

CONSTAT D'AGRESSION SEXUELLE

Une étude pour améliorer la prévention, l'information et la prise en charge des personnes se présentant aux urgences après une agression sexuelle

Sara Cottler-Casanova¹; Véra Lourenço¹; Cécile Guillot¹; Antoine Poncet²; Bettina Schrag³; Daniela Huber⁴; Julien Flückiger⁵; Patrice Mathevet⁵; Fadhil Belhia⁶; Kyriaki Chatziioannidou⁷; Maria Pagnozza Mubiayi⁸; Maria Ekatomati⁹; Patrick Petignat¹; Michal Yaron¹; Tony Fracasso¹⁰; Jasmine Abdulcadir¹

1. Service de gynécologie, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genève, Suisse.
2. CRC et Unité d'épidémiologie clinique, Département de santé et médecine communautaires, Université de Genève et Hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse.
3. Service de Médecine Légale, Institut Central des Hôpitaux, Hôpital du Valais, Sion, Suisse.
4. Pôle de gynécologie et obstétrique, CHVR, Hôpital du Valais, Sion, Suisse.
5. Service de gynécologie, Département femme-mère-enfant, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse.
6. Service de gynécologie-obstétrique, Département femme, mère, enfant, Ensemble Hospitalier de la Côte – Hôpital de Morges, Morges, Suisse.
7. Service de gynécologie et obstétrique, Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique (GHOL), Nyon, Suisse.
8. Service de gynécologie-obstétrique, Centre hospitalier de Rennaz, Hôpital Riviera-Chablais, Rennaz, Suisse.
9. Service de gynécologie, Établissements Hospitaliers du Nord Vaudois, Hôpital d'Yverdon-les-Bains, Yverdon-les-Bains, Suisse.
10. Centre universitaire romand de médecine légale Lausanne-Genève (CURML), Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genève, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse.

Contact

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

Soutien financier du projet :



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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



Hôpitaux
Universitaires
Genève

Table des matières

Introduction	3
<hr/>	
Matériel et méthodes	4
Critères d'inclusion et d'exclusion	4
Examen médico-légal et gynécologique et collecte des données	4
Suivi à 3 et 12 mois	5
Gestion des données et contrôle de qualité	6
Définitions	6
Approbation éthique et financement	6
Analyse des données	6
<hr/>	
Résultats	7
Caractéristiques sociodémographiques	8
Caractéristiques de l'agression	9
Examen gynécologique	12
Lésions génitales	13
Lésions anales	14
Traitements et suivi médical	14
Conditions médicales préexistantes	15
Consultation aux urgences – Évaluation initiale	16
Échelle GAD-7 (trouble anxieux généralisé à 7 items)	17
Questionnaire PHQ-9 (dépistage de la dépression)	19
Échelle PCL-5 (checklist du TSPT pour le DSM-5)	21
PHQ-15 – Symptômes physiques	23
Index de Fonction Sexuelle Féminine (FSFI)	25
Résumé des suivis à 3 et 12 mois	25
<hr/>	
Discussion	26
Continuité avec les résultats de l'étude rétrospective	26
Conséquences sur la santé mentale	26
Conséquences sur la santé sexuelle	27
Conséquences somatiques	28
Consommation de substances	28
Délai et parcours de consultation	28
Violence et lésions	29
Implications médico-légales et préventives	29
Limitations	30
Forces	30
<hr/>	
Conclusion et recommandations	31
<hr/>	
Références	32
<hr/>	

Introduction

Les agressions sexuelles constituent un problème majeur de santé publique et de droits humains, avec des répercussions profondes et durables sur le bien-être physique, psychologique et social des personnes concernées. L'Organisation mondiale de la Santé estime que près d'une femme sur trois dans le monde subit, au cours de sa vie, des violences physiques et/ou sexuelles, le plus souvent de la part d'un partenaire intime, bien que les violences sexuelles commises par des non-partenaires demeurent considérablement sous-déclarées.⁽¹⁾ Les personnes ayant été exposées aux violences sexuelles font souvent face, en matière de signalement et d'accès aux soins, à des obstacles liés à la stigmatisation, à la peur de ne pas être crues et à la charge émotionnelle que représente le fait de raconter l'agression, ce qui contribue à des lacunes importantes dans la documentation et le soutien. En Suisse, comme dans de nombreux autres pays, l'amélioration de la réponse médico-légale et sanitaire aux violences sexuelles est devenue une priorité nationale, renforcée par la ratification de la Convention d'Istanbul en 2018 et le Plan d'action national 2022–2026 du Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG).^(2,3) Ces initiatives soulignent la nécessité d'une collecte fiable des données et des parcours de soins coordonnés et sensibles au traumatisme.^(3,4)

Entre 2018 et 2021, une étude rétrospective menée aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) a fourni la première analyse systématique des cas d'agression sexuelle signalés dans les unités d'urgence de gynécologie et d'obstétrique de Suisse romande⁽⁵⁾. Cette étude, basée sur des constats médico-légaux standardisés sur support papier, a décrit 740 cas et documenté les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et médico-légales des personnes se présentant pour un examen et un constat d'agression sexuelle.⁽⁵⁾ Elle a révélé que la plupart des personnes connaissaient leur agresseur, que des lésions physiques et génitales étaient observées dans près d'un tiers des cas et que la majorité des consultations avaient lieu dans les 72 heures. Cependant, en tant qu'analyse transversale limitée aux soins aigus, l'étude ne permettait pas d'évaluer les conséquences à moyen et long terme des agressions sexuelles, ni l'expérience faite par les personnes des soins dans le temps.

La présente étude prospective multicentrique (2022–2024) s'est appuyée sur l'étude rétrospective et a été conçue pour combler ces lacunes. Elle étend la collecte de données au-delà des HUG et du CHUV

afin d'inclure des hôpitaux supplémentaires dans les cantons de Vaud et du Valais, élargissant ainsi la représentativité de la population étudiée. Basée sur le même protocole médico-légal standardisé, elle introduit également aux HUG un dossier électronique pour le constat d'agression sexuelle (eCAS) pour garantir la cohérence de la documentation et la qualité des données.⁽⁶⁾ Pour la première fois, des évaluations de suivi à trois et douze mois permettent une évaluation longitudinale des issues psychologiques, sexuelles et physiques des patient-es à l'aide d'outils psychométriques validés.

Cette phase prospective constitue une avancée méthodologique importante : elle passe d'une documentation rétrospective des soins médico-légaux aigus à une approche longitudinale centrée sur la personne. En combinant les données cliniques, médico-légales et auto-déclarées, elle apporte un nouvel éclairage sur les conséquences durables que les agressions sexuelles sont pour la santé, l'expérience des soins d'urgence reçus et fournit une base factuelle pour orienter la prévention, la prise en charge, les politiques publiques, la formation et le développement futur d'un registre régional des cas d'agression sexuelle pris en charge dans les services d'urgence en Suisse.

L'objectif de cette étude prospective en cours est d'évaluer les caractéristiques, les problèmes de santé et les expériences de soins des femmes cisgenres, femmes transgenres et personnes queer âgées de 16 ans ou plus, quelle que soit leur orientation sexuelle, s'étant présentées pour un examen médico-légal après une agression sexuelle dans les services d'urgence participants en Suisse entre novembre 2022 et décembre 2024.

Cette étude constitue la deuxième phase d'un projet de recherche plus large intitulé « Sexual Assault Reporting – A study to improve prevention, information and care after sexual assault in emergency care settings ». En s'appuyant sur les résultats de la première étude rétrospective (2018–2021), qui analysait les constats établis aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), la présente étude prospective multicentrique étend la collecte de données à plusieurs cantons (Genève, Vaud, Valais) afin de fournir des données épidémiologiques plus complètes, d'évaluer la santé physique, psychologique et sexuelle des patient-es sur 12 mois et de renforcer les parcours de prévention et de soins.

Matériel et méthodes

Critères d'inclusion et d'exclusion

Des données prospectives ont été recueillies pour toutes les personnes, y compris les femmes cisgenres, les personnes non binaires, queer, les hommes trans ayant un vagin et une vulve, ainsi que les femmes transgenres, quelle que soit leur orientation sexuelle, âgées de 16 ans ou plus, s'étant présenté·es dans les services d'urgences participants en Suisse romande pour signaler une agression sexuelle entre le 1^{er} novembre 2022 et le 31 décembre 2024. Les patient·es éligibles devaient avoir la capacité de discernement et donner un consentement écrit éclairé. Les adolescent·es âgé·es de 16 à 18 ans pouvaient être inclus·es s'ils·elles étaient accompagné·es d'un·e représentant·e légal·e ayant également signé le consentement, ou si le médecin confirmant la capacité de discernement jugeait que la signature du·de la jeune seul·e suffisait. Les enfants et adolescent·es de moins de 16 ans, les hommes cisgenres, ainsi que les personnes ayant signalé plus de trois agressions sexuelles dans un centre participant pendant la période d'étude ont été exclus·es. Pour ces patient·es récurrent·es, seuls les trois premiers constats ont été inclus. Cette limite a été appliquée car les questionnaires de suivi à 3 et 12 mois (GAD-7, PHQ-9, PCL-5, PHQ-15, FSFI, WHO-ASSIST) nécessitent que les participant·es se souviennent de leurs symptômes et de leur état émotionnel au cours des quatre semaines précédentes. Chez les personnes ayant subi plusieurs agressions rapprochées dans le temps, une exposition répétée à de courts intervalles rendrait difficile l'attribution précise des réponses à un événement spécifique. Restreindre l'analyse aux trois premiers cas permet donc d'assurer une plus grande fiabilité et une meilleure interprétation des données de suivi, tout en tenant compte des schémas de revictimisation. Les personnes incapables de communiquer dans l'une des langues de l'étude ou par l'intermédiaire d'un·e interprète certifié·e, ainsi que celles sans capacité de discernement, ont également été exclues. Une analyse au cas par cas a été menée, dans le sens où chaque constat d'agression sexuelle a été traité comme un cas distinct, même si plusieurs cas concernaient la même personne. Le terme queer est ici utilisé uniquement pour désigner l'identité de genre et non l'orientation sexuelle.

Examen médico-légal et gynécologique et collecte des données

Le Centre universitaire romand de médecine légale (CURML), basé au CHUV et aux HUG, est un centre régional de médecine légale créé conjointement par les deux hôpitaux universitaires de Suisse romande. Depuis 2020, les médecins légistes du CURML assurent également des prestations médico-légales dans des hôpitaux régionaux du canton de Vaud, afin d'éviter de longs transferts aux patient·es. Dans le canton du Valais, les examens médico-légaux sont réalisés par le Service de médecine légale local, qui applique le même protocole standardisé que le CURML.

Lorsqu'un·e patient·e se présente ou est adressé·e aux services d'urgences gynéco-obstétricales des HUG, du CHUV ou de l'un des hôpitaux participants (Hôpital Riviera-Chablais, EHC Morges, HIB Payerne, eHnv Yverdon-les-Bains, GHOL Nyon, Hôpital du Valais), il·elle est trié·e par une infirmière spécialisée et examiné·e par un·e médecin légiste et un·e gynécologue de garde aux urgences gynéco-obstétricales. L'objectif principal est de répondre aux besoins du·de la patient·e de manière cohérente et coordonnée, en lui offrant un suivi médico-psychologique et médico-légal à court, moyen et long terme.

Les patient·es consultant pour une agression sexuelle sont trié·es comme urgence de degré 2 pour la prise de sang et 3 pour l'examen clinique selon le protocole de tri, en raison du caractère temps-dépendant du recueil des preuves médico-légales – en particulier les prélèvements sanguins et urinaires, qui doivent être réalisés rapidement avant la disparition d'éventuelles traces biologiques. Les patient·es sont donc pris·es en charge dans un délai de 20 minutes par une infirmière pour les examens sanguins et urinaires et dans les deux heures par le·la médecin légiste et le·la gynécologue pour l'examen clinique, conformément au protocole médico-légal standardisé. La prise en charge comprend les thérapies prophylactiques post-exposition, la contraception d'urgence, et la planification de consultations de suivi dont les modalités varient légèrement selon les sites. Aux HUG, les patient·es âgé·es de 16 ans ou plus se voient proposer un rendez-vous avec un·e psychologue de l'Unité interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (UIMPV) le lendemain, un rendez-vous à la consultation VIH cinq jours plus tard et une consultation gynécologique de contrôle environ dix jours après.

Au CHUV, un rendez-vous unique est organisé dans les 30 jours suivant l'agression auprès de la consultation psychosomatique et psychosociale du département de gynécologie-obstétrique. Dans les autres hôpitaux partenaires, le suivi est organisé selon les procédures locales. Pour les patient·es de moins de 16 ans, le suivi est assuré dans les services de pédiatrie.

L'examen médico-légal fournit la documentation écrite et photographique nécessaire aux autorités judiciaires, en cas de procédure pénale et avec le consentement du·de la patient·e, indépendamment de la décision de porter plainte. Depuis 2022, les HUG ont adopté un dossier médico-légal électronique standardisé pour les constats d'agression sexuelle, garantissant la comparabilité des données entre les centres.⁽⁶⁾ Les données de cette étude proviennent des constats d'agression sexuelle finalisés, rédigés et signés conjointement par le·la médecin légiste et le·la gynécologue de garde ayant examiné le·la patient·e.

Suivi à 3 et 12 mois

GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7)

Le GAD-7 est un questionnaire d'autoévaluation en 7 items, utilisé pour le dépistage du trouble anxieux généralisé. Il mesure la fréquence des symptômes ressentis au cours des 14 derniers jours, sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 3 (presque tous les jours). Le score total varie de 0 à 21, avec les seuils suivants : 0–4 = anxiété minimale, 5–9 = légère, 10–14 = modérée, 15–21 = sévère. Dans cette étude, un score ≥ 10 est considéré comme cliniquement significatif, indiquant la probabilité d'un trouble anxieux nécessitant une évaluation clinique plus approfondie. Cet outil est simple à utiliser et permet un suivi efficace de l'évolution des symptômes dans le temps.

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)

Le PHQ-9 est un outil d'autoévaluation en 9 items utilisé pour le dépistage et l'évaluation de la sévérité de la dépression. Il évalue la fréquence des symptômes vécus au cours des 14 derniers jours, sur une échelle de 0 (pas du tout) à 3 (presque tous les jours). Le score total varie de 0 à 27, avec les seuils suivants : 0–4 = minimale, 5–9 = légère, 10–14 = modérée, 15–19 = modérément sévère, 20–27 = sévère. Dans cette étude, un score ≥ 10 a été considéré comme cliniquement significatif.

PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5)

Le PCL-5 est un questionnaire d'autoévaluation comportant 20 items, conçu pour mesurer la sévérité des symptômes de trouble de stress post-traumatique

(TSPT) selon les critères du DSM-5. Il couvre quatre domaines cliniques : les symptômes d'intrusion (souvenirs, cauchemars, flashbacks), les comportements d'évitement, les altérations négatives de la cognition et de l'humeur (culpabilité, détachement, émotions négatives) et les symptômes d'hyperactivation (irritabilité, sursaut, troubles du sommeil). Chaque item est coté de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement), pour un score total de 0 à 80. Dans cette étude, un seuil de 32 points a été utilisé pour identifier une probabilité élevée de TSPT.

WHO-ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

Le WHO-ASSIST est un outil de dépistage développé par l'Organisation mondiale de la santé pour identifier les personnes présentant un risque modéré ou élevé d'usage problématique de substances psychoactives. Son objectif est de favoriser la détection précoce et d'orienter vers une intervention appropriée. Le test évalue la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis, de sédatifs, de cocaïne, d'amphétamines, d'hallucinogènes, d'opioïdes et d'autres substances. Il explore différentes dimensions telles que la fréquence d'usage, le besoin impérieux (craving), les conséquences sanitaires et sociales, l'altération des responsabilités, les inquiétudes exprimées par l'entourage et les tentatives infructueuses de réduire la consommation. Un score est calculé pour chaque substance et classé en trois catégories : usage à faible risque, usage à risque modéré (nécessitant une intervention brève), et usage problématique ou dépendance (nécessitant une orientation spécialisée).

PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15)

Le PHQ-15 est un questionnaire d'autoévaluation qui mesure la sévérité de 15 symptômes physiques courants ressentis au cours des quatre dernières semaines. Chaque symptôme est coté sur une échelle de 3 points : 0 (pas du tout gêné·e), 1 (un peu gêné·e), 2 (très gêné·e). Le score total varie de 0 à 30 et se répartit comme suit : 0–4 = symptômes minimes ou absents, 5–9 = légers, 10–14 = modérés, 15–30 = sévères.

