



Prise en charge par le pédiatre d'une mineure victime d'abus sexuels : difficultés de l'examen gynécologique

Candice Collin

► **To cite this version:**

Candice Collin. Prise en charge par le pédiatre d'une mineure victime d'abus sexuels : difficultés de l'examen gynécologique. Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01371643>

HAL Id: dumas-01371643

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01371643>

Submitted on 26 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Prise en charge par le pédiatre d'une
mineure victime d'abus sexuels :
difficultés de l'examen gynécologique**

Table des matières

INTRODUCTION	4
1) GENERALITES	6
1-1) Histoire et maltraitance infantile	7
1-2) Reconnaissance de la maltraitance sexuelle	7
1-3) Définitions	8
1-4) Cadre juridique des abus sexuels	9
2) EPIDEMIOLOGIE DES ABUS SEXUELS	12
2-1) Les victimes	13
2-2) Les auteurs	14
2-3) Les différents types de violences sexuelles	14
3) ENQUETE : EXPERIENCE ET CONNAISSANCES DES PEDIATRES AU SUJET DES ABUS SEXUELS	16
3-1) Contexte	17
3-2) Etude : « Abus sexuels chez les patientes mineures : expérience et connaissances des pédiatres. »	17
4) ANATOMIE : ORGANES GENITAUX EXTERNES – HYMEN	33
4-1) Organes génitaux externes : rappels anatomiques	33
4-2) L'hymen	36
5) EXAMEN CLINIQUE D'UNE PATIENTE MINEURE DANS LE CADRE D'UNE SUSPICION D'ABUS SEXUEL(S)	44
5-1) Généralités	45
5-2) Aspects éthiques et psychologiques	46
5-3) Examen génito-anal : impact psychologique sur la patiente	47
5-4) Déroulement et techniques de l'examen clinique	48
5-5) Prélèvements	58
5-6) Rédaction du rapport médical	62

5-7) Principes de prise en charge	63
5-8) Constatations et conclusions au terme de l'examen gynécologique	66
5-9) Examen gynécologique : quelques controverses	67
6) INTERPRETATION DES SIGNES CONSTATES A L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE	69
6-1) Variantes physiologiques et particularités congénitales	70
6-2) Lésions génito-anales non spécifiques d'abus sexuels	72
6-3) Lésions génito-anales fortement évocatrices d'abus sexuels	76
6-4) Les abus sexuels et leurs diagnostics différentiels	80
7) LES SITUATIONS AMENANT A PRATIQUER SUR UNE MINEURE UN EXAMEN GYNECOLOGIQUE	84
7-1) Signes d'appel évocateurs d'abus sexuels	85
7-2) Révélations et allégations d'abus sexuel(s)	92
8) SCENARIO DES ABUS SEXUELS	96
8-1) L'abus	97
8-2) La victime	99
8-3) L'auteur des abus	99
8-4) La maltraitance sexuelle se répète-t-elle ?	102
8-5) L'inceste : le scénario le plus fréquent	103
9) INTERET DU REPERAGE PRECOCE DES VICTIMES D'ABUS SEXUELS	106
9-1) Conséquences des abus sexuels à moyen et long termes	107
9-2) Découvertes récentes à propos des conséquences des abus sexuels	109
CONCLUSION	110
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

INTRODUCTION

La violence sexuelle revêt de multiples facettes. Les connaître permet de mieux repérer les mineurs qui en sont victimes, et d'assurer une prise en charge globale. La maltraitance sévit principalement au sein même de la famille. Censée assurer la sécurité de l'enfant, celle-ci devient parfois le point d'ancrage d'une violence extrême et insidieuse comme c'est le cas dans l'inceste.

Les abus sexuels sont une atteinte grave à l'intégrité physique et psychique des enfants, ainsi qu'à leurs droits et leur dignité.

Quand de tels actes sont suspectés, l'examen clinique ne se limite pas à l'observation des organes génitaux. Le corps doit être inspecté dans sa totalité, et le comportement étudié avec attention. L'abord psychologique de l'enfant est fondamental.

Les abus sexuels sur mineurs n'étant malheureusement pas exceptionnels, un pédiatre peut de ce fait être amené à réaliser l'examen clinique d'une patiente chez laquelle il existe une suspicion. C'est un exercice difficile, tant sur le plan technique que sur le plan humain.

Un cas rapporté dans l'article « The Real Victims of Satanic Ritual Abuse » (1) montre que deux éléments sont réellement essentiels :

- Un examen hyménal précis et complet pratiqué par un médecin formé.
- Une analyse fine du comportement de l'enfant en tenant compte de son environnement, ainsi qu'une écoute critique. Sa parole doit être recueillie avec prudence et discernement.

En 2014, la journaliste Linda Rodriguez McRobbie relate le cas des Keller qui s'occupaient d'une garderie d'enfants (1). Suite au divorce de ses parents, Christy, 3 ans, une des enfants qu'ils gardaient, est traitée par une thérapeute pour ses comportements agressifs. Elle fréquente assidûment la garderie. Un jour, en 1991, elle rentre de la garderie et raconte à sa mère que Dan Keller lui a donné une fessée. Puis, sous les questions de la thérapeute, l'incident de la fessée devient quelque chose de bien pire : Christy dit que Dan Keller l'a violée avec un stylo. A partir de là, les histoires que l'enfant raconte à sa thérapeute deviennent de plus en plus barbares. Cette dernière n'en conclut pas que Christy est une enfant imaginative qui a des problèmes liés au divorce de ses parents. Elle déclare qu'elle a sans nul doute été victime d'abus sexuels. L'affaire est confiée à la police : les Keller sont reconnus coupables et condamnés chacun à 48 ans de prison. Fin 2013, après de multiples tentatives d'appel et 21 ans de prison, ils sont libres. Leur libération est intervenue après la

rétractation du médecin qui avait fourni lors du procès la seule preuve physique qu'une agression sexuelle avait eu lieu. Il avait prétendu avoir trouvé des déchirures au niveau de l'hymen de la petite fille, « compatibles avec une agression sexuelle ». Il estime maintenant que c'était un hymen normal. En 2013, ce médecin a déclaré lors de l'audience en appel : « Parfois il faut du temps pour comprendre ce que vous ne savez pas ».

Les principaux objectifs de cette thèse sont :

- D'évaluer les connaissances des pédiatres sur l'examen clinique d'une patiente supposée victime d'abus sexuels.
- D'expliquer les principaux éléments permettant aux pédiatres de réaliser cet examen.

1) GENERALITES

1-1) Histoire et maltraitance infantile

1-2) Reconnaissance de la maltraitance sexuelle

1-3) Définitions

1-4) Cadre juridique des abus sexuels

1-4-1) Les responsabilités du médecin

1-4-2) Le signalement

1-4-3) Justice et parole de l'enfant

1) GENERALITES

1-1) Histoire et maltraitance infantile

L'enfant n'a pas toujours eu la valeur qu'il a actuellement. Les concepts de droit et de dignité de l'enfant étaient initialement inexistantes.

Ainsi, pour obtenir les faveurs des dieux dans l'Antiquité gréco-romaine, des enfants étaient offerts au cours de sacrifices rituels.

Au Moyen Age, certains étaient emmurés vivants dans les fondations des nouvelles cités pour en assurer la stabilité. Les famines et épidémies s'accompagnaient de multiples abandons et infanticides. La mortalité infantile était ainsi banalisée. Au 15ème siècle, on estime que 65% des enfants décédaient avant l'âge de 5 ans (2). Ce n'est qu'en 1639 que Saint Vincent de Paul s'attache à limiter les infanticides et à améliorer la survie des enfants abandonnés et orphelins en ouvrant l'hôpital des Enfants-Trouvés à Paris.

Il faudra attendre le 18ème siècle pour qu'apparaisse une évolution dans la conception de l'enfance. Progressivement, l'enfant va être considéré comme la richesse de la famille et de la société.

1-2) Reconnaissance de la maltraitance sexuelle

En 1867, dans « L'Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs », Ambroise Tardieu, médecin légiste à Paris, constatait une montée inquiétante des sévices sexuels chez les filles. Il décrivait les aspects anatomiques vulvaires dans cette population.

Il remarqua alors la méconnaissance de ses confrères dans ce domaine. Il tenta donc de trouver, outre les lésions évidentes, une sémiologie plus fine en faveur d'abus sexuels.

Il ressortit de ses travaux que l'histoire racontée par l'enfant était la clé du diagnostic. Mais le sujet fit polémique. On lui répondit que l'enfant pouvait mentir, affabuler ou être manipulé. Pendant un siècle le sujet des abus sexuels sera alors plus ou moins enterré (2).

Vingt ans plus tard, en 1886, Alexandre Lacassagne, Professeur de médecine légale à Lyon, rapporte des constatations médico-légales en matière d'attentat à la pudeur sur des fillettes.

Il faudra attendre un siècle pour que les agressions à caractère sexuel soient reconnues comme une entité à part.

1-3) Définitions

La première difficulté rencontrée face à la maltraitance sexuelle est sa définition.

Dans ce domaine, l'âge est une notion importante. Ainsi, la majorité sexuelle est l'âge en dessous duquel un enfant ne peut se livrer à une activité sexuelle avec une autre personne sans que celle-ci commette une infraction pénale conformément au droit national. En France, la majorité sexuelle est fixée à 15 ans depuis 1945.

Les termes utilisés dans ces situations d'agression sexuelle sont fondamentaux, et doivent être employés avec prudence. En effet, le médecin doit être conscient qu'un jury d'assises peut avoir quelques idées reçues à propos de certains sujets médicaux sensibles.

- L'Organisation Mondiale de la santé (OMS) définit les violences sexuelles comme :

« tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail ». Les « violences sexuelles » et « sévices sexuels » soulignent la dimension violente ou sadique de certains actes. Le critère de l'âge, en l'occurrence inférieur à 15 ans, est déterminant au niveau juridique.

Les termes de « viol » et d'« agression sexuelle » sont des termes judiciaires et non médicaux.

- Une agression sexuelle correspond à une relation sexuelle imposée par la contrainte, la menace ou la surprise. C'est un délit jugé par le tribunal correctionnel.
- L'acte d'agression constitue donc une situation de mise sous contrainte, quel que soit le procédé de la contrainte, dont le bénéfice exclusif revient à l'agresseur.
- Le terme « sexuelle » désigne le fait qu'une zone corporelle sexuelle (génitale, anale, buccale) est engagée dans l'action sous quelque forme que ce soit, pour l'un ou l'autre des protagonistes. Il peut aussi désigner une dimension où la sexualité apparaît, sous une forme qui peut ne pas être un contact.
- Le viol est défini par le Code pénal (art 222-23) comme tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise. C'est un crime passible de la cour d'Assises. On distingue le viol des autres agressions sexuelles à travers l'existence d'un acte de pénétration. En termes juridiques, la pénétration peut être vaginale, anale ou

buccale, et peut être réalisée aussi bien avec une partie du corps (sexe, doigt, etc.) qu'avec un objet.

L'expression « exploitation sexuelle » fait plutôt référence au commerce sexuel des enfants : pornographie et prostitution.

- La définition juridique de l'abus sexuel est la suivante : Activité sexuelle à laquelle une victime est incitée ou contrainte par un agresseur sur lui-même sur elle-même ou sur une tierce personne, par manipulation affective, physique, matérielle, ou usage d'autorité.
- En Janvier 2010, l'OMS définit les abus sexuels comme « toute atteinte sexuelle commise avec force, contrainte, ou à la faveur d'un rapport inégal ; la menace d'une atteinte constituant aussi un abus sexuel »
- Concernant l'inceste, la Haute Autorité de Santé (HAS) le définit comme une maltraitance sexuelle intrafamiliale. La maltraitance sexuelle envers un mineur correspond au fait de forcer ou d'inciter ce dernier à prendre part à une activité sexuelle. Ceci constitue une atteinte à son intégrité physique et psychique, le mineur n'ayant pas la maturité et le développement suffisants pour en comprendre le sens et/ou les conséquences.

1-4) Cadre juridique des abus sexuels

Sur le plan judiciaire, les situations d'agressions sexuelles sont intégrées dans la catégorie des « Crimes et délits contre la personne ».

- Le viol est un crime jugé en Cour d'Assises et passible de 15 ans de réclusion criminelle.
- Les autres agressions (attouchements, exhibitions, prise ou visionnage de photos ou films pornographiques...) sont des délits jugés par le tribunal correctionnel et passibles de 5 ans d'emprisonnement.

Concernant le viol, en cas de dépôt de plainte, un médecin examinateur est requis par l'autorité judiciaire.

Si la victime ne souhaite pas porter plainte immédiatement, elle dispose de certains délais :

- En cas de viol sur mineure, la prescription est de 20 ans et ne commence à courir qu'à partir de l'âge de la majorité de la victime.
- En cas d'agression autre que le viol, la prescription est de 10 ans et ne commence également à courir qu'à partir de l'âge de la majorité.

La loi fait obligation à quiconque ayant connaissance de sévices sur mineurs de moins de 15 ans, d'en informer les autorités administratives ou judiciaires. Le non-respect de ces prescriptions constitue un délit qui peut être sanctionné par une peine de 3 ans d'emprisonnement et une amende de 45 734 euros. (cf. Annexes)

1-4-1) Les responsabilités du médecin

Dans le domaine des violences sexuelles, les responsabilités du médecin relèvent du pénal (article 226-14 du code pénal). En effet, les abus sexuels infligés à un mineur peuvent être dénoncés. Cela fait partie des dérogations au secret médical. Dans ce cas, l'accord des victimes mineures n'est pas requis. (cf. Annexes)

En cas de forte présomption de maltraitance sexuelle, et si le mineur est en contact permanent ou fréquent avec son agresseur, il est recommandé d'assurer en premier lieu sa protection contre une éventuelle récurrence en ayant recours aux actions suivantes :

- soit faire un signalement au procureur de la République, qui peut mettre en place des mesures de protection immédiate du mineur ;
- soit hospitaliser le mineur si la situation le nécessite, et parallèlement faire un signalement au procureur de la République.

Le médecin et le professionnel de santé s'exposent à une action judiciaire à leur rencontre selon les articles 434-1 et 434-3 du Code pénal pour entrave à la justice s'il est démontré qu'ils se sont abstenus de signaler un cas d'enfant maltraité dont ils ont eu connaissance.

1-4-2) Le signalement

Pour rédiger un signalement, il n'est pas nécessaire d'obtenir le consentement de la victime, même si elle a plus de 15 ans (loi du 2 janvier 2004).

Pour le médecin il n'y a pas obligation, légale ou déontologique, d'avertir les détenteurs de l'autorité parentale ou d'obtenir leur consentement pour le signalement au procureur de la République. (cf. Annexes)

Il n'a pas non plus à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve.

Dans le cas où un parent décide de déposer plainte contre l'auteur présumé, cette démarche ne dispense pas le médecin de faire un signalement en parallèle.

Selon la gravité de la situation, le procureur de la République peut ordonner un placement provisoire ordonnance de placement provisoire (OPP) en attendant l'intervention du juge

des enfants. Cette mesure interdit aux parents de faire sortir le mineur de l'hôpital sans l'accord de la justice.

1-4-3) Justice et parole de l'enfant

L'affaire d'Outreau a, au début des années 2000, considérablement remis en cause la crédibilité donnée à la parole de l'enfant et a majoré le désarroi des professionnels de l'enfance. Pourtant, l'analyse de la parole de l'enfant est essentielle dans ce domaine où la preuve scientifique est exceptionnelle.

Cette affaire a permis de tirer certains enseignements : il ne faut pas se limiter au contenu de la révélation lors d'un dévoilement d'abus sexuel. Le contexte dans lequel survient la révélation est indissociable de l'analyse de sa validité.

Estimer, dans une expertise, un dévoilement peu fiable en fonction des critères validés par la littérature scientifique, ne revient pas à traiter l'enfant de menteur.

Un très jeune enfant peut mêler en proportions variables le réel et l'imaginaire. Il peut avoir été influencé ou mal interrogé. Son discours peut avoir été induit ou suggéré.

La prudence est donc de mise.

2) EPIDEMIOLOGIE DES ABUS SEXUELS

2-1) Les victimes

2-2) Les auteurs

2-3) Les différents types de violences sexuelles

2) EPIDEMIOLOGIE DES ABUS SEXUELS

Les variations de prévalence d'abus sexuel retrouvées dans la littérature sont surtout le fait de la définition des abus.

Ces violences sont sous estimées, aussi bien en terme de fréquence qu'en terme de gravité.

Les principales victimes sont les enfants. Comme le montre une étude soutenue par l'UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) en 2015, « Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte » (3) 81 % des violences sexuelles surviennent avant l'âge de 18 ans, 51 % avant 11 ans et 21 % avant 6 ans.

Récemment, un rapport de l'UNICEF (4) a révélé que près de 120 millions de filles dans le monde, soit 1 sur 10, ont été violées ou agressées sexuellement avant l'âge de 20 ans.

Si l'on reprend les chiffres de l'OMS en 2014, 1 femme sur 5 et 1 garçon sur 13 ont subi des violences sexuelles dans l'enfance.

En France, les sources fiables sont celles de l'ODAS (Observatoire National de l'Enfance en Danger) et du SNATEM (Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée). Ce sont les seules à offrir un panorama national du problème.

En 2001 l'ODAS (5) a comptabilisé 18000 signalements pour mauvais traitements dont 33% d'abus sexuels (suspectés ou avérés).

Le rapport annuel d'activités du SNATEM de 2001 (5) faisait état de 22825 demandes d'aide dont 20,1% pour abus sexuels

2-1) Les victimes

En 2001, 5900 cas d'enfants victimes ont été déclarés (6) : 1 fille sur 8, 1 garçon sur 10, avec 2 pics : à 6 ans et à 13/14 ans.

Plus de 50 % des viols sont commis sur des mineurs (7).

Contrairement à une idée souvent répandue, les victimes ne sont pas toutes de sexe féminin. Sur les viols jugés aux Assises, 1 victime sur 5 est de sexe masculin. Le plus souvent ce sont des viols intra familiaux. Des études internationales révèlent que 20 % des femmes et 3% des hommes seraient victimes d'un viol ou tentative de viol au cours de leur vie (8).

Les agressions sexuelles sur mineurs sont estimées à 13500 cas/an dont 5300 viols (6).

45 % des violences sexuelles concernent des enfants de moins de 9 ans (5).

Selon l'enquête de l'Inserm (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) en 2006, 46 % des femmes disaient n'avoir parlé à personne de ce qu'elles avaient subi avant l'enquête. En France, selon certaines associations, seulement 9,3 % des victimes portent plainte (9). Les commissariats et gendarmeries enregistrent environ 10000 à 15000 viols par an (10).

2-2) Les auteurs

La revue de la littérature est univoque : la majorité des agresseurs sont de sexe masculin et connaissent leurs victimes. 98% sont des hommes, et presque 20 % d'entre eux sont âgés de moins de 18 ans (6). D'autres auteurs retrouvent aussi que 97% des agresseurs sont des hommes et 85% des agresseurs sont connus de la victime (11) (12).

8 fois sur 10 les abus sont répétés (6).

Dans 70 à 85% des cas, la victime connaît l'agresseur (6) (11). Dans 28% des cas l'agresseur est un proche de la victime, et dans 7% des cas un membre de la famille (9).

3/4 des abus sont commis par l'entourage familial : 1/3 par le père, 1/5 par les beaux-pères, 1/20 par les grands-parents et 1/20 par la fratrie (6) (11).

En général, les viols commis par des agresseurs inconnus des victimes sont des viols uniques.

A l'inverse, les viols familiaux sont dans leur grande majorité des viols répétés pendant 1 à 5 ans, parfois plus. Les pères sont mis en cause une fois sur trois, et les beaux-pères une fois sur dix (13).

On constate que plus la victime est jeune, plus l'agresseur est un proche.

D'après Bajos et al, les victimes incriminent principalement leur père, beau-père ou une personne de la famille ; les agresseurs inconnus restant une minorité (17%). Les chiffres de prévalence sont quasiment identiques quelle que soit la catégorie socio-professionnelle du père (14).

2-3) Les différents types de violences sexuelles

- Dans la littérature, le viol représente environ 80 % des agressions physiques et 20 % des agressions sexuelles (2).

Les viols collectifs, phénomène ancien, demeurent relativement rares, en dépit de leur récente médiatisation (15). Ils représentent environ 7% des viols condamnés en France en 2009 (2).

- Concernant l'inceste, les auteurs montrent que la première agression se déroule à un âge plus précoce que dans le cas d'une agression extra-familiale (16).

La durée est plus longue avec un fort niveau de traumatisme. Cependant, on y enregistre moins d'usage de force physique mais plus d'injonctions fermes à ne pas révéler l'agression (17). D'après une recherche sur dossiers judiciaires, 2/3 des victimes de viols familiaux ont moins de 10 ans (13).

En France, les cas d'inceste (2):

- constituent 20% des procès d'Assises
- représentent 75% des situations d'agressions sexuelles sur enfants
- représentent plus de 57% des viols sur mineurs.

Au moins deux millions de personnes auraient été ou seraient victimes d'inceste (2).

3) ENQUETE : EXPERIENCE ET CONNAISSANCES DES PEDIATRES AU SUJET DES ABUS SEXUELS

3-1) Contexte

3-2) Enquête : « Abus sexuels chez les patientes mineures : expérience et connaissances des pédiatres. »

3-2-1) Objectifs

3-2-2) Population et méthodes

3-2-3) Résultats

A-Résultats principaux

B-Analyses statistiques

3-2-4) Discussion

3-2-5) Conclusion

3) ENQUETE : EXPERIENCE ET CONNAISSANCES DES PEDIATRES AU SUJET DES ABUS SEXUELS

3-1) Contexte

Les médecins ne sont pas toujours formés à la prise en charge des violences sexuelles, ni en formation initiale, ni en formation continue. En effet, en 2013, lors d'une enquête auprès des étudiants en médecine, plus de 80 % ont déclaré ne pas avoir reçu de formation sur le sujet (18). 95% en sont d'ailleurs demandeurs pour mieux prendre en charge les victimes (18).

Il a ainsi été observé entre 2002 et 2012 que les médecins ne sont pas les interlocuteurs privilégiés des victimes (19). D'ailleurs, seuls 2 à 5% des signalements émanent du corps médical(19).

3-2) Enquête : « Abus sexuels chez les patientes mineures : expérience et connaissances des pédiatres. »

Afin de faire un état des lieux des connaissances et de la pratique des pédiatres dans ce domaine, nous avons effectué une enquête sous forme de questionnaire anonyme auprès des pédiatres de ville en ciblant uniquement la jeune fille.

3-2-1) Objectifs

Le but de cette enquête était d'évaluer l'expérience des pédiatres au sujet de l'examen gynécologique, notamment de l'hymen, d'une patiente mineure supposée victime d'abus sexuels. L'autre objectif consistait à savoir s'ils seraient intéressés par une formation spécifique.

3-2-2) Population et méthodes

En mai 2015 un questionnaire a été envoyé par mail aux 1500 membres de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire.

Le sondage consistait en 11 items. 8 questions fermées à choix unique visaient à évaluer l'expérience, les compétences et les réticences des pédiatres face à cet examen.

Les 3 derniers items ciblaient le département, la durée d'exercice et la tranche d'âge à laquelle le pédiatre appartenait. Les questions étaient les suivantes :

- 1) Pendant vos études de médecine, avez-vous assisté à l'examen clinique d'une patiente mineure adressée pour suspicion d'abus sexuels ?
- 2) Depuis que vous exercez, avez-vous réalisé l'examen clinique d'une patiente mineure adressée pour suspicion d'abus sexuels ?
- 3) Si oui, combien de fois environ : moins de 5 fois, entre 5 et 10 fois, plus de 10 fois ?
- 4) Sur le plan purement technique, pensez-vous avoir les compétences suffisantes pour pratiquer ce type d'examen ?
- 5) A propos de l'hymen, pensez-vous savoir distinguer les éléments physiologiques des éléments pathologiques ?
- 6) A votre avis, chez les victimes d'abus sexuels, l'examen gynécologique par un médecin expert habitué est normal dans moins de 25% des cas, entre 25 et 49 % des cas, entre 51 et 75% des cas, ou dans plus de 75% des cas ?
- 7) Quelle est la première raison qui peut éventuellement vous freiner pour réaliser l'examen gynécologique : L'impact psychologique sur le patient, les conséquences judiciaires susceptibles d'en découler, ou le manque d'expérience ?
- 8) Si une formation sur ce type d'examen vous était proposée, souhaiteriez-vous en bénéficier ?

Nous emploierons par la suite certains termes :

- Les pédiatres ayant assisté à ce type d'examen lors de leurs études seront désignés comme ceux ayant été initiés à l'examen (question 1).
- Ceux ayant déjà réalisé l'examen depuis qu'ils exercent seront appelés pédiatres expérimentés (question 2).
- L'expérience sera qualifiée de faible, moyenne ou bonne, en fonction de la fréquence à laquelle l'examen a été effectué (question 3) :
 - expérience faible : moins de 5 fois
 - expérience moyenne : entre 5 et 10 fois
 - bonne expérience : plus de 10 fois.
- Le ressenti des compétences (question 4) sera désigné ainsi : « auto-évaluation des compétences ».
- La capacité à différencier hymen physiologique/hymen pathologique (question 5) sera intitulée « connaissances anatomiques »
- Le fait d'estimer que l'examen est normal dans plus de 75 % des cas (question 6) sera énoncé ainsi : « réalité des constatations anatomiques » (Nous choisissons le terme « réalité » puisqu'en pratique l'examen gynécologique des victimes est normal dans la majorité des cas) (20) (cf Chapitre 5)

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide de tests d'indépendance (chi square tests) entre les différentes variables.

3-2-3) Résultats

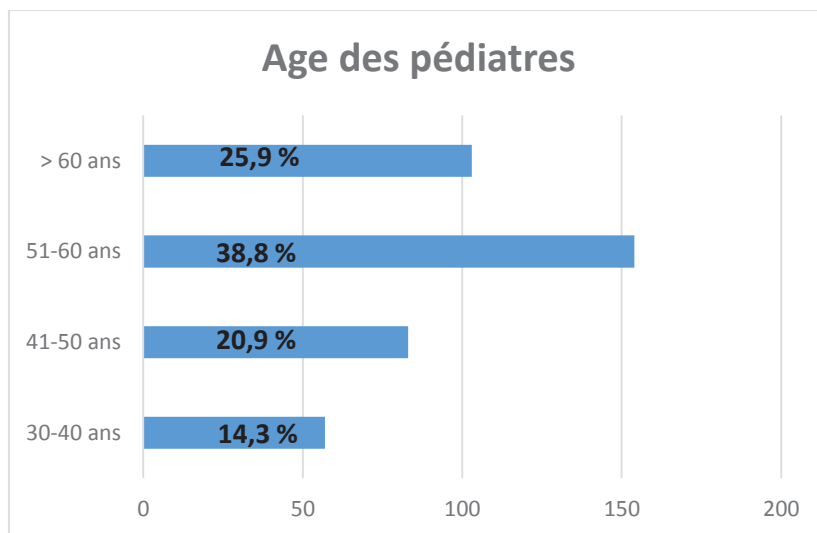
A-Résultats principaux

Sur les 1500 pédiatres contactés par mail, 402 ont répondu, soit 26,7 %.

Ces 402 pédiatres représentent la population générale de notre étude.

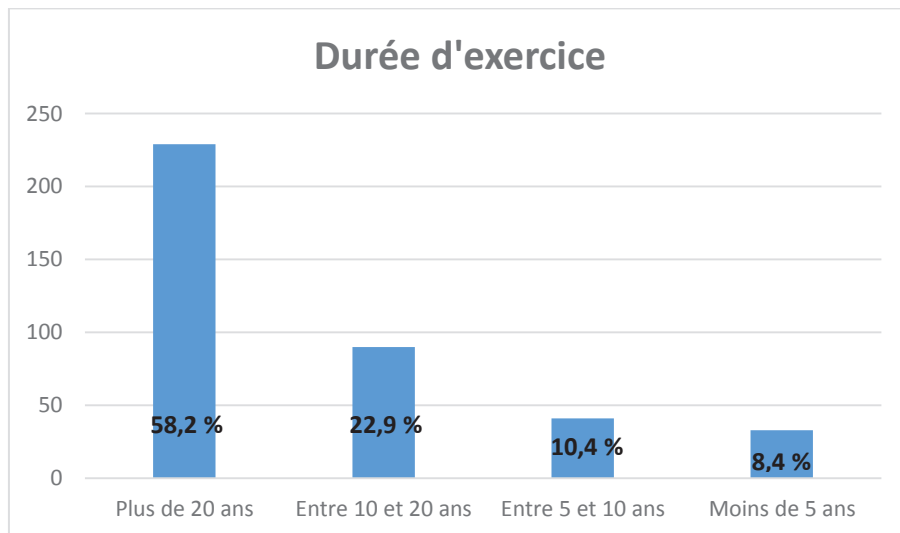
La quasi-totalité a répondu à toutes les questions. Le nombre de questionnaires incomplets (absence de réponse à 1 ou 2 questions) n'était pas significatif. Ils n'ont donc pas été pris en compte.

