-2017/>
43. Amine M. Agressions sexuelles en Algérie : les chiffres, en 2023 encore, font froid dans le dos [Internet]. 8 sept 2023 [cité 22 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.algerie360.com/agressions-sexuelles-en-algerie-les-chiffres-en-2023-encore-font-froid-dans-le-dos/>
44. <https://www.kreo-agency.com>. Des syndicalistes et membres de la société civile les attendent à l'aéroport : [Vidéo] Les enseignantes victimes d'un viol collectif à Bordj Badji Mokhtar évacuées à Adrar - L'Actualité : Liberté [Internet]. 2021 [cité 22 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.liberte-algerie.com/actualite/video-les-enseignantes-victimes-d-un-viol-collectif-a-bordj-badji-mokhtar-evacuees-a-adrar-358967>
45. Haroual S, Tahraoui K, Sellami N, Kaci O, Benbetka H, Merzougui A, et al. Les violences sexuelles sur les enfants et leurs répercussions psychologiques : une série d'étude de 30 cas pris en charge au service de médecine légale de CHU Béni Messous à Alger -Algérie-. Vol. 04. 2025;04(03).
46. Benyagoub M, Benazzouz RSA, Alem F, Guennouni Z, Mesbah N, Tasfaout S, et al. Patterns of child sexual assault in Laghouat, Algeria: a hospital-based forensic study (2017–2024). BMC Public Health. 25 avr 2026;26(1):1823. doi:10.1186/s12889-026-27555-2

47. Krug EG, éditeur. Organisation mondiale de la santé, editor. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002. Geneve: Organisation mondiale de la sante; 2002. 376 p.
48. Kaufman M, Canadian Paediatric Society, Adolescent Health Committee. The sexual abuse of young people with a disability or chronic health condition. *Paediatr Child Health*. 1 juin 2011;16(6):365. doi:10.1093/pch/16.6.365
49. Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*. sept 2012;380(9845):899- 907. doi:10.1016/S0140-6736(12)60692-8
50. Behrman JA, Peterman A, Palermo T. Does Keeping Adolescent Girls in School Protect Against Sexual Violence? Quasi-Experimental Evidence From East and Southern Africa. *Journal of Adolescent Health*. févr 2017;60(2):184- 90. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.09.010
51. Santelli JS, Grilo SA, Choo TH, Diaz G, Walsh K, Wall M, et al. Does sex education before college protect students from sexual assault in college? *PLoS One*. 14 nov 2018;13(11):e0205951. doi:10.1371/journal.pone.0205951 PubMed PMID: 30427866; PubMed Central PMCID: PMC6235267.
52. centers for disease and control prevention. Sexual Violence Prevention [Internet]. 2025 [cité 17 mars 2026]. Risk and Protective Factors. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/sexual-violence/risk-factors/index.html>
53. Salazar LF, Swartout KM, Swahn MH, Bellis AL, Carney J, Vagi KJ, et al. Precollege Sexual Violence Perpetration and Associated Risk and Protective Factors Among Male College Freshmen in Georgia. *Journal of Adolescent Health*. mars 2018;62(3):S51- 7. doi:10.1016/j.jadohealth.2017.09.028
54. Casey EA, Masters T. Sexual Violence Risk and Protective Factors: A Systematic Review of the Literature. 2017.
55. Institut national de santé publique du Québec [Internet]. 2025 [cité 23 mars 2026]. Prévenir la violence sexuelle : stratégies visant l'environnement socioculturel | INSPQ. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/violence-sexuelle/prevention/socioculturel>