FSFI (Female Sexual Function Index)

Le FSFI est un questionnaire en 19 items qui évalue la fonction sexuelle féminine sur les quatre dernières semaines à travers six domaines : désir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction et douleur. Les scores de chaque domaine sont additionnés pour obtenir un score total compris entre 2 et 36. Un score total inférieur à 26,55 est considéré comme indicatif d'une dysfonction sexuelle.

Gestion des données et contrôle de qualité

Les données issues des constats médico-légaux finalisés ont été saisies dans REDCap par le personnel de recherche, incluant une épidémiologiste, des infirmier·ères de recherche et des étudiant·es en médecine. Il a été attribué à chaque cas un identifiant unique afin de garantir la confidentialité.

Aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), les données ont été extraites directement du constat électronique d'agression sexuelle (eCAS) – un dossier médico-légal numérique standardisé introduit en 2022, assurant la collecte structurée de toutes les variables pertinentes. En revanche, le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et l'Hôpital du Valais ont continué à utiliser des modèles de constats sur support Word, basés sur le même protocole médico-légal mais sans exportation automatisée. Pour ces sites, les données ont été saisies manuellement dans REDCap par l'équipe de recherche. Les contrôles de qualité intégrés à REDCap, dont la détection des valeurs aberrantes et la vérification de cohérence, ont été utilisés pour identifier d'éventuelles erreurs de saisie. Une validation manuelle a également été réalisée lors de la révision des dossiers et la vérification d'un échantillon aléatoire, afin de comparer les saisies dans la base de données avec les constats originaux. Toute incohérence identifiée a été corrigée, et une fois la validation terminée, l'ensemble des données a été verrouillé pour l'analyse.

Définitions

La liste complète des variables et définitions utilisées est présentée en Annexe 1.

Approbation éthique et financement

Ce projet de recherche a été approuvé par les Commissions cantonales d'éthique de la recherche des cantons de Genève, Vaud, Valais et Tessin en Suisse (Projet CCER ID 2022-01144) et conduit conformément à la Déclaration d'Helsinki, aux principes de Bonnes Pratiques Cliniques (BPC), à la Loi relative à la recherche sur l'être humain (LRH) et à l'Ordonnance relative à la recherche sur l'être humain (ORH), ainsi qu'aux autres réglementations locales applicables.⁽⁷⁻⁹⁾ Ce projet est cofinancé par le Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG) et les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), dans le cadre du projet intitulé « Sexual Assault Reporting – A study to improve prevention, information and care after sexual assault in emergency care settings ».

Analyse des données

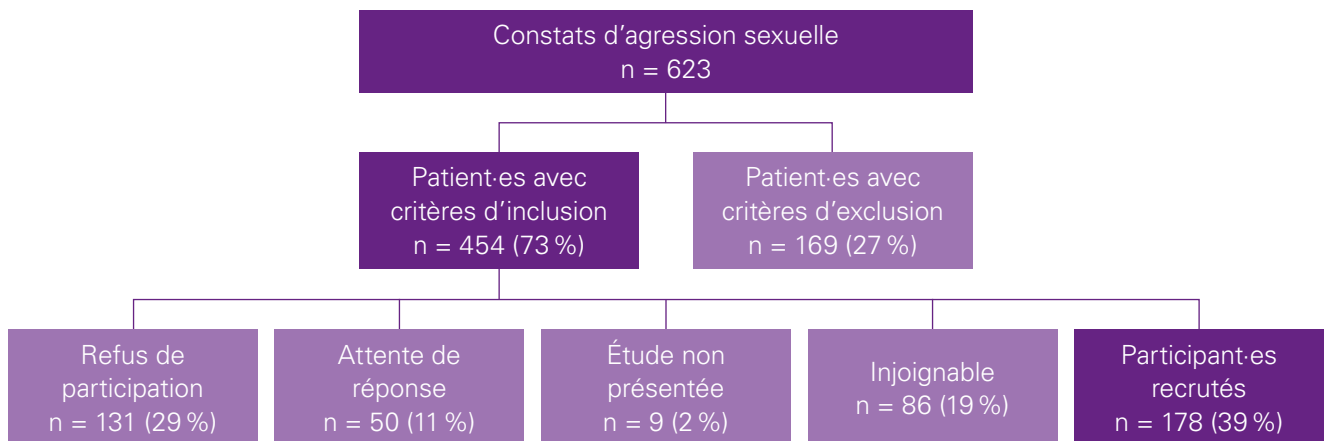
Des statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patient·es signalant une agression sexuelle ainsi que les caractéristiques de l'agression elle-même. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du package R de base, version R-4.2.2 (R Foundation for Statistical Computing, Vienne, Autriche. URL : <https://www.R-project.org/>). Les données issues de cette étude, ainsi que le code analytique utilisé, seront partagées dans un référentiel de données en libre accès.

Résultats

Un total de 623 cas d'agressions sexuelles a été signalé dans les hôpitaux participants au cours de la période d'étude de 25 mois (novembre 2022 – décembre 2024). Parmi ceux-ci, 454 répondaient aux critères d'inclusion, tandis que 169 ont été exclus. Plusieurs dossiers présentaient plusieurs critères d'exclusion simultanés. Parmi les 169 cas exclus, 75 concernaient des mineur-es de moins de 16 ans, 6 étaient des hommes ou garçons cisgenres, 44 des patient-es n'avaient pas de capacité de discernement, 12 étaient des cas récurrents avec plus de trois agressions rapportées, et 43 des patient-es étaient incapables de communiquer dans une des langues de l'étude ou à l'aide d'un-e interprète certifié-e.

Parmi les 454 patient-es éligibles, 131 ont refusé de participer, 50 ne s'étaient pas encore décidé-es au moment de la clôture des données, et 86 n'ont pas pu être contacté-es. Au 31 décembre 2024, un total de 181 patient-es étaient inclus-es dans l'étude. Parmi ces participant-es, 178 (39 % des patient-es éligibles) disposaient d'un constat médico-légal finalisé (constat d'agression sexuelle, CAS) constituant l'échantillon analytique présenté dans ce rapport. Trois participant-es avaient consenti à la réutilisation de leurs données, mais leur constat n'était pas encore finalisé au moment de l'extraction des données.

Figure 1: Diagramme de flux



Caractéristiques sociodémographiques

Tableau 1 : Fréquence des agressions sexuelles par année, site et caractéristiques sociodémographiques des cas rapportés dans les hôpitaux participants (2022–2024). Toutes les données sont exprimées en n (%).

Variable	Réponses	N= 178	Variable	Réponses	N= 178
Âge	Médiane (IQR)	27(29-34)	Saison	Hiver	53 (30)
	Intervalle	16-68		Printemps	48 (27)
Mineurs	16-17 ans	21 (12)		Été	37 (21)
Site	EHC	2 (1)		Automne	40 (22)
	eHnv	3 (2)		Inconnu	0
	GHOL	6 (3)	État civil	Célibataire	129 (82)
	HIB	1 (1)		Marié-e	11 (7)
	HRC	4 (2)		En concubinage	8 (5)
	HUG	105 (59)		Divorcé-e	6 (4)
	CHUV	29 (16)		Séparé-e	4 (3)
VS	28 (16)	NA	20		
Année de l'agression	2022	15 (8)	Nationalité des participant-es (région)	Europe	117 (81)
	2023	99 (56)		... Suisse	67 (46)
	2024	64 (36)		Amériques	13 (9)
	Manquant	0		Moyen-Orient et Afrique du Nord	8 (6)
Semaine ou week-end	Semaine (lun.-ven.)	88 (50)		Afrique subsaharienne	6 (4)
	Week-end (sam.-dim.)	88 (50)		Asie	1 (1)
	Manquant	2			

NA= Non applicable

Le tableau 1 présente les détails des caractéristiques sociodémographiques des 178 patient·es s'étant présenté·es aux services d'urgences hospitaliers pour une agression sexuelle. L'âge varie de 16 à 68 ans, avec une médiane de 27 ans (IQR 20–34).

Cinquante pour cent (n=88) de toutes les agressions sexuelles ont eu lieu pendant le week-end, un samedi ou un dimanche. Les mois d'hiver comptaient la fréquence la plus élevée de consultations pour agression sexuelle (30 %), suivis du printemps (27 %), de l'automne (22 %) et de l'été (21 %).

La plupart des patient·es étaient originaires de Suisse (46 %) ou d'autres pays européens (35 %), suivis de personnes venant d'Amérique du Nord, Centrale ou du Sud (9 %). Une proportion moindre de patient·es provenait d'Afrique subsaharienne (4 %), du Moyen-Orient et/ou d'Afrique du Nord (6 %), ainsi que d'Asie (1 %). La nationalité de 19 % des participant·es était inconnue, aucune mention de citoyenneté n'apparaissant dans leur constat d'agression sexuelle.

Parmi les 158 patient·es dont l'état civil était indiqué, 82 % étaient célibataires, 7 % marié·es, 5 % en concubinage, 4 % divorcé·es et 3 % séparé·es. Dans 20 constats, l'état civil n'était pas renseigné.

Caractéristiques de l'agression

Tableau 2 : Fréquence des caractéristiques des agressions sexuelles rapportées dans les hôpitaux participants (2022–2024). Toutes les données sont exprimées en n (%).

Variable	Réponses	N=178	Variable	Réponses	N=178
Lieu de l'agression	Domicile	98 (57)	Ménarche	Non	3 (2)
	...Domicile de l'agresseur	48 (28)		Oui	173 (98)
	...Domicile du/de la patient-e	37 (21)		Manquant	2
	...Domicile d'un-e ami-e/de la famille	9 (5)	Ménopause	Ménopausé-e	10 (6)
	...Domicile du couple	4 (2)		Non-ménopausé-e	160 (94)
	Lieu Public	33 (19)		Manquant	3
	...Espace commun (immeuble)	4 (2)	Menstruations lors de l'agression*	Oui	12 (8)
	...Rue	16 (9)		Non	144 (92)
	...Transports publics	1 (1)		Manquant	4
	...Toilettes	6 (3)	Contraception*	Oui	70 (45)
	...Forêt/Parc	6 (3)		Non	84 (55)
	Autre	21 (12)		Manquant	6
	...Hôtel	9 (5)	Enceinte au moment de l'agression*	Oui	2 (1)
	...École	3 (2)		Non	157 (99)
	...Lieu de travail	6 (3)		Manquant	1
	...Voiture	3 (2)	Première pénétration vaginale	Non	157 (94)
	Ne se souvient pas (amnésie)	18 (10)		Oui	10 (6)
	Établissement institutionnel /de soins	3 (2)		Manquant	11
	Manquant	5	Contact sexuel récent (5 jours)	Non	116 (72)
Nombre d'agresseurs	Un	135 (76)		Oui	44 (28)
	Plusieurs	14 (8)		Manquant	18
	Ne se souvient pas (amnésie)	20 (11)	Corps lavé avant l'examen	Non	54 (34)
	Ne sait pas (pas d'amnésie)	8 (5)		Oui	107 (66)
	Manquant	1		Manquant	17
Agresseur connu	Non	48 (27)	Changé-e avant l'examen	Non	44 (28)
	Oui/Oui et non (≥1 agresseur-s)	105 (58)		Oui	111 (72)
	...Ami / collègue / pair / connaissance	52 (50)		Manquant	23
	...Ancien partenaire intime	13 (12)	Consommation d'alcool habituelle	Non	40 (23)
	...Connaissance via réseau social / internet	13 (12)		Occasionnellement	101 (58)
	...Figure d'autorité/soignant	11 (10)		Régulièrement	32 (18)
	...Partenaire intime actuel	9 (9)	Quotidiennement	2 (1)	
	...Autre (connu du/de la patient-e)	4 (4)	Manquant	3	
	...Membre de la famille	3 (3)	Prise d'alcool avant l'agression	Non	55 (31)
	Ne se souvient pas (amnésie)	24 (14)		Oui	121 (69)
Manquant	1	Manquant		2	
Mandaté par la Police ou le Ministère Public	Oui	47 (26)	Consommation de drogue habituelle	Non	109 (62)
	Non	131 (74)		Occasionnellement	48 (27)
Poursuites engagées	Oui	40 (29)		Régulièrement	13 (7)
	Non	100 (71)		Quotidiennement	5 (3)
	Manquant	38	Manquant	3	
Antécédent d'agression sexuelle	Oui	70 (61)	Prise de drogue avant l'agression	Non	138 (79)
	Non	45 (39)		Oui	36 (21)
	Manquant	63	Manquant	4	
Délai jusqu'à l'examen	<24h	80 (45)	Amnésie	Non	106 (60)
	24-48h	38 (21)		Oui (Partielle)	39 (22)
	48-72h	27 (15)		Oui (Complète)	33 (19)
	72h-4j.	8 (5)	Violences psychologiques	Oui (>1 réponse possible)	28 (16)
	4j.-1 sem	15 (8)		...Intimidation/menaces	21 (75)
	1 sem – 1 mois	8 (5)		...Humiliation	7 (25)
	>1 mois	1 (1)		...Contrôle	6 (21)
	Manquant	1		...Harcèlement	1 (4)
Violences physiques	Oui (plusieurs réponses possible)	81 (46)		...Négligence/isolement	1 (4)
	...Maintenu-e de force	57 (70)		...Autre	5 (18)
	...Bousculé-e ou poussé-e	35 (43)	Non	93 (54)	
	...Frappé-e (gifle, coup de pied, etc.)	15 (19)	Ne se souvient pas (amnésie)	51 (30)	
	...Étranglé-e / suffoqué-e	14 (17)	Manquant	6	
	...Tiré-e par les cheveux	13 (16)			
	...Mordu-e	4 (5)			
	...Autre	1 (1)			
	Non	45 (26)			
	Ne se souvient pas (amnésie)	50 (28)			
Manquant	2				

* Pourcentages calculés parmi les patient-e-s ménarché-e-s non ménopausé-e-s, les dénominateurs variant selon les données disponibles (données manquantes exclues).

Concernant le genre, 177 participant-es (99 %) se sont identifié-es comme femmes et une personne (1 %) comme homme trans. L'orientation sexuelle était renseignée pour 89 participant-es : 79 (89 %) se déclaraient hétérosexuel-les, 4 (4 %) homosexuel-les, 5 (6 %) bisexuel-les et 1 personne (1 %) pansexuelle. Elle n'était pas renseignée pour les 89 autres participant-es. Lorsque l'information était disponible, l'agresseur était toujours un homme dans 142 cas (99 %), à l'exception d'un cas (1 %) impliquant plusieurs agresseurs de genres différents. Dans les autres cas, une amnésie concernant le genre de l'agresseur a été rapportée, à l'exception de 13 cas pour lesquels l'information était manquante.

Dans 58 % des cas, les personnes ont déclaré connaître l'agresseur, tandis que 27 % ne connaissaient pas la personne responsable de l'agression. Quatorze pour cent ne pouvaient pas indiquer si elles connaissaient l'agresseur en raison d'amnésie, et dans 2 % des cas, il y avait à la fois des agresseurs connus et inconnus. Parmi celles et ceux qui connaissaient leur agresseur, 50 % étaient un ami, collègue, pair ou connaissance. Les partenaires intimes actuels représentaient 9 % et les anciens partenaires intimes 12 % des agresseurs connus. Des membres de la famille (3 %), des figures d'autorité (10 %) et des contacts rencontrés via les réseaux sociaux ou Internet (12 %) étaient également mentionnés.

Dans 8 % des cas, il y avait plusieurs agresseurs, le plus souvent une combinaison de personnes connues et inconnues. Il y avait un seul agresseur dans 76 % des cas, et 16 % des patient-es ne savaient pas combien d'agresseurs étaient impliqués en raison d'amnésie. Parmi les patient-es pour lesquelles cette information était disponible, 39 % ont indiqué qu'il s'agissait de leur première agression sexuelle, tandis que 61 % ont déclaré avoir subi une agression antérieure.

La Police ou le Ministère public ont ordonné 26 % des constats médico-légaux, tandis que 74 % des patient-es se sont présenté-es de leur propre initiative. Parmi les patient-es pour lesquelles l'information était disponible, 29 % avaient déjà déposé plainte et 71 % ne l'avaient pas encore fait. Parmi ces dernier-es, 5 % ont indiqué ne pas souhaiter porter plainte contre leur agresseur, 5 % avaient l'intention de le faire, et 46 % ne savaient pas encore.