- En ce qui concerne l'âge, la plupart ont plus de 50 ans (64,7 %). (Graphe 1)



Graphe 1 : Répartition des pédiatres selon la tranche d'âge

- Au sujet de la durée d'exercice : 58,2 % exercent depuis plus de 20 ans et 22,9 %, depuis 10 à 20 ans (Graphe 2)



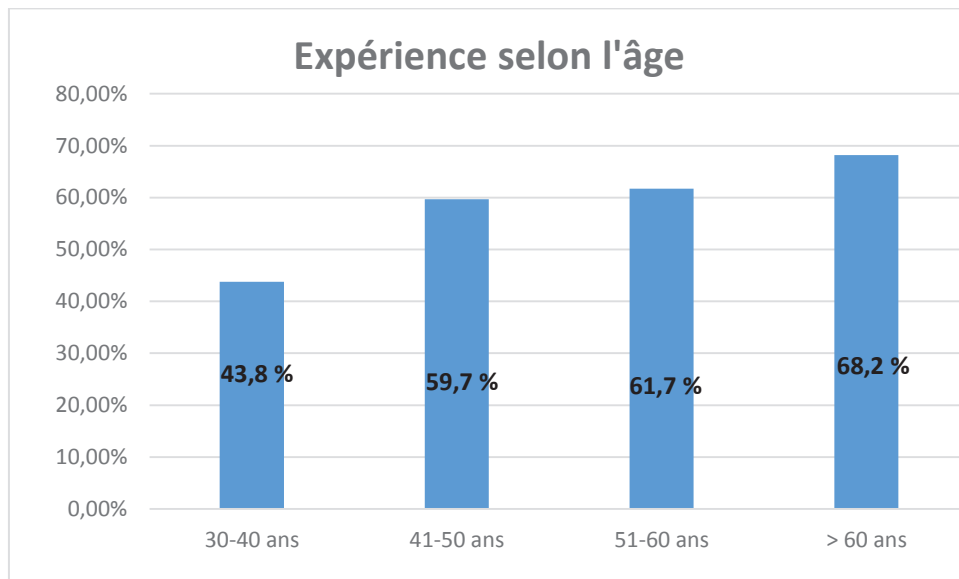
Graphe 2 : Répartition des pédiatres en fonction de la durée d'exercice.

- 79,3 % travaillent en province (dont 16,8 % en PACA), 19,1 % en Ile de France et 1,5 % dans les DOM TOM.
- Seuls 14 % des pédiatres de l'étude ont assisté à l'examen clinique d'une patiente suspecte d'abus sexuels au cours de leurs études (initiation à l'examen lors des études).

Concernant ces pédiatres :

- 34 % exercent depuis plus de 20 ans.
- 24 % exercent depuis 10 à 20 ans.
- 18 % exercent depuis 5 à 10 ans.
- 16 % depuis moins de 5 ans.
- 60 % des pédiatres de l'étude ont déjà réalisé cet examen depuis qu'ils exercent (pédiatres expérimentés).

La proportion de pédiatres dits expérimentés augmente en fonction de l'âge : de 43,8 % chez les 30-40 ans à 68,2 % chez les plus de 60 ans. (Graphe 3)



Graph 3 : Pourcentage de pédiatres expérimentés au sein des 4 tranches d'âge.

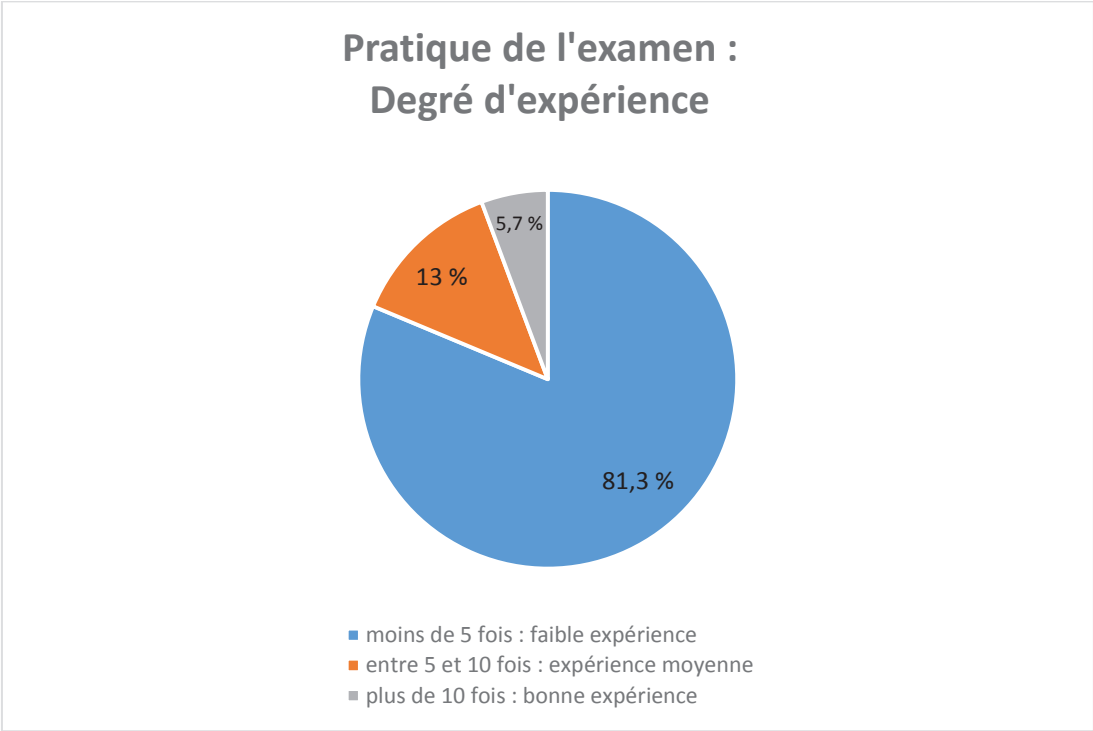
71,1 % des praticiens ayant vu l'examen durant leurs études ont été amenés à l'effectuer par la suite.

Concernant les pédiatres n'ayant jamais vu ce type d'examen pendant leurs études, 58,6 % l'ont pratiqué depuis qu'ils exercent. (Graph 4)

Parmi eux :

- 81,3 % l'ont réalisé moins de 5 fois (expérience faible)
- 13 % entre 5 et 10 fois (expérience moyenne)
- 5,7 % plus de 10 fois (bonne expérience).

Ainsi, au sein des pédiatres expérimentés, plus de 8 sur 10 ont une faible expérience.



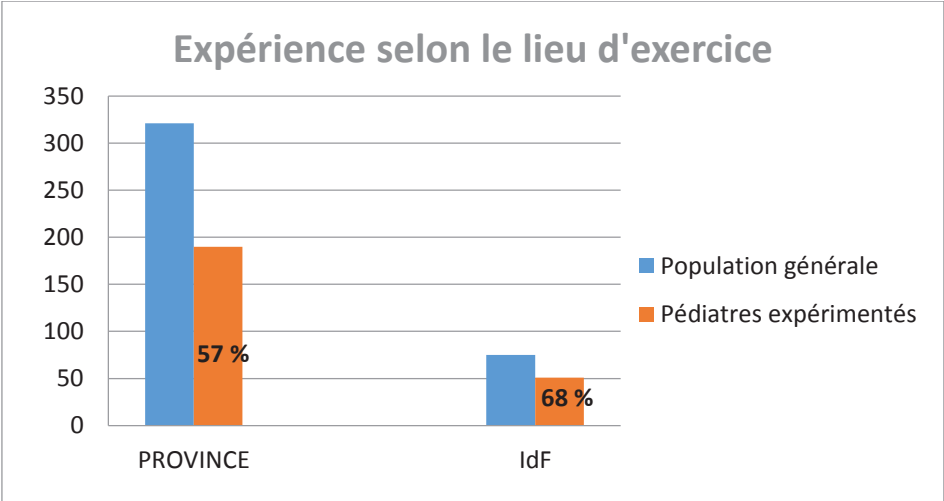
Graph 4 : Niveau d'expérience chez les pédiatres expérimentés

En Province : (Graph 5)

- 57 % sont expérimentés, mais seulement 6,3 % ont une bonne expérience.
- La majorité, soit 82 % possède une faible expérience.

En Ile de France (Graph 5)

- 68 % sont expérimentés dont 86,2 % avec une faible expérience.
- Seuls 3,9 % ont une expérience considérée comme bonne.

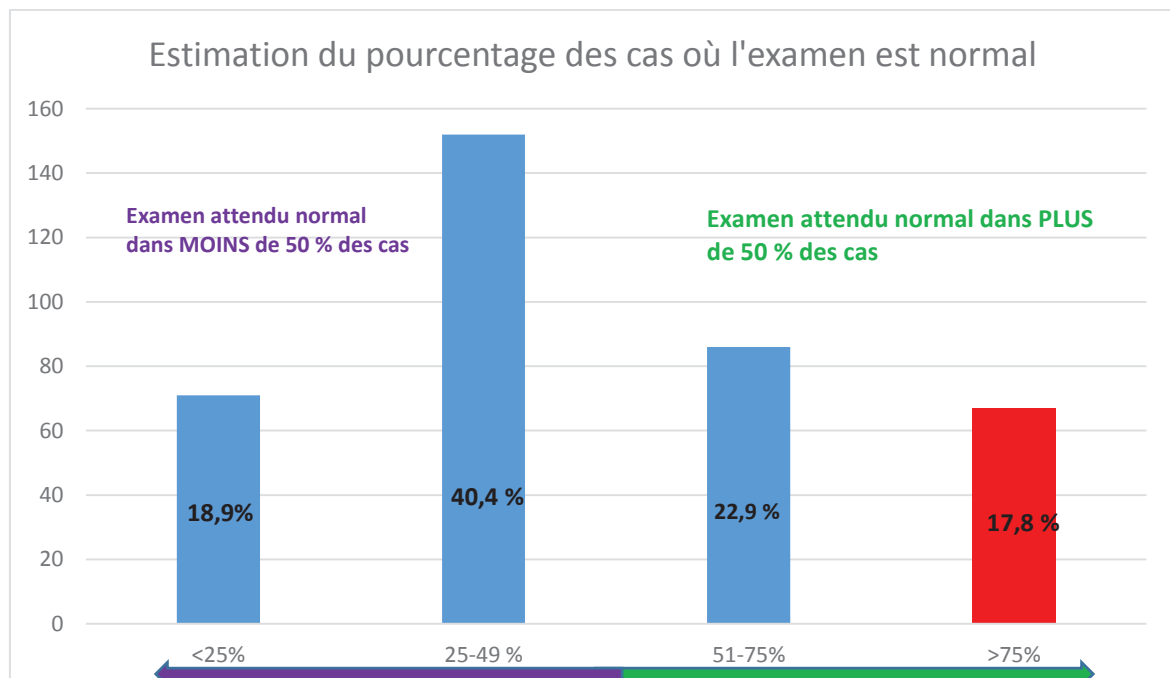


Graph 5 : Expérience des pédiatres selon le lieu d'exercice.

- A la question « pensez-vous avoir les compétences requises pour réaliser cet examen ? » 91,2 % ont répondu non.
- En ce qui concerne l'hymen à proprement parler, moins d'un tiers (31 %) estime être capables de différencier les éléments physiologiques des éléments pathologiques. Au sein des pédiatres initiés pendant leurs études, 40 % pensent savoir faire cette distinction.
- A propos des résultats attendus de l'examen gynécologique chez les patientes victimes d'abus sexuels (avérées victimes, et non « supposées victimes ») : (Graph 6)
 - 40,4 % pensent que l'examen est normal dans 25 à 49 % des cas
 - 18,9 % pensent qu'il est normal dans moins d'un cas sur 4
 - 22,9 % pensent qu'il est normal entre 51 et 75% des cas
 - 17,8 % pensent qu'il est normal dans plus de 3 cas sur 4.

Ainsi, presque 6 sur 10 (59,3 %) pensent que l'examen gynécologique retrouve des anomalies dans au moins un cas sur deux. Pourtant la littérature montre que cet examen est normal dans la majorité des cas (20, 37) .

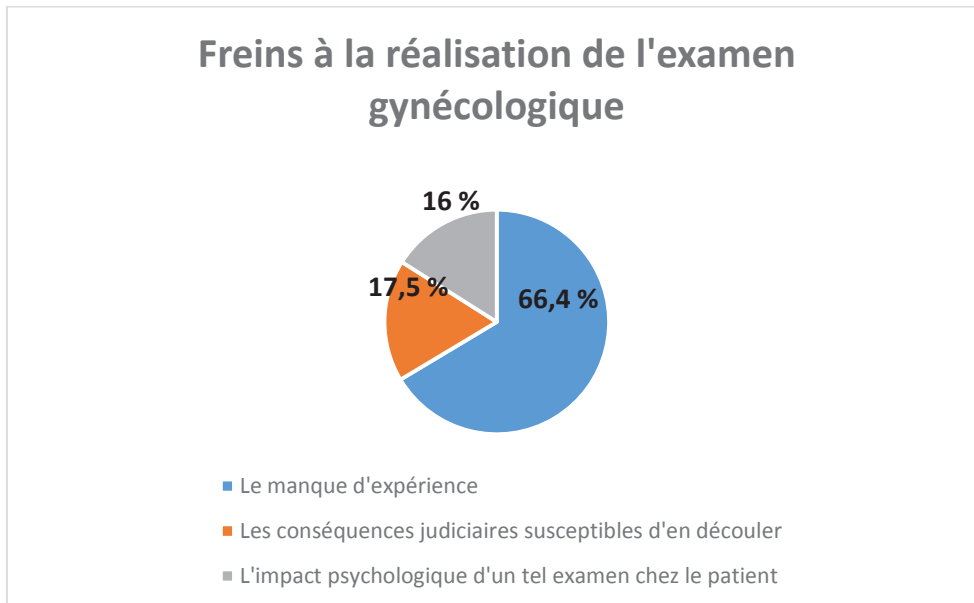
Moins de 1 pédiatre sur 5 (18 %) s'attendent à ce qu'il soit normal dans la plupart des cas.



Graph 6 : 17,8 % des pédiatres pensent que l'examen est normal dans plus de 75 % des cas.

- A propos des obstacles à la réalisation de l'examen, le premier est le manque d'expérience (66,4 % des cas).

Viennent ensuite la crainte des conséquences judiciaires (17,5 %) et celle de l'impact psychologique sur l'enfant (16 %) (Graphe 7)



Graphe 7 : Importance des différents freins à la réalisation l'examen pour les pédiatres

- Enfin, 77 % des pédiatres de l'étude sont favorables à une formation spécifique sur l'examen gynécologique d'une patiente mineure supposée victime d'abus sexuels. Dans notre région (PACA), 73,6 % seraient intéressés.

Au sein des pédiatres ayant été initiés à ce type d'examen lors de leurs études (ayant assisté à ce type d'examen durant leurs études) :

- 78 % sont favorables à une formation, tous âges confondus
- 87,5 % de ceux exerçant depuis moins de 5 ans y sont favorables.
- 68,4 % de ceux exerçant depuis plus de 20 ans y sont aussi favorables

B-Analyses statistiques

- Il existe une relation significative entre un âge supérieur à 60 ans et le fait d'être expérimenté ($p < 0,05$). Pour les autres catégories d'âge, il n'y a pas de relation significative.
- Parmi les pédiatres qui avaient vu cet examen durant leurs études, le souhait de formation chez ceux exerçant depuis moins de 5 ans n'est pas significativement plus élevé
 - que chez ceux exerçant depuis plus de 20 ans (87,5 % versus 68,4 %) $p > 0,05$
 - que chez l'ensemble des pédiatres (tous âges confondus) $p > 0,05$

- Au sein des pédiatres ayant été initié à cet examen durant leurs études :
 - 82 % pensent ne pas avoir les compétences requises
 - versus 92 % chez les non initiés.

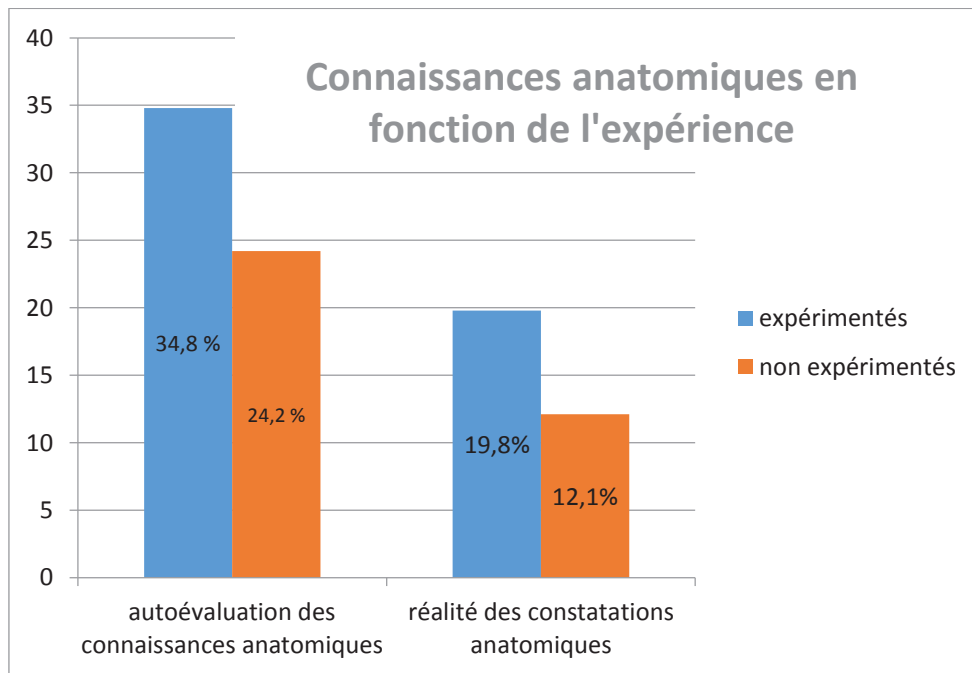
Ainsi il existe une différence significative quant au ressenti des compétences entre ces deux groupes. ($p < 0,05$) Les pédiatres initiés lors des études se sentent significativement plus compétents.

- Nous avons étudié les liens qui existent entre :
 - le fait d'être expérimenté
 - la capacité à distinguer les aspects hyménaux physiologiques des pathologiques
 - et le fait de s'attendre à ce que l'examen gynécologique soit normal dans plus de 75 % des cas.

Ce dernier item est intitulé « réalité des constatations anatomiques » puisque l'examen est effectivement normal dans la plupart des cas (20, 21).

Nous remarquons alors que, par rapport aux non expérimentés, les pédiatres expérimentés :

- Sont plus aptes à différencier, au niveau de l'hymen, les aspects physiologiques, des aspects pathologiques. (Graphe 8)
- Ont davantage tendance à penser que l'examen est normal dans plus de 75% des cas (Graphe 8)



Graph 8 : Connaissances anatomiques de l’hymen et examen attendu normal dans plus de 75 % des cas : comparaison entre les pédiatres expérimentés et non expérimentés.

- Nous avons aussi étudié le lien entre : (Graph 9)
 - le fait d’avoir assisté à l’examen pendant les études
 - et le fait de penser que l’examen est normal dans la plupart des cas.

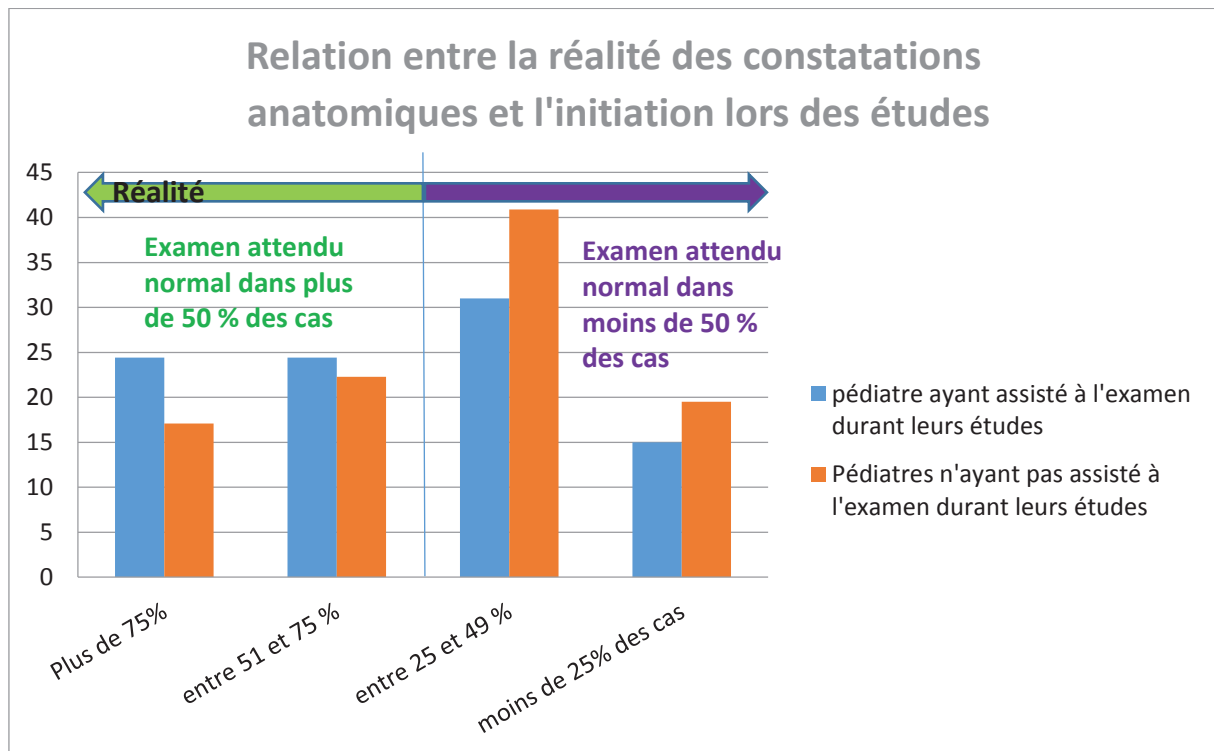
Nous constatons que le pourcentage de pédiatres s’attendant à tort ce que l’examen soit normal dans moins de 50 % des cas est significativement plus important chez ceux n’ayant pas été initiés lors des études ($p < 0,05$). (Graph 9)

Les non initiés ont donc tendance à croire que l’examen est souvent anormal.

Les pédiatres de l’étude sont une minorité à savoir que l’examen est le plus souvent normal, qu’ils aient été initiés ou non.

Il n’y pas de différence significative entre les 2 groupes ($p < 0,05$).

Cependant, on observe que les pédiatres initiés quand ils étaient étudiants sont globalement plus proches de la réalité. (Graph 9)



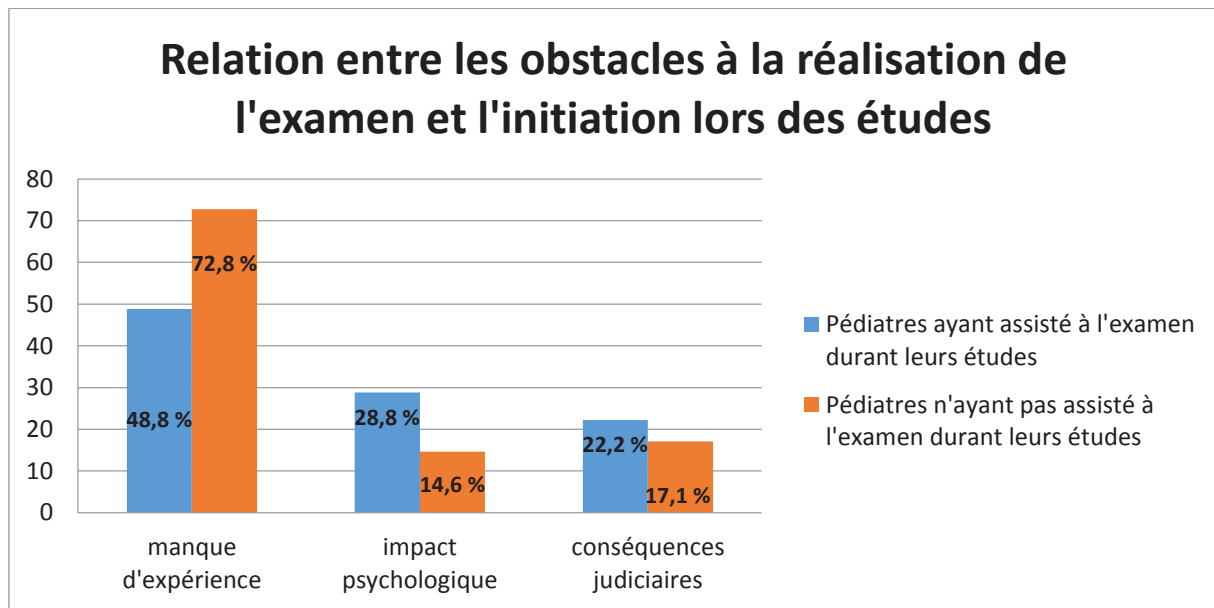
Graphe 9: Pourcentage dans lesquels l'examen gynécologique est attendu normal : comparaison entre les pédiatres initiés à l'examen lors de leurs études et les non initiés.

- A propos des obstacles à la réalisation de l'examen : (Graphe 10)

Par rapport aux pédiatres initiés lors de leurs études, les pédiatres non initiés :

- sont statistiquement plus réticents à réaliser un examen gynécologique par manque d'expérience : 72,8 % versus 48,8 % ($p < 0,05$)
- sont moins freinés par l'impact psychologique chez la patiente : 14,6 % versus 28,8 % ($p < 0,05$)

Il n'y a pas de différence statistiquement significative quant à la crainte des conséquences judiciaires entre ces deux groupes. ($p > 0,05$)

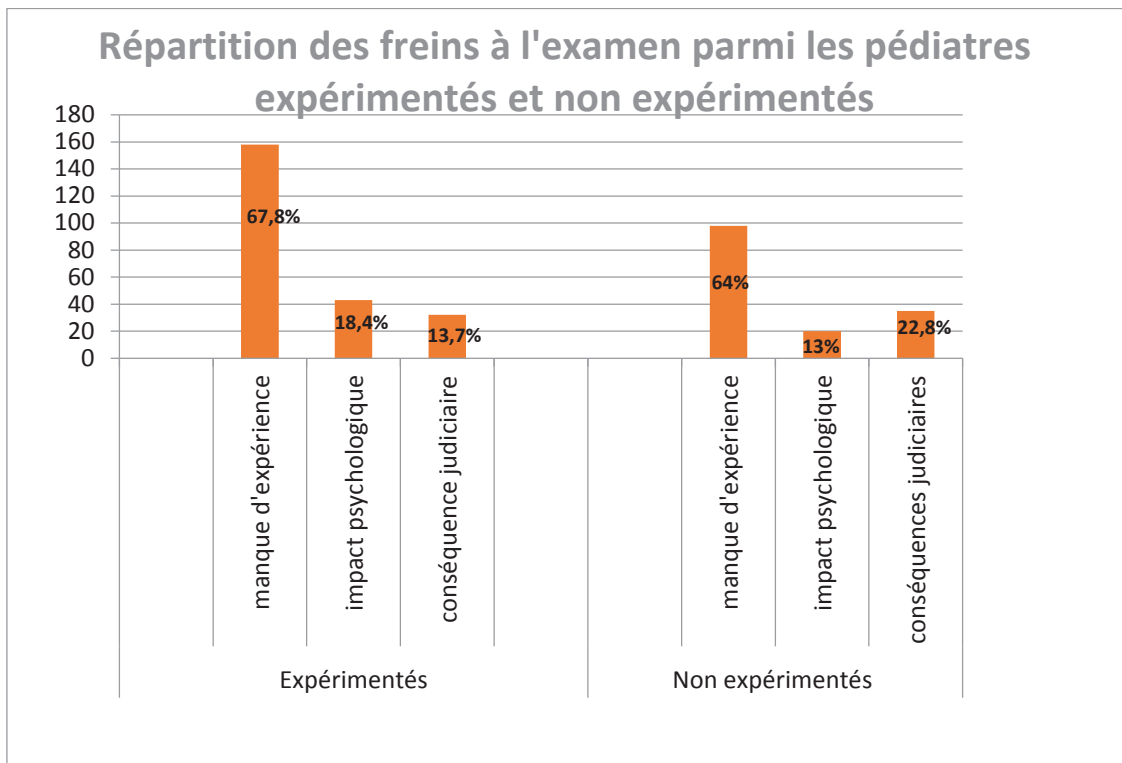


Graph 10 : Importance des 3 freins à l'examen : Comparaison entre les pédiatres initiés lors de leurs études et les non initiés.