56. Organisation mondiale de la Santé (OMS), UNICEF, Banque mondiale, , Centers for Disease Control and Prevention, End Violence Against Children. INSPIRE: seven strategies for ending violence against children [Internet]. Genève; 2016. p. 108. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children>
57. Universalis E. Encyclopædia Universalis [Internet]. [cité 9 mai 2026]. PÉRINÉE - Index. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/index/perinee/>
58. Universalis E. Encyclopædia Universalis [Internet]. [cité 9 mai 2026]. Appareil génital masculin - Média. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/media/appareil-genital-masculin-v100257/>
59. Universalis E. Encyclopædia Universalis [Internet]. [cité 9 mai 2026]. APPAREIL GÉNITAL : L'appareil génital féminin (fig. 9) | Sciences de la vie. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/appareil-genital/5-l-appareil-genital-feminin-fig-9/>
60. Masson E. EM-Consulte [Internet]. [cité 9 mai 2026]. Anatomie clinique de l'appareil génital féminin. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/17201/anatomie-clinique-de-l-appareil-genital-feminin>
61. Dr Aly Abbara. Scores d'évaluation et classifications en Gynécologie Obstétrique [Internet]. 2018 [cité 9 mai 2026]. Disponible sur: https://www.alys-abbara.com/echographie/biometrie/scores/scores_gyn_obs.html
62. Simonin C. Médecine légale judiciaire. Paris: Maloine; 1955. (Les Précis pratiques).
63. Harris L, Freccero J, Crittenden C. Sexual violence: medical and psychosocial support. Human Rights Center, University of California, Berkeley; 2011.
64. Document d'orientation à l'intention des équipes Médicales Intervenant en Cas d'urgence Sanitaire Lors de Conflits Armés et Dans d'autres Environnements Dangereux. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2023. 1 p.
65. Baccino É. Médecine légale clinique: médecine de la violence, prise en charge des victimes et des agresseurs. Paris: Elsevier Masson; 2015.
66. Siham FAROUKHI. LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE EXPERIENCE DU CHU MOHAMMED VI. 2009.

67. World Health Organization. Guidelines for medico- legal care for victims of sexual violence [Internet]. Geneva, Switzerland; 2003. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/42788>
68. Mishori R, Ferdowsian H, Naimer K, Volpellier M, McHale T. The little tissue that couldn't – dispelling myths about the Hymen's role in determining sexual history and assault. *Reprod Health*. 3 juin 2019;16:74. doi:10.1186/s12978-019-0731-8 PubMed PMID: 31159818; PubMed Central PMCID: PMC6547601.
69. Klasen CM, Meyer L, Anders S, Lohner L, Ondruschka B, Pinnschmidt H, et al. Frequency of Injuries to Women after Sexual Offense – Relevance of a Gynecology Examination. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 5 avr 2022;82(4):420- 6. doi:10.1055/a-1769-6613 PubMed PMID: 35392069; PubMed Central PMCID: PMC8983108.
70. Kane D, Walshe J, Richardson D, Pucillo C, Ferguson W, Connor SO, et al. Genital and anal injury in women after sexual assault: prevalence rates and associated risk factors in 294 cases. *Int J Legal Med*. 2025;139(5):2549- 59. doi:10.1007/s00414-025-03522-1 PubMed PMID: 40411593; PubMed Central PMCID: PMC12354621.
71. Johanita DN. GUIDE PRATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE. mai2012.
72. Lincoln CA. Sexual Assault: Forensic Examination in the Living and Deceased. *Acad Forensic Pathol*. déc 2018;8(4):912- 23. doi:10.1177/1925362118821490 PubMed PMID: 31240080; PubMed Central PMCID: PMC6491537.
73. United Nations Office on Drugs and Crime. Guidelines for the forensic analysis of drugs facilitating sexual assault and other criminal acts [Internet]. 2011. Disponible sur: https://www.unodc.org/documents/scientific/forensic_analys_of_drugs_facilitating_sexual_assault_and_other_criminal_acts.pdf
74. Mr. Gethro BORGELYN. Etude des profils des femmes victimes de violences, de leurs agresseurs et les caractéristiques de la violence subie 028/19-20. 30 oct 2019.
75. Chariot P. Prise en charge d'une victime de viol : médecine légale. 2011.
76. Loi n° 24- 02 du 16 Chaâbane 1445 correspondant au 26 février 2024 relative à la lutte contre le faux et l'usage de faux [Internet]. Disponible sur: <https://www.joradp.dz>