Quarante-cinq pour cent des patient-es se sont présenté-es dans les 24 heures suivant l'agression, 21 % entre 24 et 48 heures, et 15 % entre 48 et 72 heures, soit un total de 81 % dans les trois premiers jours. Cinq pour cent se sont présenté-es entre 72 heures et 4 jours, 8 % entre 4 et 7 jours, 5 % entre 1 semaine et 1 mois, et 1 % plus d'un mois après.

Quarante pour cent des patient-es ont rapporté une forme d'amnésie – partielle (22 %) ou totale (19 %). Il n'a pas été possible de distinguer entre une amnésie due au traumatisme (dissociation péritraumatique) et une amnésie liée à la consommation d'alcool ou de substances.

La consommation de substances était très fréquente dans l'échantillon : 69 % ont déclaré avoir consommé de l'alcool avant l'agression, 21 % avoir utilisé des drogues, et 29 % avoir pris des médicaments sur ordonnance. Concernant leurs habitudes de consommation, 77 % ont indiqué boire de l'alcool, dont 58 % occasionnellement, 18 % régulièrement et 1 % quotidiennement. S'agissant des drogues, 38 % ont rapporté en consommer : 27 % occasionnellement, 7 % régulièrement et 3 % quotidiennement. Les substances les plus fréquemment citées étaient le cannabis ou le haschich (83 %), la cocaïne (20 %) et l'ecstasy/MDMA (9 %).

Tableau 3 : Sites de pénétration et types de pénétrants (pénien, digital, langue, objet ou autre) (n = 178). Toutes les données sont exprimées en n (pourcentage par ligne). Il peut y avoir plus d'un site de pénétration ou type de pénétrant par personne.

Zone de pénétration	Oui	Non	NSP (pas d'amnésie)	NSSP (amnésie)	Manquant	Pénétration pénienne	Éjaculation (Oui)	Éjaculation (Non)	Éjaculation (NSP)	Éjaculation (NSSP)	Digital (doigt)	Langue	Objet
Vaginale	115 (65)	10 (6)	4 (2)	47 (27)	2 (1)	94 (82)	32 (34)	30 (32)	23 (24)	9 (10)	44 (38)	8 (7)	2 (2)
Anale	24 (14)	90 (51)	8 (5)	54 (31)	2 (1)	18 (75)	4 (22)	9 (50)	4 (22)	1 (6)	8 (33)	–	1 (4)
Orale	33 (19)	90 (51)	3 (2)	51 (29)	1 (1)	29 (88)	4 (14)	17 (59)	4 (14)	4 (14)	1 (3)	5 (15)	–

NSP= ne sait pas, NSSP= ne se souvient pas

Environ 27 % des patient-es n'ont pas pu se souvenir ni préciser les types de pénétration (le cas échéant) subis, en raison d'une amnésie. Une pénétration vaginale a été rapportée par 65 %, une pénétration anale par 14 %, et une pénétration orale par 19 % des patient-es (Tableau 3). Un nombre de patient-es ont rapporté plus d'un site de pénétration (2 sites pénétrés : n = 36 ; 3 sites pénétrés : n = 6).

Parmi les personnes ayant rapporté une pénétration vaginale, une pénétration pénienne a été signalée dans 82 % des cas, et une pénétration digitale dans 38 % des cas.

Un contact oro-génital avec la langue a été signalé dans 7 % des cas, et une pénétration avec un objet dans 2 % des cas. L'usage du préservatif lors d'une pénétration vaginale a été rapporté dans 9 % des cas. Une éjaculation a été signalée dans 34 % des agressions comportant une pénétration vaginale avec le pénis.

Parmi les personnes ayant rapporté une pénétration anale, la pénétration pénienne a été signalée dans 75 % des cas, et la pénétration digitale dans 33 % des cas. Une pénétration avec un objet a été signalée dans 4 % des cas. L'usage du préservatif lors d'une pénétration anale a été rapporté dans 6 % des cas. Une éjaculation a été signalée dans 22 % des pénétrations anales avec le pénis.

La pénétration orale a été signalée dans 19 % des cas, le plus souvent avec le pénis (88 %), suivi de la langue (15 %) et du doigt (3 %). L'usage du préservatif lors d'une pénétration orale a été rapporté dans 7 % des cas. Une éjaculation a été signalée dans 14 % des cas de pénétration orale. Quatre patient-es (14 %) ont indiqué ne pas savoir, et quatre autres (14 %) ne se souvenaient pas en raison d'une amnésie.

Une éjaculation ailleurs sur le corps, en dehors des sites génitaux ou oraux, a été signalée dans 7 % des cas. Vingt pour cent des patient-es ne savaient pas et 19 % ne se souvenaient pas en raison d'une amnésie.

Pour 10 patient-es (6 %), l'agression sexuelle représentait la première pénétration vaginale de leur vie. En ligne avec la structure d'âge de l'échantillon, 6 % des patient-es ont indiqué être ménopausées. Quarante-cinq pour cent utilisaient une méthode contraceptive au moment des faits, 8 % étaient en période de menstruation, et 1 % était enceinte. Près de 60 % ont déclaré qu'aucun préservatif n'avait été utilisé durant l'agression, contre seulement 6 % indiquant son utilisation. L'usage du préservatif n'a pu être précisé dans 32 % des cas, en raison d'amnésie.

Une violence physique a été décrite dans 46 % des agressions sexuelles. Différents types de violences physiques ont été rapportés : être maintenu·e de force (70 %), bousculé·e ou poussé·e (43 %), frappé·e (19 %) ou étranglé·e (17 %). L'usage d'une arme a été signalé dans 3 % des cas, le plus souvent un couteau, mais aussi des objets contondants.

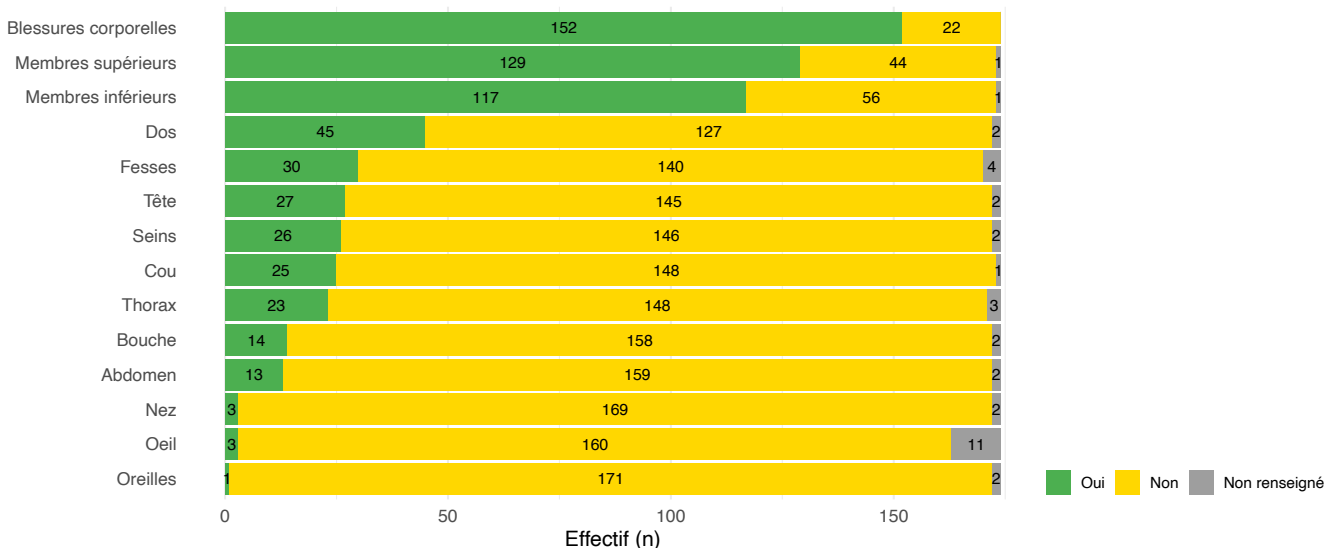
Une violence psychologique a été rapportée dans 16 % des cas. Les types les plus fréquents étaient les menaces et intimidations (75 %), suivies par l'humiliation (25 %) et le contrôle (21 %).

Les médecins légistes ont constaté des lésions corporelles dans 87 % des constats d'agression sexuelle (Figure 2). Par ordre de fréquence, les membres supérieurs (75 %) et inférieurs (68 %) étaient les plus souvent touchés, suivis du dos (26 %), des fesses (18 %), de la tête et du visage (16 %), des seins (15 %), du cou (14 %) et du thorax (13 %).

Examen gynécologique

Parmi les 178 patient·es ayant signalé une agression sexuelle, un examen gynécologique a été réalisé dans 173 cas (98 %). Dans cinq cas, aucun examen n'a été pratiqué : trois ont été jugés non pertinents, un a été refusé, et pour un cas, l'information était manquante.

Figure 2 : Fréquence des lésions sur le corps parmi les patient·es ayant eu un examen forensique (n = 174). Les données sont présentées en n.



Lésions génitales

Parmi les 173 patient-es ayant bénéficié d'un examen gynécologique, 29 % présentaient une lésion génito-anale. Des lésions génitales seules ont été observées chez 44 patient-es (26 %), tandis que des lésions anales ont été enregistrées chez 8 patient-es (5 %). Les zones les plus fréquemment atteintes étaient la vulve (18 %), suivie de l'hymen (5 %), du raphé périnéal (4 %), du vagin (4 %), de l'orifice urétral (1 %) et du col de l'utérus (1 %) (Figure 3).

Les types de lésions les plus courants étaient l'érythème (9 %), la dermabrasion (8 %), l'érosion (6 %), ainsi que les déchirures ou ecchymoses (4 %) ; les plaies ouvertes (1 %) étaient plus rares. Les lésions anales, lorsqu'elles étaient présentes, consistaient le plus souvent en un érythème et des fissures superficielles.

Figure 3 : Fréquence des lésions génitales parmi les patient-es ayant eu un examen gynécologique (n = 173). Les données sont présentées en n.

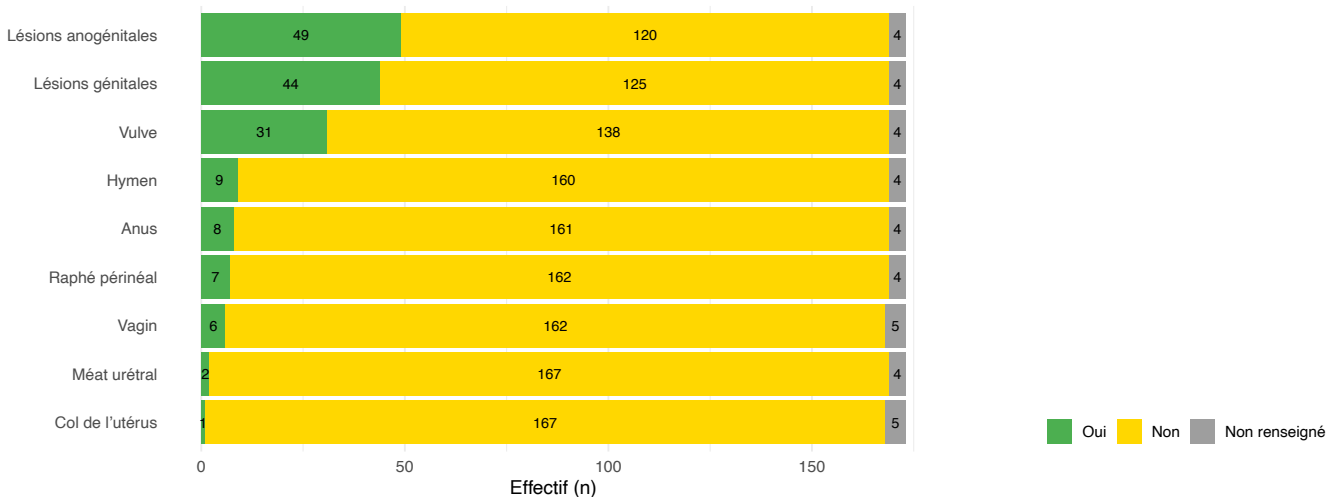
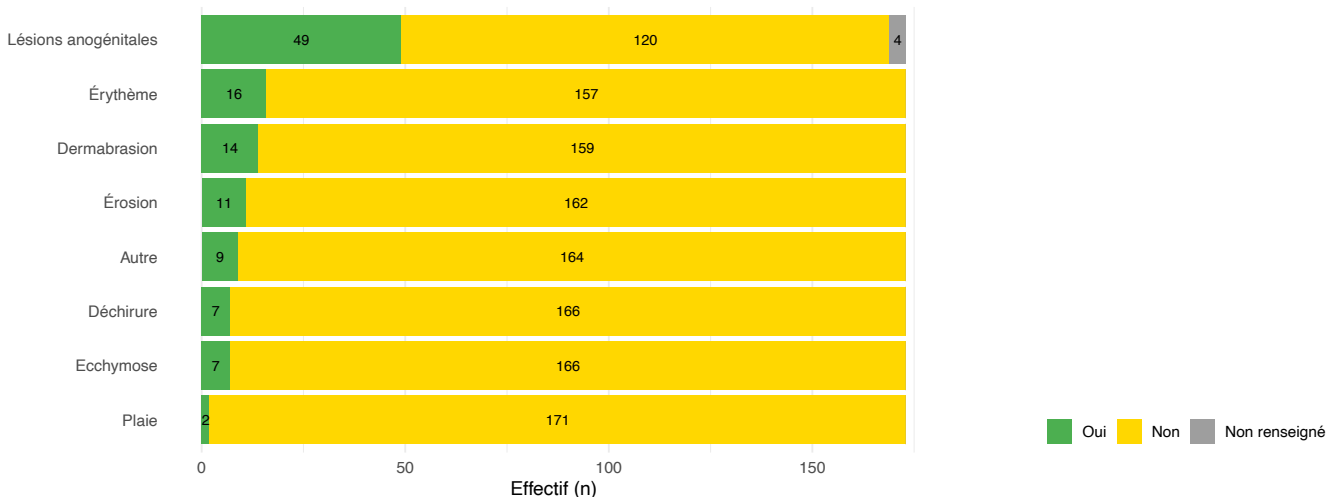


Figure 4 : Fréquence des types des lésions génitales parmi les patient-es ayant eu un examen gynécologique (n=173). Les données sont présentées en n.



Parmi les patient-es présentant des lésions, la majorité était âgée de 18 à 49 ans (84 %), avec des proportions moindres chez les adolescent-es de 16–17 ans (9 %) et les personnes de 50 ans et plus (9 %). Le délai de consultation était un facteur important : 44 % des lésions ont été détectées lorsque l'examen a été effectué dans les 24 heures suivant l'agression, 23 % dans les 24–48 heures, et 25 % dans les 48–72 heures. Au-delà de 72 heures, les taux de détection diminuaient fortement, seuls quelques cas étant observés après une semaine.

Les lésions vulvaires étaient les plus fréquentes, en particulier sur les lèvres internes et externes (7 %), la fourchette vulvaire (5 %) et la commissure postérieure (3 %).

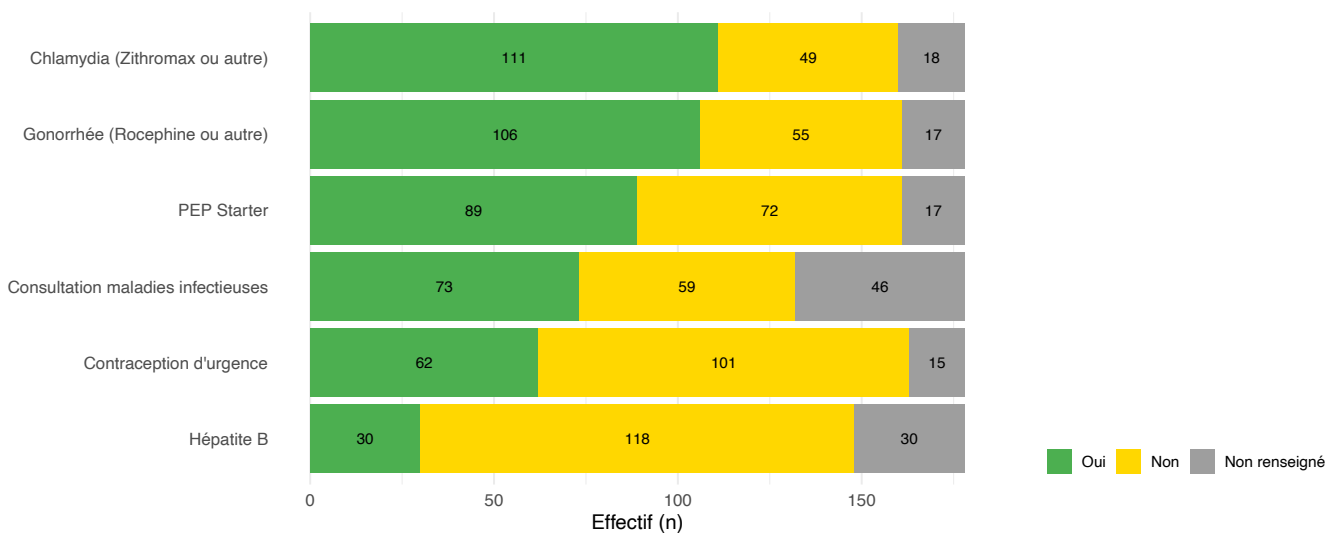
Lésions anales

Parmi les 173 patient-es ayant bénéficié d'un examen gynécologique, 5 % présentaient une lésion anale. Parmi les 24 patient-es ayant rapporté une pénétration anale, 33 % présentaient une lésion.