- Pour ce qui est de la capacité à différencier, au niveau de l'hymen, les aspects physiologiques des aspects pathologiques :
 - 51,1 % des pédiatres initiés lors des études ont répondu oui.
 - Par contre, chez les pédiatres non initiés seuls 29 % ont répondu oui.

La différence entre ces deux groupes est significative ($p < 0,05$).

- Le pourcentage de pédiatres expérimentés en Ile de France (68 %) est supérieur à celui observé en Province (57%). Cette différence n'est pas statistiquement significative ($p > 0,05$).
- En étudiant les freins selon l'expérimentation des pédiatres, nous constatons : (Graph 11)
 - Chez les pédiatres dits expérimentés (233 soit 60 % des pédiatres de l'étude) :
 - 67,8 % sont freinés par le manque d'expérience
 - 18,4 % par l'impact psychologique qu'il peut avoir sur la patiente
 - 13,7 % par les conséquences judiciaires.
 - Chez les praticiens non expérimentés (153 soit 40 % des pédiatres de l'étude)
 - 64 % sont freinés par le manque d'expérience
 - 22,8 % par les conséquences judiciaires
 - 13 % par l'impact psychologique qu'il peut entraîner chez l'enfant.



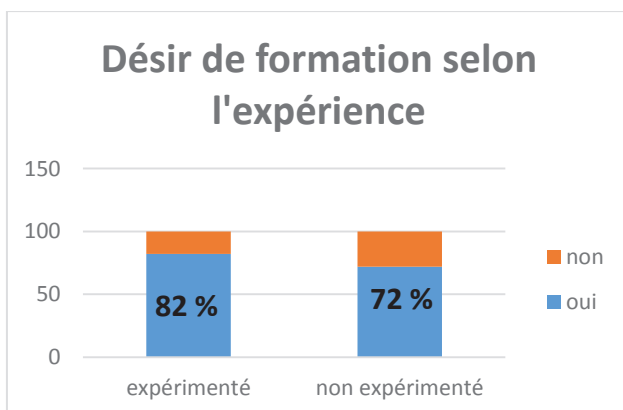
Graphe 11 : Importance des freins en fonction de l'expérience des pédiatres.

Nous constatons donc que les pédiatres non expérimentés ont significativement plus de réticences que les expérimentés quant aux conséquences judiciaires d'un tel examen ($p < 0,05$).

Concernant le désir de formation : (Graphe 12)

- Parmi les pédiatres expérimentés, 82% y sont favorables.
- Chez les non expérimentés 72 % y sont également favorables.

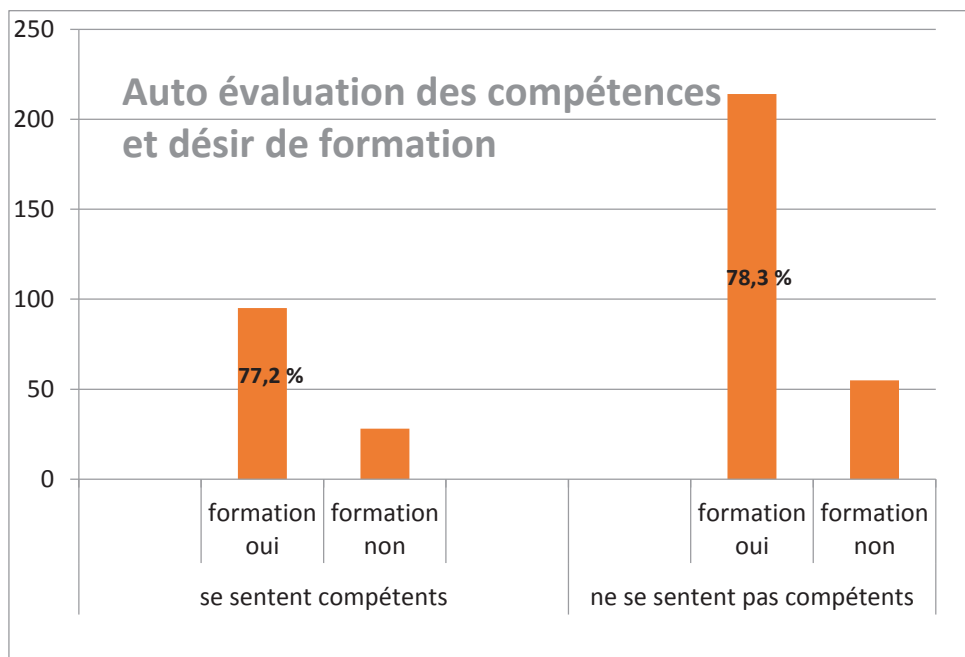
Le désir de formation est significativement plus élevé chez les pédiatres expérimentés que chez les pédiatres dits non expérimentés : 82% versus 72 % ($p < 0,05$)



Graphe 12: Désir de formation plus important chez les pédiatres expérimentés

- A propos du désir de formation selon l'auto-évaluation des compétences :
 - Chez les pédiatres pensant avoir, les compétences requises, 77,2 % sont en faveur d'une formation.
 - Chez ceux ne s'estimant pas compétents, 78,3 % le sont également.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative quant au désir de formation entre ces deux groupes ($p > 0,05$) (Graphe 13)



Graphe 13 : Désir de formation en fonction de l'autoévaluation des compétences

Lorsque l'on regarde le souhait de formation en fonction du lieu d'exercice, nous n'observons pas de différence significative. ($p > 0,05$).

3-2-4) Discussion

Notre étude porte sur un échantillon de pédiatres libéraux conséquent.

En effet, environ 15 % des pédiatres libéraux ont répondu à notre questionnaire (2563 pédiatres libéraux en activité en France au 1^{er} janvier 2011).

En termes de tranches d'âge, la répartition observée dans notre étude est le reflet de celle de l'ensemble des pédiatres en France selon les données DREES établies à partir du répertoire ADELI. (DREES : Direction de la recherche des études et évaluation et statistiques.)

Nous souhaitions initialement diffuser ce questionnaire via la Société Française de Pédiatrie (SFP).

Nous voulions évaluer, aussi bien chez les pédiatres de ville que chez les pédiatres hospitaliers, les connaissances et l'expérience dans le domaine des abus sexuels sur mineurs.

La SFP n'ayant pas été en mesure d'y participer, notre étude ne cible donc que les pédiatres libéraux. Parmi les autres limites, le sexe des pédiatres n'a pas été précisé.

Nous n'avons pas non plus demandé aux pédiatres ayant, quand ils étaient étudiants, assisté à l'examen ; combien de fois ils l'avaient vu.

Le nombre de questions posées devait rester limité afin que le questionnaire soit le plus rapide possible. Plus celui-ci était court, plus le nombre de pédiatres susceptibles d'y répondre était élevé.

D'après nos résultats, il semble que le risque de méconnaître une lésion évocatrice d'agression sexuelle est élevé, tout comme le risque d'interpréter comme suspect une simple variante de la normale.

En effet, si un pédiatre pensant que l'examen gynécologique est rarement normal, pratique cet examen, il est très probable qu'il attribue toute anomalie constatée à l'abus sexuel.

Malgré la méconnaissance des pédiatres sur l'examen de l'hymen et son anatomie, un pourcentage important (60 %) a eu à réaliser cet examen à un moment donné. Cela est d'autant plus problématique que la quasi totalité pense ne pas avoir les compétences requises.

Notre étude montre qu'il y a une nette différence (8,8 % versus 31 %) entre :

- le pourcentage de pédiatres croyant avoir les compétences requises pour conduire cet examen (8,8 %)
- et le pourcentage de pédiatres estimant savoir distinguer, au niveau de l'hymen, les aspects physiologiques, des aspects pathologiques (31 %).

Ce sont donc surtout les compétences techniques qui font défaut aux pédiatres : position propre à l'enfant, manœuvres d'exposition de l'hymen, instruments pouvant être utilisés, rédaction du certificat médical...

Concernant le désir de formation, les pédiatres dits expérimentés sont plus nombreux à souhaiter une formation que les non expérimentés.

Cette différence est probablement due au fait que les pédiatres expérimentés sont davantage conscients des difficultés auxquelles ils peuvent être confrontés lors de l'examen.

A propos des freins justement, les pédiatres initiés craignent davantage l'impact psychologique sur l'enfant.

Le fait d'avoir vu concrètement en quoi l'examen consistait leur a sans doute fait prendre conscience qu'il s'agissait d'une étape particulièrement difficile pour l'enfant.

Au sein des pédiatres expérimentés, la plupart ont une faible expérience.

Cela pourrait être lié à leurs nombreuses réticences, faisant que, dans la mesure du possible, ils préfèrent confier la patiente au spécialiste plutôt que de pratiquer eux-mêmes l'examen. De plus, rapportée à chaque pédiatre, l'incidence de ces situations reste faible.

La revue de la littérature montre que l'examen gynécologique des victimes est normal dans la majorité des cas (20, 21). Pourtant nos résultats montrent que les pédiatres sont une minorité à le savoir.

3-2-5) Conclusion

Notre étude a mis en évidence des constats marquants :

- Plus de 90 % des pédiatres ayant participé à l'étude estiment ne pas avoir les compétences requises pour cet examen.

Pourtant, la probabilité d'y être confronté est assez élevée.

En effet, plus de la moitié l'ont déjà pratiqué depuis qu'ils exercent, bien que moins de 15 % aient pu y assister lorsqu'ils étaient étudiants.

- Plus de 60 % des pédiatres pensent ne pas savoir faire la distinction, au niveau de l'hymen, entre les aspects physiologiques et les aspects pathologiques.
- 66 % sont freinés avant tout par le manque d'expérience pour effectuer l'examen.
- Même au sein des pédiatres dits expérimentés, la grande majorité l'est peu puisqu'ils ont effectué l'examen 5 fois au maximum.
- Trop peu de pédiatres sont en phase avec la réalité : à peine 17,8 % pensent que l'examen gynécologique d'une victime est le plus souvent normal (dans plus de 75 % des cas).

Ainsi, même les pédiatres familiarisés avec cet examen (parce qu'ils l'ont vu et/ou pratiqué) sont nombreux à croire que l'examen gynécologique d'une victime est le plus souvent anormal. On peut donc supposer que parmi les pédiatres n'ayant jamais vu ou pratiqué ce type d'examen, un nombre considérable pense que les victimes d'abus sexuels présentent des lésions à l'examen gynécologique.

Notre étude souligne que les pédiatres eux-mêmes sont conscients de leurs lacunes puisque plus de 75 % sont favorables à une formation. Elle prouve que la plupart ne se sentent pas à l'aise face à l'examen gynécologique, plus particulièrement celui de l'hymen.

Véritable frontière médico-légale, l'étude de l'hymen est pourtant un temps crucial de la prise en charge.

C'est pourquoi, dans l'intérêt des patientes et des pédiatres, une formation spécifique nous paraît indispensable à mettre en place. Elle aurait sa place aussi bien dans la formation initiale des internes en pédiatrie, que dans la formation médicale continue des pédiatres déjà en exercice.

4) ANATOMIE : ORGANES GENITAUX EXTERNES- HYMEN

4-1) Organes génitaux externes : rappels anatomiques

4-2) L'hymen

4-2-1) Variations physiologiques du bord libre de l'hymen

4-2-2) Modifications de la naissance à l'âge de 3 ans

4-2-3) Evolution ultérieure

4-2-4) Diamètre hyménal

4-2-5) Les différents types d'hymen

4 ANATOMIE DES ORGANES GENITAUX EXTERNES ET DE L'HYMEN

4-1) Anatomie des organes génitaux externes féminins

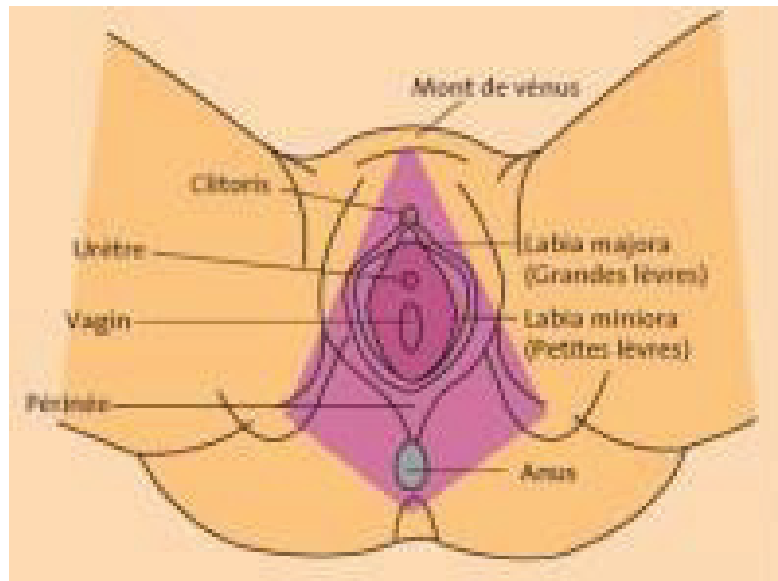
L'embryogénèse des organes génitaux externes commence dès la troisième semaine de gestation. Le tractus génital féminin se développe principalement entre la 3^{ème} et la 17^{ème} semaine de gestation. Ensuite, du fait de l'absence de testostérone, le tubercule génital se développe peu. Il constituera le clitoris.

La féminisation des organes génitaux externes se termine au 4^{ème} mois (22) (23). L'hymen se perforé normalement pendant les dernières étapes du développement embryonnaire (24).

La vulve est une région anatomique de forme ovoïde située au niveau du périnée comprenant l'ensemble des parties extérieures de l'appareil génital.

Elle comporte :

- le mont du pubis
- les grandes et petites lèvres : les grandes lèvres bordent la fente médiane de la vulve, appelée fente vulvaire. En écartant les grandes lèvres, on découvre les petites lèvres
- le clitoris et les organes érectiles
- le vestibule vulvaire. Il est situé entre les petites lèvres. Il comporte le méat urétral, l'orifice externe du vagin et les glandes vulvaires. Il est limité en haut par le clitoris, et en bas par la fourchette vulvaire



Anatomie de la vulve

Le vestibule vulvaire est divisé en 2 parties :

- Partie antérieure : vestibule et papille de l'urètre, avec à son sommet le méat urétral.
- Partie postérieure : vestibule du vagin et orifice inférieur du vagin.

Après la puberté, les petites et grandes lèvres s'élargissent et recouvrent davantage l'orifice vaginal.

Les petites lèvres sont généralement cachées dans la fente vulvaire.

- Leurs extrémités céphaliques se joignent sur la ligne médiane en deux replis:
 - le repli antérieur forme le capuchon du clitoris
 - l'autre repli constitue le frein du clitoris.
- Leurs extrémités caudales peuvent se fondre dans la grande lèvre homolatérale ou fusionner entre elles sur la ligne médiane pour former la fourchette vulvaire.
 - la fourchette vulvaire (fourchette postérieure) est une zone muqueuse où les petites lèvres se rejoignent (extrémité opposée au clitoris).
 - la fossa navicularis correspond à la muqueuse située entre la fourchette postérieure et l'hymen.

Les petites lèvres sont des replis cutanés riches en vaisseaux sanguins et en fibres élastiques. La pigmentation mélanique des grandes et des petites lèvres débute de façon caractéristique avec la puberté.

4-2) L'hymen

Le mot « hymen » vient du Grec antique "hymenaeus" qui signifie « aileron vaginal ».

L'hymen est spécifique de l'espèce humaine. Il s'agit d'un reliquat embryonnaire du feuillet mésodermique. Sa première description remonte à 1561 par Andreas Vesalius, le père de l'anatomie humaine descriptive.

Il constitue la frontière théorique entre les organes génitaux internes et externes.

Il est situé à l'extrémité inférieure du vagin, à environ 4 cm de l'entrée vaginale et sépare la cavité du vagin de la vulve. C'est un repli membraneux de la muqueuse du vagin, qui en ferme partiellement l'entrée, laissant un orifice pour permettre l'écoulement des menstruations. Sa fonction exacte n'est pas connue : il pourrait servir de barrière contre les infections vaginales et génitales hautes avant la puberté (25).

L'hymen présente une grande variabilité interindividuelle en termes de forme et de taille.

Il se déchire le plus souvent au premier rapport sexuel complet et entraîne une légère perte sanguine. Cette déchirure sépare l'hymen en plusieurs lambeaux hyménaux. Après cicatrisation ces lambeaux prennent le nom de caroncules hyménaux. Dans certains cas l'hymen se dilate mais ne se déchire pas : on parle d'hymen complaisant (composante élastique). Inversement l'hymen peut être rigide et infranchissable, rendant la pénétration impossible. Parfois, il peut être, dès la naissance, imperforé, séparant la cavité vaginale de la vulve.

Il constitue l'élément central de l'examen gynécologique d'une jeune fille dans un contexte d'agression sexuelle, essentiellement pour l'enjeu judiciaire que revêt la notion de pénétration au regard du Code pénal. Malgré son importance, la littérature médicale en rapport avec l'examen de l'hymen est peu fournie.

4-2-1) Variations physiologiques du bord libre de l'hymen

L'hymen est assimilé à un cadran horaire, dont le sommet (12 heures) est fixé à l'aplomb du clitoris. Cela permet de localiser les différents éléments pouvant être observés.



Représentation schématisée de l'hymen sous forme de cadran divisé en 12 sections

Le bord libre de l'hymen peut présenter des déhiscences incomplètes (10). Il existe 3 types de déhiscences. Elles sont décrites ci-dessous, en allant des plus superficielles, aux plus profondes.

1. Encoches : Ce sont des déhiscences incomplètes. Elles sont définies comme une angulation en forme de "V". L'encoche s'apparente à une concavité lorsqu'elle est courbe et lisse.
Elle part du bord libre de l'hymen et reste à distance de l'anneau hyménal, donc superficielle. Les encoches sont localisées en position ventrale, entre 3 et 9 heures et surtout à 12 heures.
2. Incisures : déhiscences incomplètes du bord libre atteignant un tiers de sa hauteur.
3. Entailles : déhiscences atteignant la moitié de la hauteur hyménale.

Ces lésions sont dites physiologiques surtout en période prépubertaire et chez la jeune fille pubère (26). Elles comportent des berges mousses arrondies.

4-2-2) Modifications entre la naissance et l'âge de 3 ans

Certains auteurs se sont intéressés aux modifications morphologiques de l'hymen entre la naissance et l'âge de 3 ans chez des patientes sans notion d'abus sexuels (27).

- Les nouveau-nés présentaient un hymen épais, plus de 70% étaient de configuration annulaire et la présence d'encoches était notée dans 31% des cas.
- Aucune transection n'a été observée.
- Les bandes vestibulaires étaient le plus souvent situées dans une zone adjacente à l'urètre, et ce à tous les âges.
- Dans 65% des cas la configuration de l'hymen changeait au cours de cette période, passant de la forme annulaire ou frangée à un aspect en forme de croissant. Cette forme est d'ailleurs la plus commune entre l'âge de 5 et 7 ans.
- Les effets de l'âge sur l'aspect de l'hymen étaient similaires dans tous les groupes ethniques étudiés. La plupart des changements se font entre dans la première année de vie. Ainsi, entre la naissance et la 3^{ème} année de vie, les encoches ont tendance à diminuer, tandis que le tissu hyménal se replie vers l'intérieur.

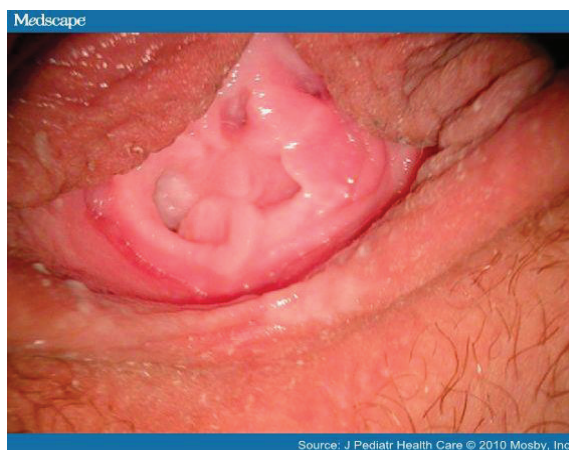
La connaissance de cette évolution naturelle est fondamentale pour distinguer les éléments liés au développement et ceux pouvant être d'origine infectieuse ou post-traumatique.

4-2-3) Evolution ultérieure

A partir de la prépuberté, l'hymen peut prendre un aspect charnu ou frangé.

Il se modifie significativement pendant la puberté. En effet, la stimulation ostrogénique engendre la formation de tissus génitaux plus redondants. On assiste alors à une augmentation de l'élasticité hyménale avec épaissement muqueux et croissance des petites lèvres (28, 29). C'est une période où le diamètre hyménal est variable, notamment après l'apparition des premières règles, puisque l'utilisation de tampons hygiéniques peut agrandir l'orifice hyménal sans le rompre (30).

Après la puberté, l'hymen présente des bords festonnés naturels.



Aspect de l'hymen à l'adolescence : imprégnation hormonale

4-2-4) Diamètre de l'hymen

- Le diamètre spontané de l'orifice hyménal est inférieur à 5 mm chez la fillette de moins de 5-6 ans.
- Par la suite, l'imprégnation hormonale modifie ce diamètre (31) qui peut augmenter (on parle classiquement de + 1mm/an avec une marge d'erreur de 1 à 2 mm)
- Après la puberté, le diamètre mesure entre 10 et 15 mm

Le diamètre hyménal, horizontal et vertical, peut s'avérer utile dans l'analyse et l'interprétation des lésions hyménales. Mais après la puberté, l'élargissement de l'ouverture vaginale et les replis de l'hymen peuvent limiter le risque de lésions lors d'une pénétration vaginale ou rendre leur identification plus difficile.

Le diamètre de l'ouverture de l'hymen n'est pas un critère pertinent pour affirmer une agression sexuelle, même si l'on rapproche cette mesure à l'âge du sujet (32).

De nombreux problèmes se posent lorsque cette mesure doit être prise. En effet, il existe beaucoup de variations interindividuelles. De plus, la reproductibilité de la mesure sur le même sujet n'est pas bonne : la position de la patiente et son état de relaxation peuvent faire varier le diamètre.

Cependant cette mesure peut apporter quelques renseignements. Elle permet d'affirmer que les objets (au sens large) de diamètre inférieur ont pu pénétrer sans laisser de trace traumatique sur l'hymen.

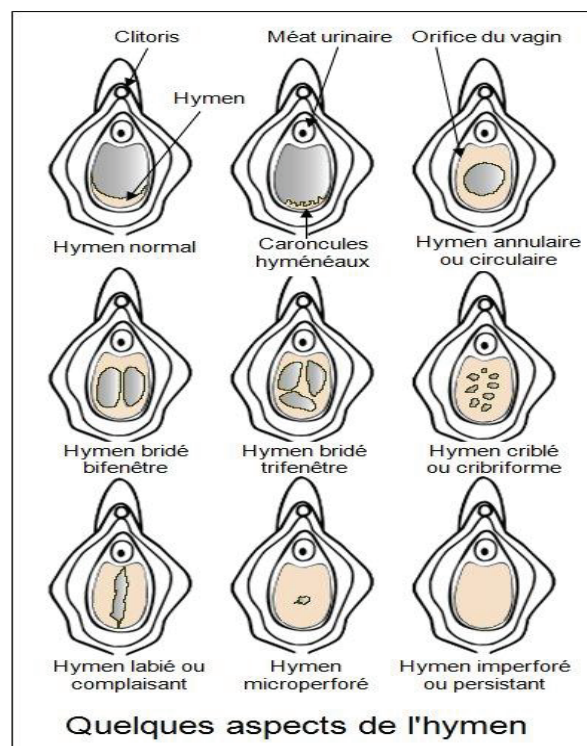
4-2-5) Les différents types d'hymen : (32)

On distingue trois types principaux (32) : semi lunaire (40%), annulaire à bords réguliers (33%) et frangé (17%)

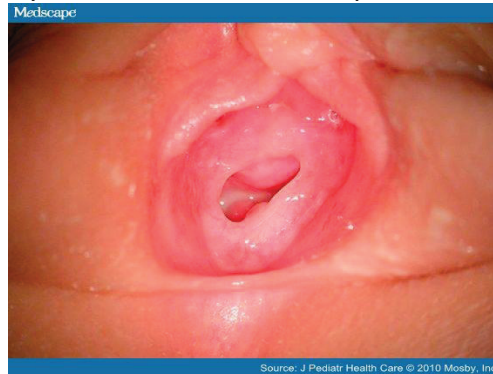


Hymen annulaire étroit chez une patiente pré pubère

Depuis les années 1980, l'hymen a été décrit plusieurs fois de façon détaillée et précise, à l'origine de nombreuses classifications anatomiques (33, 34). Dès 1947, SIMONIN parlait des différentes formes hyménales possibles (35). Voici les différents types ou configurations :

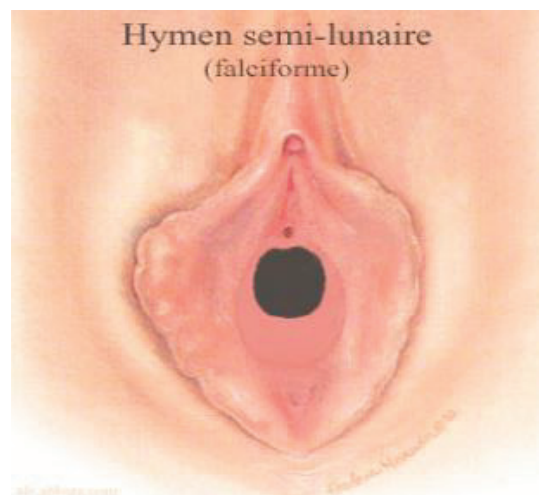


- L'hymen annulaire : il forme une membrane percée d'un orifice central plus ou moins régulier, quelquefois légèrement excentré. Cet orifice peut être plus ou moins large, réduisant parfois l'hymen à un anneau sur le pourtour du vagin.



Hymen annulaire

- L'hymen semi-lunaire ou falciforme : il se présente comme un croissant dont la concavité est dirigée vers l'avant, et dont les deux extrémités peuvent parfois se rejoindre, laissant un orifice généralement assez large.

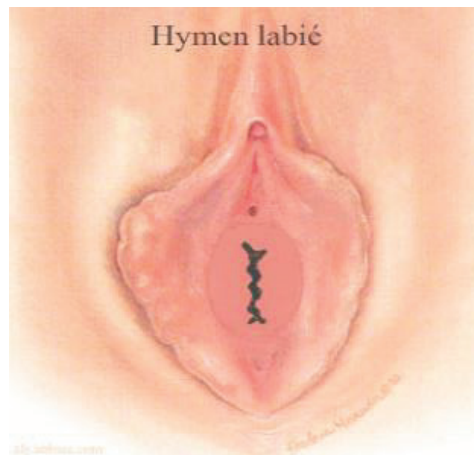


- L'hymen labié : il présente deux lèvres séparées par une fente.

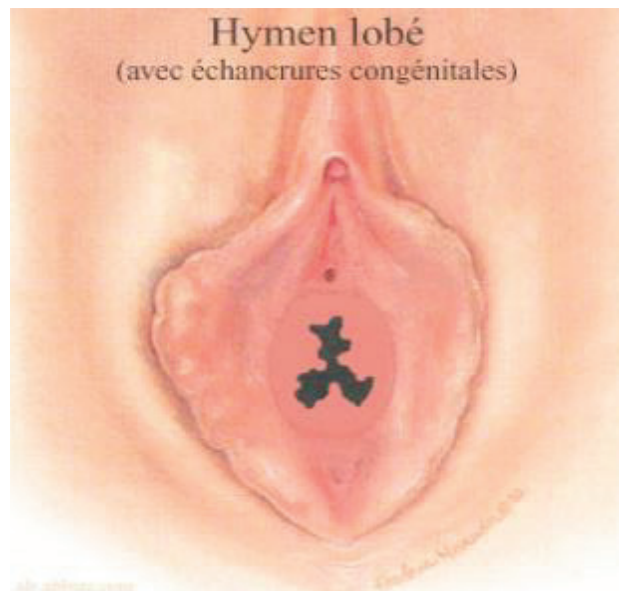
Ces deux lèvres sont bordées par une frange finement découpée et sont souples. Elles peuvent se rabattre facilement vers l'extérieur ou vers l'intérieur de l'orifice vaginal.