77. Organization WH. Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013. 1 p. (Nonserial Publications).
78. République Algérienne Démocratique et Populaire. Loi n°18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé. 2 juill 2018.
79. Abreha GF, Adhanu HH, Aregawi AB, Wuneh AD, Tesfay F, Lema GK, et al. Exploring physical, sexual and mental health consequences of gender-based violence among women and girls during conflict in Tigray, Ethiopia. *BMC Public Health*. 5 juin 2025;25(1):2103. doi:10.1186/s12889-025-23349-0
80. Basile KC, Smith SG, Chen J, Zwald M. Chronic Diseases, Health Conditions, and Other Impacts Associated With Rape Victimization of U.S. Women. *J Interpers Violence*. déc 2021;36(23- 24):NP12504- 20. doi:10.1177/0886260519900335 PubMed PMID: 31971055; PubMed Central PMCID: PMC7375935.
81. Smith SG, Chen J, Lowe AN, Basile KC. Sexual Violence Victimization of U.S. Males: Negative Health Conditions Associated with Rape and Being Made to Penetrate. *J Interpers Violence*. nov 2022;37(21- 22):NP20953- 71. doi:10.1177/08862605211055151 PubMed PMID: 34851224; PubMed Central PMCID: PMC9156716.
82. Stockman D, Haney L, Uzieblo K, Littleton H, Keygnaert I, Lemmens G, et al. An ecological approach to understanding the impact of sexual violence: a systematic meta-review. *Front Psychol*. 24 mai 2023;14:1032408. doi:10.3389/fpsyg.2023.1032408 PubMed PMID: 37292501; PubMed Central PMCID: PMC10244654.
83. Barker LC, Stewart DE, Vigod SN. Intimate Partner Sexual Violence: An Often Overlooked Problem. *Journal of Women's Health*. mars 2019;28(3):363- 74. doi:10.1089/jwh.2017.6811
84. Jacobsen SA, Frostholm L, Buhmann CB, Petersen MW, Ørnbøl E, Dantoft TM, et al. Are Sexual Assaults Related to Functional Somatic Disorders? A Cross-Sectional Study. *IJERPH*. 20 oct 2023;20(20):6947. doi:10.3390/ijerph20206947
85. Jakubowski KP, Murray V, Stokes N, Thurston RC. Sexual violence and cardiovascular disease risk: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*. nov 2021;153:48- 60. doi:10.1016/j.maturitas.2021.07.014 PubMed PMID: 34654528; PubMed Central PMCID: PMC8531533.

86. Serrano-Rodríguez E, Luque-Ribelles V, Hervías-Parejo V. Psychosocial Consequences of Sexual Assault on Women: A Scoping Review. *Arch Sex Behav*. janv 2025;54(1):231- 58. doi:10.1007/s10508-024-03013-1
87. García-Pérez S, Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Henares-Montiel J. Relationship between Sexual Violence and the Health of Spanish Women—A National Population-Based Study. *Int J Environ Res Public Health*. 14 févr 2023;20(4):3365. doi:10.3390/ijerph20043365 PubMed PMID: 36834058; PubMed Central PMCID: PMC9965326.
88. Denis I, Brennstuhl MJ, Tarquinio C. Les conséquences des traumatismes sexuels sur la sexualité des victimes : une revue systématique de la littérature. *Sexologies*. oct 2020;29(4):198- 217. doi:10.1016/j.sexol.2020.05.001
89. Stein C, Flor LS, Gil GF, Khalil M, Herbert M, Aravkin AY, et al. The health effects associated with physical, sexual and psychological gender-based violence against men and women: a Burden of Proof study. *Nat Hum Behav*. 10 avr 2025;9(6):1201- 16. doi:10.1038/s41562-025-02144-2
90. Allsworth JE, Anand M, Redding CA, Peipert JF. Physical and Sexual Violence and Incident Sexually Transmitted Infections. *J Womens Health (Larchmt)*. avr 2009;18(4):529- 34. doi:10.1089/jwh.2007.0757 PubMed PMID: 19245303; PubMed Central PMCID: PMC2872208.
91. Denis I, Brennstuhl MJ, Tarquinio C. Les conséquences des traumatismes sexuels sur la sexualité des victimes : une revue systématique de la littérature. *Sexologies*. oct 2020;29(4):198- 217. doi:10.1016/j.sexol.2020.05.001
92. Bird ER, Gilmore AK, Stappenbeck CA, Heiman JR, Davis KC, Norris J, et al. Women's Sex-Related Dissociation: The Effects of Alcohol Intoxication, Attentional Control Instructions, and History of Childhood Sexual Abuse. *J Sex Marital Ther*. 17 févr 2017;43(2):121- 31. doi:10.1080/0092623X.2015.1124304 PubMed PMID: 26735683; PubMed Central PMCID: PMC4935630.
93. Henkhaus LE. The lasting consequences of childhood sexual abuse on human capital and economic well- being. *Health Economics*. sept 2022;31(9):1954- 72. doi:10.1002/hec.4557
94. United Nations. Convention on the Rights of the Child [Internet]. NEW YORK,; 1989. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>