Traitements et suivi médical

Une contraception d'urgence a été administrée à 62 patient-es (38 %), tandis que 101 (62 %) n'en ont pas reçue (Tableau 5). Les principales raisons de non-administration étaient l'utilisation d'une contraception en cours (n = 56), le refus (n = 10), l'indication d'une absence de pénétration pénienne (n = 8), la ménopause (n = 7), la consultation en dehors du délai recommandé (n = 6) ou une grossesse en cours (n = 2). Dans 12 cas (8 %), la raison était inconnue ou manquante.

Figure 5 : Prévention et traitements (grossesse non désirée, IST). Les données sont présentées en n.



Une prophylaxie antibiotique contre la gonorrhée (Ceftriaxone) a été administrée à 106 patient-es (66 %). Parmi les 55 (34 %) qui ne l'ont pas reçue, les principales raisons étaient le refus (n = 22) ou l'absence de pénétration rapportée (n = 12). Dans 19 cas, la raison n'était pas spécifiée. De même, une

prophylaxie contre la chlamydia (Azithromycine) a été donnée à 111 patient-es (69 %), tandis que 49 (31 %) n'en ont pas reçu. Les motifs étaient le refus (n = 19), l'absence de pénétration (n = 10) ou une raison non précisée (n = 18).

Une prophylaxie contre l'hépatite B a été administrée à 30 patient-es (20 %). Parmi les 118 (80 %) n'en ayant pas reçu, la raison la plus fréquente était une vaccination complète antérieure (n = 65). Douze ont refusé, huit cas concernaient des agressions sans pénétration, et dans 32 cas, l'information manquait.

Une prophylaxie post-exposition contre le VIH (PEP) a été prescrite à 89 patient-es (55 %). Les 72 (45 %) n'en ayant pas reçu étaient réparti-es comme suit : consultation hors délai de 48 h (n = 35), absence de pénétration rapportée (n = 10), refus (n = 9), décision médicale d'absence d'indication (n = 6), traitement antiviral déjà en cours (n = 1) et raison non spécifiée (n = 10).

Enfin, 73 patient-es (55 %) ont bénéficié d'une consultation de suivi en infectiologie, tandis que 59 (45 %) n'en ont pas eu. Sur le site de Genève, 90 % des patient-es ont été adressé-es à l'UIMPV, tandis que 10 % ne l'ont pas été, le plus souvent parce qu'elles-ils étaient déjà suivi-es par un-e psychiatre ou psychologue (n = 6) ou qu'elles-ils avaient refusé l'orientation (n = 3).

Conditions médicales préexistantes

Des conditions préexistantes ont été signalées chez 79 patient-es (44 %) au moment de la consultation médico-légale (Tableau 5). Parmi elles-eux, 30 % (n = 54) présentaient une ou plusieurs affections somatiques, et 26 % (n = 47) avaient des troubles psychiatriques documentés.

Les conditions somatiques les plus fréquemment rapportées étaient l'asthme (5 %), l'hypothyroïdie (4 %) et l'épilepsie (4 %), suivies par l'hypertension (1 %) et diverses autres pathologies (20 %).

Parmi les troubles psychiatriques, la dépression (15 %) et les troubles anxieux (6 %) étaient les plus fréquents, suivis du trouble de la personnalité borderline (4 %), des troubles liés à l'usage de substances (2 %), du trouble schizo-affectif (2 %) et du trouble bipolaire (2 %) et du trouble de stress post-traumatique (1 %). D'autres diagnostics psychiatriques ont été rapportés chez 6 % des patient-es.

Ces données montrent qu'une proportion importante de personnes consultant pour une agression sexuelle présentait une condition médicale ou psychiatrique préexistante susceptible de contribuer à leur vulnérabilité globale et d'influencer leur trajectoire de santé, tant aiguë que prolongée, après l'agression.

Tableau 4: Conditions préexistantes parmi les patient-es inclus-es (n = 178). Toutes les données sont exprimées en n (%).

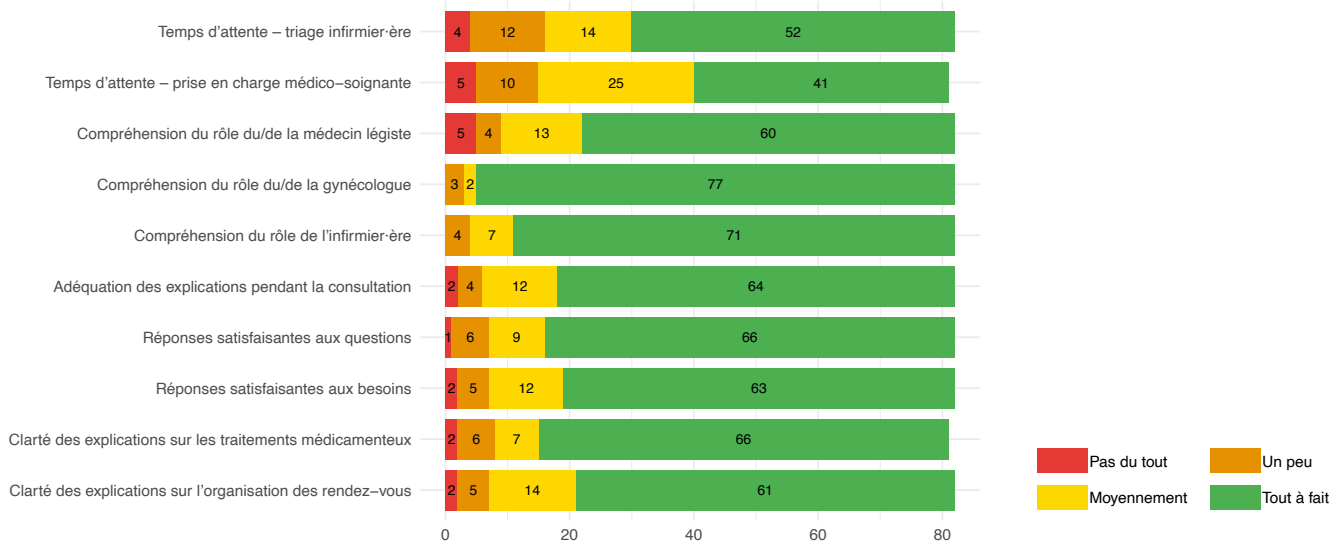
Catégorie	Condition/Trouble	N=178
Condition préexistante	≥1 condition préexistante	79 (44)
Troubles somatiques	≥1 condition somatique	54 (30)
	...Asthme	9 (5)
	...Hypothyroïdie	7 (4)
	...Épilepsie	7 (4)
	...Hypertension artérielle	2 (1)
	...Autres affections somatiques	36 (20)
Troubles psychiatriques	≥1 trouble psychiatrique	47 (26)
	...Dépression	27 (15)
	...Troubles anxieux	11 (6)
	...Trouble de la personnalité borderline	7 (4)
	...Troubles liés à l'usage de substances	4 (2)
	...Trouble schizo-affectif	4 (2)
	...Trouble bipolaire	4 (2)
	...Trouble de stress post-traumatique (TSPT)	2 (1)
...Autres troubles psychiatriques	11 (6)	

Consultation aux urgences – Évaluation initiale

Les patient-es (n=178) se déclaraient globalement satisfait-es de la qualité des soins et des informations reçues au moment de la consultation aux urgences. La majorité a indiqué avoir très bien compris les rôles respectifs du·de la gynécologue, du·de la médecin légiste et de l’infirmier-ère. Le niveau de satisfaction concernant les explications fournies était également élevé : 80 % étaient satisfait-es des explications relatives aux traitements proposés et 80 % satisfait-es des réponses apportées à leurs questions et besoins exprimés. Septante-quatre pour cent se disaient satisfait-es de l’organisation des rendez-vous de suivi.

Concernant les temps d’attente, 50 % étaient tout à fait satisfait-es du délai avant d’être vu-es par un membre de l’équipe médicale, et 63 % étaient tout à fait satisfait-es du délai avant le tri infirmier. Bien que le temps d’attente ait obtenu un niveau de satisfaction légèrement inférieur aux autres éléments, il révèle qu’au moins la moitié des patient-es se déclarait pleinement satisfait-e, et que la satisfaction globale demeurait élevée. Les patient-es ont en particulier souligné la qualité de l’écoute et des explications reçues, ainsi qu’une bonne compréhension du parcours de soins et du rôle des différent-es professionnel·les impliqué-es.

Figure 6 : Satisfaction et compréhension des patient-es lors de la consultation aux urgences (n = 82). Les données sont présentées en n.



Échelle GAD-7 (trouble anxieux généralisé à 7 items)

À trois mois, 85 patient-es ont complété le GAD-7. Une anxiété cliniquement significative (score ≥ 10) a été observée chez 67 % des répondant-es, dont 35 patient-es (41 %) présentant une anxiété sévère (scores 15–21) et 22 patient-es (26 %) une anxiété modérée (scores 10–14). Dix-neuf (22 %) ont rapporté des symptômes légers, et 9 (11 %) des symptômes

minimaux ou absents. Les patient-es décrivaient le plus souvent une nervosité, des difficultés à se détendre, une incapacité à contrôler leurs inquiétudes, de l'irritabilité et une agitation physique marquée, signe d'une forte détresse dans la période post-aiguë de l'agression.

Figure 7: Catégories de scores totaux du GAD-7 à 3 mois (n = 85).

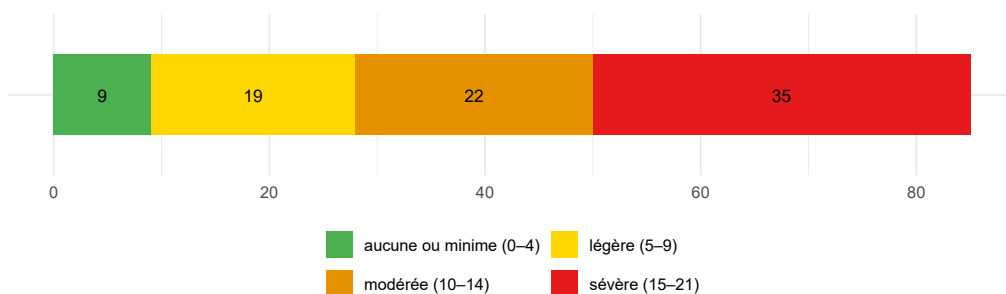
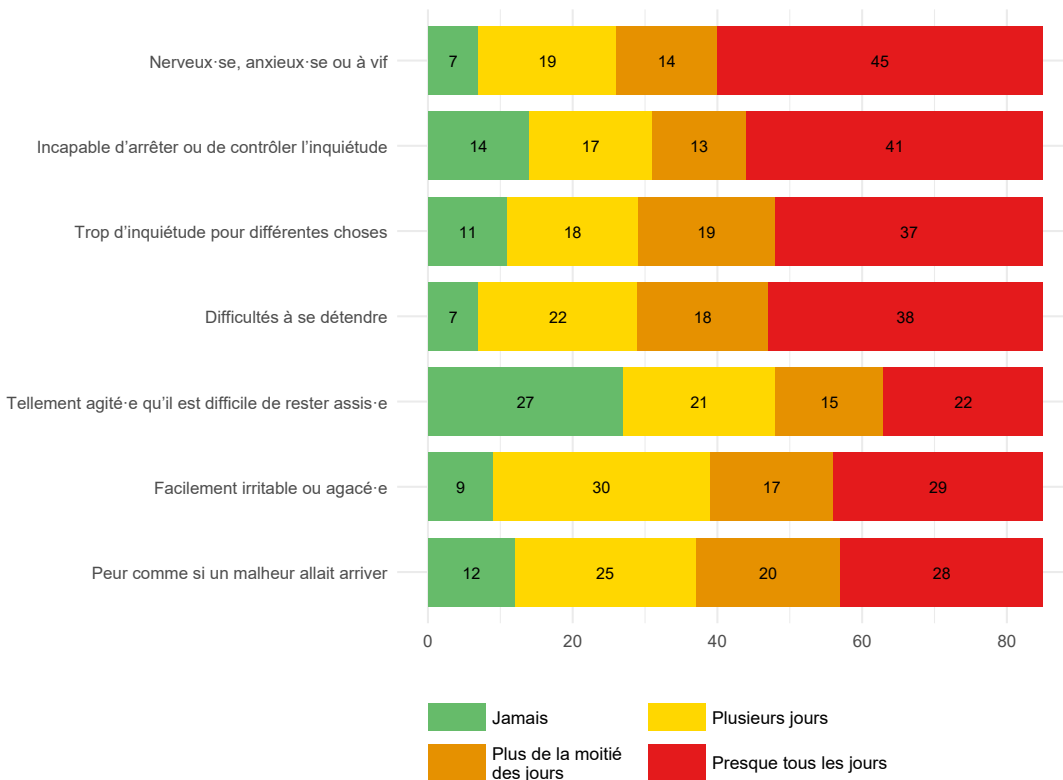


Figure 8: Réponses aux items du GAD-7 à 3 mois (n = 85). Les données sont présentées en n.



À douze mois, 49 patient-es ont complété le GAD-7. Une anxiété cliniquement significative persistait chez 57 % des répondant-es, dont 23 (47 %) présentaient une anxiété sévère et 5 (10 %) une anxiété modérée. Quinze (31 %) ont signalé des symptômes légers, et 6 (12 %) des symptômes minimes. Les plaintes les plus fréquentes restaient la nervosité, les inquiétudes

incontrôlables, les difficultés à se détendre, l'irritabilité et l'agitation motrice. Bien que la prévalence globale de l'anxiété cliniquement significative ait diminué par rapport aux valeurs à 3 mois, la persistance d'une anxiété sévère chez près de la moitié de l'échantillon souligne le caractère chronique de ces symptômes pour de nombreuses personnes incluses.

Figure 9 : Catégories de scores totaux du GAD-7 à 12 mois (n = 49).