Cette configuration permet des rapports sexuels sans déchirure.

On parle alors d'hymen complaisant : hymen très élastique, permettant le passage de 2 doigts, d'un pénis adulte en érection, ou d'une sonde urinaire à ballonnet (gonflée à au moins 12 cc d'eau) sans entraîner de déchirure hyménale complète.



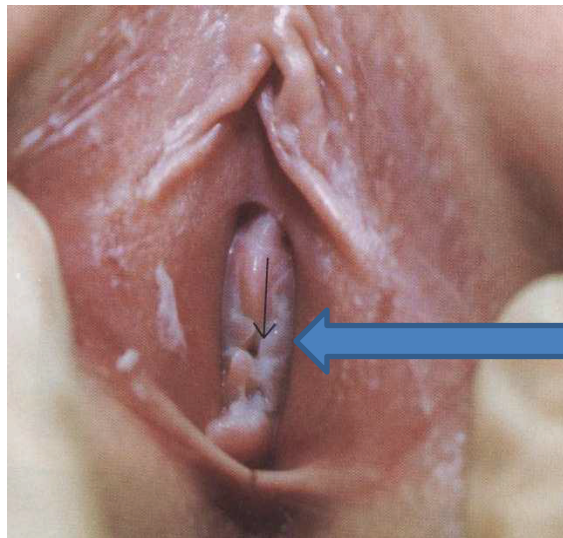
- L'hymen lobé : il présente un orifice à plusieurs lobes, également appelés échancrures congénitales



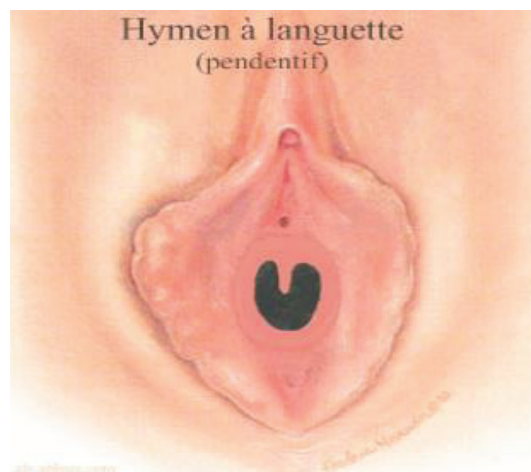
- L'hymen frangé : l'orifice présente des bords sinueux et festonnés par des encoches congénitales.



L'hymen à languette : le haut de l'orifice est comparable à un pendentif.

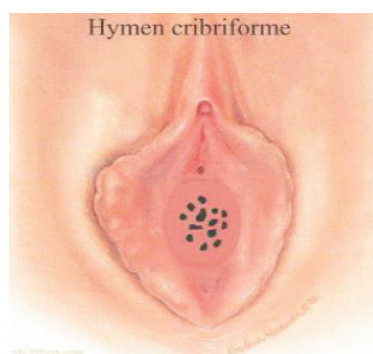


Languette



Certains types d'hymen sont relativement rigides, voire infranchissables :

- Hymen à pont ou à bride : la bride est généralement résistante et peut délimiter 2 ou 3 ouvertures.
- Hymen cribriforme



- Hymen en carène : un peu scléreux, souvent résistant à la pénétration
- Hymen imperforé : Son incidence est de 1 pour 2000 naissances féminines. Il est imperforé dès la naissance, prenant la forme d'une membrane complète qui sépare totalement la cavité vaginale de la vulve (32, 33).



Hymen imperforé chez une enfant pré pubère

Cette manière de classer les différents types d'hymen et les variantes anatomiques a été approuvée par l'APSAC (American Professional Society on the Abuse of Children) et par de nombreux auteurs spécialistes dans l'évaluation médicale des enfants suspects d'abus sexuels (36).

5) EXAMEN CLINIQUE D'UNE PATIENTE MINEURE DANS LE CADRE D'UNE SUSPICION D'ABUS SEXUEL(S)

5-1) Généralités

5-2) Aspects éthiques et psychologiques

5-3) Examen génito-anal : impact psychologique sur la patiente

5-4) Déroulement et techniques de l'examen clinique

5-4-1) Examen somatique général

5-4-2) Examen endobuccal

5-4-3) Examen gynécologique

A-Conditions de l'examen

B-Examen de la vulve

C-Examen de l'hymen : aspects techniques

D-Lésions à rechercher au niveau de l'hymen

E-Instruments parfois utilisés

F-Principales étapes de l'examen hyménal

5-4-4) Examen proctologique

5-5) Prélèvements

5-5-1) Les deux types de prélèvements

A-Prélèvements médicaux

B-Prélèvements médico-légaux

5-5-2) Objectifs des prélèvements médico-légaux

5-5-3) Prélèvements de sperme

5-6) Rédaction du rapport médical

5-7) Principes de prise en charge

5-7-1) Prévention des infections sexuellement transmissibles

5-7-2) Prévention de la grossesse

5-7-3) Prise en charge psychologique

5-8) Constatations et conclusions au terme de l'examen gynécologique

5-9) Examen gynécologique : quelques controverses

5) EXAMEN CLINIQUE D'UNE PATIENTE MINEURE **DANS LE CADRE D'UNE SUSPICION D'ABUS SEXUEL(S)**

5-1) Généralités

Il est indispensable de définir les attentes que l'on a de cet examen. Bien souvent, il est demandé pour savoir si la victime a dit vrai et par certaines familles pour savoir s'il faut porter plainte.

Le problème est donc que l'on attend trop de cet examen, alors que dans la plupart des cas il n'y a pas de signes spécifiques (20, 21, 37)

Il ne faut pas lui donner plus de valeur ou de crédit qu'aux autres éléments d'évaluation. Son but n'est pas de vérifier la parole de l'enfant. D'autant plus que celle-ci dépend énormément de l'âge de l'enfant, de sa maturité et de son rapport avec son propre corps. Certains décrivent de la même façon, en disant « dedans », un contact vulvaire ou une pénétration vaginale (32).

Dans notre société, où la preuve scientifique prévaut, et où l'on attend de plus en plus de réponses tranchées de la part du médecin, il est délicat pour celui-ci de faire comprendre les limites de l'examen. En effet, il est rarement possible d'affirmer avec certitude une agression, ou au contraire de l'exclure catégoriquement à partir des constatations de l'examen.

Ce qui est déterminant aux yeux du Code pénal est la notion de pénétration. C'est l'examen de l'hymen qui permet, en général, d'infirmer ou d'affirmer qu'elle a eu lieu. Mais en pratique, l'interprétation des anomalies hyménales est très complexe. La distinction entre simples particularités et réelles lésions traumatiques nécessite des connaissances solides.

En dehors des enjeux médico-légaux de l'examen, il existe un aspect psychologique qu'il ne faut en aucun cas négliger.

L'examen ne peut être effectué qu'avec l'accord de l'enfant, afin que celui-ci ne le vive pas comme une agression supplémentaire. Pour que la patiente ne se sente pas réduite au statut de victime d'abus sexuel(s), l'examineur ne doit surtout pas débiter par l'observation des organes génitaux. L'examen doit être global, et mené par un pédiatre bienveillant et empathique. L'attitude de ce dernier est capitale pour minimiser la souffrance et la honte que le mineur peut ressentir.

Ce type d'examen clinique peut s'inscrire dans plusieurs contextes :

- Consultation sur réquisition (Officier de police judiciaire, magistrat)
- Consultation dans le cadre d'un dépôt de plainte (réquisition).
- Consultation à l'initiative de la victime.

Il existe deux situations bien distinctes :

- Examen à réaliser dans les 72 heures suivant l'agression :

Il s'agit d'une urgence médico-légale. En effet, il existe un risque de déperdition de preuves biologiques et matérielles, ainsi qu'un risque d'exposition aux IST ou de grossesse.

- Examen effectué à distance des faits :

Il ne s'agit plus d'une urgence médico-légale. Les preuves biologiques et matérielles sont limitées mais à explorer au cas par cas. . Dans ce cas, il est préférable pour le clinicien non expérimenté de s'abstenir de le pratiquer et d'adresser le patient à une équipe spécialisée.

5-2) Aspects éthiques et psychologiques de l'examen

De manière générale l'évocation d'abus sexuels au cours d'un entretien médical, dans un contexte de suspicion ou non, est très délicate. Il faut trouver un équilibre difficile : savoir rester professionnel tout en créant un climat de confiance.

Un réflexe d'interrogatoire sur la possibilité de ce type d'agression doit se déclencher dès qu'un patient présente des symptômes évocateurs ou inexpliqués.

La peur de réactions imprévisibles de la part du patient à cette question est une des raisons principales invoquées par le clinicien pour expliquer la difficulté d'aborder ce sujet.

L'examen clinique représente une épreuve traumatisante chez certains patients (2, 6). L'angoisse peut être au premier plan, notamment si le praticien est un homme (47).

Ce moment est donc une situation violente pour l'enfant et le médecin.

Le fait de le pratiquer au nom de la justice pose également problème sur le plan éthique, avec la crainte d'entraîner des reviviscences traumatiques chez l'enfant. Sa finalité est parfois uniquement procédurale, l'expert n'étant pas, par définition, dans une relation thérapeutique avec la victime. Toutefois, aucune pression judiciaire ou policière ne doit empêcher un abord adapté et éthique.

- Pour le pédiatre, il existe de nombreux freins à la réalisation de cet examen (11, 18)
 - Crainte de sortir de son rôle de soignant
 - Crainte d'impact négatif et de destruction du lien familial
 - Risque de victimisation secondaire aux conséquences de la révélation : reviviscence prolongée des faits via les examens et interrogatoires...

Souvent, les médecins ont peur d'être responsables d'une dénonciation calomnieuse et d'encourir de possibles répercussions disciplinaires, voire pénales.

Ce type d'examen est donc psychologiquement difficile pour certains soignants.

- Inversement, il existe parfois des « catalyseurs » au diagnostic d'abus sexuels :

Certains professionnels ont eux-mêmes subi des sévices. 7% des médicaux/paramédicaux ont été victimes de maltraitance physique (2, 38). 20% des femmes et 13% des hommes ont subi une ou des agressions(s) sexuelle(s) (2, 38). Ces personnes-là ont davantage tendance à accorder plus de crédit aux allégations d'abus de la part des enfants.

5-3) Examen génito-anal : Impact psychologique sur la patiente

La mesure de la souffrance psychologique durant l'examen ano-génital permet de mieux évaluer le traumatisme engendré chez l'enfant par l'abus sexuel.

Gully et al. ont conçu une grille d'analyse de la « détresse durant l'examen génital ». Une plus grande détresse était associée à des antécédents d'agressions plus fréquentes, à un nombre plus élevé d'agresseurs et à des agressions plus sévères (17).

Certains auteurs ont tenté de mesurer l'impact psychologique de l'examen génito-anal avec des critères précis (genital examination distress scale : GEDS). Bien que peu récente, cette étude apporte des éléments intéressants (39).

Les 7 signes comportementaux de détresse retenus lors de cette étude étaient :

- Comportement nerveux
- Nécessité de retenir l'enfant et de lui parler pour qu'il se détende et se laisse examiner
- Verbalisation de la peur
- Agitation physique, gesticulation

- Pleurs
- Contraction/rigidité musculaire
- Verbalisation de la douleur.

La détresse était significativement plus importante lors de l'examen ano-génital que lors de l'examen général. Ils ont démontré que la détresse psychologique était également plus importante lorsque des preuves physiques étaient constatées à l'examen (39).

Ainsi, quand la crédibilité de l'enfant est mise en cause, cela peut constituer un argument supplémentaire pour l'expert.

5-4) Déroulement et techniques de l'examen clinique

L'examen doit être complet et minutieux, afin que les lésions ne passent pas inaperçues.

Il se décompose ainsi :

- Information de la victime
- Interrogatoire
- Examen physique général puis gynécologique (examen des orifices de pénétration sexuelle) avec, si possible, des prélèvements
- Prescription de traitements éventuels et orientation vers un psychologue ou un psychiatre
- Rédaction d'un certificat médical.

Dans la mesure du possible, il est souhaitable d'obtenir préalablement une réquisition judiciaire permettant l'examen et les prélèvements. Ceux-ci seront alors des pièces à conviction. Réaliser l'examen sans réquisition risque d'entraîner un nouvel examen par un expert requis.

Au cours de l'examen médical, la présence d'une tierce personne, neutre et rassurante, membre de l'équipe soignante, est recommandée pour rassurer la victime et aider le médecin. La présence des parents ou d'un des deux est souvent utile pour reconforter l'enfant si celui-ci n'y est pas opposé.

L'examen se déroule dans le calme, avec tact, et en prenant le temps nécessaire. Le pédiatre se doit d'être prévenant et rassurant. Son comportement est capital afin qu'il ne soit pas perçu par la patiente comme un deuxième agresseur. Il est fondamental d'expliquer en détails, avant le début de l'examen, tous les gestes qui vont être faits, leurs objectifs et les sensations désagréables ou douloureuses qu'ils peuvent entraîner.

Il faut être à l'écoute de ses réticences, limiter son angoisse et souligner le fait que tout ceci est fait pour l'aider. Préserver la dignité de l'enfant tout au long de l'interrogatoire et de l'examen somatique est primordial.

Pour être le moins suggestif possible, l'entretien progresse par étapes :

- La première partie a pour but la mise en confiance :

- Le pédiatre doit se présenter et recevoir les parents.

Il discute avec l'enfant sur sa vie (composition de la famille, rang dans la fratrie, lieu de vie, etc.) et ses activités (scolarité, activités extrascolaires, vie sociale et relationnelle, etc) . Cela permet de faire connaissance avec lui et d'apprécier son état psychologique ainsi que son niveau de développement. Il détermine également comment l'enfant se repère dans le temps et dans l'espace. Il importe aussi de veiller aux réactions émotionnelles de l'entourage qui peuvent déterminer pour une large part celles de l'enfant.

- Les antécédents médicaux et chirurgicaux et doivent être renseignés.

Il faut aussi préciser l'utilisation éventuelle de tampons hygiéniques. Selon l'âge de la patiente, l'utilisation d'une contraception orale, la date des dernières règles, l'éventualité d'une grossesse et la date du dernier rapport avant les faits doivent être notés.

Si jamais la patiente a un passé obstétrical, il doit être renseigné (gestité, parité, mode d'accouchement, terme et poids des nouveau-nés doivent être notés). De même, l'existence d'une épisiotomie, la réalisation d'une rééducation périnéale et le nombre de fausses couches et d'interruptions volontaires de grossesse doivent être recherchés. En effet, ces éléments peuvent expliquer des aspects particuliers de l'anatomie génitale et une vulnérabilité pour l'apparition ou non de lésions traumatiques.

- La seconde étape aborde l'agression sexuelle proprement dite, en laissant l'enfant en faire un récit totalement libre, même si il se contredit ou hésite. Si toutefois il s'interrompt, le pédiatre peut reprendre ses derniers mots pour tenter de lever un blocage. En revanche, il ne faut pas lui couper la parole.
- Ce n'est qu'au cours de l'étape suivante que l'examineur aura recours à des questions ouvertes et spécifiques, visant à faire préciser certains points, mais toujours en utilisant le vocabulaire de l'enfant.

Il faut garder une attitude calme et posée si l'enfant utilise des termes « vulgaires » pour désigner les organes et actes sexuels. Rappeler la loi à la patiente peut aussi la rassurer et la déculpabiliser.

L'anamnèse des faits est fondamentale car c'est elle qui va permettre d'orienter l'examen clinique et les prélèvements. Selon le temps écoulé depuis l'agression, il est nécessaire de préciser si la victime s'est lavée ou a changé de vêtements et si elle a pris de médicaments. La présence de tâches de sang ou de sperme sur les vêtements impose de conserver ceux-ci. Les suspicions de soumission chimique doivent faire rechercher une amnésie ou des troubles du comportement. Il faut aussi savoir si la victime a pris des médicaments, de l'alcool ou autres toxiques depuis l'agression.

Ainsi, au terme de l'entretien, les points suivants doivent être précisés :

- Date, heure et lieu de l'agression
- Circonstances, déroulement et nature de l'agression :

Existence ou non d'attouchements sexuels, d'éjaculation, notion de pénétration pénienne ou autre, avec ou sans corps étranger, par voie vaginale, anale, buccale, avec ou sans préservatif. Nombre d'agresseurs.

- Agression unique ou répétée ;
- Menaces (chantage, pression psychologique), violences verbales, violences physiques associées (strangulation, coups de poings/pieds, objet contondant, arme blanche, arme à feu), séquestration, tentative de résistance.
- Evènements associés : perte de connaissance, chute au sol, prise de toxiques (alcool, drogues, médicaments...)
- Liens éventuels entre la victime et l'auteur (liens de parenté, affectifs ou d'autorité...)

L'interrogatoire médical ne doit pas se substituer à l'audition policière. Si l'enfant a déjà été entendu par les enquêteurs, il est préférable de ne pas reprendre tous les faits.

L'examen physique doit être le plus précoce possible. Il permet de constater les signes positifs et négatifs. Il est important de noter les réactions de l'enfant lors de l'examen ainsi que son interaction avec les personnes qui l'accompagnent. Il faut penser à noter les dires spontanés de l'enfant. En général, l'attitude de celui-ci est plutôt constante durant son récit et durant l'examen. Cependant certains ne laissent paraître aucune attitude particulière. Si des lésions sont constatées, il faut demander à la patiente, de la manière la moins suggestive possible, de raconter comment cela est arrivé.

Si la patiente se montre soudain anxieuse ou gênée, il faut arrêter temporairement l'examen et reprendre après l'avoir rassuré.

5-4-1) L'examen somatique général

Il est indispensable, d'autant plus que ces patientes présentant une suspicion d'abus sexuel(s) peuvent aussi être victimes d'autres formes de maltraitance. L'examen général permet alors de repérer des signes de maltraitance physique.

L'examen physique doit débuter par la prise des constantes vitales, la mesure du poids, de la taille et de l'Indice de Masse Corporelle. Il faut également préciser l'imprégnation hormonale selon les stades de Tanner (cf. Annexes). La croissance staturo-pondérale et l'hygiène globale doivent être prises en considération.

Le médecin inspecte avec précision l'ensemble des téguments et des muqueuses. L'examen recherche des traces de violence et de contrainte, appelées lésions élémentaires : ecchymoses, hématomes, dermabrasions, plaies, griffures, excoriations, morsures.

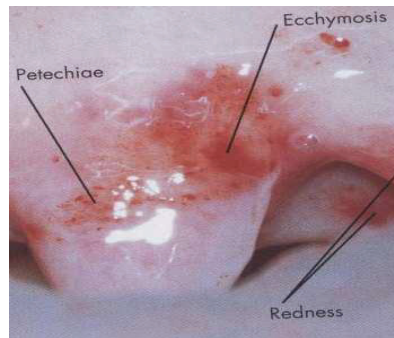
Ces lésions doivent être recherchées sur l'ensemble du corps notamment au niveau des zones de préhension (cou, poitrine, poignets, face interne des cuisses et des bras, chevilles). L'inspection du visage et des seins est importante. Le cou doit être bien examiné afin de ne pas méconnaître des signes de strangulation : impressions unguéales/digitiformes.

Pour chacune de ces lésions, il faut préciser la couleur éventuelle (pour la datation : par exemple, pour une ecchymose, le passage d'une coloration rouge violacée au jaune verdâtre se produit après le sixième jour) le nombre, la localisation exacte, la forme, la taille et évoquer leur origine (marques de liens...). Elles doivent être consignées sur un schéma ou photographiées.

Il faut également être attentif à d'éventuels signes d'intoxication et rechercher des traces de scarification.

5-4-2) L'examen endobuccal

Il correspond à l'observation des muqueuses, des dents et du frein de la langue. Il recherche des lésions traumatiques d'allure pétéchiiale au palais, à la face interne des joues et dans les sillons gingivo-labiaux. Certains prélèvements peuvent être effectués : entre la langue et le plancher buccal, et plus particulièrement dans les sillons gingivo-labiaux.



Lésions à type de pétéchie, d'érythème et d'ecchymoses au niveau au niveau de la luvette et des piliers du pharynx après une fellation.

5-4-3) L'examen gynécologique

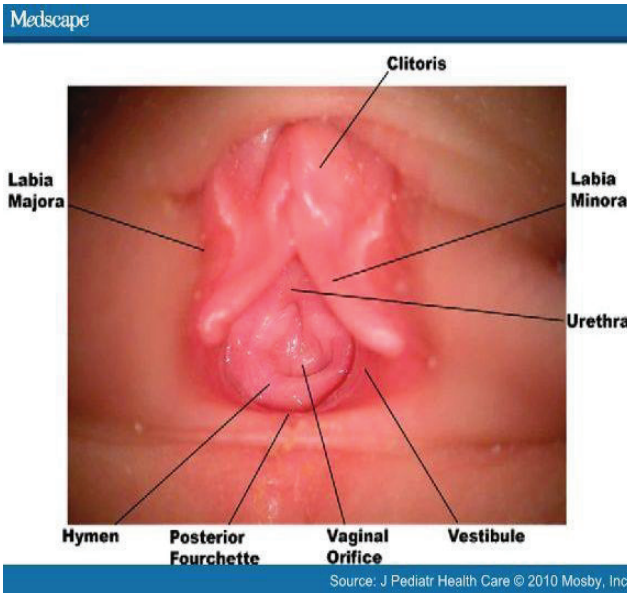
A-Conditions d'examen

Il est réalisé avec des gants sans talc et sous bon éclairage. La patiente est en position gynécologique, parfois en position genupectorale. Chez la petite fille on utilise en général la position de « la grenouille » (décubitus dorsal, jambes fléchies, les plantes de pieds se touchant), mais on peut aussi l'installer en position assise ou couchée sur les genoux de la personne qui l'accompagne. Faire varier la position peut être utile, notamment pour visualiser correctement la vulve. Certains signes sont présents dans une position, mais peuvent ne pas être visibles dans une autre position.

Les photographies sont essentielles mais n'ont d'intérêt que si elles sont prises de manière standardisée, reproductible, et interprétable (20, 32).

B-Examen vulvaire : lésions à rechercher

La vulve est examinée dans sa totalité et plus particulièrement au niveau de l'hymen. Il faut rechercher des traces de traumatisme récent : érythème, ecchymoses, ulcérations, petites abrasions ou fissures de la fourchette postérieure, déchirures, lacérations, plaies, hématomes et pétéchie vulvaires ou vaginales. Des signes de traumatismes anciens ou chroniques doivent aussi être recherchés : béance du méat urinaire, hypertrophie du clitoris ou du capuchon, hypopigmentation...

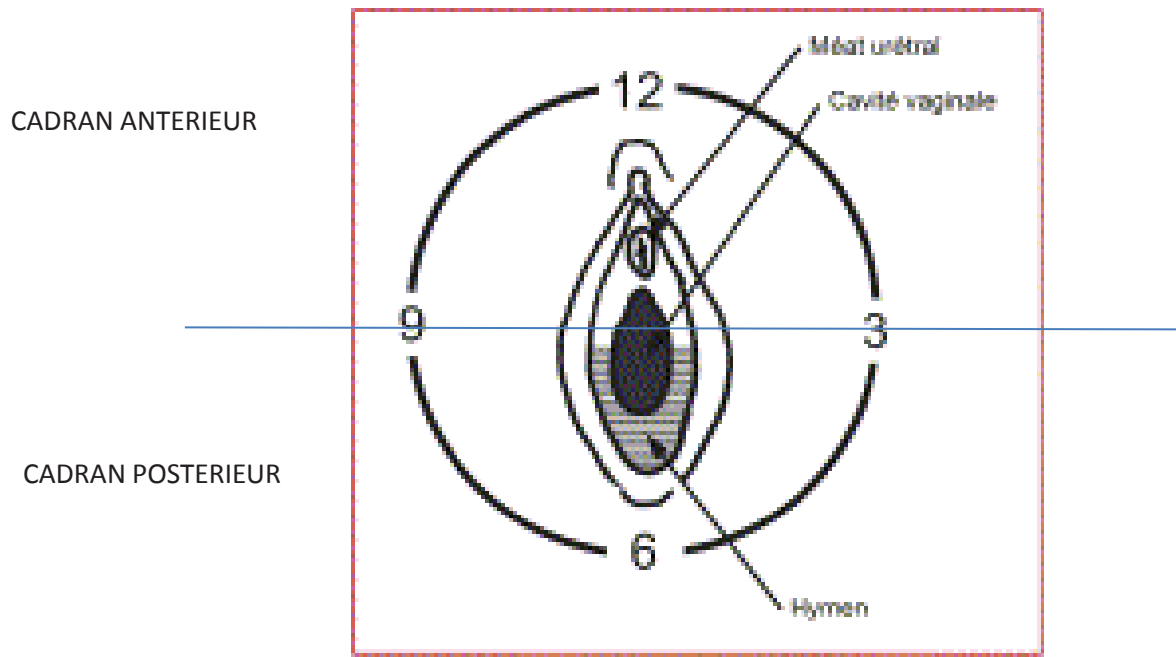


Ensemble des éléments de la vulve à examiner

C-Hymen : techniques d'examen

L'observation de l'hymen est un temps crucial de l'examen puisqu'il représente en quelque sorte la « frontière médico-légale du viol ». C'est une étape très difficile où la bonne coopération de l'enfant est indispensable (32).

Pour le repérage des lésions, l'hymen est assimilé à un cadran horaire, divisé en 12 sections horaires, dont le zénith (12 heures) est fixé à l'aplomb du clitoris lorsque la patiente est en position gynécologique.



Repérage des lésions : hymen schématisé sous forme de cadran horaire

A l'aide du pouce et de l'index de chaque main, le médecin pince légèrement les deux grandes lèvres, puis exerce une séparation latérale et vers le bas, pour ne pas léser la fourchette.

Grâce à cette manœuvre de séparation-traction des grandes lèvres, l'hymen est bien exposé. Il est possible de se faire aider par la patiente en lui demandant de pousser légèrement, afin de déplisser l'hymen (32).

D-Lésions à rechercher au niveau de l'hymen

L'examen recherche des déchirures récentes qui doivent être localisées en se référant au cadran horaire.

- Les déchirures complètes atteignent la muqueuse vaginale et apparaissent sous forme de plaies inégales, tuméfiées, hémorragiques, donnant des lambeaux irréguliers, non symétriques et affrontables.
- Les déchirures peuvent être incomplètes, c'est-à-dire qu'elles n'atteignent pas la muqueuse vaginale. Elles ne doivent pas être confondues avec des incisures physiologiques, non saignantes, et aux bords non affrontables.

Il faut aussi rechercher des stigmates lésionnels anciens (fibrose, cicatrice).

Afin de faciliter l'examen hyménal, il faut retenir trois notions essentielles :

- Une déchirure traumatique, également appelée déchirure complète ou transection, s'étend jusqu'à l'insertion vaginale de l'hymen.
- Par opposition, une échancrure congénitale s'arrête à quelques millimètres de l'insertion vaginale de l'hymen.
- Il ne faut pas hésiter à modifier la position d'examen si l'hymen n'apparaît pas en totalité.

E-Instruments parfois utiles pour l'examen de l'hymen

1) L'utilisation d'un spéculum permet :

- de visualiser les parois vaginales, les culs-de-sac et le col utérin à la recherche de plaies, d'ecchymoses ou de corps étranger (à conserver à la disposition de l'autorité judiciaire).
- la réalisation de prélèvements orientés par écouvillonnage.

L'examen au spéculum se fait après humidification à l'eau (l'utilisation d'un détergent risque d'altérer les spermatozoïdes).

Chez les jeunes filles pré pubères, la pose d'un spéculum est impossible.

Si des prélèvements sont nécessaires, un spéculum de vierge peut être utilisé avec prudence.

2) Parfois, l'utilisation d'un colposcope permet d'affiner les constatations par un meilleur éclairage et éventuellement un grossissement (41, 42)

Cela peut être utile pour l'examen de l'hymen. La prise de photographies sous colposcope permet de fixer les constatations et de limiter les examens itératifs.