95. Europe C of. La protection des enfants contre l'exploitation et les abus sexuels - Convention du Conseil de l'Europe. Strasbourg: Council of Europe; 2011. 69 p.
96. LOI n° 2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste (1). 2021-478. 21 avr 2021.
97. LII / Legal Information Institute [Internet]. [cité 28 mars 2026]. Les articles 134 à 150, Code pénal belge Atteintes sexuelles et viol. Disponible sur: https://www.law.cornell.edu/gender-justice/resource/Les_articles_134_%C3%A0_150_Code_p%C3%A9nal_Belge_Atteintes_sexuelles_et_viol
98. Bureau du Conseil de l'Europe à Tunis [Internet]. [cité 28 mars 2026]. Lutte contre l'exploitation et les abus sexuels à l'égard des enfants en Tunisie - Bureau du Conseil de l'Europe à Tunis - www.coe.int. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/tunis>
99. Lois sur le harcèlement et les agressions sexuelles aux Émirats arabes unis | Emirati Advocate [Internet]. 27 janv 2024 [cité 28 mars 2026]. Disponible sur: <https://www.lawyersuae.com/fr/lois-sur-le-harcelement-sexuel-a-dubai-et-aux-eau/>
100. Algérie. Loi n° 15-12 du 15 juillet 2015 relative à la protection de l'enfant. Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire [Internet]. p. 3- 15. Disponible sur: <https://www.joradp.dz/ftp/jo-francais/2015/f2015039.pdf>
101. Algérie. Code pénal [Internet]. Ordonnance n° 66-156. 8 avr 156avr. J.-C. p. 4- 20. Disponible sur: : Accéder au Journal officiel (PDF officiel)
102. Mohammed HD. Penal prevention from exploiting the characteristics of potential victims of crime in the Algerian Penal Code. Journal OF LEGAL STUDIES. 2025;11(01).
103. United Nations General Assembly. Declaration on the Elimination of Violence against Women [Internet]. New York, USA; 1993. Disponible sur: <https://www.refworld.org/legal/resolution/unga/1993/10685>
104. Rome Statute of the International Criminal Court.
105. Refworld [Internet]. [cité 31 mars 2026]. Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa. Disponible sur: <https://www.refworld.org/legal/agreements/au/2003/18176>

106. Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence [Internet]. Strasbourg, France; 2011. Disponible sur: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/0030232b-0120-11ee-87ec-01aa75ed71a1/language-en>
107. ONU Femmes (Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes). Manuel de législation sur la violence à l'égard des femmes [Internet]. New York; 2012. Disponible sur: <https://www.unwomen.org/fr/digital-library/publications/2012/12/handbook-for-legislation-on-violence-against-women>
108. Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW). Statement submitted by the Asian- Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW) – E/CN.6/2026/NGO/129 [Internet]. New York, États-Unis; 2026. Disponible sur: <https://documents.un.org/api/symbol/access?l=en&s=E/CN.6/2026/NGO/129&t=pdf>
109. Mohamed D, Denche R. Vers Une Pénalisation Des Violences Conjugales En Algérie. 283;2016. مجلة الاجتهاد القضائي. doi:10.37136/0515-000-013-018
110. Amnesty International Belgique [Internet]. 2014 [cité 4 avr 2026]. Algérie. Une approche globale est nécessaire pour mettre fin aux violences sexuelles et liées au genre. Disponible sur: <https://www.amnesty.be/infos/actualites/article/algerie-approche-globale-mettre-violences-sexuelles-liees-genre>
111. Woldearegay HG, Gebretnsae H, Mackey A, Bigalky J, Petrucka P. Understanding nature, barriers, and facilitators in addressing sexual and gender-based violence (SGBV) in conflict zones of Africa: A scoping review. BMC Public Health. 23 oct 2025;25(1):3583. doi:10.1186/s12889-025-24645-5
112. “Equality Now”. OBSTACLES À LA JUSTICE: LE VIOL EN AFRIQUE : LOIS, PRATIQUES ET ACCÈS À LA JUSTICE [Internet]. Nairobi, Kenya; nov 2024. Disponible sur: <https://equalitynow.org/resource/barriers-to-justice-rape-in-africa-law-practice-and-access-to-justice/>
113. Visci P, Sirago G, Vinci A, Calò F, De Micco F, Benevento M, et al. Navigating the landscape of legal medicine: a 4-year analysis of forensic consultations in an Italian hospital. Front Med (Lausanne). 30 avr 2025;12:1521195. doi:10.3389/fmed.2025.1521195 PubMed PMID: 40370741; PubMed Central PMCID: PMC12075544.
114. Organisation mondiale de la santé, éditeur. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002.

115. World Health Organization. COVID-19 and violence against women What the health sector/system can do [Internet]. avr 2020. Disponible sur: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5a46cfd2-e385-46a4-bb35-7237084a5051/content>
116. 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 Med.* 5 févr 2021;19(1):20. doi:10.1186/s12916-020-01897-z
117. Campbell R, Javorka M, Engleton J, Goodman-Williams R, Gregory K. Post-Assault Health Care for Sexual Assault Survivors During COVID-19: A Mixed Methods Analysis of Service Rates in a Predominately African American Community. *J Interpers Violence.* 1 janv 2023;38(1- 2):2112- 34. doi:10.1177/08862605221098963
118. Violences et agressions sexuelles des enfants - UNICEF [Internet]. [cité 11 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/protection/violences-et-agressions-sexuelles/>
119. Salt E, Erickson I, Wiggins AT, Borders T, Curtsinger C, Wallace A, et al. Comparing the Demographic Characteristics of Victims of Sexual Assault in Rural Versus Urban Areas. *Journal of Forensic Nursing.* sept 2024;20(3):E34. doi:10.1097/JFN.0000000000000467
120. Khalifeh H, Oram S, Osborn D, Howard LM, Johnson S. Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Int Rev Psychiatry.* 2 sept 2016;28(5):433- 51. doi:10.1080/09540261.2016.1223608 PubMed PMID: 27645197; PubMed Central PMCID: PMC5309869.
121. Miles L, Valentine JL, Mabey L, Downing NR. Mental Illness as a Vulnerability for Sexual Assault: A Retrospective Study of 7,455 Sexual Assault Forensic Medical Examinations. *J Forensic Nurs.* 2022;18(3):131- 8. doi:10.1097/JFN.0000000000000361 PubMed PMID: 35045047; PubMed Central PMCID: PMC9415228.
122. Faye Dieme ME, Traore AL, Gueye SMK, Moreira PM, Diouf A, Moreau JC. Profil épidémioclinique et prise en charge des victimes d'abus sexuels à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Dakar. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* 1 juin 2008;37(4):358- 64. doi:10.1016/j.jgyn.2007.11.002
123. UNICEF. Violence against children | UNICEF [Internet]. [cité 12 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.unicef.org/protection/violence-against-children>