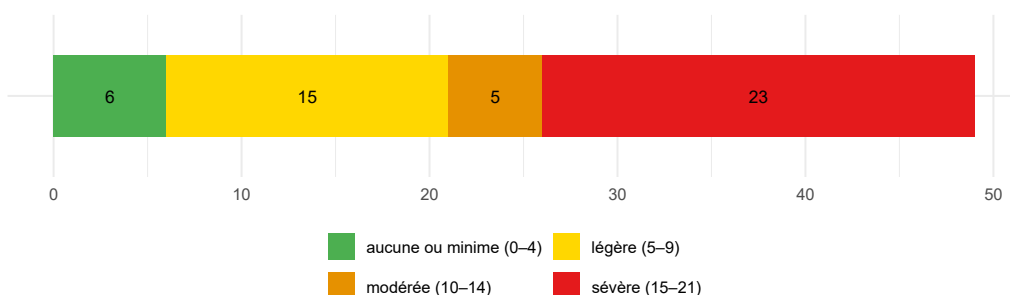
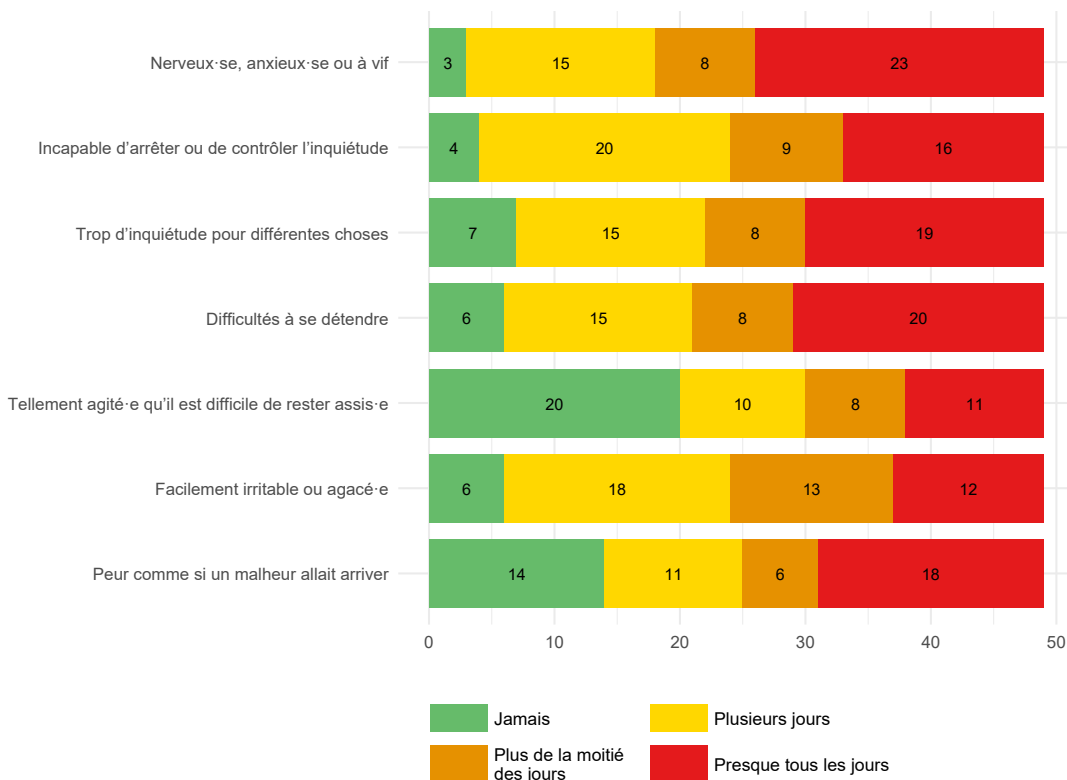


Figure 10 : Réponses aux items du GAD-7 à 12 mois (n = 49). Les données sont présentées en n.



Questionnaire PHQ-9 (dépistage de la dépression)

Lors du suivi à 3 mois, 84 patient-es ont complété le PHQ-9. Une dépression cliniquement significative (score ≥ 10) était présente chez 82 % des répondant-es, dont 24 (29 %) avec une dépression sévère (scores 20–27), 24 (29 %) avec une dépression modérément sévère (15–19) et 21 (25 %) avec une dépression modérée (10–14). Neuf autres (11 %) ont rapporté des symptômes légers et six (7 %) des

symptômes minimes. Les symptômes dépressifs les plus fréquents étaient les troubles du sommeil (79 %), la fatigue ou le manque d'énergie (76 %), les changements d'appétit (73 %), la tristesse ou le désespoir (64 %) et la baisse d'estime de soi (56 %). Trente-huit patient-es (45 %) ont rapporté des pensées suicidaires ou d'automutilation survenues plusieurs jours ou plus au cours des deux semaines précédentes.

Figure 11: Catégories de scores totaux du PHQ-9 à 3 mois (n = 84).

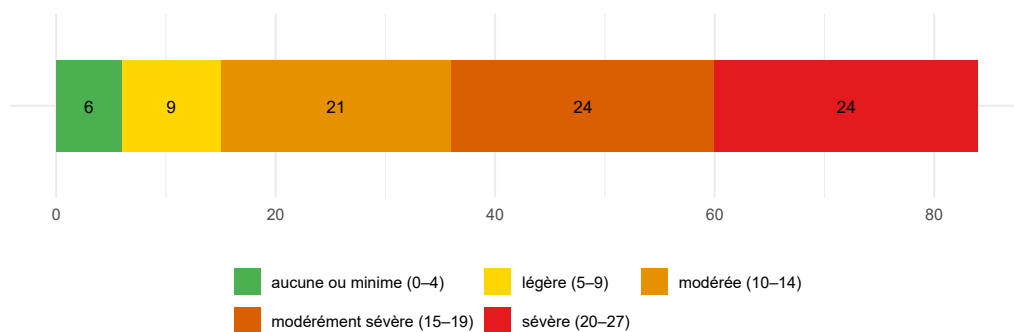
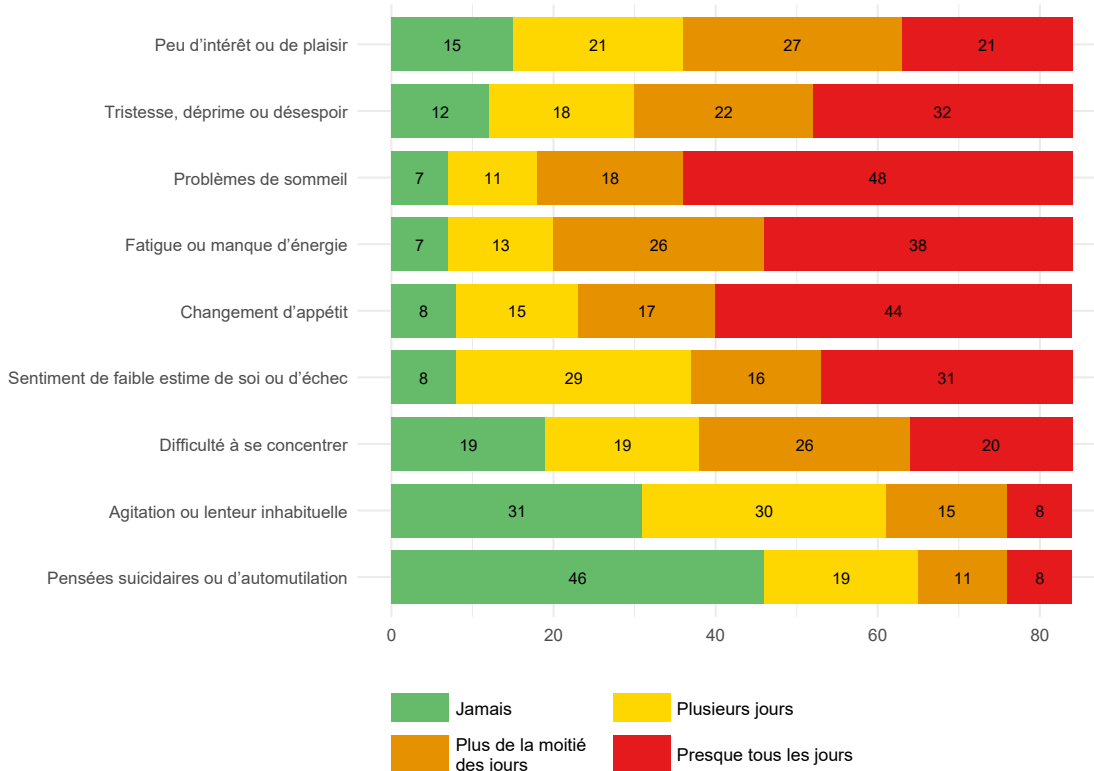


Figure 12: Réponses aux items du PHQ-9 à 3 mois (n = 84). Les données sont présentées en n.



À 12 mois, 48 patient-es ont complété le PHQ-9. Une dépression cliniquement significative restait présente chez 71 % des répondant-es, avec 16 (33 %) présentant une dépression sévère, 9 (19 %) une dépression modérément sévère, et 9 (19 %) une dépression modérée. Six (13 %) présentaient une dépression légère, et sept (15 %) des symptômes minimes. Les symptômes les plus fréquents demeuraient la fatigue

ou le manque d'énergie (75 %) et les troubles du sommeil (75 %), suivis de la baisse d'estime de soi (56 %), des difficultés de concentration (50 %) et des changements d'appétit (48 %). Vingt-cinq patient-es (52 %) ont rapporté des pensées suicidaires ou d'automutilation survenues plusieurs jours ou plus au cours des deux semaines précédentes.

Figure 13: Catégories de scores totaux du PHQ-9 à 12 mois (n = 48).

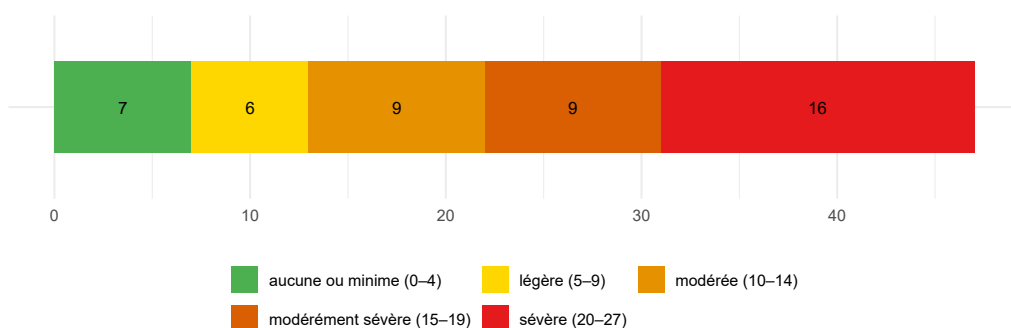
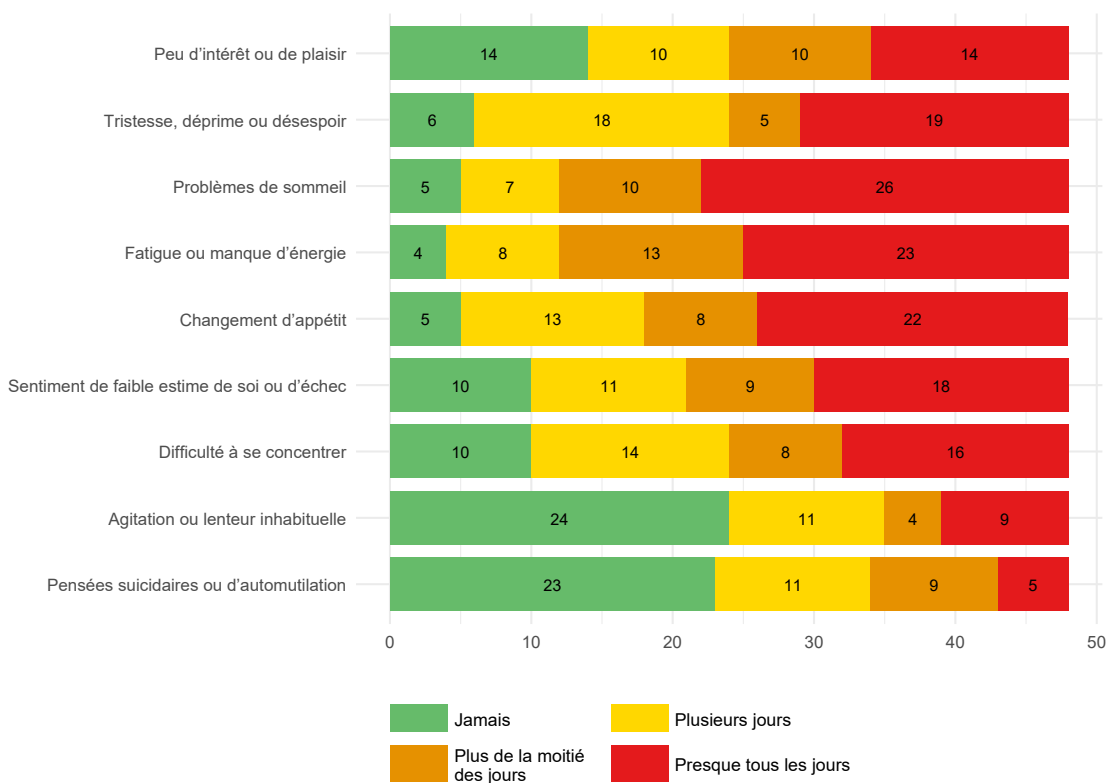


Figure 14: Réponses aux items du PHQ-9 à 12 mois (n = 48). Les données sont présentées en n.



Échelle PCL-5 (checklist du TSPT pour le DSM-5)

Lors du suivi à 3 mois (n = 84), 63 patient-es (75 %) présentaient un score de TSPT cliniquement significatif (≥ 32), et 61 (73 %) remplissaient les critères diagnostiques provisoires de TSPT selon le DSM-5.

Les symptômes les plus fréquents étaient les troubles du sommeil (80 %), le rejet des pensées liées au traumatisme (74 %), les souvenirs intrusifs non désirés (73 %), la détresse lors des rappels du traumatisme (71 %), les émotions négatives (70 %), les réactions physiques face aux rappels (69 %) et les difficultés de concentration (69 %). L'hypervigilance (68 %) et l'évitement de certaines personnes ou certains lieux (67 %) étaient également fréquents. En considérant les groupes de symptômes du DSM-5, les symptômes d'intrusion étaient rapportés par 62 patient-es (74 %), d'évitement par 52 (62 %), d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur par 62 (74 %) et d'hyperactivation par 62 (74 %).

Figure 15: Catégories de scores totaux du PCL-5 à 3 mois (n = 84).

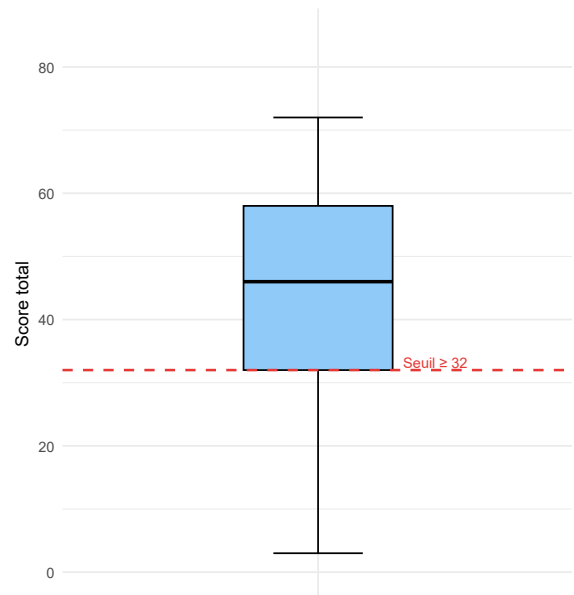
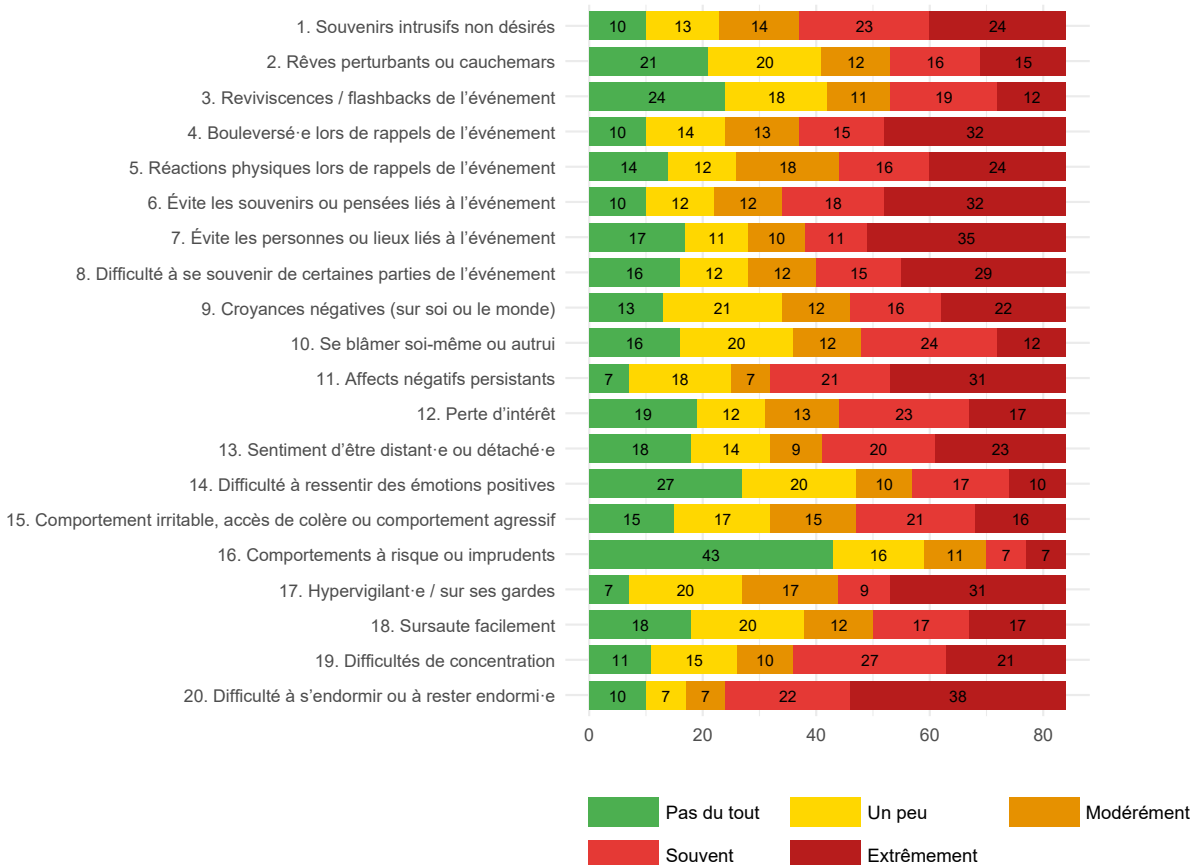


Figure 16: Réponses aux items du PCL-5 à 3 mois (n = 84). Les données sont présentées en n.