3) Chez les adolescentes ou les jeunes filles pré pubères, l'hymen est souvent difficile à examiner. En effet, il est charnu et poly frangé, ce qui complique l'interprétation des lésions (33, 40).

Dans ces cas-là, l'utilisation d'une sonde à ballonnet de Foley (sonde urinaire) est recommandée (32, 43).



Sonde de Foley : sonde urinaire à ballonnet

Cela permet de « déployer » l'hymen sur le ballonnet gonflé. Ainsi, s'il présente des replis gênant l'appréciation de son intégrité, le ballonnet permet de déplisser l'intégralité des berges du bord libre et d'examiner chaque cadran horaire de l'hymen. Cette technique limite le nombre d'erreurs d'interprétation (43)

Dans ce cas-là il faut informer la patiente sur l'intérêt d'utiliser cet instrument. Il est aussi important de la prévenir d'une possible douleur au moment du gonflement du ballonnet. L'utilisation de cette sonde nécessite une bonne coopération de l'enfant, afin d'éviter tout mouvement brusque qui provoquerait une expulsion brutale potentiellement douloureuse et traumatique.

- La manœuvre consiste à :
 - introduire sur un court trajet (environ 5 cm) l'extrémité de la sonde dans l'orifice hyménal,
 - puis à gonfler lentement le ballonnet en notant le volume insufflé (5 à 10 ml selon le diamètre hyménal).
 - En tirant ensuite légèrement sur la sonde, le ballonnet vient au contact de l'hymen et le déplisse, permettant de visualiser une déchirure, une incisure ou un hymen intègre.
 - En orientant différemment le ballonnet et en le mobilisant avec prudence, le bord libre de l'hymen peut être mieux dégagé, facilitant ainsi son examen.

- L'étape suivante consiste à extraire la sonde en dégonflant légèrement le ballonnet. Il ne faut pas tirer sur le ballonnet car cela risquerait de déchirer l'hymen. Après expulsion de celui-ci, on mesure le diamètre résiduel qui reflète le « diamètre utile »

de l'orifice hyménal. Ce diamètre est un élément non négligeable dans l'appréciation de la compatibilité des allégations avec les constatations cliniques.

Certaines études confirment la nécessité d'un examen génital réalisé à l'aide d'un colposcope, voire également d'une sonde urinaire à ballonnet, lorsque l'aspect de l'hymen ne permet pas de conclure via l'examen à l'œil nu (41, 42, 43)

F-Principales étapes de l'examen de l'hymen

La description de l'hymen comporte plusieurs temps (10, 18, 32).

- Description du type d'hymen : les plus fréquemment rencontrés sont les hymens annulaires et semi-circulaires.
- Description du bord libre hyménal : il correspond à la recherche de déchirures. Celles-ci doivent être datées : une déchirure saignante ou ecchymotique est dite « récente ». Une déchirure cicatrisée est dite « ancienne ».
- Description de l'orifice hyménal : diamètre et degré de compliance (élasticité).
 - La mesure du diamètre est difficile. Elle nécessite deux personnes : une plaçant un mètre ruban ou une petite règle au niveau de l'orifice, l'autre prenant une photographie.
 - Le degré de compliance (élasticité) de l'hymen s'apprécie le plus souvent à l'œil nu chez la fillette pré pubère mais nécessite souvent l'utilisation de la sonde à ballonnet chez l'adolescente (29, 43).

5-4-4) L'examen proctologique

Il est systématique et réalisé également sous bon éclairage, le plus souvent en position genupectorale. L'état de la muqueuse et des sphincters est évalué. Selon le contexte, des prélèvements peuvent être réalisés.

Les signes observés sont aussi décrits par rapport à un cadran horaire (en précisant la position dans laquelle est réalisé l'examen).

Il débute par une inspection simple et se poursuit par le déplissement de la marge anale.

Le médecin recherche au niveau de l'anus des marques de violence : plaies, oedèmes, hématomes, abrasions, ecchymoses, fissures, ulcérations, marisques et/ou une disparition des plis radiés.

Les anomalies telles que les condylomes, les hémorroïdes ou l'eczéma doivent être notées. Une béance ou un spasme sphinctérien peuvent aussi être recherchés.

Chez l'enfant l'anatomie périnéale est un peu différente de celle de l'adulte. Il n'est pas rare d'observer une béance anale « physiologique » en cas de présence de selles dans l'ampoule rectale ou selon la position d'examen.

Le toucher rectal n'est pas systématique. Il est réalisé au cas par cas pour compléter l'examen. Le but est d'évaluer la tonicité du sphincter anal et de préciser s'il ramène du sang et s'il est douloureux.

La béance et l'hypotonie anale peuvent évoquer un abus sexuel, mais sont insuffisantes pour affirmer une pénétration anale. Au moindre doute, une anoscopie avec rectoscopie pourra être réalisée par des spécialistes.

5-5) Prélèvements

5-5-1) Deux types de prélèvements

On distingue deux types de prélèvements : les prélèvements médicaux et les prélèvements médico-légaux. D'une manière générale, il ne faut pas hésiter à multiplier les prélèvements (10, 18).

- En cas d'agression récente, les prélèvements sont réalisés dans un but médico-légal pour identifier l'ADN de l'agresseur via les spermatozoïdes; mais aussi dans un but médical (bilan de référence). Si l'agression date de moins de 72 heures, la recherche de spermatozoïdes est impérative.
- En cas d'agression ancienne, les prélèvements ont un but uniquement médical (diagnostic de grossesse et d'Infection Sexuellement Transmissible : IST).

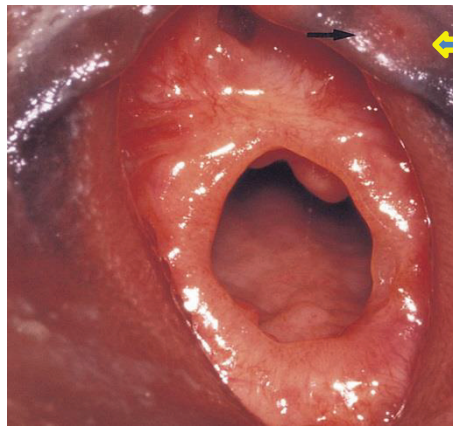
Les prélèvements sont scellés et saisis par les enquêteurs uniquement s'ils ont un but médico-légal.

A-Les prélèvements médicaux

Les prélèvements médicaux peuvent se résumer en 5 points principaux

- 1) Recherche d'IST (Infections Sexuellement Transmissibles) par sérologies : VIH 1 et 2, hépatites B et C, Syphilis, Chlamydiae, Herpès, HTLV (virus T lymphotrope humain) : ce bilan sérologique initial doit être fait que l'agression soit récente ou ancienne.
- 2) Recherche d'IST par écouvillonnage (cf Annexes) : Gonocoques, Trichomonas, Chlamydiae, Herpes

Certains prélèvements locaux sont à visée infectieuse. On effectue la recherche de gonocoques si l'enfant présente des signes locaux évocateurs ou si l'examen est fait à distance de l'agression (>5 jours)



Lésion herpétique suspecte

En cas de pénétration vaginale, il paraît indispensable de réaliser au minimum les prélèvements suivants :

- Examen standard et recherche de gonocoques au niveau du col utérin
- Recherche de Chlamydia au niveau cervical et urétral (par Réaction en Chaîne Polymérase = PCR sur les urines).
- Selon le contexte : β -HCG avec un contrôle ultérieurement si ils sont négatifs.
- Biologie standard
- Toxicologie

B- Les prélèvements médico-légaux

Les prélèvements médico-légaux (agression récente) doivent être réalisés avec des gants sans talc, identifiés (site de prélèvement) et numérotés dans l'ordre de réalisation.

Ils sont étiquetés rigoureusement (nom de la victime, siège, date et heure du prélèvement) et répertoriés dans le certificat médical initial ainsi que dans le dossier médical.

Les prélèvements en vue d'analyses génétiques sont acheminés par les enquêteurs au laboratoire spécialisé de biologie moléculaire qui est saisi par le magistrat.

Les prélèvements médico-légaux comportent quatre volets :

- 1) Biologie moléculaire (ADN) : Ils permettent l'identification formelle d'un suspect :

L'écouvillonnage nécessite une technique rigoureuse afin d'éviter les contaminations (gants, matériel stérile à usage unique). Les zones à écouvillonner si possible sont les lèvres, les parois vaginales, l'exocol, l'endocol, et le cul de sac vaginal postérieur.

- 2) Toxicologie : les analyses toxicologiques (sang, urines, cheveux) sont à réaliser en cas de suspicion de soumission chimique (amnésie des faits), et selon l'état d'imprégnation de la victime au moment des faits. L'alcool et les psychotropes font partie des principaux toxiques utilisés. Dans le cadre d'une réquisition, les prélèvements doivent être faits en double sur sang et urine pour une éventuelle contre-expertise. Ils sont mis sous scellés par les autorités requérantes.
- 3) Matériels : Les vêtements et sous-vêtements souillés (salive, sang, sperme) ainsi que tout support inerte (mouchoir, préservatif) portés lors des faits doivent être conservés à température ambiante dans un sac en papier kraft (et non en plastique) et remis à l'autorité judiciaire. Il n'y a pas de limite de délai pour la réalisation des analyses sur les supports inertes, ceci en raison de la conservation indéfinie des spermatozoïdes à l'air libre.
- 4) Tests de détection rapide de la présence de sperme/liquide séminal à partir de traces biologiques (PSA Check®) : ils doivent être réalisés le plus tôt possible afin de détecter l'antigène prostatique spécifique (PSA).

5-5-2) Objectifs des prélèvements médico-légaux

Pour avoir une valeur médico-légale ces écouvillons et ces prélèvements doivent être placés sous scellés par l'officier de police judiciaire en charge de l'affaire.

Ces prélèvements ont plusieurs buts :

- Recueillir des indices biologiques nécessaires à la documentation des enquêteurs
 - 1 Documentation de la réalité des faits : présence de spermatozoïdes.
 - 2 Documentation d'une éventuelle soumission chimique.
 - 3 Identification de l'agresseur : empreintes génétiques (écouvillons au niveau du cul de sac vaginal postérieur, vêtements, recherche de poils pubiens de l'agresseur), prélèvements de police scientifique : prélèvements sous-unguéaux, fibres de vêtements, écouvillonnage de tâches suspectes.

- Assurer le suivi des soins ultérieurs
- Signes d'appel d'IST et sérologies (syphilis, VIH, Hépatites B et C)
- Dosage des β HCG
- Bilan pré thérapeutique (antirétroviraux): Numération formule sanguine, plaquettes, ionogramme, urée, créatinine, bilan hépatique.

A distance des faits, une analyse toxicologique complémentaire des cheveux peut être utile. En effet, au-delà d'une semaine, les analyses sanguines et urinaires ne sont plus contributives. L'analyse toxicologique des cheveux peut mettre en évidence le toxique qui y reste définitivement fixé. Elle permet de distinguer une prise ponctuelle d'une prise quotidienne et de dater la prise.

5-5-3) Prélèvements de sperme

Les prélèvements locaux de sperme pour identification de l'agresseur sur spermatozoïdes s'effectuent le plus tôt possible après l'agression, sans toilette préalable.

Ils se font à l'aide d'écouvillons de coton secs dans les culs-de-sac vaginaux, les parois vaginales, le col utérin (exocol et endocol), l'anus, en endobuccal (sous la langue, derrière les incisives et au niveau des amygdales) ou sur la peau selon la nature de l'agression.

Les opérateurs doivent impérativement porter des gants. On utilise quatre écouvillons par site. Le choix des sites de prélèvement est orienté selon les déclarations de la victime.

Les délais maximaux des prélèvements varient selon les sites. Au-delà de ces délais, la probabilité de retrouver des spermatozoïdes est infime.

- Dans le vagin, les spermatozoïdes peuvent être trouvés dans les 72 heures (voire 96 heures) suivant l'agression (persistance 7 à 10 jours sans toilette), et jusqu'à 5 jours au niveau du col (18). Chez l'enfant pré pubère, ce délai est raccourci du fait de l'absence de glaire cervicale.
- Au niveau anal, la présence de spermatozoïdes est observée dans 50% des rapports vaginaux (18) : la survie des spermatozoïdes est variable, de 24 heures (en général) à 72 heures (en l'absence de défécation).
- Au niveau buccal, la persistance des spermatozoïdes est de 12 heures au niveau des muqueuses, et de 6 heures au niveau des lèvres et téguments du fait de la dessiccation (18).

5-6) Rédaction du rapport médical

A l'issue de l'examen médical, une synthèse doit être faite par écrit. Elle reprend les allégations de la victime et les constatations lors de l'examen clinique. En cas de réquisition le rapport est remis à l'autorité requérante.

Certaines mentions légales doivent figurer :

- identités de la victime, de l'examineur, des personnes présentes au moment de l'examen, date, heure et lieu de l'examen médical
- nature des prélèvements effectués
- conclusion comportant éventuellement la durée d'une ITT (Incapacité Totale de Travail) et la prévision d'une IPP (Incapacité Permanente Partielle). (cf. Annexes)

Si l'examen ne montre aucune lésion, il ne doit surtout pas conclure à l'absence d'agression sexuelle. En effet nous avons vu que l'examen des victimes était normal dans la plupart des cas.

Seules les conclusions qui peuvent être justifiées lors d'une déposition devant une cour d'Assises doivent être inscrites. Le pédiatre ne doit pas qualifier l'infraction car ceci relève de l'autorité judiciaire.

A propos des allégations de la victime, le rapport doit reprendre les mots de la victime tout en synthétisant les faits :

- Date, heure, lieu et durée approximative de l'agression
- Nombre et identité du ou des agresseur(s) éventuel(s), l'existence d'un lien de parenté
- Existence éventuelle de violences aggravées (arme, séquestration...)

Les renseignements à obtenir concernant les violences sexuelles sont les suivants :

- Mécanisme (site) : oriente les prélèvements
- Ejaculation (site) : oriente également les prélèvements
- Utilisation de préservatif : afin d'évaluer le risque d'IST
- Notion de lutte ou de défense : permet d'orienter l'examen et de rechercher des traumatismes péri-sexuels

Le rapport médical doit être une retranscription objective des constatations de l'examen clinique : nature et ancienneté des lésions, compatibilité avec l'histoire d'agression. Le pédiatre doit formuler des hypothèses, bien distinctes des constatations, et de les notifier comme telles (exemple : « la victime me dit avoir été... »).

L'obtention d'un certificat médical par une victime n'est pas un prérequis pour le dépôt de plainte (loi du 17/06/98)

5-7) Principes de prise en charge

La prise en charge thérapeutique comprend de manière schématique :

- La prise en charge psychologique : elle est essentielle et doit être précoce.
- La recherche et la prévention des IST (Infections Sexuellement Transmissibles).
- La recherche et la prévention de la grossesse

En cas de plaie, il faut s'assurer que la vaccination antitétanique est à jour. Si ce n'est pas le cas, il faut pratiquer la sérovaccination antitétanique.

5-7-1) Prévention des Infections Sexuellement Transmissibles

Depuis le 10 mars 2004, la loi autorise le dépistage des IST chez les auteurs présumés d'agression sexuelle seulement quand la victime est mineure.

Le Code pénal précise que l'officier de police judiciaire peut faire procéder à un examen médical ou à une prise de sang sur toute personne contre laquelle il existe des indices graves ou concordants d'avoir commis un viol, une agression sexuelle ou une atteinte sexuelle sur un mineur. L'objectif est de déterminer si cette personne est atteinte d'une IST.

A la demande de la victime ou lorsque son intérêt le justifie, cette opération peut être effectuée sans le consentement de l'intéressé sur instructions écrites du procureur de la République ou du juge d'instruction.

Le risque de transmission d'une infection suite à un abus sexuel dépend de plusieurs facteurs :

- Type d'activité sexuelle : risque plus élevé en cas de pénétration anale qu'en cas de pénétration vaginale.
- Ampleur du traumatisme : les lésions du tractus génital sont plus fréquentes chez les enfants.

- Maturité sexuelle de l'enfant : susceptibilité modifiée aux IST en raison de différences sur le plan du développement du tractus génital.
- Abus répétés

En fonction du type d'IST, les éléments suivants diffèrent : (cf tableau 1)

- durée d'incubation
- probabilité d'abus
- imputabilité à une transmission materno-fœtale

GERME	DUREE D'INCUBATION	PROBABILITE D'ABUS	TRANSMISSION MERE-ENFANT
Gonocoque	2 à 7 jours	Forte, probable si enfant >1 an	Peut être constatée jusqu'à l'âge de 6 mois
Chlamydia	1 à 6 semaines	Probable, forte si enfant >3 ans	Peut être constatée jusqu'à l'âge de 3 ans
HSV	2 à 14 Jours	Probable	Peut être constatée jusqu'à l'âge de 3 mois
Trichomonas vaginalis	1 à 4 semaines	Forte si enfant > 6 mois	Peut être constatée jusqu'à l'âge de 6 mois
HPV	> 1 mois	Possible, probable si enfant > 2 ans	Peut être constatée jusqu'à l'âge de 2 ans
Syphilis	jusqu'à 90 jours	Forte	Doit être exclue
VIH	jusqu'à 6 mois (mais (séroconversion le plus souvent entre 4 et 12 semaines)	Possible	Doit être exclue
VHB	jusqu'à 3 mois	Possible	Doit être exclue

VHB : Virus Hépatite B

HSV : Herpès Simplex Virus

HPV : Papillomavirus Humain

Tableau 1 : IST pouvant être imputées à une agression sexuelle

Le bilan biologique initial comprend les sérologies VIH, VHB, VHC, Syphilis.

Certains prélèvements bactériologiques (Gonocoque, Chlamydia, Trichomonas...) sont à effectuer selon le contexte.

En cas d'agression récente, il faudra reconstruire le bilan sérologique et les transaminases à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 12 mois.

- Concernant le traitement prophylactique antirétroviral, si le risque d'une contamination est retenu, il doit être débuté le plus tôt possible. Le risque est retenu :
 - soit sur la connaissance du statut sérologique de l'agresseur
 - soit sur l'existence de facteurs de risque (rapport anal, menstruations...).

En pratique le traitement prophylactique antirétroviral est administré le plus tôt possible, au plus tard 48 heures après l'agression.

- Une prévention de la séroconversion de l'hépatite B peut être réalisée dans les 48 heures suivant l'agression, si la victime n'est pas vaccinée.

5-7-2) Prévention de la grossesse

Si une victime pubère est examinée dans les 72 heures suivant un rapport à risque, il lui est proposé une contraception d'urgence à débiter le plus tôt possible : Levonorgestrel par voie orale en une prise (18). Des rapports sexuels protégés sont recommandés jusqu'à la fin du suivi.

5-7-3) Prise en charge psychologique

La prise en charge psychologique est absolument fondamentale et doit être précoce (2, 10, 17).

Il faut systématiquement la proposer, à la victime avant tout, mais aussi aux personnes concernées (entourage, membres de la famille). Le médecin doit tout mettre en œuvre pour convaincre la patiente de sa nécessité.

Le pédiatre doit informer les parents de la possibilité de survenue de troubles psychologiques à plus ou moins long terme.

L'évaluation des autres enfants de la famille ou du milieu où l'on soupçonne que l'agression s'est produite fait aussi partie de la prise en charge.

Les coordonnées des associations d'aide aux victimes doivent être données.

Enfin, en cas de défloration, et selon le contexte psychologique ou culturel, il est possible d'orienter la patiente vers une plastie de l'hymen, ou du moins de l'informer que cela est possible.

5-8) Constatations et conclusions de l'examen gynécologique

L'interprétation des examens a beaucoup changé pendant ces 30 dernières années.

Au début des années 80, on considérait chez les enfants pré pubères, qu'un diamètre hyménal supérieur au diamètre théorique (lié à l'âge de la patiente) était un signe très révélateur d'un contact sexuel (26).

Depuis, les connaissances se sont affinées et les lésions reconnues comme spécifiques d'agression sexuelle s'avèrent assez rares (20, 21, 37). Cependant, l'absence de lésion à l'examen gynécologique ne doit jamais faire éliminer une agression sexuelle.

L'examen étant le plus souvent normal (environ 85 % des cas selon la littérature), certains se sont penchés sur son intérêt (21, 37).

- Heger et al ont démontré que l'examen était non concluant chez 94% des filles et 99% des garçons (46).

Pourtant les patients avaient été examinés rapidement après la dernière agression, et 2/3 d'entre eux avaient parlé clairement de pénétration anale ou vaginale. Cette étude portait sur plus de 2300 victimes âgées de 3 mois à 14 ans.

- De même, dans une étude de 2007, la constatation de lésions était rare (20).
 - 3,2% avaient une ou plusieurs déchirures hyménales récentes complètes
 - 1,5% des fillettes présentaient des lésions récentes des grandes lèvres
 - 2 % avaient des lésions des petites lèvres
 - 4,2% des filles de moins de 15 ans avaient une abrasion ou une excoriation de la fourchette postérieure
- Une autre étude parue en 2009 retrouvait des preuves irréfutables de pénétration sexuelle dans seulement 10,7% des cas (46).

La plupart des enfants de plus de 10 ans qui rapportaient plus de 10 pénétrations n'avaient pas de lésions traumatiques.

Cette étude portait sur 960 filles âgées de 5 à 17 ans qui rapportaient un contact pénien au niveau génital dans lequel un certain degré de pénétration était perçu (46).

Chez les victimes présumées de viol reçues au sein de l'institut médico-légal de l'Hôpital La Timone, des lésions de la sphère génito-anales n'étaient retrouvées que dans 1 cas sur 5 (9).

Celles-ci concernaient principalement l'hymen. 592 cas de viol présumé (90% de femmes) avaient été inclus dans cette étude. L'examen était réalisé par des médecins légistes formés à l'examen des victimes de viol (9).

Une étude rétrospective réalisée en 2007 montrait que des lésions traumatiques corporelles et ano-génitales étaient constatées dans seulement 7,2% des cas (20).

Cette étude avait également mis en évidence que, sur les 658 cas étudiés, quasiment la moitié avait été classée sans suite (20). L'auteur des faits avait été condamné dans presque un tiers des affaires (20).

Au cours de ce travail, ils ont recherché une association entre certaines des données de l'examen clinique, et l'issue de la procédure judiciaire.

Il n'a pas été mis en évidence d'association statistiquement significative entre les constatations cliniques et les suites judiciaires.

En revanche, le fait que l'examen de la victime soit effectué par le médecin légiste dans le cadre d'une procédure judiciaire, sur réquisition, est un facteur associé à la condamnation de l'auteur des faits.

Devant les faibles pourcentages de lésions traumatiques spécifiques retrouvés dans la littérature, certains praticiens se sont intéressés aux moyens d'améliorer l'examen clinique (20). L'usage du colposcope et les photographies paraissent pertinents. D'ailleurs, l'utilisation du colposcope (loupe binoculaire avec éclairage, grossissant 8 ou 15 fois) et la photodocumentation sont systématiques aux Etats-Unis pour l'examen des mineurs, et de plus en plus fréquemment pour les majeurs.

Les photographies évitent la répétition des examens et peuvent être utilisées comme éléments de preuve judiciaire, avec l'accord préalable de la victime.

5-9) Controverses

L'examen clinique étant normal dans la majorité des cas, quelques praticiens se demandent s'il faut le réaliser systématiquement.

Certains pédiatres, en revanche, estiment que cet examen devrait toujours être pratiqué chez tout enfant dont le corps a été atteint : « Pour une jeune victime d'abus sexuels, le fait

qu'un un médecin prenne en considération sa santé dans sa globalité, son corps meurtri tout entier (et pas seulement son hymen déchiré), va l'aider à voir aussi son corps autrement et à rentrer dans le processus de soins » (47).

Par ailleurs, il n'est pas rare de retrouver chez ces patients d'autres signes de maltraitance. C'est pourquoi, même si l'enfant n'allègue que des attouchements, l'examen est justifié. Il ne doit pas être considéré comme utile uniquement lorsqu'une pénétration est évoquée.

Une autre question peut être soulevée : Faut-il faire une anesthésie générale ? Le comité consultatif National d'Ethique, en 1997, ne l'envisageait que si elle était réellement nécessaire, et à la condition que cela soit dans l'intérêt de l'enfant.

Certains praticiens préconisent une anesthésie générale pour que l'examen soit moins traumatisant. Cependant tous les experts s'accordent pour ne pas en effectuer (48, 49).

Elle peut effectivement être considérée comme un nouvel abus de pouvoir sur l'enfant.

6) INTERPRETATION DES SIGNES CONSTATES A L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE

6-1) Variantes physiologiques et particularités congénitales

6-1-1) Particularités congénitales de l'hymen

6-1-2) Processus de cicatrisation de l'hymen

6-2) Lésions génito-anales non spécifiques d'abus sexuels

6-2-1) Interprétation des éléments physiologiques ou non spécifiques

A- Chez la patiente prépubère

B- Chez la patiente pubère

C- Au niveau anal

6-3) Lésions génito-anales fortement évocatrices d'abus sexuels

6-3-1) Déchirures traumatiques complètes

6-3-2) Lacérations aiguës

6-3-3) Localisation et type des lésions gynécologiques traumatiques après pénétration vaginale

6-4) Les abus sexuels et leurs diagnostics différentiels

6-4-1) Pathologies dermatologiques, inflammatoires et infectieuses

6-4-2) Blessures accidentelles

6) INTERPRETATION DES SIGNES PHYSIQUES

CONSTATES A L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE

L'interprétation des constatations faites lors de l'examen nécessite de bien distinguer les variantes de la normale (par exemple, les particularités congénitales) des lésions traumatiques à proprement parler.

Le vocabulaire utilisé pour décrire l'anatomie est très important. Il doit être manié avec précision afin qu'il y ait le moins de confusion possible.

Il faut aussi connaître les diagnostics différentiels.

6-1) Variantes physiologiques et particularités congénitales

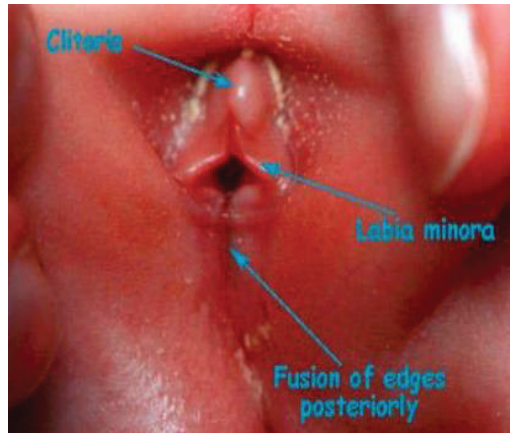
Parmi les constatations non spécifiques lors de l'examen clinique, certaines sont admises comme de simples particularités: bandes péri-urétrales, crêtes intravaginales longitudinales.

Voici ci-dessous certaines variantes de la normale (33) :

- 1) L'hypertrophie des petites lèvres
- 2) L'agénésie isolée des petites lèvres et du clitoris est très rare.
- 3) Les kystes sont la cause la plus fréquente de tuméfaction vulvaire chez l'enfant. Ils sont de couleur blanc jaune, et mesurent moins de 1 cm de diamètre. Dans la plupart des cas ils disparaissent spontanément en quelques semaines.

- 4) Coalescence des petites lèvres

Elle est fréquente et le plus souvent asymptomatique. C'est une affection bénigne touchant des filles pré pubères. Le diagnostic est clinique.



Coalescence des petites lèvres

L'utilisation des tampons hygiéniques peut provoquer des lésions de l'hymen ou contribuer à modifier son diamètre. Les malformations ou particularités congénitales vulvaires (absence de vulve, duplicité vulvaire) sont rares et sont en général associées à d'autres malformations (23).

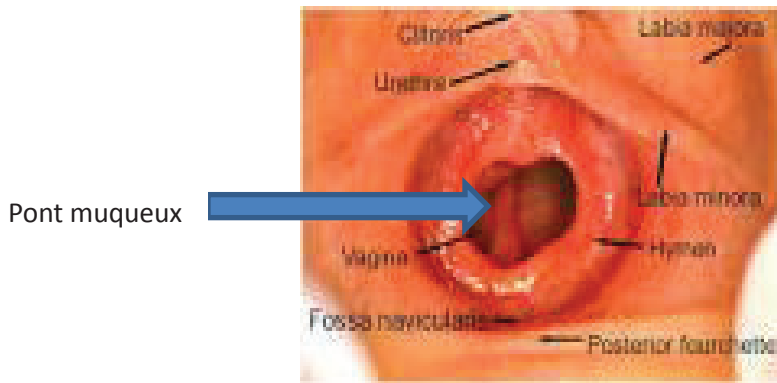
6-1-1) Particularités congénitales de l'hymen

Les malformations de l'hymen constituent la malformation vulvaire la plus fréquente. Elles consistent en un défaut plus ou moins complet de résorption de la membrane hyménale et sont en général isolées.