124. Ramdé WN, Bagré S, Tall M, Kagambèga R, Doudoulgou B, Sawadogo B, et al. Forensic aspects of sexual assaults examined at the Department of Forensic Medicine of the University Hospital Center of Bogodogo, Burkina Faso. *Forensic Science International: Reports*. 1 juin 2026;13:100449. doi:10.1016/j.fsir.2026.100449
125. Bradley AR, Wood JM. How do children tell? The disclosure process in child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*. 1 sept 1996;20(9):881- 91. doi:10.1016/0145-2134(96)00077-4
126. Disclosure of Child Sexual Abuse: A Review of the Contemporary Empirical Literature [Internet]. [cité 11 juin 2026]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/239542198_Disclosure_of_Child_Sexual_Abuse_A_Review_of_the_Contemporary_Empirical_Literature
127. Familial Influences on Recantation in Substantiated Child Sexual Abuse Cases - Lindsay C. Malloy, Allison P. Mugno, Jillian R. Rivard, Thomas D. Lyon, Jodi A. Quas, 2016 [Internet]. [cité 11 juin 2026]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077559516650936>
128. Brahim S, Mesrati MA, Henia M, Kacem M, Zarrouk L. Sexual Assault in the Mahdia Region: Medico Legal Aspects. *Eur Psychiatry*. 1 sept 2022;65(Suppl 1):S281. doi:10.1192/j.eurpsy.2022.720 PubMed PMID: null; PubMed Central PMCID: PMC9566143.
129. Cottler-Casanova S, Lourenço V, Guillot C, Poncet A, Musse F, Imbaud R, et al. Sexual assault reporting: a retrospective study on care provided in gynaecology emergency care settings after sexual assault. *Swiss Medical Weekly*. 25 juill 2025;155(7):3913- 3913. doi:10.57187/s.3913
130. ResearchGate [Internet]. [cité 12 juin 2026]. Sexual assault and associated factors among the cases reported in a tertiary care hospital of Delhi. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/347520488_Sexual_assault_and_associated_factors_among_the_cases_reported_in_a_tertiary_care_hospital_of_Delhi
131. Soussia RB, Omezzine RG, Bouali W, Zemzem M, Bouslah S, Zarrouk L, et al. Aspects épidémiocliniques et suites judiciaires des abus sexuels chez les mineurs à Monastir, Tunisie. *The Pan African Medical Journal*. 1 févr 2021;38(105). doi:10.11604/pamj.2021.38.105.21766
132. Badanie sądowo-lekarskie w przestępstwach przeciwko wolności seksualnej w materiałach Zakładu Medycyny Sądowej Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu

Mikołaja Kopernika w Toruniu w latach 2006–2013, Piotr Engelhardt - Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii 3/2014 [Internet]. [cité 12 juin 2026]. Disponible sur: <https://www.termedia.pl/Forensic-medical-examinations-conducted-on-complainants-of-sexual-assault-in-the-Forensic-Medicine-Institute-Collegium-Medicum-in-Bydgoszcz-Nicolaus-Copernicus-University-in-Torun-between-2006-and-201,82,24539,0,1.html>

133. 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. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021. 1 p.

134. Jänisch S, Meyer H, Germerott T, Albrecht UV, Schulz Y, Debertin AS. Analysis of clinical forensic examination reports on sexual assault. *Int J Legal Med.* mai 2010;124(3):227- 35. doi:10.1007/s00414-010-0430-z

135. World Health Organization. Strengthening health sector response to violence against women [Internet]. [cité 12 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/europe/activities/strengthening-health-sector-response-to-violence-against-women>

136. Benyagoub M, Benazzouz RSA, Alem F, Guennouni Z, Mesbah N, Tasfaout S, et al. Patterns of child sexual assault in Laghouat, Algeria: a hospital-based forensic study (2017–2024). *BMC Public Health.* 25 avr 2026;26(1):1823. doi:10.1186/s12889-026-27555-2