À 12 mois (n = 47), 32 patient-es (68 %) présentaient encore un score de TSPT cliniquement significatif (≥ 32), et 29 (62 %) remplissaient les critères diagnostiques provisoires de TSPT selon le DSM-5.

Les symptômes les plus fréquents restaient les troubles du sommeil (72 %), les souvenirs intrusifs (66 %), la détresse face aux rappels (64 %), les émotions négatives (62 %) et l'hypervigilance (60 %). Les problèmes de concentration (58 %) et les réactions physiques aux rappels (55 %) étaient également prédominants. Au niveau des groupes de symptômes, les symptômes d'intrusion étaient rapportés par 68 %, ceux d'évitement par 55 %, les altérations négatives des cognitions et de l'humeur par 64 %, et l'hyperactivation par 66 %.

Figure 17: Catégories de scores totaux du PCL-5 à 12 mois (n = 47).

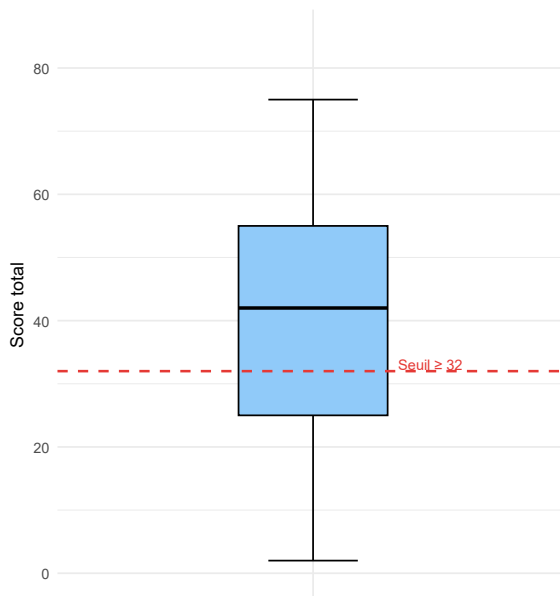
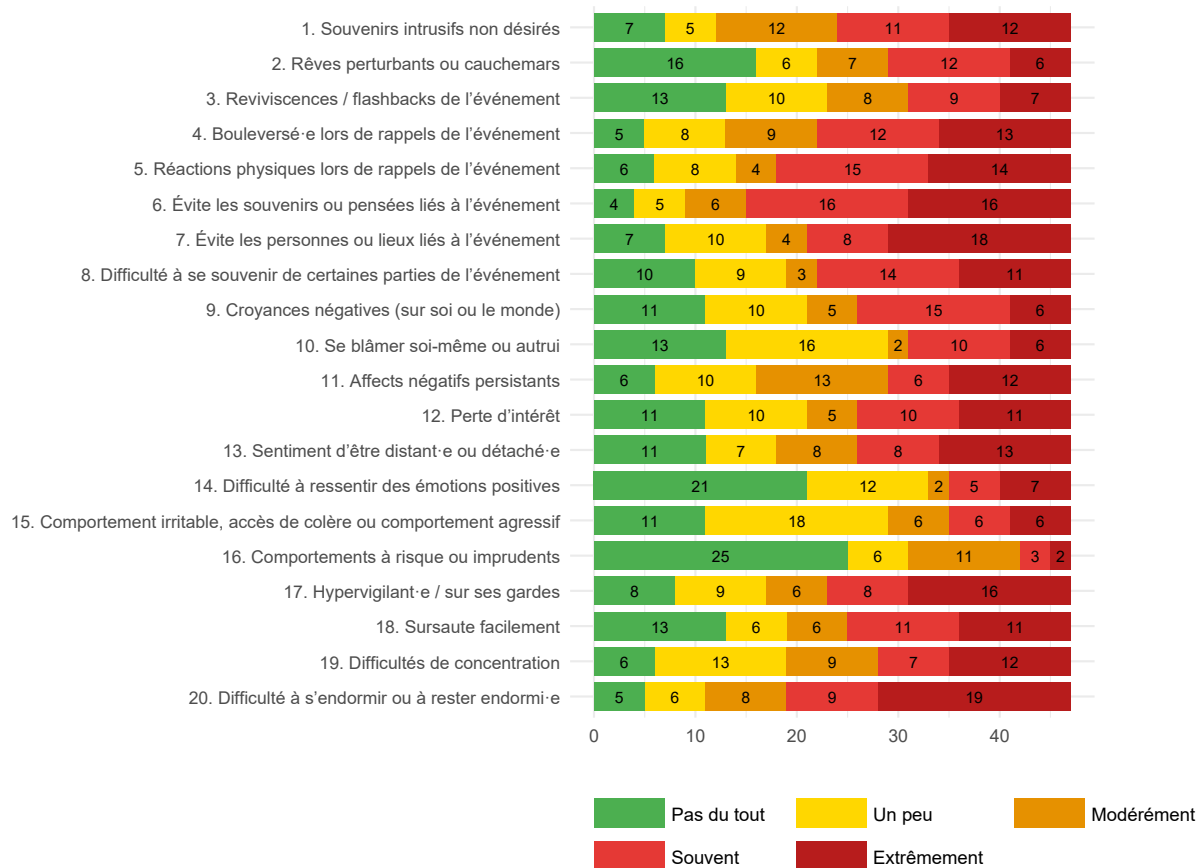


Figure 18: Réponses aux items du PCL-5 à 12 mois (n = 47). Les données sont présentées en n.



PHQ-15 – Symptômes physiques

Au suivi à 3 mois (n = 88), 72 % des patient-es présentaient des symptômes somatiques modérés à sévères (PHQ-15 \geq 10), dont 29 (33 %) modérés et 34 (39 %) sévères. Les symptômes les plus fréquemment signalés étaient les troubles du sommeil (72 %), la fatigue ou le manque d'énergie (48 %), les palpitations

cardiaques (36 %), les maux de tête (32 %) et l'essoufflement (25 %). D'autres symptômes tels que les douleurs dorsales, les troubles menstruels, les vertiges et les troubles gastro-intestinaux étaient également fréquents, bien que moins souvent décrits comme très sévères.

Figure 19: Catégories de scores totaux du PHQ-15 à 3 mois (n = 88).

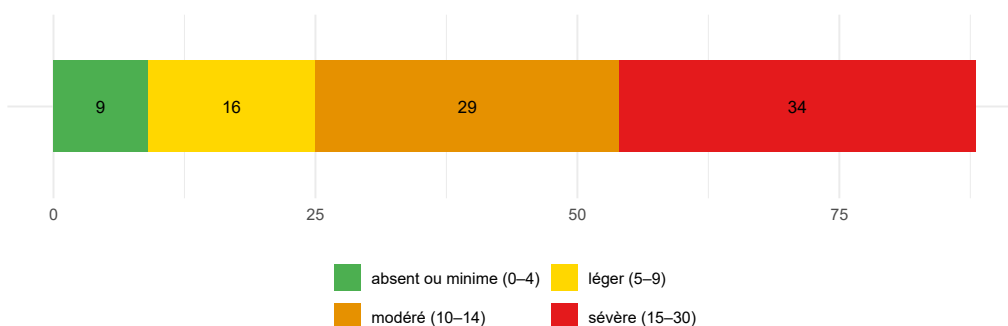
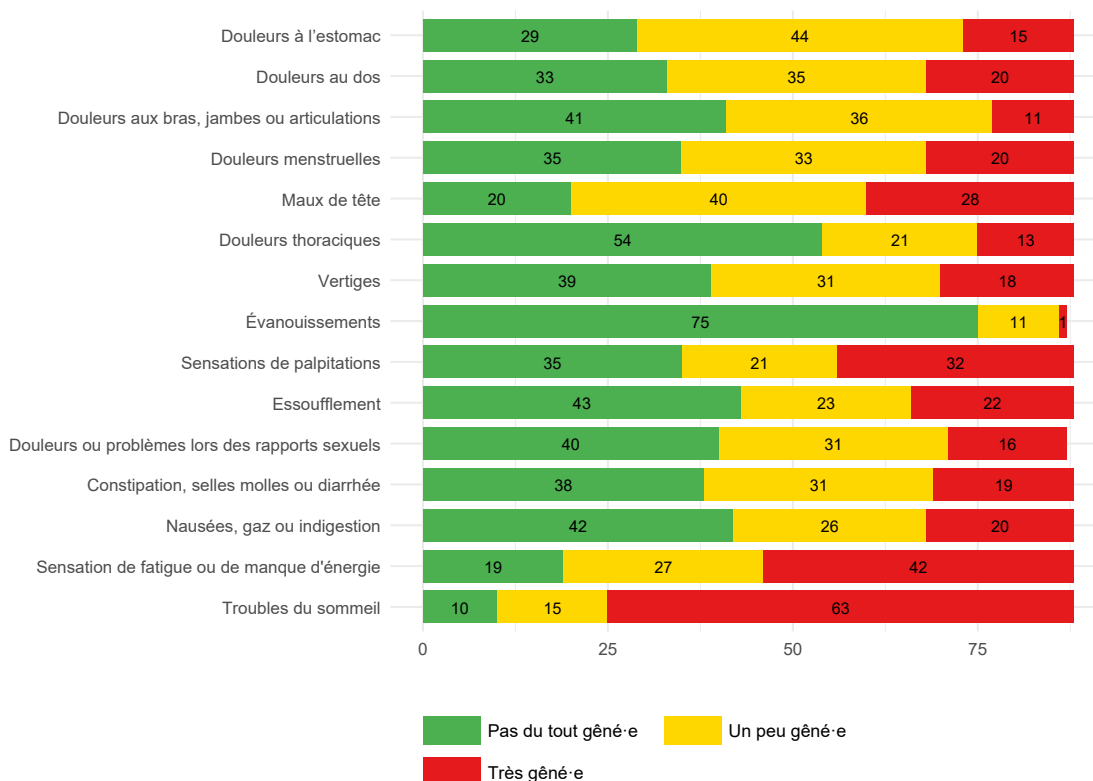


Figure 20: Réponses aux items du PHQ-15 à 3 mois (n = 88). Les données sont présentées en n.



Au suivi à 12 mois (n = 50), les symptômes somatiques persistaient chez la majorité des patient·es, bien que leur fréquence ait légèrement diminué par rapport à l'évaluation précédente. Les symptômes les plus marqués demeuraient les troubles du sommeil

(68 %) et la fatigue ou le manque d'énergie (40 %), suivis des maux de tête (36 %), des palpitations (32 %), ainsi que des douleurs dorsales, abdominales ou menstruelles (30 % chacun).

Figure 21: Catégories de scores totaux du PHQ-15 à 12 mois (n = 50).

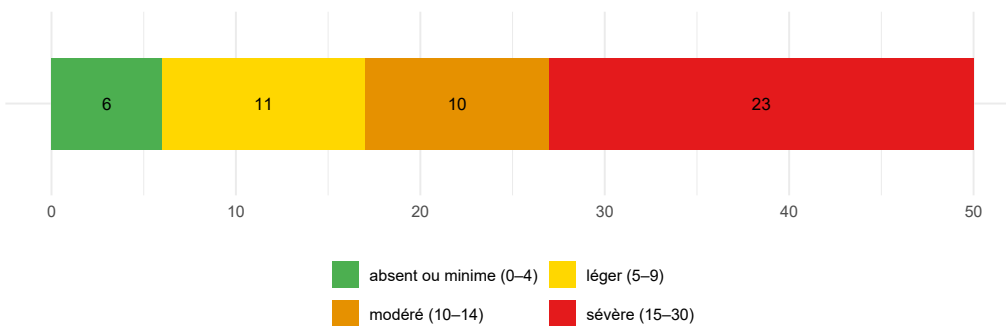
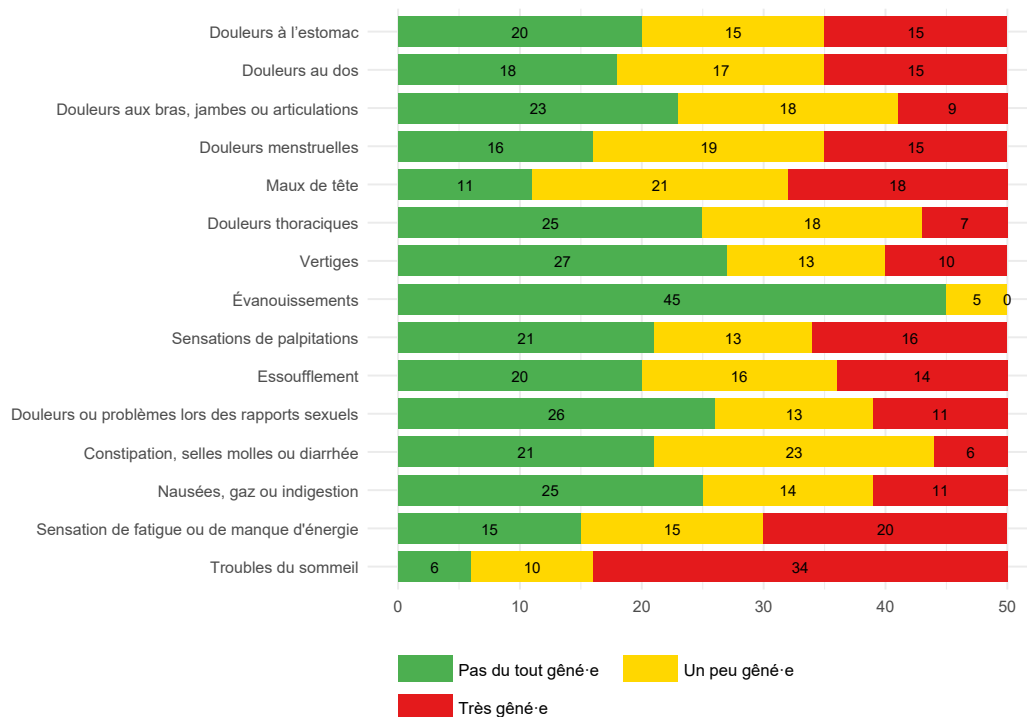


Figure 22: Réponses aux items du PHQ-15 à 12 mois (n =50). Les données sont présentées en n.



Index de Fonction Sexuelle Féminine (FSFI)

Lors du suivi à 3 mois (n = 82), 20 patient-es (24 %) ont déclaré ne pas avoir eu d'activité sexuelle, et 6 avaient des données incomplètes. L'analyse a donc été effectuée sur 56 participant-es. Parmi elles-eux, 48 patient-es (86 %) avaient des scores indiquant une dysfonction sexuelle (score total FSFI \leq 26,55). Les domaines les plus touchés étaient l'orgasme, l'excitation et le désir, tandis que la douleur et la satisfaction étaient relativement moins affectées.

Lors du suivi à 12 mois (n = 44), 11 patient-es (25 %) ont rapporté n'avoir eu aucune activité sexuelle, et 3 avaient des données incomplètes. L'analyse s'est donc basée sur 30 participant-es, dont 19 (63 %) présentaient une dysfonction sexuelle. Comme à trois mois, les domaines les plus touchés étaient l'orgasme, l'excitation et le désir, tandis que la douleur et la satisfaction étaient moins impactées.

Résumé des suivis à 3 et 12 mois

Lors du suivi à 3 mois, les patient-es ont rapporté des niveaux élevés de symptômes dans tous les domaines évalués. Une anxiété modérée à sévère était présente chez 67 %, une dépression chez 82 %, et un TSPT probable chez 75 % des participant-es. Parmi celles et ceux qui étaient sexuellement actif-ves, 86 % présentaient une dysfonction sexuelle, et plus de 70 % rapportaient des symptômes somatiques importants, principalement la fatigue et les troubles du sommeil. La consommation de substances et leurs conséquences associées ont également été rapportées.