Il existe des particularités congénitales que nous allons décrire ci-dessous. Certaines d'entre elles sont également répertoriées dans la liste des différents types d'hymen.

- Imperforation hyménale:
- Hymen microperforé
- Hymen membraneux
- Hymen ponté

Les symptômes sont frustes avec une simple difficulté à positionner ou retirer les tampons, ou une dyspareunie d'intromission.



- Irrégularités du pourtour de l’hymen
- Variations du diamètre hyménal
- Polype hyménal (Hymen à languette):
- Dans de rares cas l’hymen peut être absent.

6-1-2) Processus de cicatrisation de l’hymen

La cicatrisation des déchirures hyménales se fait rapidement en 8 à 14 jours maximum (10). Ainsi, lors d'un examen à distance des faits, il se peut qu'aucune lésion traumatique ne soit visualisable. Selon certains auteurs, elle peut être complète en 48-72 heures (50) .

Les transections atteignant la base de l'hymen cicatrisent parfois : une zone de tissus de plus d'un millimètre à la base de la déchirure peut se reconstituer. Cela a été constaté chez des jeunes filles pré pubères. Ce phénomène est beaucoup moins fréquent chez les adolescentes.

L'examineur doit donc être conscient que ces processus de cicatrisation atténuent les atteintes hyménales.

6-2) Lésions génito-anales non spécifiques d’abus sexuels

Certaines lésions ne sont pas spécifiques : leur seule présence n'est pas la preuve d'un abus sexuel.

Les variations physiologiques du bord libre de l’hymen sont difficiles à différencier les unes des autres (32).

De même, la distinction entre des encoches hyménales physiologiques et des déchirures traumatiques incomplètes est difficile, surtout pour des praticiens peu expérimentés.

Parfois, on peut aussi confondre une marge hyménale repliée sur elle-même et un contour très atténué de l'hymen. A ce sujet, il faut savoir que dans certains cas d'obésité il existe une diminution de la marge hyménale dans sa partie postérieure.

Robert Shapiro s'est intéressé à l'interprétation des différents éléments constatés lors d'un examen et aux signes pouvant être considérés à tort comme des preuves d'abus sexuel (51).

6-2-1) L'interprétation des éléments normaux ou non spécifiques (pouvant être présents chez des victimes d'abus) (51)

A- Chez les patientes pré pubères

- Bosses/monticules : petites protrusions sur le bord de l'hymen



Protrusions à 6 heures chez une patiente pré pubère

- Fissures/fentes/sillons : irrégularités au niveau du bord de l'hymen, lui donnant un aspect moins lisse. Ils sont le plus souvent situés le long du plan horizontal médian (ligne passant par les repères 3 et 9 heures). Par contre, s'ils sont présents sous cette ligne horizontale, ils peuvent indiquer une lésion traumatique cicatrisée.



Entaille : Fente entre 7 et 8 heures chez une patiente pré pubère

- Rougeur/vaginite/écoulement vaginal : peuvent être dus, par exemple, à une infection .
- Crêtes intravaginales : ce sont des replis normaux de la paroi vaginale
- Hypervascularisation du vestibule ou de l'hymen
- Friabilité de la fourchette postérieure : Tendance de la muqueuse de la fourchette postérieure à saigner plus facilement. Plus fréquent chez les enfants ayant été abusés, cela peut aussi se rencontrer chez des sujets indemnes.
- Adhérences labiales : il s'agit de la fusion des petites lèvres. Chez certaines patientes, une irritation chronique des lèvres secondaire aux abus sexuels peut entraîner des adhérences par le biais d'une inflammation, mais cela n'est pas du tout spécifique.
- Orifice hyménal large : Un ostium considéré comme large peut suggérer une pénétration vaginale. Mais on ne peut conclure à une pénétration vaginale à moins que des signes spécifiques de traumatisme hyménal soient aussi présents. Il ne faut aucunement conclure à un abus sexuel en se basant uniquement sur la taille de l'orifice vaginal.

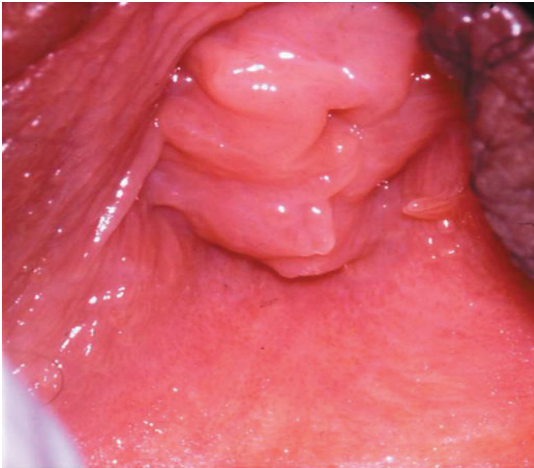
B-Chez les patientes pubères

Chez ces patientes, lors du premier rapport sexuel :

- une pénétration vaginale pénienne provoque le plus souvent une déchirure sur la ligne médiane située entre 5 et 7 heures, et sur la fourchette postérieure.
- en revanche, une première pénétration vaginale digitale provoque des lésions hyménales latérales, à 3 heures ou à 9 heures.

Quelques particularités non spécifiques d'abus sexuels peuvent être observées chez ces patientes :

- Hymen redondant, frangé : Les plis au niveau de l'hymen rendent l'examen difficile : la distinction entre ces plis et des lésions traumatiques peut s'avérer extrêmement complexe.



Source: Usatine RP, Smith PA, Mayeaux EJ, Chumley HS: The Color Atlas of Family Medicine, Second Edition: www.accessmedicine.com
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Hymen redondant : aspect typique de l'hymen et des tissus péri-hyménaux

- Hémangiome hyméno-vaginal : il peut entraîner un saignement, un gonflement ou une ulcération
- Écoulement vaginal : Bien qu'il puisse être physiologique, il peut aussi être un signe d'infection.

C- Au niveau anal

- Rougeur, fissures, excoriations : elles peuvent se voir suite à un abus sexuel, mais peuvent être dues à d'autres causes.
- Protrusions : petites bosses de tissu situées au niveau de la ligne médiane (à 6 heures ou 12 heures)
- Diastasis : aspect lisse de la muqueuse situé à 6 heures ou à 12 heures.
- Hyperpigmentation et plis cutanés épais
- Congestion veineuse : liée à une accumulation de sang dans les veines autour de l'anus.

- Béance anale : considérée comme normale seulement s'il y a présence de selles au niveau de l'ampoule rectale.

Enfin, il faut savoir que certaines infections n'ont aucun rapport avec un abus sexuel : *molluscum contagiosum*, verrues, vulvovaginites à *Candida*, *Gardnerella vaginalis*...

6-3) Lésions génito-anales fortement évocatrices d'abus sexuel(s)

Les lésions spécifiques d'une agression sexuelle sont très rares (< 10 %) (20, 21, 37, 52).

Le critère qui semble être déterminant dans la littérature est donc la présence de déchirures dans cette partie postérieure de l'hymen (32).

Il existe une corrélation entre la précocité de l'examen et la constatation de lésions spécifiques (18). Cependant, l'examen à distance des faits permet parfois de retrouver des lésions évocatrices.

Il est communément admis que les anomalies constatées dans la région antérieure de l'hymen ne sont pas assez significatives pour être prises en compte dans un contexte médico-légal (32, 34). Lorsque des déchirures sont visualisées dans le cadran supérieur (entre 11h et 2h) il faut être prudent et s'assurer qu'il s'agit bien de déchirures avant de se prononcer.

6-3-1) Déchirures traumatiques complètes (transections complètes)

Ces lésions cicatrisant en 5 à 15 jours, elles peuvent être très difficiles à mettre en évidence selon le temps écoulé depuis l'agression (11, 18).

Les déchirures traumatiques complètes accompagnent souvent les pénétrations vaginales péniennes. En général, elles sont situées sur le cadran postérieur de l'hymen (notamment à 4-5 heures et/ou à 7-8 heures).

Ce sont des lésions :

- qui atteignent la base d'implantation de l'hymen
- ou qui laissent moins d'un millimètre de tissu hyménal.
- elles sont plutôt à angles aigus (34)



Hymen redondant présentant une déchirure traumatique au niveau du cadran postérieur



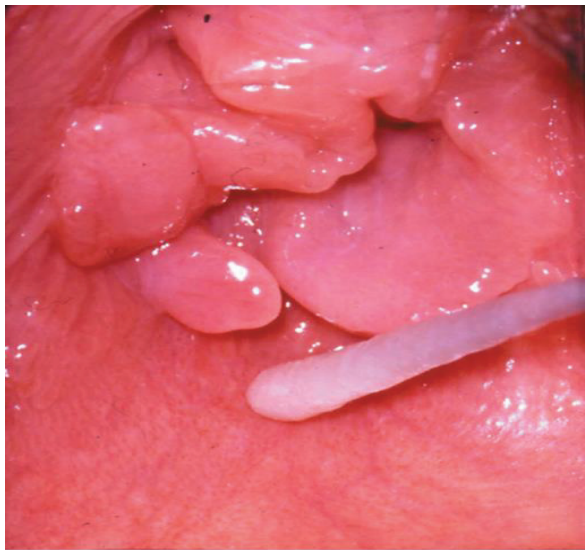
Fente complète à 6h.



Déchirure récente à 3 heures



Transection postérieure



Source: Usatine RP, Smith MA, Mayeaux EJ, Chumley HS: *The Color Atlas of Family Medicine*, Second Edition: www.accessmedicine.com
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Déchirure complète sur un hymen redondant : lésion pouvant passer inaperçue si l'examen n'est pas minutieux

6-3-2) Lacérations aiguës

Les autres lésions évocatrices sont les lacérations aiguës ou ecchymoses importantes de l'hymen, des lèvres, du périnée, des tissus péri hyménaux ainsi que de la fourchette postérieure.



Hematome du bord libre de l'hymen s'étendant jusqu'au clitoris

6-3-3) Localisation et type des lésions gynécologiques traumatiques après pénétration vaginale. ⁽⁹⁾

SITE	INCIDENCE	TYPE
Fourchette postérieure	70%	Lacération, abrasion
Petites lèvres	53%	Abrasion, ecchymose
Hymen	29%	Ecchymose, lacération
Fossette naviculaire	25%	Lacération, abrasion
Col	13%	Ecchymose
Vagin	11%	Lacération, ecchymose
Périnée	11%	Lacération, abrasion
Région péri-urétrale	9%	Ecchymose
Grandes lèvres	7%	Erythème, abrasion

6-3-4) Classification HAS 2011 : éléments en faveur d'une agression sexuelle

La HAS a proposé une classification des constatations médico-légales en fonction de leur signification certaine ou incertaine, en lien avec des situations d'agression sexuelle (53). Outre certaines lésions, la grossesse ou certaines IST témoignent selon le contexte d'une agression sexuelle. Plus la patiente est jeune, plus les lésions provoquées par une pénétration pénienne seront étendues et importantes. (cf. Annexes)

6-4) Les abus sexuels et leurs diagnostics différentiels

Le pédiatre doit être vigilant quant à l'interprétation des anomalies constatées. Il faut garder à l'esprit qu'en cas de lésions hyménales il existe des diagnostics différentiels à une agression sexuelle.

Plusieurs diagnostics doivent être éliminés (20):

- Les causes accidentelles : du fait de leur rareté, elles ne sont crédibles que si l'histoire est cohérente et bien documentée.
- Les lésions auto-infligées : introduction de corps étrangers, automutilations
- L'utilisation de tampons : notamment une mauvaise introduction lors des premières règles
- Les activités sportives telles que l'équitation
- Certaines maladies dermatologiques

Ci-dessous sont décrits certains de ces diagnostics différentiels :

6-4-1) Pathologies dermatologiques, inflammatoires et infectieuses

1- Lichen scléreux ou scléro-atrophique : aspect dermatologique atteignant communément la vulve et le région péri-anale, causant une atrophie, une dépigmentation, une friabilité et une hémorragie sous-muqueuse lors d'une irritation ou d'un traumatisme mineur



Lichen scléreux, atrophie modérée



Lichen scléreux avec hémorragie sous muqueuse

- 2- Prolapsus urétral : Le mode de présentation fréquent est un saignement « vaginal ». Il peut survenir spontanément ou en raison d'une augmentation de la pression intra-abdominale.
- 3- Vaginite avec écoulement sanguinolent : peut être due à des traumatismes divers ou certaines infections (Streptocoque)
- 4- Condylomes acuminés chez un enfant de moins de 2 ans : ils peuvent venir d'une transmission verticale par la mère. Même chez des enfants plus âgés, des verrues au niveau de la région ano-génitale peuvent être transmises par un contact étroit de nature non sexuelle.
- 5- Varicelle au niveau de la région génitale : les premières lésions peuvent apparaître à ce niveau, avant de s'étendre à d'autres régions du corps
- 6- Cellulite péri-anales à Streptocoque : responsable de douleurs, de rougeur et de fissures.

7. Maladie de Crohn touchant la région péri-anales ou vulvaire.
8. Maladie de Behcet, causant des ulcères à la région génitale, avec ou sans lésions orales.
9. Pemphigoïde bulleuse vulvaire.
10. Dermite atopique, dermite de contact, psoriasis, ulcères ou pustules causés par des infections bactériennes et une variété d'autres conditions dermatologiques.
11. Fissures anales : elles peuvent être causées par des selles dures, ou par une diarrhée avec irritation secondaire.

Ainsi, si une de ces conditions est rencontrée, et qu'un enfant avec un développement suffisant du langage nie tout contact sexuel d'une façon crédible, il n'y a aucune raison de signaler la situation.

6-4-2) Blessures accidentelles

Les blessures accidentelles peuvent être un diagnostic différentiel d'abus sexuels. La validité de ces cas se base sur des histoires crédibles obtenues des enfants et sur leurs dénégations de tout geste abusif.

La constatation de lésions ano-génitales ne doit pas aboutir à des conclusions hâtives. Il est indispensable de rechercher à l'interrogatoire des antécédents d'accidents, d'empalement ou de chutes.

Lors d'une chute sur un objet ou dans les suites d'un accident, les lésions de l'hymen sont rares.

On observe plutôt des lésions vulvaires ou labiales.

Les blessures accidentelles peuvent survenir dans les circonstances suivantes (54, 55) :

1. Traumatismes par chute à califourchon sur la région ano-génitale : ils causent habituellement des ecchymoses au niveau des grandes lèvres. Mais ils peuvent aussi entraîner des lacérations au niveau du périnée. Parfois, les ecchymoses s'étendent au tissu hyménal.
2. Chutes accidentelles sur un objet proéminent : elles peuvent être responsables de lacérations au niveau de l'hymen, de la fourchette postérieure et même du vagin. Des lacérations péri-anales peuvent être produites de la même façon.
3. La pression d'un jet d'eau peut provoquer des lacérations vaginales. Ces lacérations surviennent, sans blessure à l'hymen, chez des filles ayant fait certaines activités comme du ski nautique.

4. Blessures iatrogéniques : une lacération hyménale accidentelle peut se produire au cours d'un examen médical (emploi inapproprié d'un spéculum...)

Une étude réalisée chez une large population d'adolescentes présentant des blessures périnéales, décrit l'incidence des différents mécanismes lésionnels (56).

Parmi 358 patientes de plus de 16 ans, présentant des lésions périnéales :

- les accidents de voiture représentaient le mécanisme lésionnel le plus fréquent (63% des cas).
- les blessures étaient causées par un autre type d'accident dans 28% des cas: chutes, vélo, piscine...
- les lésions étaient dues à un abus sexuel dans 9% des cas

Ainsi, dans cette étude, parmi les patientes présentant des lésions périnéales, presque les 2/3 étaient dues à des accidents de voiture, et moins de 1 sur 10 à des sévices sexuels.

En ce qui concerne les empacements, le mécanisme lésionnel entraîne des anomalies congénitales qui leur sont spécifiques. Les quelques travaux sur les cas d'empacement montrent que les anomalies constatées sont similaires à celles retrouvées chez les patientes victimes d'abus sexuels.

7) LES SITUATIONS AMENANT A PRATIQUER SUR UNE MINEURE UN EXAMEN GYNECOLOGIQUE

7-1) Signes d'appel évocateurs d'abus sexuels

7-1-1) Troubles psychologiques/psychiatriques

7-1-2) Troubles somatoformes

7-1-3) Signes d'appel mis en évidence dans la littérature

7-1-4) Signes d'appel évocateurs chez l'adolescente

7-1-5) Etat de stress post-traumatique

7-1-6) Entourage de la patiente : signes comportementaux

7-2) Révélations et allégations d'abus sexuel(s)

7-2-1) La mémoire chez l'enfant

7-2-2) Les obstacles à la révélation des faits

7-2-3) Allégations chez les très jeunes enfants

7-2-4) Fausses allégations

7) LES SITUATIONS AMENANT A PRATIQUER SUR UNE MINEURE UN EXAMEN GYNECOLOGIQUE

7-1) Signes d'appel évocateurs d'abus sexuel(s)

Les signes d'appel évocateurs d'abus sexuels sont rarement évidents. Toute la difficulté du repérage des victimes réside dans le manque de spécificité des symptômes.

L'hypothèse de la maltraitance sexuelle repose donc sur un faisceau d'arguments (57). Elle doit toujours être gardée à l'esprit du pédiatre, car le simple fait d'y penser peut être déterminant pour l'enfant. Le comportement et l'interaction avec l'entourage peuvent aussi fournir des indices intéressants. Ils sont tout aussi importants que les signes somatiques.

En effet, comme disait Desurmont, médecin légiste français; « ce que l'enfant ne dit pas avec des mots, il le dit par des maux » (17)

Les signes d'appel sont d'autant plus évocateurs lorsque :

- ils s'associent entre eux ;
- ils se répètent ;
- ils s'inscrivent dans la durée ;
- ils ne trouvent pas d'explications rationnelles

Il existe une grande variabilité des symptômes chez les enfants abusés.

Le nombre de symptômes par enfant est lui aussi très variable, environ 3,5 selon les études (6).

Même si cela est à priori surprenant, il faut savoir qu'une large proportion d'enfants ne présente aucun symptôme. Il existe probablement au moins 3 raisons à cela, variables d'un enfant à l'autre (17) :

- Un traumatisme unique ne conduit pas nécessairement à de sérieuses conséquences, surtout si l'enfant n'a pas vécu les faits comme une expérience douloureuse.
- Certains enfants ont une plus grande capacité à surmonter des événements difficiles (ce que certains nomment la résilience).
- La troisième hypothèse pourrait s'appeler « l'effet de latence » : l'évènement peut rester contenu jusqu'à une période très tardive de la vie.

Bien que difficile à prouver, l'expérience clinique en témoigne fréquemment. En effet, certaines expériences passées remontent à la surface quand un événement de vie vient réactiver des souvenirs oubliés.

Si certains mineurs peuvent ne présenter aucun signe particulier, d'autres peuvent présenter des troubles somatiques, psychologiques et psychiatriques. Certains symptômes attirent l'attention sur la sphère génitale. D'autres n'ont rien de spécifique mais doivent cependant faire envisager l'éventualité d'abus sexuels en raison du contexte dans lequel ils surviennent.

Chez les enfants de moins de 4 ans, la suspicion naît dans différents circonstances (44) :

- une parole à connotation sexuelle
- un comportement sexuel inhabituel, une modification du comportement
- une irritation soudaine et inhabituelle au niveau du sexe ou de l'anus
- une attitude conflictuelle en particulier au moment des changes.

7-1-1) Troubles psychologiques et psychiatriques

Les troubles du comportement doivent alerter le clinicien (2, 6, 18, 59). Ce sont surtout les changements plus ou moins brutaux de comportement qui sont évocateurs :

- Apathie ou hyperexcitation
- Fugue: la fuite est préférée aux actes subis. La victime pense qu'il n'existe pas d'autres solutions.
- Idéation suicidaire et tentative de suicide :
- Troubles du sommeil :

Ils doivent être caractérisés : hypersomnie, insomnie, cauchemars, terreurs nocturnes, réveils fréquents, etc.

L'abus ayant souvent lieu dans leur propre lit, les enfants craignent alors de s'endormir. Lorsqu'ils trouvent enfin le sommeil, leur psychisme continue à lutter contre ces craintes, entraînant ainsi de l'agitation ou des cauchemars.

- Troubles du comportement alimentaire
- Comportement régressif
- Isolement, repli sur soi, retrait des activités: l'enfant se protège psychiquement contre toute agression extérieure
- Agressivité

- Hyperactivité, hyperexcitation, exhibitionnisme
- Comportements de séduction:

L'enfant est comme habitué à entrer en communication par le biais de la séduction. Il peut alors avoir tendance à érotiser le contact social (2, 6).

- Comportements provocateurs, attitudes d'opposition, intolérance à la frustration, ou au contraire comportement particulièrement docile,
- Modifications du rapport au corps : refus de se laver, de se déshabiller, pudeur excessive
- Troubles phobiques ou obsessionnels : rituels de lavage obsessionnels, fermeture des verrous...
- Crainte inexplicée de grossesse, crainte excessive à l'égard des hommes
- Propos ou jeux sexuels inadaptés à l'âge, allusions à une activité sexuelle à travers les jeux, les dessins
- Agressions sexuelles sur d'autres enfants.
- Toxicomanies

Au sein des troubles psychologiques, on peut également citer les troubles scolaires :

- Désinvestissement scolaire ou hyperinvestissement
- Troubles des fonctions cognitives : troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire.
- Modification des résultats scolaires (le plus souvent baisse des notes)

7-1-2) Troubles somatoformes

Les troubles somatoformes (psychosomatiques) devant lesquels il faut penser à d'éventuels abus sexuels, d'autant plus qu'aucune autre explication n'est retrouvée, sont les suivants (2,6,18,59) :

- Douleurs abdominales ou pelviennes
- Constipation, saignement anal, fissures anales chroniques.
- Encoprésie/énurésie secondaires
- Gêne à la déglutition
- Prurit génital

- Leucorrhées, saignements vaginaux

Ces éléments-là, pour la plupart, peuvent concerner aussi bien les jeunes enfants, que les enfants pré-pubères ou les adolescentes.

7-1-3) Signes d'appel mis en évidence dans la littérature

L'étude de Kendall-Tacket et al. a montré, via la revue de 45 études concernant les effets des abus sexuels chez l'enfant, que (60) :

- 21 à 36% des victimes ne présentent aucun symptôme précoce
- 64 et 79% présentaient une symptomatologie mixte, avec du plus au moins fréquent :
 - comportements sexualisés
 - syndromes de stress post-traumatiques (SSPT)
 - faible estime de soi
 - anxiété
 - dépressions
 - idéations suicidaires
 - plaintes somatiques
 - comportements agressifs
 - fugues
 - addictions.

Certains auteurs ont mis en évidence dans une population réalisant des tentatives de suicide itératives, une fréquence significative des abus sexuels : 36% versus 22% dans la population tout venant (61).

Récemment, une étude rétrospective a constaté que la symptomatologie relevée était, du plus au moins fréquent (62):

- Troubles du sommeil
- Humeur dépressive
- Difficultés scolaires
- Troubles du comportement

- Troubles alimentaires
- Troubles sphinctériens
- Trouble des conduites sexuelles
- Troubles anxieux
- Troubles somatiques
- Troubles des conduites sociales

Cette étude révèle que dans la majorité des cas, les victimes présentent davantage de troubles psychologiques, que somatiques. La frontière entre le « somatique » et le « psychosomatique » (somatoforme) est très mince.

Les études suivantes illustrent l'intrication des troubles somatiques et somatoformes.

Ellsworth et al. rapportent un lien de causalité entre les troubles mictionnels, les troubles digestifs bas et les antécédents de violences sexuelles. Sur les enfants de la population étudiée (63) :

- 82% ont une énurésie diurne ou nocturne
- 75% ont une constipation fréquente
- 42% présentent des infections urinaires
- 33% souffrent d'encoprésie.
- Une étude récente montre que la dysurie avec urgenterie est le symptôme allégué le plus fréquemment retrouvé (38).

Il existe néanmoins quelques particularités chez les adolescentes comme nous allons le décrire ci-dessous :

7-1-4) Signes d'appel chez l'adolescente

L'adolescente victime peut parvenir à masquer plus facilement ses angoisses. Celles-ci peuvent être prises pour des éléments cliniques fréquents à cette période de la vie. Cependant, certains signes doivent interpeler. Les principaux signes d'appel chez les adolescentes sont les suivants (2, 6) :

- Signes somatiques généraux
 - Douleurs abdominales

- Asthénie
- Douleurs chroniques
- Obésité récente
- Enurésie, encoprésie
- Signes gynécologiques
 - Grossesse
 - Infections Sexuellement Transmissibles
 - Douleurs pelviennes
 - Vulvovaginites à répétition, prurit vaginal/vulvaire
- Signes psychologiques et comportementaux
 - Isolement, tristesse de l'humeur, irritabilité, dépression, repli sur soi
 - Troubles anxieux
 - Troubles du comportement alimentaire
 - Troubles du sommeil
 - Fugues
 - Tentatives de suicide
 - Consommation de toxiques
 - Comportements sexuels inappropriés
 - Auto-agressivité: scarifications +/- brûlures
 - Syndrome de stress post-traumatique
 - Troubles dissociatifs
 - Conduites antisociales

7-1-5) Etat de stress post-traumatique

L'état de stress post traumatique est une entité à part entière. Il faut savoir le repérer puisqu'il est fortement évocateur de violences sexuelles chez les mineurs.

Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est rapporté comme une conséquence très fréquente des abus sexuels durant l'enfance et l'adolescence.

La gravité des abus, l'usage de la force et des violences augmentent le risque de développer un SSPT.

Dans la littérature il est observé dans 20 à 77% des cas (34).

Il est également observé que le lien entre la victime et l'agresseur est un des facteurs de risque de développement de SSPT (65).

7-1-6) L'entourage de la patiente : signes comportementaux

L'enfant doit être observé dans sa globalité : outre son propre comportement, son entourage est à prendre en considération.

Lors de l'examen, il faut garder à l'esprit que l'accompagnateur (parent ou adulte de l'entourage) peut être l'auteur ou un témoin passif.

Ainsi, quand le mineur est accompagné par un ou plusieurs adultes, il faut être particulièrement attentif au comportement de l'adulte vis-à-vis du mineur, du médecin, ainsi qu'à l'attitude des adultes entre eux (53).

- Vis-à-vis du mineur, certaines attitudes peuvent être évocatrices d'abus sexuels :
 - proximité corporelle exagérée ou inadaptée avec le mineur ;
 - parent ou adulte intrusif
 - indifférence notoire de l'adulte vis-à-vis du mineur

- Vis-à-vis des intervenants, les attitudes des parents ou de l'entourage peuvent interpeller le pédiatre :
 - tendance à tarder à consulter pour apporter les soins nécessaires au mineur ;
 - explications vagues, incohérentes voire fluctuantes au cours du temps ;
 - banalisation des symptômes du mineur ;
 - tendance à dénigrer ou accuser le mineur ;
 - refus des investigations médicales ainsi que de tout suivi social sans raison valable ;
 - attitude agressive ou sur la défensive envers les professionnels de santé.

7-2) Révélations d'abus sexuels

Le discours de l'enfant et le contexte dans lequel surviennent les allégations d'abus sexuels sont déterminants. Comme le disait Tardieu au 19^{ème} siècle, l'histoire racontée par l'enfant est la clé du diagnostic.

Une étude a montré que le premier adulte confident était la mère, suivie des grands-parents (66).

La plupart des enfants et des adolescents qui révèlent spontanément une histoire d'abus sexuel(s) sont le plus souvent sincères. Cependant, ils peuvent parfois chercher à dissimuler le vrai auteur des faits lorsqu'ils sont pris dans un « conflit de loyauté ». En effet, leurs sentiments vis-à-vis de l'auteur des faits peuvent être ambivalents et lors de la révélation ils peuvent avoir l'impression de le trahir.

La littérature montre que moins de 3 agressions sexuelles sur 10 sont mises en évidence grâce à la déclaration de la victime elle-même (2, 17).

D'après des recherches récentes, la moitié des enfants est résistante au dévoilement. En effet, pour des enfants dont on a la conviction qu'ils ont été abusés parce que l'auteur a reconnu les faits, le taux de dévoilement n'est que de 50 % (67). Les enfants réticents évitent d'établir un contact dès les premières minutes, et montrent d'emblée des signaux de résistance verbale et non verbale.