Lors du suivi à 12 mois, la prévalence des symptômes avait légèrement diminué pour la plupart des mesures, mais elle restait élevée. Une anxiété cliniquement significative était observée chez 57 %, une dépression chez 71 %, et un TSPT probable chez 68 % des participant-es. La dysfonction sexuelle persistait chez 63 % des patient-es sexuellement actif-ves, et les symptômes somatiques tels que les troubles du sommeil, la fatigue et les céphalées continuaient d'impacter plus de la moitié des participant-es. Ces résultats indiquent une persistance des conséquences mentales, sexuelles et physiques jusqu'à un an après l'agression sexuelle.

Discussion

Continuité avec les résultats de l'étude rétrospective

La présente étude s'appuie directement sur l'analyse rétrospective des constats d'agression sexuelle réalisée aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) entre 2018 et 2021. Dans l'ensemble, les caractéristiques démographiques et contextuelles des agressions sont restées comparables entre les deux études. Comme dans la phase rétrospective, la majorité des personnes ayant consulté après une agression sexuelle ont rapporté connaître leur agresseur, le plus souvent un ami, une connaissance ou un partenaire intime, et la plupart des agressions se sont produites dans des lieux privés plutôt que publics. Le délai entre l'agression et la consultation aux urgences a également suivi un schéma similaire, avec une majorité de patient-es consultant dans les 72 heures. La légère augmentation des consultations précoces peut refléter la décentralisation des services médico-légaux depuis 2020 et l'extension des sites d'examen aux hôpitaux régionaux des cantons de Vaud et du Valais, améliorant ainsi l'accessibilité aux soins.

La prévalence et la répartition anatomique des lésions corporelles et génito-anales étaient également cohérentes avec les observations de la phase rétrospective, confirmant la stabilité et la fiabilité du protocole médico-légal standardisé utilisé dans tous les centres participants. Ces similitudes renforcent la comparabilité des données entre les deux phases et parlent en faveur du maintien de l'utilisation d'une documentation harmonisée.

La principale valeur ajoutée de cette étude prospective réside dans son design longitudinal, qui permet de limiter les données manquantes et d'assurer un suivi systématique à 3 et 12 mois après l'agression. Ce suivi permet d'évaluer les conséquences sur les patient-es à moyen et long terme – psychiques, physiques et sexuelles – à l'aide d'outils psychométriques standardisés (GAD-7, PHQ-9, PCL-5, PHQ-15, FSFI, WHO-ASSIST). L'inclusion de données auto-rapportées fournit en outre une vision plus complète des parcours de soins et du degré de satisfaction des patient-es en termes de prise en charge d'urgence et du suivi.

Au-delà de la confirmation des résultats de l'étude rétrospective, cette phase prospective représente la première initiative multicentrique en Suisse documentant systématiquement les conséquences aiguës et évolutives des violences sexuelles. Elle offre ainsi une opportunité unique d'identifier les vulnérabilités persistantes, de mieux comprendre les parcours de soins et d'orienter le développement futur d'un registre régional des cas d'agression sexuelle pris en charge dans les services d'urgence en Suisse.

Conséquences sur la santé mentale

Des niveaux élevés d'anxiété, de dépression et de symptômes de stress post-traumatique ont été observés chez les personnes ayant été exposées à des violences sexuelles jusqu'à douze mois après l'agression. À trois mois, 67 % présentaient une anxiété cliniquement significative (GAD-7 ≥ 10), 82 % avaient des symptômes dépressifs (PHQ-9 ≥ 10), et 75 % atteignaient le seuil de TSPT probable (PCL-5 ≥ 32). Bien que ces taux aient légèrement diminué à douze mois (57 %, 71 % et 68 %, respectivement), ils indiquent une détresse psychologique durable bien au-delà de la phase aiguë.

Comparée aux données internationales, la charge symptomatique observée dans cette cohorte apparaît plus élevée que celle rapportée dans la plupart des études. Une méta-analyse de Dworkin et al. a montré que 30 à 60 % des personnes ayant été exposées à des violences sexuelles développent un TSPT dans l'année suivant l'agression⁽¹⁰⁾, tandis que d'autres études épidémiologiques de grande envergure rapportent des taux similaires ou inférieurs pour la dépression et l'anxiété.⁽¹¹⁾ Les taux de TSPT probable relevés, dans cette étude à trois comme à douze mois, dépassent les taux documentés précédemment. Cette forte prévalence pourrait refléter des différences de composition d'échantillon, de comportements de recours aux soins, ou encore des facteurs contextuels propres au système de santé et à l'environnement socio-culturel suisses. Par exemple, 61 % des participant-es ont rapporté avoir déjà subi une agression sexuelle, et l'on sait qu'une agression antérieure accroît le risque de revictimisation et la vulnérabilité psychologique, avec des taux plus élevés de TSPT et de symptômes dépressifs.⁽¹²⁻¹⁴⁾

Le modèle écologique proposé par Campbell et al. (2009) illustre comment l'interaction entre la vulnérabilité individuelle, le contexte social et les réponses systémiques influence la récupération après une agression sexuelle.⁽¹⁵⁾ La fréquence des symptômes dépressifs était similaire : environ un tiers des patient·e·s présentaient une dépression sévère aux deux temps de suivi. Des observations antérieures révèlent des schémas comparables de symptômes dépressifs et anxieux persistant des années après les faits.^(16,17) La fréquence élevée des pensées suicidaires – 45 % à 3 mois et 52 % à 12 mois – illustre également la profondeur et la persistance de la souffrance émotionnelle post-agression décrite dans la littérature internationale.

À Genève, les patient·e·s sont systématiquement orienté·e·s vers l'Unité interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (UIMPV) pour un suivi psychologique dans les jours suivant leur consultation aux urgences, alors que dans d'autres sites participants, le suivi du psychotraumatisme n'est pas encore systématiquement intégré dans la prise en charge post-agression. Ces différences structurelles de prise en charge psychologique pourraient influencer les trajectoires de rétablissement observées entre régions. Le design prospectif de cette étude permettra de mesurer ultérieurement l'impact de l'accès à un suivi spécialisé sur les résultats à long terme en matière de santé mentale.

Dans l'ensemble, ces résultats confirment les données internationales indiquant que la récupération psychologique après une agression sexuelle est souvent longue et incomplète, et que des symptômes de TSPT, de dépression et d'anxiété persistent chez une large proportion de personnes bien après la phase de crise initiale.^(10,11,15)

Conséquences sur la santé sexuelle

La fonction sexuelle était fortement altérée après l'agression et ne montrait qu'une amélioration partielle à douze mois. Parmi les répondant·e·s sexuellement actif·ve·s, 86 % atteignaient le seuil de dysfonction sexuelle (FSFI \leq 26,55) à trois mois et 63 % à douze mois – des taux nettement supérieurs à ceux observés dans la population générale, où 40 à 50 % des femmes rapportent une forme de dysfonction.^(18,19) Les domaines les plus touchés dans cette cohorte – l'orgasme, l'excitation et le désir – confirment les résultats d'études antérieures décrivant des perturbations durables de la réponse sexuelle et de l'intimité après une agression ou des abus sexuels.^(20,21)

La persistance de la dysfonction au-delà d'un an souligne l'impact profond et durable des violences sexuelles sur le bien-être psychosexuel. La recherche montre que l'anxiété liée au traumatisme, l'hypervigilance et les souvenirs intrusifs peuvent interférer avec l'excitation physiologique et contribuer à l'évitement des relations sexuelles.^(22,23) Les personnes décrivent souvent une interaction complexe entre la détresse psychologique, les difficultés relationnelles et le malaise corporel, menant à une baisse du désir et de la satisfaction sexuelle.

Des résultats similaires ont été observés dans des études cliniques et populationnelles, où les personnes ayant été exposées à des violences sexuelles présentent des dysfonctions persistantes même plusieurs années après les faits.^(18,21) De plus, une association entre les violences sexuelles et des taux accrus de vulvodynie, de douleurs pelviennes chroniques, de dysfonction anorectale et génito-urinaire a été mise en évidence par plusieurs études^(24,25), suggérant qu'un chevauchement entre les séquelles physiques et psychologiques pourrait influencer la santé sexuelle et gynécologique. Ces éléments confirment la nature multifactorielle des conséquences sexuelles des agressions et la nécessité de recherches supplémentaires sur les mécanismes biopsychosociaux sous-jacents, afin d'améliorer la prise en charge clinique et l'information aux patient·e·s.

Conséquences somatiques

Les symptômes physiques étaient fréquents et persistants tout au long du suivi. À trois mois, près de trois quarts des patient-es ont rapporté au moins un symptôme physique jugé très gênant, le plus souvent des troubles du sommeil, de la fatigue, des palpitations et des maux de tête. Bien que la fréquence de ces plaintes ait légèrement diminué à douze mois, plus de la moitié des participant-es continuaient de présenter des manifestations somatiques, ce qui souligne la durabilité de la détresse corporelle après une agression sexuelle.

Ces résultats sont cohérents avec les études établissant un lien entre les violences sexuelles et un large éventail de conséquences physiques à long terme. Les personnes ayant subi une agression sexuelle présentent des taux de douleurs chroniques, de troubles gastro-intestinaux, de fatigue persistante et d'autres symptômes médicaux inexplicables plus élevés que les personnes non exposées.⁽²⁶⁻²⁹⁾ Ces manifestations sont attribuées aux effets durables du traumatisme sur les systèmes de régulation du stress et de la douleur, entraînant une sensibilité accrue aux inconforts physiques et contribuant à des problèmes de santé chroniques.⁽³⁰⁾

En plus de ces symptômes somatiques généraux, plusieurs études ont décrit des affections gynécologiques post-traumatiques. Par rapport aux groupes de contrôles, les personnes ayant été exposées à des violences sexuelles présentent un risque accru de douleurs pelviennes ou vulvaires chroniques et de troubles urogénitaux.^(21,24,25) Cela suggère le même continuum de séquelles physiques et psychologiques observé dans d'autres formes de détresse somatique.

Consommation de substances

La consommation de substances psychoactives était fréquente dans la population étudiée et est restée relativement stable dans le temps. Selon les scores du WHO-ASSIST, plus d'un tiers des participant-es au suivi à trois mois rapportait un usage à risque modéré ou élevé pour au moins une substance. Les substances les plus souvent mentionnées étaient l'alcool, le tabac et le cannabis, suivis des sédatifs prescrits. Le craving, défini comme un désir fort ou irrésistible de consommer, a été signalé par environ trois quarts des fumeur-euses, deux cinquièmes des consommateur-rices d'alcool et un quart des consommateur-rices de cannabis. Près d'un tiers a décrit des préoccupations ou difficultés associées à leur usage, telles qu'une altération du fonctionnement

ou des tentatives infructueuses de réduction. À douze mois, la distribution des scores WHO-ASSIST restait similaire, avec une prévalence persistante d'usage à risque modéré ou élevé pour les principales substances. Bien qu'une variabilité individuelle ait été observée, il n'y a pas eu de diminution globale de la consommation entre les deux temps de suivi. Ces résultats suggèrent que, pour de nombreuses personnes, les comportements de consommation demeurent stables durant la première année suivant l'agression.

Ce constat est conforme à la littérature, qui montre que l'usage d'alcool et de drogues est fréquent chez les personnes ayant été exposées à des violences sexuelles et souvent associé à des symptômes d'anxiété, de dépression et de stress post-traumatique.^(10,31,32) Si les mécanismes associant l'exposition à un événement traumatique et la consommation de substance sont complexes et multifactoriels, des études longitudinales antérieures révèlent que ces comportements peuvent rester persistants ou fluctuants au fil du temps.^(33,34) Ces résultats et les nôtres soulignent la nécessité de prendre en compte le mésusage de substances dans le profil de santé des personnes consultant après une agression sexuelle.

Délai et parcours de consultation

La majorité des patient-es se sont présenté-es pour une consultation médico-légale dans les 72 heures suivant l'agression, un délai crucial pour les interventions cliniques et forensiques. Dans cette étude, 81 % des participant-es ont été examiné-es dans les trois premiers jours après l'agression : 45 % dans les 24 heures, 21 % entre 24 et 48 heures, et 15 % entre 48 et 72 heures. Une moindre proportion s'est présentée plus tard : 5 % entre 72 heures et 4 jours, 8 % entre 4 et 7 jours, 5 % entre une semaine et un mois, et 1 % au-delà d'un mois.

Cette distribution correspond à celle observée dans d'autres études hospitalières européennes et nord-américaines, où 70 à 85 % des personnes ayant subi une agression sexuelle consultent dans les 72 heures.^(35,36) La proportion élevée de consultations précoces observée ici reflète probablement une meilleure accessibilité aux services d'urgence spécialisés et une plus grande sensibilisation à l'importance d'une prise en charge rapide. Cependant, la persistance des présentations tardives, au-delà de la fenêtre médico-légale optimale, demeure un défi, ces cas s'accompagnant souvent de troubles de la mémoire ou d'une incertitude quant aux faits, ce qui peut complexifier les évaluations clinique et judiciaire.^(32,37)

L'extension progressive du dispositif de prise en charge médico-légale après une agression sexuelle en Suisse romande a contribué à améliorer l'accessibilité géographique, notamment grâce à l'extension du réseau du CURML et à l'intégration d'hôpitaux régionaux dans le canton de Vaud. Ces évolutions structurelles semblent avoir réduit les barrières d'accès et pourraient expliquer en partie la proportion élevée de consultations précoces observée dans la présente cohorte.

Violence et lésions

Près de la moitié des patient·es a rapporté des formes de violence physique durant l'agression, principalement avoir été maintenu·e de force, poussé·e ou frappé·e. La violence psychologique était également fréquente, se manifestant par les menaces, l'intimidation ou l'humiliation. Ces résultats rejoignent ceux d'autres études hospitalières européennes, où la coercition et l'intimidation font partie des formes d'agression les plus souvent rapportées.^(35,36) Ils soulignent que les agressions sexuelles s'inscrivent fréquemment dans un contexte de domination physique et psychologique, plutôt que dans celui d'actes sexuels isolés.

Des lésions ont été documentées dans 87 % des cas d'agression sexuelle, les plus fréquentes étant situées aux membres supérieurs et inférieurs, suivies du dos, des fesses et de la tête ou du visage. Ce schéma correspond à celui décrit dans d'autres études médico-légales, où les traumatismes des extrémités et du tronc sont prédominants.^(38,39) Des lésions génitales ont été observées chez 29 % des patient·es examiné·es, dont 26 % avec des lésions génitales et 5 % avec des lésions anales. Les lésions vulvaires étaient les plus fréquentes, suivies des lésions hyménales, périnéales et vaginales. Ces proportions sont comparables à celles constatées dans de vastes cohortes européennes.^(35,36) Comme l'ont montré de précédentes études, l'absence de lésion visible n'exclut pas une agression sexuelle, de nombreux cas confirmés ne présentant aucune lésion apparente.^(38,40) Dans l'ensemble, la distribution et la fréquence des lésions physiques et génitales observées sont conformes aux données publiées. Cela confirme que si la documentation médico-légale des traumatismes constitue un élément clé de l'évaluation médicale, elle doit toujours être interprétée en lien avec le récit de la personne concernée et le contexte de l'agression.

Implications médico-légales et préventives

Dans notre cohorte, seul un quart environ des examens médico-légaux d'agression sexuelle ont été ordonnés par la police ou le ministère public, les patient·es s'étant pour une majorité présenté·es aux urgences de leur propre initiative. Ce constat souligne le rôle essentiel des hôpitaux comme premier point de contact pour les patient·es, indépendamment de toute démarche judiciaire. Des proportions similaires ont été observées dans d'autres études européennes et nord-américaines, où la plupart des personnes agressées recherchent d'abord une prise en charge médicale avant d'envisager une plainte.^(41,42)

Plusieurs facteurs contribuent probablement à cette tendance. Les recherches antérieures montrent que les personnes qui ont subi une agression sexuelle craignent souvent de ne pas être crues, s'inquiètent de la confidentialité ou redoutent la charge émotionnelle liée au récit de l'agression dans un environnement judiciaire.^(43,44) Ces appréhensions peuvent dissuader le dépôt de plainte, même en cas de recours rapide à des soins médicaux et médico-légaux. Ces éléments illustrent la nécessité d'un système médico-légal centré sur la santé et l'autonomie des patient·es, garantissant que les soins cliniques et la documentation forensique puissent être effectués indépendamment de la décision de porter plainte.