Plusieurs éléments entrent en compte dans le processus de révélation.

7-2-1) La mémoire chez l'enfant

L'émergence de la parole d'un enfant qui révèle des faits d'abus sexuel(s) est tributaire de toute une série d'obstacles (68).

L'affectif et l'anxiété influencent la pensée, la mémoire et le discours de l'enfant. Au moment du dévoilement, la suggestibilité de l'enfant est importante. Il risque alors d'incorporer à son récit des éléments parasites qui n'appartiennent pas à sa pensée propre. Sa suggestibilité est d'autant plus grande qu'il est jeune.

Les aléas de la mémoire sont donc non négligeables. Certains éléments oubliés risquent d'être remplacés par de nouvelles données extérieures.

Plus l'enfant est jeune moins il possède d'outils cognitifs pour reconstituer d'une manière logique le déroulement de la scène abusive (6, 68).

La plupart des enfants fonctionnent selon une mémoire de scénario. Ils essaient de reconstituer, au moyen d'associations psychologiques, des éléments qui appartiennent à différents moments et d'en élaborer un scénario unique. Chaque événement y perd alors un peu de sa spécificité (2, 6, 68). La crédibilité de l'enfant peut alors être altérée.

7-2-2) Les obstacles à la révélation des faits

Le secret autour des violences sexuelles est profond, et établi d'emblée comme une règle.

En effet, la relation d'emprise empêche la parole, comme un pacte entre la victime et l'agresseur. La victime peut aussi être dans le déni(68).

Les sentiments de honte et la peur de la stigmatisation font partie des inquiétudes les plus souvent rapportées. La peur des conséquences et la perception de responsabilité sont fréquemment observées.

La crainte de sanctions parentales ou la peur que les parents rapportent l'agression sexuelle aux policiers empêchent également les victimes de divulguer les faits.

De plus, plusieurs mineurs craignent de ne pas être crus par leurs parents.

Plusieurs facteurs sont susceptibles de retarder ou d'empêcher les mineurs de révéler leur(s) abus sexuel(s) :

- La crainte des conséquences

Hershkowitz et al ont observé que plus de 50 % des enfants ne veulent pas rapporter les faits par crainte des conséquences (69).

Ils ont montré plus les enfants s'attendent significativement à plus de conséquences pour eux-mêmes (70 %) que pour le suspect (21 %) ou pour d'autres personnes de leur entourage (9 %). Ils se sont aussi intéressés aux conséquences les plus souvent redoutées par les mineurs en cas de révélation (69) :

- subir des blessures physiques ou la mort (14,7 %)
- connaître des sanctions légales telles que la prison (13,2%).
- L'âge de la victime

Les auteurs ont constaté une relation linéaire très marquée entre la révélation et l'âge de l'enfant. Plus l'enfant est âgé, plus il aura tendance à révéler les actes qu'il a subis (2, 68).

Chez les très jeunes enfants, les limitations cognitives entravent leur capacité à rapporter des gestes sexuels puisqu'ils ne comprennent pas forcément que ces gestes sont inappropriés et interdits.

- Le lien avec l'agresseur

La relation entre l'agresseur et l'enfant influence aussi la révélation, le silence étant davantage le fait des abus intrafamiliaux.

- La fréquence des abus

Ceux qui rapportent des incidents multiples sont plus susceptibles de révéler les faits que ceux ayant subi un abus unique (68).

- La précocité de l'interrogatoire

La littérature montre que dans les cas confirmés d'abus sexuels (44) :

- 72 % des enfants ont initialement dénié les faits
- parmi les enfants interrogés le plus rapidement possible : seulement 11 % dévoilent activement les faits.

7-2-3) Allégations chez les très jeunes enfants

Pour les plus petits, vers 3 ou 4 ans, les freins à la révélation sont d'abord d'ordre cognitif, contrairement aux plus grands où ils sont davantage d'ordre affectif.

Une étude a été effectuée afin de savoir comment les jeunes enfants peuvent révéler les abus subis (70). Cette recherche portait sur des enfants de moins de 4 ans, catégorie d'âge choisie spécifiquement, car dans ces situations l'allégation est habituellement celle du parent et non de l'enfant.

Dans les rares situations où l'enfant est le dénonciateur, ses mots sont simples, clairs, corrélés à ses possibilités de langage, et très souvent accompagnés d'un geste qui mime l'acte subi (2, 6).

A l'issue de cette analyse, trois types d'allégations se sont dégagées :

- Allégations justifiées lorsque les faits sont avérés ou confirmés : 6%
- Allégations incertaines : situations où un doute persiste : 23%

- Allégations injustifiées : aucun élément de vraisemblance n'est retrouvé suite à l'évaluation.

7-2-4) Fausses allégations

Le syndrome de la fausse allégation a été mis en évidence pour la première fois en 1986 par Blush et Ross. Le syndrome « SAID » (Sexual Allegations In Divorce) est défini comme un phénomène particulier qui se déroule lorsque les allégations apparaissent dans un contexte de divorce (68).

Il est vrai qu'en général, les fausses allégations sont plus fréquentes lorsque les parents sont en instance de divorce, ou dans des conflits autour de la garde de l'enfant. Dans ces cas-là, l'un des deux adultes du couple instrumentalise l'enfant. Celui-ci devient un prolongement du parent affabulateur qui le manipule.

Dans la pratique, il est assez courant, avant les vacances scolaires notamment, de recevoir des plaintes émanant de la mère d'un enfant lorsque celle-ci est séparée (ou sur le point de se séparer) du père. Ce type de plainte à l'égard des mères est rare.

La plus grande vigilance s'impose alors puisque rien ne permet d'écarter d'emblée le bien-fondé des inquiétudes maternelles. L'allégation douteuse doit être traitée avec la même circonspection qu'une autre déclaration

En effet la séparation ou le divorce peut devenir une occasion pour révéler qu'une agression a réellement eu lieu. L'enfant ne vivant plus sous le même toit que son agresseur, il peut se sentir plus en sécurité pour divulguer ce type d'information

Les fausses allégations sont liées à trois situations différentes (71) :

- A l'ambivalence traumatique dans 81% des cas.

Ce type d'allégation se retrouve dans les situations où l'histoire d'un parent, le plus souvent la mère, est marqué par des violences sexuelles. Le parent présente une confusion dans son discours entre son histoire et les abus que son enfant aurait subis.

- A la conviction anxieuse d'un parent de bonne foi dans 9% des cas.

Il n'y a pas de volonté consciente de nuire à la personne mise en cause. Dans les séparations parentales, cette conviction est renforcée par les manifestations de souffrance de l'enfant liées à la rupture parentale. Celles-ci peuvent être proches de celles décrites chez les victimes d'abus sexuels.

- A la conviction délirante d'un parent atteint de troubles psychiatriques. (4%)

La problématique des faux-négatifs entraînent des situations aussi dramatiques que celle des faux-positifs.

8) SCENARIO DES ABUS SEXUELS

8-1) L'abus

8-2) La victime

8-3) L'auteur des abus

8-3-1) Caractéristiques et profils des agresseurs

8-3-2) Stratégies mises en place

8-3-3) Pédophilie

8-3-4) Abus sexuels commis par des femmes

8-4) La maltraitance sexuelle se répète-t-elle ?

8-5) L'inceste : le scénario le plus fréquent

8-5-1) Situations à risque

8-5-2) Révélations d'inceste

8-5-3) Inceste et fonctionnement familial

8) SCENARIO DES ABUS SEXUELS

8-1) L'abus

Les abus sexuels ne se limitent pas aux actes sexuels avec pénétration caractérisée. Ils comprennent toutes les formes de violences sexuelles ou d'incitations avec emprise psychologique, soit :

- les activités sexuelles sans contact physique : imposer à un mineur de regarder ou de participer à des photographies ou des vidéos à caractère pornographique, imposer à un mineur d'observer des relations sexuelles.
- les activités sexuelles avec contact physique :
 - actes avec pénétration anale ou génitale par un sexe mais aussi par un doigt ou au moyen d'un objet.
 - actes avec pénétration orale par un sexe, faite sur le mineur.
 - inciter des mineurs à pratiquer des actes sexuels.
 - actes sans pénétration (attouchements), avec ou sans violence, contrainte, menace ou surprise.
- l'exploitation sexuelle d'un mineur, à des fins de pornographie, l'incitation à la prostitution, etc.

L'équipe du Centre d'Accueil d'Urgence des Victimes d'Aggression de Bordeaux (Benali L et al.) a étudié les types de violences sexuelles chez 950 mineurs (76% de filles et 24% de garçons). Les résultats figurent dans le tableau ci-dessous : ($p < 0,05$)

	Garçons n = 227	Filles n = 723
Attouchements	65,6 %	73,6 %
Viol	44,9 %	33,3 %
Exhibition	3,1 %	0,7 %

- Dans les deux sexes, les attouchements sont les violences sexuelles les plus fréquentes.
- Les garçons sont davantage victimes d'attentats à la pudeur que les filles.

- Le pourcentage de viols est plus élevé chez les garçons.
- En revanche, le pourcentage d'attouchements est plus important chez les filles.

Une étude française de 2007 montrait que : (20)

- 92% des victimes de plus de 15 ans déclaraient avoir subi une pénétration forcée vaginale, anale, et/ou buccale.
- 15% des victimes de moins de 15 ans rapportaient des violences physiques associées à l'abus sexuel.
- 18,5% déclaraient avoir subi des attouchements.

D'autres formes de violences peuvent être associées à l'agression sexuelle. Certains auteurs notent que le recours à la violence physique prédomine chez les adolescents à partir de l'âge de 13 ans, et que la violence morale (menaces) est présente dès l'âge de 5 ans (62).

En France, le viol est la première cause de traumatisme psychique (11). Il revêt une spécificité qui explique la sévérité de son impact psychologique. Cette spécificité tient à l'intrication, dans le même événement, de comportements représentant habituellement un sentiment positif d'affection ou d'amour, et de comportements qui relèvent de l'agression.

Concernant le viol en réunion, il est de plus en plus fréquent, notamment chez les adolescentes. Il survient souvent dans les milieux où la victime a pu être attirée par l'un des participants, en étant désinhibée par l'alcool et/ou la drogue (11).

Une étude prospective réalisée au Centre Médico-légal de Tours et portant sur 102 sujets violés de plus de 13 ans a comparé les viols incestueux au viols non incestueux.

Les viols incestueux se déroulent quasi exclusivement au domicile des auteurs, et sont souvent initiés par des circonstances favorables au rapprochement des corps (toilette, sieste, coucher, jeux, câlins...)

Chez les victimes d'inceste :

- les viols s'inscrivent sur une période plus longue (plusieurs mois) que chez les victimes de viol non-incestueux.
- les viols sont plus souvent répétés que chez les victimes de viols non-incestueux : 85% au lieu de 39% ($p < 0.05$).

8-2) La victime

Dans la littérature il est admis que les enfants discernent précocement, autour de 30 mois, la qualité inacceptable de la relation d'intrusion initiée par l'adulte (2, 6). Chez la fille, dans la majorité des cas, l'abus survient soit avant l'âge de 7 ans, soit à la puberté (17, 62).

Bien que la plupart des victimes soit de sexe féminin, les garçons ne sont pas épargnés.

Filles ou garçons, les victimes se sentent souvent coupables. Elles peuvent avoir des sentiments ambivalents, notamment quand l'agresseur est un proche. En revanche, lorsqu'elles sont moins engagées affectivement, elles adoptent plus spontanément une attitude de rejet (68).

Les abus sexuels n'engendrent pas automatiquement des troubles.

Kendall-Tackett KA et al. ont passé en revue 45 études cliniques (60).

Toutes ces recherches s'accordent sur le fait que ces enfants développent plus de troubles que les enfants non abusés.

Les désordres post-traumatiques, les troubles comportementaux et les troubles de l'estime de soi apparaissent fréquemment parmi les symptômes. Leur travail qu'environ un tiers des victimes ne développe aucun symptôme.

Ces résultats suggèrent l'absence de tout syndrome spécifique chez l'enfant sexuellement abusé.

Certains auteurs ont analysé les facteurs influençant la répercussion des abus sexuels sur un enfant (72). Les variables influentes identifiées étaient:

- un support en amont de la victime et de sa famille
- l'âge de la victime
- la capacité des parents à donner des réponses socialement appropriées (qualité du soutien parental)
- une relation de soutien de la part d'un pair ou d'un membre de la fratrie.

8-3) L'agresseur

La littérature indique que l'agresseur est le plus souvent familial à la victime.

La diversité des types d'agresseur est importante à connaître afin de ne pas sous-estimer la probabilité d'un abus sexuel.

Il faut rester méfiant et ne pas banaliser les allégations d'enfant mettant en cause des personnes inspirant à priori confiance. Le pédiatre doit donc rester objectif et écouter tout mineur même s'il accuse sa mère, l'un de ses frères et sœurs ou toute autre personne ne paraissant pas suspecte.

En 2010, l'OMS a reconnu que la principale cause pour commettre des violences est d'en avoir déjà subies.

Selon une étude portant sur 756 victimes, dans 57% des cas les abus étaient intrafamiliaux. L'auteur des faits était une connaissance de la victime (n'appartenant pas à la famille) dans 37,2% des affaires, et un inconnu dans seulement 5,8% des cas (20).

En ce qui concerne l'inceste, les auteurs de viol ne sont généralement pas connus de la police ou de la justice.

La littérature montre que l'auteur est le père dans 1 cas sur 3, suivi du beau-père dans presque 3 cas sur 10. Les autres agresseurs étaient par ordre de fréquence : un oncle, un frère, un grand-père et un arrière-grand-père (16).

Ainsi, dans la plupart des situations étudiées, l'agresseur fait partie de la famille. Dans plus d'un cas sur dix, il s'agit soit de quelqu'un de familier ou « de confiance », soit de quelqu'un que la victime est amenée à voir régulièrement.

8-3-1) Caractéristiques et profils des agresseurs

Les études suggèrent que les auteurs d'abus sexuels présentent certaines caractéristiques (17, 73):

- ils ont vécu davantage d'adversité familiale dans l'enfance,
- ils ont été plus souvent exposés à une discipline coercitive et aux conduites addictives.
- Ils présentent assez souvent des difficultés dans les relations intimes et un isolement social.

Les dysfonctionnements familiaux sont fréquemment retrouvés chez les agresseurs commettant des viols. Trois cas de figure principaux marquent leur enfance (73).

- Soit un conflit familial marqué par la dévalorisation de la mère par un père ou un beau-père très autoritaire,
- Soit des pratiques sexuelles déviantes des parents.
- Soit des violences sexuelles infligées à l'enfant.

Les expertises psychiatriques des viols indiquent que :

- quasiment la moitié des auteurs ont connu des carences éducatives ou affectives pendant l'enfance

- un tiers ont été placés dans des structures éducatives ou ont fait l'objet d'un suivi par les services sociaux ou judiciaires
- 1 auteur sur 5 avait l'un de ses parents alcooliques (7, 13).

8-3-2) Stratégies mises en place

Les moyens utilisés par l'abuseur sont les suivants: pression psychoaffective, emprise morale, chantage affectif, séduction amoureuse, jeux, menaces, passage à l'acte violent. La plupart des auteurs utilisent une combinaison de ces stratégies (74).

Ils identifient les enfants vulnérables et utilisent cette vulnérabilité à des fins de sévices sexuels.

8-3-3) Pédophilie

A l'issue d'une enquête menée auprès de 236 agresseurs sexuels, quatre degrés de pédophilie ont été distingués(73).

- 1) Les personnalités névrotiques : ce sont des individus bien intégrés socialement. Les passages à l'acte, des attouchements le plus souvent, ont généralement lieu dans l'entourage.
- 2) Les personnalités névrotiques comportant des fantasmes pédophiliques : les passages à l'acte sont rares mais favorisés par l'alcoolisation. Ils ont généralement lieu dans l'entourage et sont plus lourds : attouchements, viol digital, fellation.
- 3) Les personnalités perverses et immatures : certains participent aux réseaux de pédophilie et de prostitution infantiles. Les passages à l'acte sont extra ou intrafamiliaux.
- 4) Les psychopathes : ils sont totalement dominés par leurs pensées pédophiliques compulsives et n'éprouvent aucune culpabilité.

8-3-4) Abus sexuels commis par des femmes

Les cas de sévices sexuels par une femme existent mais ils semblent rares si l'on s'en réfère aux victimes demandant une aide judiciaire, sociale ou médicale. Peu de travaux sont consacrés aux abus sexuels commis par des femmes. La première étude portant sur ce sujet a été réalisée dans les années 80 et distingue trois types de profils (75) :

- le type « initiatrice sexuelle » qui a toute sa responsabilité,
- le type « prédisposée » qui a été elle-même sexuellement abusée,
- le type « contrainte » qui a été contrainte par un tiers à abuser une victime.

La première question qui se pose est de savoir si ces agressions sexuelles sont rares, ou si elles sont rarement rapportées, ce qui est tout à fait différent.

Pour les victimes la difficulté de parler des faits est peut-être plus grande, le sujet étant encore plus tabou, et le sentiment de honte sans doute plus important. L'appréhension de ne pas être cru est probablement plus importante que lorsque l'agresseur est un homme. La littérature n'offre pas beaucoup d'informations sur ce sujet.

Quelques travaux ont montré que 6 % des filles et 14% des garçons victimes d'abus sexuels l'étaient par une femme (75).

Elliott et al. avaient présenté une série d'abus sexuels commis par des femmes (76). L'agresseur était la mère dans la moitié des cas chez les filles, et dans un tiers des cas chez les garçons.

8-4) La maltraitance sexuelle se répète-t-elle ?

Beaucoup d'auteurs parlent de transmission intergénérationnelle de la maltraitance (77).

De nombreuses études ont mis en évidence l'existence fréquente de mauvais traitements, d'abus sexuels et de négligence dans l'enfance des parents abusifs. Nous pouvons nous demander si les parents maltraitants reproduisent les violences qu'ils ont subies pendant leur propre enfance. De même, les enfants victimes de maltraitance risquent-ils de répéter les actes qu'ils subissent.

La maltraitance n'est pas une fatalité. En revanche, il existe certaines prédispositions à l'apparition de conduites maltraitantes. Les victimes peuvent, au fil de leur vie, se retrouver dans des contextes favorisant la reproduction de comportements inadaptés ou dangereux envers leurs enfants (78).

Selon la littérature, plus d'un tiers des agresseurs et environ la moitié des mères des victimes ont subi des violences sexuelles dans l'enfance (2, 78).

Certaines études ont relevé des éléments négatifs dans la façon dont les victimes d'inceste se comportaient avec leurs enfants. Goodwin, dans une étude concernant des mères qui ont maltraité leurs enfants, a observé qu'environ un quart d'entre elles avaient été victimes d'inceste (79).

Gelinas a remarqué certaines caractéristiques chez les femmes qui avaient été abusées sexuellement (80). Concernant la manière d'élever leurs enfants, elles avaient tendance à se montrer très ambivalentes, et avaient des difficultés à poser des limites.

En étudiant des sujets dont l'autorité parentale avait été retirée, Schetky et al. ont remarqué que plus d'un tiers de ces mères avaient été abusées sexuellement dans l'enfance (81).

8-5) L'inceste : le scénario le plus fréquent

« Dans les familles où il y a de l'inceste, ce n'est pas l'inceste qui est tabou, c'est la parole sur l'acte. » (16) C'est en effet dans l'inceste que la loi du silence est la plus marquée.

Beaucoup d'auteurs utilisent des termes très connotés pour nommer l'innommable : *Un assassinat psychique* (Clarac et Bonnin, 1986), *Un terrorisme familial* (Miller A., 1986), *Un meurtre d'identité* (Balier, 1994).

Il peut être considéré comme le traumatisme le plus sévère puisqu'il est celui qui induit le plus souvent des syndromes de stress post traumatiques chroniques (34). Il détruit la confiance de l'enfant envers ses figures d'attachement fondamentales.

L'inceste fait bien souvent, au sein d'une seule famille, plusieurs victimes. En effet l'adulte incestueux peut commettre ces actes sur les autres membres de la fratrie ou de la famille. De plus, quand la victime sort du silence, les dommages collatéraux sont le plus souvent inévitables.

Récemment la Haute Autorité de Santé a établi de nouvelles recommandations au sujet de l'inceste afin d'en améliorer le repérage. Celles-ci sont intitulées « Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitements sexuels intrafamiliaux chez le mineur »(53).

En effet, les médecins, qu'ils exercent en libéral ou à l'hôpital, font partie des acteurs les plus à même de reconnaître les signes évocateurs d'une maltraitance sexuelle ainsi que les situations à risque (10, 11).

Ainsi, il est recommandé d'envisager la possibilité d'une maltraitance sexuelle intrafamiliale :

- quel que soit le niveau socio-économique de la famille ;
- quel que soit l'âge du mineur, et parfois même extrêmement tôt, dans les premiers mois de la vie ;
- quel que soit le sexe du mineur ;
- quel que soit le sexe et l'âge de l'auteur présumé :
 - o la maltraitance sexuelle peut être commise par des femmes
 - o l'agresseur peut être mineur, parfois même plus jeune que la victime

Depuis mai 2015, l'inceste commis sur les mineurs est inscrit dans le code pénal.(cf. Annexes)

8-5-1) Situations à risque

Certaines circonstances ont été rapportées comme pouvant être en lien avec des situations de maltraitance sexuelle intrafamiliale telles que (53, 68, 77) :

- un mode de fonctionnement familial replié sur lui-même (peu ou pas de relations sociales avec l'extérieur, refus d'intervention extérieure, absence d'implication dans la vie communautaire locale, etc.) ;
- l'absence de repère familial :
 - problème de filiation, absence de repère généalogique,
 - confusion des générations à l'intérieur de la famille (adulte avec autorité ayant un faible écart d'âge avec le mineur, très jeune âge de la mère, etc.)
- un climat familial équivoque (insuffisance de limites et d'interdits, érotisation des relations parents/enfants, non-respect de l'intimité, etc.) ;
- des antécédents de violence intrafamiliale : violence conjugale, maltraitance physique, psychologique, carence ou négligence.
- une situation favorisant un passage à l'acte de l'agresseur : conduites addictives (alcoolisme, toxicomanie), pathologies mentales
- une rupture d'équilibre au sein de la famille (conflits fréquents au sein du couple, séparation du couple, deuil, etc.).

8-5-2) Révélations d'inceste

Un sondage effectué en 2010 pour l'Association Internationale des Victimes d'Inceste auprès de 946 personnes âgées de indiquait que moins de 5 victimes sur 10 avaient révélé les actes subis à un membre de leur famille, 2 sur 10 à un ami, moins de 1 sur 10 à un médecin ou à un autre professionnel de santé (19). Les enseignants et les éducateurs représentent 3% des interlocuteurs. Seulement 25% ont révélé les faits en réponse à une question sur ce sujet.

Comme le montre l'enquête de 2015 « Impact des violences de l'enfance à l'âge adulte » l'inceste fait véritablement l'objet d'une loi du silence : 88 % des enfants qui en sont victimes n'ont jamais été ni protégés ni reconnus (3).

8-5-3) Inceste et fonctionnement familial

L'enfant abusé pourrait représenter le point de convergence de deux histoires parentales douloureuses (16, 82). De tels actes au sein d'un triangle familial suscitent énormément d'interrogations, notamment à propos des mères. Sont-elles intuitivement au courant ? Sont-elles complices ?

Ce sujet doit être abordé puisque les pédiatres ont une forte probabilité de se retrouver, au cours de leur carrière, face à cette situation. L'abord d'un enfant victime ou supposé victime d'inceste sera d'autant plus pertinent si le médecin connaît quelques notions sur le fonctionnement des familles concernées.

Au sein de ces familles, le silence s'installe comme un mode de communication.

Lors de certaines révélations de victimes d'inceste, l'adulte désigné par l'enfant essaie de manipuler son conjoint, ses enfants, voire la famille élargie et les professionnels. Il espère ainsi obtenir la rétractation de l'enfant et le soutien de ses proches (68, 82).

Dans les situations où le parent incestueux reconnaît les actes, il sera tenté de minimiser les effets ou de rendre l'enfant responsable. Quant au parent conjoint, il a tendance à être passif ou dans le déni.

Dans les cas où l'adulte incestueux n'est pas un parent direct de l'enfant, les parents de l'enfant victime sont généralement beaucoup plus mobilisés. La famille élargie se verrouille, et rompt parfois les liens avec les intéressés. Les frères et sœurs se retrouvent dans une configuration complexe, la révélation leur renvoyant une certaine violence.

Il n'est pas rare d'assister au dévoilement de secrets de famille, parfois très anciens. En effet le sujet incestueux peut avoir plusieurs victimes de manière contemporaine ou non (44, 68, 82).

9) INTERET DU REPERAGE PRECOCE DES VICTIMES D'ABUS SEXUELS

9-1) Conséquences des abus sexuels à moyen et long termes

9-2) Découvertes récentes à propos des conséquences des abus sexuels

9-2-1) Phénomènes épigénétiques

9-2-2) Modifications cérébrales

9) INTERET DU REPERAGE PRECOCE DES VICTIMES D'ABUS SEXUELS

En 2010, l'Organisation Mondiale de la Santé a reconnu qu'avoir subi des violences dans l'enfance est un risque majeur pour la santé future.

Une étude prospective américaine a d'ailleurs mis en évidence que le principal déterminant de la santé à 55 ans est d'avoir subi des violences dans l'enfance (58).

Cette étude a montré qu'il existait une augmentation considérable de morts précoces, de pathologies organiques et de pathologies psychiques chez les personnes ayant été maltraitées, y compris sexuellement (58).

Ainsi, repérer et protéger les mineurs victimes d'abus sexuels est capital pour leur avenir et pour limiter au mieux les conséquences.

Certains auteurs soulignent que le devenir des enfants victimes est en relation directe avec la gravité de la violence et le nombre d'agresseurs (84).

9-1) Conséquences des abus sexuels à moyen et long termes

- Troubles fonctionnels digestifs

Drossman et al rapportent une fréquence élevée de violences sexuelles chez les adultes atteints de troubles fonctionnels intestinaux (85). En effet, plus de 40 % d'entre eux ont des antécédents d'attouchements sexuels, de menace de viol ou de viol.

Plusieurs travaux mettent en évidence la prévalence élevée d'abus sexuels dans l'enfance chez les femmes présentant un syndrome de l'intestin irritable (SII) (86). Outre la population féminine, les hommes anciennement victimes sont eux aussi concernés par ces troubles.

Ce sont principalement les pathologies digestives distales qui sont en lien avec les abus sexuels infantiles.

- 11-2 Troubles urinaires

Susset observe que la violence sexuelle infantile est la cause la plus fréquente de rétentions urinaires psychogènes chez les femmes (87).

Ellsworth et al. ont constaté que c'était au cours de l'examen urodynamique que la révélation de la violence était souvent formulée (63). Il s'agit effectivement d'un examen qui touche l'intimité corporelle du patient. Il consiste en une pénétration par une sonde urétrale, nécessitant de rassurer, d'expliquer et d'obtenir la confiance d'un patient inquiet.

En 2009, Klausner et al. ont montré que sur 120 patientes consécutives présentant des troubles du bas appareil urinaire, la moitié avait vécu ce type de violences étant mineures (88).

- Douleurs pelviennes chroniques

La littérature retrouve une filiation entre douleurs pelviennes chroniques et antécédents de violences physiques et sexuelles infantiles.

Walker et al ont observé que 64% des patientes ayant des algies pelviennes avaient un antécédent de violence sexuelle dans l'enfance. Dans le groupe témoin, ces antécédents étaient significativement moins nombreux (89).

Kirkengen rapporte que parmi les patientes consultant en gynécologie pour douleurs pelviennes chroniques, presque 30 % avait subi des violences sexuelles avant l'âge de 18 ans.

- Troubles psychiatriques

Méconnaître des abus sexuels chez un enfant, ou ne pas insister sur l'importance de la prise en charge psychologique ou psychiatrique peut être source de graves conséquences.

En effet, la maltraitance sexuelle infantile peut entraîner à plus ou moins long terme des conséquences psychiatriques sévères pouvant réduire considérablement l'espérance de vie.

- Dépression
- Tentatives de suicide
- Suicide

Chastang note que 40% des patients de moins de 20 ans ayant des antécédents de tentatives de suicide ont subi des violences physiques et/ou sexuelles (59).

En ce qui concerne la dépression, le risque relatif est corrélé à la gravité de l'abus (59).

Récemment Talbolt et al. rapportaient aussi qu'au sein d'une cohorte de 1100 patientes ayant consulté dans un centre de psychiatrie pour dépression majeure, 2 sur 10 avaient été victimes d'abus sexuels dans l'enfance (91).

9-2) Découvertes récentes à propos des conséquences des abus sexuels

Les études décrites ci-dessous montrent que les violences subies dans l'enfance s'inscrivent dans l'ADN et le cerveau des victimes. La maltraitance sexuelle infantile est notamment à l'origine de cicatrices génétiques.

9-2-1) Phénomènes épigénétiques

Selon Malafosse et al, la maltraitance infantile laisse des traces dans l'ADN jusqu'à la troisième génération (92). Il s'agit de l'épigénétique.

Le stress généré par des abus sexuels dans l'enfance induit une méthylation génétique au niveau du promoteur d'un gène agissant sur l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien.

Cet axe intervenant dans le processus de gestion du stress, son altération peut entraîner des troubles psychiatriques.

Lors de maltraitances répétées dans l'enfance, telles que l'inceste, les mécanismes cérébraux de régulation du stress peuvent être perturbés de manière durable. Le traumatisme s'inscrit alors dans le génome de toutes les cellules. Ces chercheurs ont montré que plus la sévérité de l'abus était importante, plus la méthylation du gène était considérable.

Ces modifications du génome se perpétuent au moins sur 3 générations.

En effet, l'équipe a observé l'ADN d'un enfant dont la grand-mère avait été victime de viols incestueux. L'ADN de cet enfant portait les mêmes modifications épigénétiques que sa grand-mère. En revanche, ces modifications étaient beaucoup plus importantes que chez sa mère et sa grand-mère. Ainsi, cet enfant porte la plus grande cicatrice dans le génome de toutes ses cellules (92).

9-2-2) Modifications cérébrales

D'après Bremner et al, les abus sexuels dans l'enfance peuvent être responsables de lésions cérébrales (93). Ces chercheurs ont réalisé des imageries cérébrales (IRM cérébrale et TEP 18 Fluorodésoxyglucose) chez 51 femmes adultes ayant subi une maltraitance sexuelle infantile. Leur but était de mesurer l'épaisseur de leur cortex cérébral.

Leurs explorations ont retrouvé des altérations de l'hippocampe (structure anormale ou déficit fonctionnel). Il est intéressant de noter que ces femmes-là souffraient pour la plupart de syndrome de stress post traumatique (94).

Leurs résultats montrent qu'il existe une corrélation entre certaines formes de sévices et l'amincissement du cortex.

En effet, cet amincissement est localisé précisément dans les régions du cerveau qui interviennent dans la perception de l'abus (ou dans le traitement de l'information qui y est associée).

Ainsi, dans les régions du cerveau correspondant aux organes génitaux féminins, le cortex somatosensoriel était considérablement plus mince chez les femmes victimes d'abus sexuels durant l'enfance que dans le groupe témoin.

Au vu de ces résultats, leur hypothèse est la suivante : l'amincissement de certaines régions corticales résulterait de l'activité de circuits inhibiteurs.

Ces circuits fonctionneraient comme un mécanisme de protection du cerveau permettant à l'enfant d'occulter l'expérience initiale traumatique.

Ces découvertes montrent que les abus sexuels peuvent avoir des conséquences allant bien au-delà de la victime elle-même.

CONCLUSION

De l'inceste à la pédophilie, les abus sexuels restent difficiles à déceler chez l'enfant. Le plus souvent il n'y pas de signes physiques ou comportementaux spécifiques. La suspicion de sévices repose alors sur un faisceau d'arguments.

Dans la majorité des cas, le mineur connaît l'auteur des faits. Cette proximité relationnelle atteint son paroxysme dans l'inceste.

La maltraitance sexuelle entraîne de graves conséquences. Son pouvoir toxique est tel, qu'elle peut aller jusqu'à modifier leur génome ainsi que celui des générations futures.

L'identification de ces violences, bien que très complexe, est donc primordiale, si ce n'est vitale dans certains cas.

Sous l'emprise de l'agresseur, les enfants abusés sont manipulés et contraints au silence. Certains tairont définitivement les faits. Véritablement cachés, ces abus ne seront donc pas repérés s'ils ne sont pas recherchés. Par conséquent, le pédiatre doit savoir y penser, surtout devant des troubles inexplicables et persistants.

L'examen gynécologique est en général réalisé à distance des faits, puisque les révélations d'abus sexuels ont tendance à être tardives. De plus, les lésions des organes génitaux, peu

fréquentes, cicatrisent rapidement. C'est pourquoi l'examen gynécologique est normal dans la majorité des cas.

Pour autant, cela ne doit remettre en question ni son utilité ni son bien-fondé.

Le but de celui-ci n'est pas de vérifier les allégations de l'enfant. Il doit être un moment où le corps blessé, au sens propre comme au sens figuré, doit être pris en considération dans sa globalité. Tout doit être mis en œuvre pour que l'examen ne soit pas vécu comme une agression supplémentaire.

Il faut impérativement rassurer la patiente et lui expliquer que la constatation de lésions est rare. En effet, la plupart des victimes craignent que leur entourage ne les croie pas, et peuvent se sentir encore plus en détresse s'il n'est pas mis en évidence de preuves physiques concrètes.

Exercice complexe et délicat, notre étude montre que la majorité des pédiatres ne pensent pas avoir les compétences requises pour cet examen. Nous avons mis en évidence que même parmi ceux y étant familiarisés, seule une minorité s'attend à ce qu'il soit, dans la plupart des cas, normal.

L'examineur étant alors dans l'optique de découvrir des lésions gynécologiques, il risque d'interpréter comme suspectes de simples variantes de la normale. Nous avons également démontré que les pédiatres n'ont pas le bagage théorique et pratique nécessaire pour examiner l'hymen d'une jeune patiente.

Par conséquent, la probabilité de méconnaître des lésions évocatrices d'abus sexuels ou d'interpréter comme traumatiques des éléments physiologiques est élevée. Comme nous l'avons vu, les conséquences de ce type d'erreurs peuvent être dramatiques.

C'est pourquoi, dans l'intérêt des patientes, mais aussi des pédiatres, la mise en place d'une formation spécifique sur l'examen gynécologique de la jeune fille mineure suspecte d'abus sexuels paraît indispensable.

Plus des trois quarts des pédiatres y seraient favorables selon notre étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rodriguez McRobbie L. « The Real Victims of Satanic Ritual Abuse » Slate. Jan 2014
2. Rey-Salmon C, Adamsbaum C. Maltraitance chez l'enfant. 2013 ; 24-25
3. « Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. » Déni de protection, de reconnaissance et de prise en charge : Enquête nationale auprès des victimes. Association Mémoire Traumatique et Victimologie – Mars 2015.
4. Cachée sous nos yeux. Une analyse statistique de la violence envers les enfants. Données mondiales de l'UNICEF, 2014.
5. Deschamps G, Deschamps JP, Deruelle M. Incidence des mauvais traitements chez les enfants, évaluation et critique des sources d'information et résultats. Archives françaises pédiatriques. 1982 ; 39 n°8 : 627-631
6. Thibaut F. Les abus sexuels : Des clefs indispensables pour comprendre, aider et prévenir. 2015 ; 16-17
7. Bajos N, Bozon M. Les agressions sexuelles en France : résignation, réprobation, révolte. Enquête sur la sexualité en France, 2008.
8. Welch J, Mason F. Rape and sexual assault. BMJ. 2007 Jun 2, 334 (7604):1154-8
9. Niort F et al. Etude rétrospective épidémioclinique sur 10 ans des victimes de viol reçues en consultation à l'Institut médico-légal de Marseille, CHU Timone. Analyse de 592 cas de victimes de viol. La Revue de Médecine Légale, 2014. Vol 5, Issue 2 : 62-69
10. Rougé-Maillart C. Prise en charge des violences sexuelles. EMC – Gynécologie 2011 :1-13
11. Guillet-May F et al. Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol. Médecine et Droit, 2006, 76, p. 35-43.
12. Edgardh K et al. Adolescent girls investigated for sexual abuse: history, physical findings and legal outcome. Forensic Sci Int, 1999, 104, p. 1-15.
13. Le Goaziou V. Le viol, sociologie d'un crime. La Documentation française. 2011
14. Bajos N, Bozon M, L'équipe CSF. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. Population et société. N°445. 2008.
15. Mucchielli L. Le scandale des « tournantes ». Dérive médiatique, contre-enquête sociologique, Paris, La Découverte. 2005

16. Sabourin P et al. La violence impensable, inceste et maltraitance. Paris : Nathan, 1991; 32-33.
17. Hébert, M. Cyr, M. Tourigny M. L'agression sexuelle envers les enfants. Presses de l'université du Québec : 2011
18. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Le praticien face aux violences sexuelles, France -Mai 2000.
19. Gamet M-L. « Violences sexuelles des mineures en France : comment les médecins peuvent devenir des interlocuteurs privilégiés des victimes ? » Sexologies 22, n°3, 2013 : 112-123
20. Saint-Martin P, BOUYSSY M, JACQUET A, et al. Les victimes d'abus sexuels : éléments médico-légaux et suites judiciaires (analyse de 756 cas). J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2007, 36, p. 588-594.
21. Herger A et al. Children referred for possible sexual abuse : medical findings in 2384 children. Child Abuse Neglet 2002
22. BARGY F, MOREL-BOUVATTIER C, BEAUDOUIN S. Ambiguïtés sexuelles. EMC, gynécologie. Mise à jour 2008, 802-A-30, 14p.
23. LOUIS-SYLVESTRE C. Malformations congénitales de la vulve. EMC, Gynécologie. Mise à jour 2010, 115-A-10, 7p.
24. ONAN MA, TURP AB, TASKIRAN C, et al. Spontaneous closure of the hymen during pregnancy. Am J Obstet Gynecol, 2005, 193, p. 889-891.
25. BASARAN M, USUAL D, AYDEMIR C. Hymen sparing surgery for imperforate hymen: case reports and review of literature. J Pediatr Adolesc Gynecol, 2009, 22, 4, p. 61-64.
26. Berenson AB et al. Use of hymen measurements in the diagnosis of previous penetration. Pediatrics 2002
27. Berenson AB, Grady JJ. A longitudinal study of hymenal development from 3 to 9 years of age. J Pediatr 2002; 140: 600-607.
28. GIRARDIN B. W, FAUGNO D. K, SPENCER M. J, GIARDINO A. P. Sexual Assault victimization across the life span. A Color Atlas. G. W. Graphics, Ann Prazyki, Liz Stefaniak, editors, 2003.
29. POKORNY SF, MURPHY JG, PREMINGER MK. Circumferential hymen elasticity. A marker of physiologic maturity. J Reprod Med, 1998, 43, 11, p. 943-948.
30. EMANS SJ, WOODS ER, ALLRED EN, et al. Hymenal findings in adolescent women: impact of tampon use and consensual sexual activity. Journal of Pediatrics, 1994, 125, 1, p.153-160.
31. Berenson A et al. A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. Am J Obst Gyn 2001; 182: 820-834.

32. Abriat. F, Benali. L. Examen de l'hymen chez les mineures dans un contexte d'agression sexuelle. *Gynécologie obstétrique et fertilité*. 2012. Vol 40, n°2, pp. 129-133
33. HEGER AH, TICSON L, GUERRA L, et al. Appearance of the genitalia in girls selected for nonabuse: review of hymenal morphology and nonspecific findings. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2002, 15, p. 27-35.
34. PILLAI M. Genital findings in prepubertal girls: what can be concluded from an examination? *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2008, 21, 4, p. 177-185.
35. SIMONIN C. *Medecine legale judiciaire*. Paris : Maloine, 1962.
36. ADAMS JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2004, 17, p. 191-197.
37. Adams J et al. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse : it's normal to be normal. *Pediatrics* 1994; 94: 310-317.
38. Cour F. et al. Abus sexuels dans l'enfance : intérêt de leur diagnostic pour la compréhension et la prise en charge des troubles sexuels, ano-rectaux et vésico-sphinctériens ». *Progrès en Urologie*, 2012. Vol 23, Issue 9 ; 789-793
39. Gully KJ et al. A new measure for distress during child sexual abuse examinations : the genital examination distress scale (GEDS). *Child Abuse Negl*. 1999 Jan, 23(1) : 61-70
40. Berenson AB et al. Appearance of the hymen in prepubertal girls. *Pediatrics* 1992; 89: 387-394.
41. LENAHAN LC, ERNST A, JOHNSON B. Colposcopy in evaluation of the adult sexual assault victim. *Am J Emerg Med*, 1998, 16, 2, p. 183-184.
42. TEIXEIRA W. R. Hymenal colposcopic examination in sexual offenses. *Am J Forensic Med Pathol*, 1981, 2, 3, p. 209-215.
43. STARLING SP, JENNY C. Forensic examination of adolescent female genitalia: the Foley catheter technique. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 1997, 151, p. 102-103.
44. A l'écoute de l'enfant présumé victime d'abus sexuel. Réflexions techniques et cliniques sur l'abord des faits. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2013.
45. Heger A et al. Children referred for possible sexual abuse : Medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl* 2002; 26: 645-659.
46. Anderst J, Kellogg N et al. Reports of repetitive penile-genital penetration often have no definitive evidence of penetration. *Pediatrics* 2009 Sep; 124(3):e403-9

47. Hochart F, Roussel A. L'Hôpital face à l'enfance maltraitée – une passerelle entre coups et réparations. Kartala, 1997
48. Séminaire, Paris, 2000 et Turin, 2002 experts européens. Fondation pour l'enfance. Réseau européen d'experts sur les interventions judiciaires, sociales et thérapeutiques auprès des enfants victimes d'agressions sexuelles.
49. Société Francophone d'Urgences Médicales (SFUM), Urgences 2002, SAMU France, Arnette, 2002.
50. Mc Cann J et al. Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescents girls : a descriptive study. Pediatrics 2007
51. Shapiro R. How to interpret results of a child sexual abuse examination. What conditions may be mistaken for sexual abuse?
52. Kellogg ND, Menard SW, Santos A. Genital anatomy in pregnant adolescents: "Normal" doesn't mean "nothing happened". Pediatrics 2004; 113: e67-e69.
53. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. Recommandations HAS Mai 2011.
54. Boos SC. Accidental hymenal injury mimicking sexual trauma. Pediatrics 1999; 103: 1287-1289.
55. Boos SC et al. Anogenital injuries in child pedestrians run over by low-speed motor vehicles : Four cases with findings that mimic child sexual abuse. Pediatrics 2003; 112: e77-e84
56. (Scheidler MG, Schultz BL, Schall L, Ford HR. Mechanisms of blunt perineal injury in female pediatric patients. J Ped Surg. 2000;35: 1317-1319)
57. LINET T, NIZARD J. Constats de violences sexuelles : rédaction d'un protocole d'accueil et mise en pratique. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2004, 33, p. 99-109.
58. Felitti VJ, Anda RF. The relationship of adverse childhood experiences to adult health, well-being, social function, and health care. Cambridge University Press, 2010
59. Conséquences des maltraitances sexuelles : reconnaître, soigner, prévenir. Fédération française de Psychiatrie – John Libbey Eurotext 2004
60. Kendall-Tackett KA et al. The impact of sexual abuse on children : A review and synthesis of recent empirical studies. Psychol Bull. 1993; 113(1):164-180
61. Margaret S. Childhood physical and sexual abuse in depressed patients with single and multiple suicide attempts. Suicide and life-threatening behavior. 2007, Vol 37, Issue 4 : 467-474.
62. Robbana L. Etude de 28 expertises d'abus sexuels sur mineurs. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, sept 2014. Vol 62, Issue 5, p. 287-292
63. (Ellsworth PI et al. Sexual abuse : another causative factor in dysfunctional voiding. J Urol 1995 ; 153 : 773-776)

64. Avery L et al. Posttraumatic stress and mental health functioning of sexually abused children. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 2000;17(1):19-34
65. McLeer V et al. Posttraumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1988;27(5):650-654
66. Bussey K et al. Lies and secrets : implications for children's reporting of sexual abuse. *Child victims, child witnesses*. 1993
67. Katz C. et al. Non-verbal behavior of children who disclose or do not disclose child abuse in investigative interviews *Child Abuse Neglect*.2012; 36(1):12-20
68. Haesvoets Y-H. L'enfant en questions. De la parole à l'épreuve du doute dans les allégations d'abus sexuels.1997
69. Hershkowitz et al. Exploring the disclosure of sexual abuse with victims and their parents.*Child Abuse and Negl*. 2007;31(2):111-132
70. Romano H. Allégations d'abus sexuels chez les enfants de moins de 4 ans : interactions mère-enfant et approche clinique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2007 ; Vol 55, Issue 1, p. 58-65
71. De Becker E Allégations d'abus sexuel : entre mensonge et vérité ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2006 ; Vol 54, Issue 4,p.240-247
72. MacFarlane, A. C. The long-term costs of traumatic stress: Interwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry* 2010; (9) 3-10.
73. Hamon F. *Délinquance sexuelle et crimes sexuelles*, Masson, 1999.
74. Conte JR et al. What sexual offenders tell us about prevention strategies. *Child Abuse Negl*. 1989 ; 13(2) :293-301
75. FINKELHOR D, RUSSELL D. Women as perpetrators. *Child sexual abuse : new theory and research*. New-York, 1984
76. ELLIOTT M. What survivors tell us. *Female sexual abuse of children*. 1994, New-York, The Guilford Press.
77. Angelino I. *L'enfant, la famille, la maltraitance*. Dunod, 2004
78. Transmission loyautés et maltraitance à enfants E de Becker 2008 *La Psychiatrie de l'enfant* pp 43-72
79. GOODWIN J, MCCARTHY T, DIVASTO P (1982b) Physical and sexual abuse of the children of adult incest victims. In : J Goodwin (Ed), *Sexual abuse : Incest victims and their families*. Boston, MA, Wright/PSG
80. GELINAS D (1983) The persistent negative effects of incest. *Psychiatry* 46, 312-332.

81. SCHETKY MA, BROOKS B (1979) Factors associated with a history of childhood sexual experience in a nonclinical female population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 23, 215-218.
82. Haesevoets YH. L'enfant victime d'inceste : De la seduction traumatique à la violence sexuelle. De Boeck, 2003.
83. WILEY J, SUGAR N, FINE D, et al. Legal outcomes of sexual assault. *Am J Obstet Gynecol*, 2003, 188, 6, p. 1638-1641
84. Friedriech WN, Schafer C. Somatic symptoms in sexually abused children. *J Ped Psychol* 1995 ; 20 :661-670)
85. Drossman DA. Physical and sexual abuse and gastrointestinal illness : what is the link? *Am J Med* 1994; 113 : 828-833)
86. White DL, Savas LS, Dacl K, Elserag R, Graham DP, Fitzgerald SJ, et al. Trauma history and risk of irritable bowel syndrome in women veterants. *Aliment Pharmacol Ther* 2010
87. Susset J. Les dysuries psychogènes. *Ann Urol* 1993 ;27 : 327-328.)
88. The influence of psychiatric comorbidities and sexual trauma on lower urinary tract symptoms in femele veterans. *J Urol* 2009
89. Walker E et al. Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1988 ; 145 : 75-80
90. Kirkengen AL et al. Indicators of childhood sexual abuse in gynecological patients in a general practice. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11 : 276-280
91. Talbolt et al. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed women with sexual abuse histories. *Psychiatr Serv* 2011
92. Malafosse A. La maltraitance dans l'enfance modifie la régulation des gènes impliqués dans la gestion du stress. 2012, Université de Genève
93. Childhood Sexual Abuse Causes Physical Brain Damage : An Alarming New Study 2013
94. MRI and PET Study of Deficits in Hippocampal Structure and Function in Women With Childhood Sexual Abuse and Posttraumatic Stress Disorder 2003 *The American Journal of Psychiatry*

ANNEXES

Définition juridique de l'inceste

Selon les textes de loi, les viols, agressions sexuelles (art. 222-31 du Code pénal), et atteintes sexuelles (art. 227-27-2 du Code pénal) sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis « au sein de la famille sur la personne d'un mineur par un ascendant, un frère, une sœur ou par toute autre personne, y compris s'il s'agit d'un concubin d'un membre de la famille, ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ».

La notion d'« intrafamiliale » est donc étendue à l'ensemble des personnes décrites dans ces articles, au-delà du cercle restreint composé par les parents et les enfants.

Selon la loi du 8 février 2010 « la contrainte » prévue par le premier alinéa de l'article 222-22 du Code pénal peut être physique ou morale. « La contrainte morale peut résulter de la différence d'âge existant entre une victime mineure et l'auteur des faits et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur cette victime. »

Cadre législatif du signalement

Article 226-13 du Code pénal

« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

Article 226-14 du Code pénal

« L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises.

Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire. »

Article 434-1 du Code pénal

« Le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Sont exceptées des dispositions qui précèdent, sauf en ce qui concerne les crimes commis sur les mineurs de quinze ans :

1° Les parents en ligne directe et leurs conjoints, ainsi que les frères et soeurs et leurs conjoints, de l'auteur ou du complice du crime ;

2° Le conjoint de l'auteur ou du complice du crime, ou la personne qui vit notoirement en situation maritale avec lui.

Article 434-3 du Code pénal

« Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13. »

La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP)

La loi du 5 mars 2007 a créé une « cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation » des informations préoccupantes (CRIP) concernant les enfants en danger ou à risque de danger sous la responsabilité du président du conseil général.

Pour ce qui concerne plus particulièrement les situations de violences, notamment sexuelles, révélées par un enfant ou par l'un de ses proches ou mises en évidence à l'occasion d'une évaluation, le signalement doit être effectué sans délai au procureur de la République.

Si l'enfant est l'auteur de la révélation, le recueil de ses paroles doit être fidèlement retranscrit. Il convient de veiller à ce que la protection de l'enfant soit immédiatement assurée et d'éviter que l'enfant fasse l'objet de pressions familiales ou extra-familiales. Les éléments déjà connus des services départementaux susceptibles d'éclairer la situation de l'enfant doivent être joints au signalement.

La loi réformant la protection de l'enfance réserve le terme de signalement à la saisine du procureur de la République.

Classification de TANNER

Elle correspond aux différents stades du développement pubertaire côtés de 1 (stade pré pubère) à 5 (stade adulte). Chez les filles, elle prend en compte la pilosité pubienne, côté de P1 à P5, et le développement mammaire côté de S1 à S5.

	Développement mammaire		Pilosité pubienne
--	-------------------------------	--	--------------------------

S1	Pas de tissu glandulaire	P1	Absence de pilosité
S2	Tissu glandulaire palpable	P2	Quelques poils longs sur le pubis
S3	Augmentation de la taille des seins : profil arrondi de l'aréole et du mamelon	P3	Pilosité pubienne au-dessus de la symphyse
S4	Augmentation de la taille des seins : Mamelon surélevé par rapport au sein	P4	Pilosité pubienne fournie
S5	Augmentation de la taille des seins :	P5	Pilosité s'étendant jusqu'à la racine des cuisses

Classification HAS 2011 : éléments en faveur d'une agression sexuelle

Les éléments suivants sont considérés comme spécifiques d'abus sexuels.

- Lacération des lèvres, de la fourchette postérieure, des tissus périnéaux ou du périnée
- Lacération partielle ou complète de l'hymen, ecchymose hyménale, lacération vaginale
- Lacération péri-anale profonde touchant le sphincter anal externe
- Partie de l'anneau hyménal sans tissu visible jusqu'à la base, à la moitié postérieure (inférieure) de l'hymen, confirmée en position genu pectorale
- Cultures positives pour *Neisseria gonorrhoeae* au niveau génital, anal ou pharyngé, en dehors de la période néonatale
- Syphilis confirmée en dehors d'une transmission périnatale
- Grossesse

Recherche d'IST par écouvillonnage

Sites de prélèvement	Germes recherchés	Matériel
Col/vagin	Standard Gonocoque <i>Chlamydia trachomatis</i>	2 écouvillons secs 1 écouvillon + milieu stuart Milieu Chlamydia
Urètre	Gonocoque <i>Chlamydia trachomatis</i>	1 écouvillon + milieu stuart Milieu Chlamydia
Urine	Standard <i>Chlamydia trachomatis</i> par PCR	ECBU 1 ^{er} jet d'urine
Anus	Gonocoque	1 écouvillon + milieu stuart
Gorge	Standard Gonocoque <i>Chlamydia trachomatis</i>	2 écouvillons secs 1 écouvillon + milieu stuart Gargarisme au sérum physiologique + milieu Chlamydia

Prélèvements et empreintes génétiques

Les empreintes génétiques peuvent également être déterminées à partir de tout matériel biologique laissé par l'auteur sur la victime. La recherche, le prélèvement et la conservation de ces éléments sont également très importants: poils, cheveux, cellules sous-unguéales recueillies par grattage, traces de sperme sur les poils pubiens recueillies par peignage, salive recueillie sur une morsure profonde. Les poils et les cheveux doivent, si possible, être

prélevés avec le bulbe. Ils sont ensuite conservés dans une enveloppe en papier kraft à température ambiante. En cas de morsure, le délai pour prélever est de 24 heures. On utilise un écouvillon humidifié (sérum physiologique) et un écouvillon sec par zone de morsure. Ils doivent être séchés avant d'être replacés dans leur tube protecteur, puis sont conservés à température ambiante.

En cas de griffure par la victime sur l'agresseur, les prélèvements se font sur chaque doigt, soit en raclant sous les ongles (cytobrosse, compresse humidifiée au sérum physiologique) soit en les coupant. Après les avoir fait sécher, ils sont conservés dans une enveloppe en papier kraft à température ambiante. Si l'identité de la victime n'est pas connue, il faut réaliser une prise de sang ou un grattage intra buccal.

Détermination de l'ITT et de l'IPP dans le rapport médical

En effet les victimes subissent un dommage physique et psychique qui ouvre à une possible indemnisation intégrale des préjudices qui en résultent. Ces préjudices se divisent en préjudices temporaires et préjudices permanents. Les préjudices temporaires comprennent l'incapacité temporaire et les souffrances endurées. L'incapacité temporaire est évaluée en fonction de l'atteinte physique et/ou psychique subie. Si la victime est en nécessité d'être au repos complet et qu'elle ne peut plus réaliser ses activités habituelles, elle est alors en ITT : incapacité totale de travail. Toute victime peut bénéficier d'une ITT.

Dans le cas des agressions sexuelles, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui oriente vers telle ou telle juridiction. Ce sont les paramètres tels que la nature de l'agression et le lien entre la victime et l'auteur. La détermination de l'ITT est un élément médical qui témoignera de la nature et de la gravité du retentissement physique et psychique de l'agression. Par contre, l'ITT n'aura aucune incidence sur la qualification des faits.

Les préjudices permanents sont représentés par les séquelles définitives. Ces séquelles, consécutives à l'agression, donnent lieu à différents postes de préjudice. Parmi eux, on peut notamment citer l'incapacité permanente. Elle se définit comme une diminution des capacités fonctionnelles de la victime, qu'elles soient physiques, psychiques et/ou intellectuelles. Elle s'évalue en pourcentage, ce qui correspond à un taux d'incapacité permanente partielle (IPP).

Résumé

Abus sexuels chez les patientes mineures : Expérience et connaissances des pédiatres

Objectif : Evaluer l'expérience des pédiatres au sujet de l'examen gynécologique, notamment de l'hymen, d'une patiente mineure supposée victime d'abus sexuels.

Matériels et méthodes : En mai 2015 un questionnaire a été envoyé par mail aux 1500 membres de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. Le but était de savoir si une formation sur l'examen gynécologique chez les patientes potentiellement victimes d'abus leur serait utile. A partir de questions fermées, l'expérience, les compétences et les réticences des pédiatres face à cet examen étaient évaluées.

Résultats principaux : 26,7 % des membres ont répondu. Parmi eux 86 % n'ont jamais assisté à cet examen durant leurs études. 60 % l'ont déjà réalisé depuis qu'ils exercent. 88 % pensent ne pas avoir les compétences requises. 65 % sont freinés par le manque d'expérience. 68 % ne sauraient pas différencier un hymen normal ou pathologique. Au total 77 % souhaitent une formation : 72 % des pédiatres n'ayant jamais fait cet examen et 82 % de ceux l'ayant déjà réalisé.

Conclusion : Nos résultats soulignent un réel manque d'expérience des pédiatres face aux abus sexuels. Pourtant ils y sont confrontés. Véritable frontière médico-légale, l'étude de l'hymen est un temps crucial de l'examen. Une formation spécifique est donc indispensable.