La mise en place d'un registre standardisé et prospectif des cas d'agression sexuelle, tel que mis en œuvre dans la présente étude, constitue une avancée majeure en matière d'intégration des perspectives clinique, forensique et de santé publique. Au-delà de sa valeur médico-légale, un tel registre offre des données épidémiologiques et cliniques essentielles pour renforcer la prévention, la prise en charge à court et long terme, favoriser la collaboration intersectorielle entre les systèmes de santé, du social et de la justice, et soutenir le développement d'une formation, de campagnes de sensibilisation et d'une prise en charge ciblées.

Limitations

Plusieurs limites doivent être prises en considération lors de l'interprétation des résultats. Premièrement, parmi les 454 patient·es répondant aux critères d'inclusion, 178 (39 %) ont accepté de participer à l'étude. Comme fréquemment observé dans les études longitudinales menées auprès de personnes ayant subi une agression sexuelle, le taux de participation a diminué au cours de suivi, avec 85 participant·es à 3 mois (48 % des participant·es initial·es) et 49 à 12 mois (28 %). Cette perte de suivi a conduit à des effectifs plus restreints lors des suivis et à un potentiel biais de non-réponse. Les participant·es ayant poursuivi l'étude pourraient différer des personnes ayant abandonné en termes de résilience, d'accès aux soins ou de sévérité des symptômes.

Deuxièmement, bien que tous les instruments utilisés (GAD-7, PHQ-9, PCL-5, PHQ-15, FSFI, WHO-ASSIST) soient des outils de dépistage validés, ils reposent sur des auto-questionnaires et sont donc susceptibles de contenir des biais liés au rappel des événements et à une subjectivité des réponses.

Troisièmement, la population étudiée était limitée aux personnes se présentant aux services d'urgences hospitaliers, ce qui ne reflète pas nécessairement l'ensemble des personnes ayant été exposées aux violences sexuelles, notamment celles et ceux qui ne sollicitent pas de soins médicaux ou médico-légaux, ou qui s'adressent à des structures communautaires.

Quatrièmement, bien que le protocole médico-légal standardisé appliqué dans les hôpitaux participants renforce la comparabilité, de légères variations dans la documentation, l'expérience des examinateur·rices, le moment de l'examen ou les modalités de suivi peuvent avoir influencé certains résultats, tels que les taux de détection des lésions.

Enfin, en raison du design observationnel, il n'est pas possible d'établir de relations causales entre les caractéristiques de l'agression, les traitements reçus et les résultats à long terme. Malgré ces limites, le design multicentrique et prospectif de l'étude fournit un jeu de données solide et rare sur les conséquences physiques, psychologiques et sexuelles des agressions sexuelles en Suisse, à court et à long terme.

Forces

Cette étude présente également plusieurs forces majeures. Il s'agit de la première cohorte prospective multicentrique en Suisse visant à évaluer de manière systématique les données médico-légales, physiques, psychologiques et sexuelles des personnes consultant à la suite d'une agression sexuelle. L'inclusion de plusieurs hôpitaux répartis sur trois cantons, appliquant tous un protocole médico-légal harmonisé, renforce la représentativité et la comparabilité des données.

De plus, la combinaison de données cliniques, médico-légales et auto-rapportées permet une évaluation exhaustive des trajectoires de santé des personnes ayant été exposées aux violences sexuelles, en comblant le fossé entre la prise en charge d'urgence, la santé mentale et la santé sexuelle. L'ajout de questionnaires de suivi à 3 et 12 mois constitue une avancée méthodologique majeure par rapport à la phase rétrospective, en permettant un suivi longitudinal de la récupération et des symptômes persistants.

Enfin, la création d'un registre électronique harmonisé constitue une infrastructure durable pour la surveillance continue, la recherche et l'amélioration de la qualité de la prise en charge après une agression sexuelle. Cette infrastructure pose les fondations de futures collaborations nationales et soutient l'objectif de santé publique visant à améliorer la prévention, la formation et une réponse centrée sur les personnes ayant été exposées aux violences sexuelles à l'échelle du pays.

Conclusion et recommandations

Cette étude prospective multicentrique représente une avancée majeure dans la documentation des conséquences aiguës et à long terme des agressions sexuelles en Suisse. Grâce à l'intégration d'une documentation médico-légale standardisée, d'un suivi longitudinal et d'outils psychométriques validés, elle offre des informations inédites sur les trajectoires de santé physique, psychologique et sexuelle des patient·e·s jusqu'à un an après l'agression. La persistance de l'anxiété, de la dépression, du stress post-traumatique, de la dysfonction sexuelle et des symptômes somatiques met en évidence la nécessité d'une prise en charge soutenue, coordonnée et tenant compte des traumatismes, au-delà de la consultation initiale aux urgences.

Sur la base de ces résultats, plusieurs axes prioritaires d'intervention et de développement ont été identifiés. L'amélioration de l'information donnée aux patient·e·s est essentielle : les patient·e·s doivent recevoir des informations claires, accessibles et adaptées sur les lieux de soins, l'importance du suivi, les répercussions physiques et psychologiques possibles de l'agression et les ressources disponibles en santé mentale. Le renforcement de la formation du personnel soignant d'urgence est également prioritaire. La mise en œuvre de modules e-learning et de formations par simulation – déjà en place sur certains sites comme aux HUG – sera élargie et formellement évaluée afin de garantir une réponse cohérente, empathique et fondée sur les preuves dans tous les centres participants.

La création d'un registre standardisé multicentrique des agressions sexuelles dans les services d'urgence permettra la surveillance systématique, la recherche et l'évaluation des interventions à travers les cantons. Ce registre constituera une pierre angulaire pour les efforts futurs en matière de prévention, d'amélioration de la qualité et d'élaboration de politiques publiques, tant au niveau cantonal que national. L'intégration prochaine du canton du Tessin (réunion de lancement en octobre 2025) représente une étape clé vers une véritable plateforme nationale.

Les résultats soulignent enfin la nécessité de standardiser les parcours de suivi en santé mentale. Alors que Genève bénéficie du suivi structuré assuré par l'UIMPV, tous les sites ne disposent pas de mécanismes équivalents. Les travaux à venir exploreront des modèles de coordination en soins psychologiques, tels que l'implication d'un·e infirmier·ère en psychiatrie ou d'un·e gestionnaire de cas, chargé·e des appels de suivi, de l'accompagnement aux rendez-vous et de veiller à la continuité des soins.

Ensemble, ces actions visent à traduire les résultats de la recherche dans la pratique, en améliorant l'information aux patient·e·s, la formation professionnelle et la coordination interinstitutionnelle. Elles constitueront la base des prochaines demandes de financement destinées à renforcer la prévention, la prise en charge et le suivi des agressions sexuelles à travers la Suisse.

Références

1. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women: executive summary [Internet]. World Health Organization; 2021. xii p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341338>
2. Council of Europe. www.coe.int. 2017. Switzerland ratifies the Istanbul Convention. Available from: <https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/-/switzerland-ratifies-the-istanbul-convention>
3. Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes, (BFEG). Plan d'action national de la Suisse en vue de la mise en œuvre la Convention d'Istanbul de 2022 à 2026 [Internet]. Bern: BFEG; 2022 Jun. Available from: <https://www.ebg.admin.ch/fr/la-convention-distanbul-en-suisse>
4. Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence (GREVIO). GREVIO's (Baseline) evaluation report (Switzerland) on legislative and other measures giving effect to the provisions of the Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (Istanbul Convention) [Internet]. Strasbourg: Secretariat of the monitoring mechanism of the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence; 2022 Nov. Available from: <https://rm.coe.int/grevio-inf-2022-27-eng-final-draft-report-on-switzerland-publication/1680a8fc73>
5. 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 Med Wkly*. 2025;155:3913.
6. Cottler-Casanova S, Rimondi L, Lamuela Naulin M, Fracasso T, Abdulkadir J. Creation and Implementation of an Electronic Sexual Assault Record at the Geneva University Hospital. *JMIR Med Inform*. 2025 Nov 20;13:e66764.
7. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects – WMA – The World Medical Association. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>
8. Confédération Suisse. SR 810.30 - Federal Act of 30 September 2011 on Research involving Human Beings (Human Research Act, HRA). Available from: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2013/617/en>
9. SR 810.301 - Ordinance of 20 September 2013 on Human Research with the Exception of Clinical Trials (Human Research Ordinance, HRO). Available from: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2013/642/en>
10. Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J, Allen NE. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2017;56:65–81.
11. Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW, Keyes KM, Friedman MJ. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *J Trauma Stress*. 2013 Oct;26(5):537–47.
12. Classen CC, Palesh OG, Aggarwal R. Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma Violence Abuse*. 2005 Apr;6(2):103–29.
13. Messman-Moore TL, Long PJ. The role of childhood sexual abuse sequelae in the sexual revictimization of women: an empirical review and theoretical reformulation. *Clin Psychol Rev*. 2003 Jul;23(4):537–71.
14. Walsh K, Resnick HS, Danielson CK, McCauley JL, Saunders BE, Kilpatrick DG. Patterns of drug and alcohol use associated with lifetime sexual revictimization and current posttraumatic stress disorder among three national samples of adolescent, college, and household-residing women. *Addictive Behaviors*. 2014 Mar 1;39(3):684–9.
15. Campbell R, Dworkin E, Cabral G. An Ecological Model of the Impact of Sexual Assault On Women's Mental Health. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2009 May 10;10(3):225–46.
16. Resnick HS, Acierno R, Kilpatrick DG. Health impact of interpersonal violence. 2: Medical and mental health outcomes. *Behav Med*. 1997 Summer;23(2):65–78.
17. Ullman SE, Peter-Hagene L. Social Reactions to Sexual Assault Disclosure, Coping, Perceived Control and PTSD Symptoms in Sexual Assault Victims. *J Community Psychol*. 2014 May 1;42(4):495–508.
18. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016 Feb 1;13(2):144–52.
19. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual Problems and Distress in United States Women: Prevalence and Correlates. *Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2008;112(5). Available from: https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2008/11000/sexual_problems_and_distress_in_united_states.3.aspx
20. O'Callaghan E, Shepp V, Ullman SE, Kirkner A. Navigating Sex and Sexuality After Sexual Assault: A Qualitative Study of Survivors and Informal Support Providers. *J Sex Res*. 2019 Oct;56(8):1045–57.

21. Hassam T, Kelso E, Chowdary P, Yisma E, Mol BW, Han A. Sexual assault as a risk factor for gynaecological morbidity: An exploratory systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020 Dec;255:222–30.
22. Santerre-Baillargeon M, Vézina-Gagnon P, Daigneault I, Landry T, Bergeron S. Anxiety Mediates the Relation Between Childhood Sexual Abuse and Genito-Pelvic Pain in Adolescent Girls. *J Sex Marital Ther.* 2017 Nov 17;43(8):774–85.
23. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, et al. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine.* 2016 Apr 1;13(4):538–71.
24. Cohen-Sacher B, Haefner HK, Dalton VK, Berger MB. History of Abuse in Women With Vulvar Pruritus, Vulvodinia, and Asymptomatic Controls. *J Low Genit Tract Dis.* 2015 Jul;19(3):248–52.
25. Gibson CJ, Lisha NE, Walter LC, Huang AJ. Interpersonal trauma and aging-related genitourinary dysfunction in a national sample of older women. *Am J Obstet Gynecol.* 2019 Jan;220(1):94.e1-94.e7.
26. Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2009 Aug 5;302(5):550–61.
27. Walker HE, Freud JS, Ellis RA, Fraine SM, Wilson LC. The Prevalence of Sexual Revictimization: A Meta-Analytic Review. *Trauma, Violence, & Abuse.* 2017 Feb 8;20(1):67–80.
28. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 Aug;62(8):903–10.
29. Afari N, Ahumada SM, Wright LJ, Mostoufi S, Golnari G, Reis V, et al. Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med.* 2014 Jan;76(1):2–11.
30. Gupta MA. Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *Int Rev Psychiatry.* 2013 Feb;25(1):86–99.
31. Ullman SE, Filipas HH, Townsend SM, Starzynski LL. Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and problem drinking in sexual assault survivors. *J Stud Alcohol.* 2005 Sep;66(5):610–9.
32. Gilmore AK, McKee G, Flanagan JC, Leone RM, Oesterle DW, Kirby CM, et al. Medications at the Emergency Department After Recent Rape. *J Interpers Violence.* 2021 Mar 18;37(15–16):NP12954–72.
33. Back SE, Brady KT, Sonne SC, Verduin ML. Symptom improvement in co-occurring PTSD and alcohol dependence. *J Nerv Ment Dis.* 2006 Sep;194(9):690–6.
34. Kilpatrick DG, Resnick HS, Ruggiero KJ, Conoscenti LM, McCauley J. Drug-facilitated, incapacitated, and forcible rape: A national study. National Criminal Justice Reference Service Charleston, SC; 2007.
35. Larsen ML, Hilden M, Lidegaard Ø. Sexual assault: a descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* 2015 Mar 1;122(4):577–84.
36. Fryszer LA, Hoffmann-Walbeck H, Etzold S, Möckel M, Sehouli J, David M. Sexually assaulted women: Results of a retrospective analysis of 850 women in Germany. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2020 Jul 1;250:117–23.
37. Anderson LJ, Flynn A, Pilgrim JL. A global epidemiological perspective on the toxicology of drug-facilitated sexual assault: A systematic review. *Journal of Forensic and Legal Medicine.* 2017 Apr 1;47:46–54.
38. Sugar NF, Fine DN, Eckert LO. Physical injury after sexual assault: Findings of a large case series. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2004 Jan 1;190(1):71–6.
39. Buswell H, Majeed-Ariss R, Rajai A, White C, Mills H. Identifying the prevalence of genito-anal injuries amongst clients attending St Mary's Sexual Assault Referral Centre following an allegation of anal penetration. *Journal of Forensic and Legal Medicine.* 2022 Aug 1;90:102392.
40. McGregor MJ, Le G, Marion SA, Wiebe E. Examination for sexual assault: is the documentation of physical injury associated with the laying of charges? A retrospective cohort study. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne.* 1999;160 11:1565–9.
41. Sable MR, Danis F, Mauzy DL, Gallagher SK. Barriers to reporting sexual assault for women and men: perspectives of college students. *J Am Coll Health.* 2006 Dec;55(3):157–62.
42. Goodman-Williams R, Volz J, Fishwick K. Reasons for Not Reporting Among Sexual Assault Survivors Who Seek Medical Forensic Exams: A Qualitative Analysis. *J Interpers Violence.* 2024 May;39(9–10):1905–25.
43. Ullman SE, O'Callaghan E, Shepp V, Harris C. Reasons for and Experiences of Sexual Assault Nondisclosure in a Diverse Community Sample. *J Fam Violence.* 2020 Nov;35(8):839–51.
44. Wieberneit M, Thal S, Clare J, Notebaert L, Tubex H. Silenced Survivors: A Systematic Review of the Barriers to Reporting, Investigating, Prosecuting, and Sentencing of Adult Female Rape and Sexual Assault. *Trauma Violence Abuse.* 2024 Dec;25(5):3742–57.

Déclaration de financement et d'absence de conflit d'intérêts

Ce projet est financé par le Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG) et les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), dans le cadre du projet intitulé « Sexual Assault Reporting – A study to improve prevention, information and care after sexual assault in emergency care settings ». Les auteur-es déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Partage des données

Les données anonymisées (y compris le dictionnaire de données) issues de cette étude, le code analytique utilisé, le protocole d'étude, ainsi que les données issues de la phase prospective, seront rendus publics dans un référentiel de données ouvert.

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier chaleureusement les patient-es ayant accepté de participer à cette étude et d'y consacrer leur temps. Leur contribution a été essentielle et rend ce travail possible. Cette recherche vise avant tout à contribuer à l'amélioration de leur prise en charge.

Nous remercions également l'ensemble des infirmier-ères, gynécologues et médecins légistes ayant contribué au recrutement des participant-es et à leur prise en charge tout au long de l'étude.

Nous remercions aussi les secrétariats pour leur soutien administratif: CURML – Laura Rey, Cédric Hischier et Catherine Oberson; HUG – Saïda Hadri; Valais – Karine Zimmermann.

Nous remercions Chloé Jeunet et Nicolas de Saussure de la Direction de la communication des HUG, pour leur contribution à la valorisation et à la diffusion de ce projet.

Remerciements (par ordre alphabétique):

Ava Ben Hayoun, infirmière de recherche; Virginia Pontoriero, étudiante en master à l'UNIGE (contribution à la saisie des données); Pia Genet, médecin légiste, CHUV (révisseuse externe).