



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Mathilde HAUET-WIEDEMANN

le 19 octobre 2016

AGRESSIONS SEXUELLES SUR MINEURS,

ETUDE D'UNE POPULATION D'ENFANTS AYANT CONSULTE

A L'UNITE MEDICO-JUDICIAIRE

DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE NANCY,

ENTRE 2011 ET 2015.

Examineurs de la thèse :

M. Cyril SCHWEITZER	Professeur	Président
M. François FEILLET	Professeur	Juge
M. Jean-Sébastien RAUL	Professeur	Juge
M. Laurent MARTRILLE	Docteur en Médecine	Juge
Mme Anne BORSA-DORION	Docteur en Médecine	Juge



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL

Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY

Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE -

Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD -

Hubert GERARD

Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe

HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU
Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT – Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET
Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====
PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER – Professeur François KOHLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Michel VIDAILHET

=====
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE

Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président du jury,

Monsieur le Professeur Cyril SCHWEITZER,

Professeur de Pédiatrie,

Nous vous sommes très reconnaissante d'avoir accepté de présider notre travail de thèse.

Merci pour la bienveillance et l'accompagnement que vous nous avez accordés tout au long
de notre internat à Nancy.

Merci pour vos conseils et votre investissement en vue de nous guider vers la voie la plus
adaptée pour chacun.

Nous vous prions d'accepter l'expression de notre sincère reconnaissance et le témoignage de
notre profond respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur François Feillet,

Professeur de Pédiatrie.

Nous vous sommes très reconnaissante d'avoir accepté de juger notre travail de thèse.

Nous vous remercions de nous faire l'honneur d'apporter vos connaissances à la critique de notre travail. Nous avons été particulièrement sensible au cours de ces années à votre disponibilité auprès des patients, de leurs familles et des étudiants en formation, auprès desquels votre compagnonnage a été très apprécié.

Nous vous prions d'accepter l'expression de notre sincère reconnaissance et le témoignage de notre profond respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Jean-Sébastien RAUL

Professeur de Médecine légale

Nous vous sommes très reconnaissante d'avoir accepté de juger notre travail de thèse.

Nous vous remercions d'avoir accepté de nous accueillir dans votre service

Merci pour votre disponibilité, votre patience et pour tout ce que vous nous avez appris dans
ce cadre.

Nous vous prions d'accepter l'expression de notre sincère reconnaissance et le témoignage de
notre profond respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE

Maître de conférences des Universités – Praticien Hospitalier
(Médecine légale et droit de la santé)

Nous vous sommes très reconnaissante d’avoir accepté de juger notre travail de thèse.

Vous avez été le co-initiateur de cette thèse.

Merci de nous avoir accueillie dans votre service et de nous avoir fait découvrir et aimé votre
spécialité.

Nous espérons pouvoir continuer à travailler à vos côtés.

Nous vous prions d’accepter l’expression de notre sincère reconnaissance et le témoignage de
notre profond respect.

A notre Juge et Directrice de thèse,

Madame le Docteur Anne BORSA-DORION,

Docteur en Pédiatrie.

Un grand merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse.

Travailler et apprendre à tes côtés restent des moments cruciaux au cours de mon internat.

Merci pour tout ce que tu m'as appris lors de mes passages aux Urgences pédiatriques.

J'attends avec impatience de pouvoir continuer à travailler avec toi.

Merci de m'avoir pris sous ton aile pour la prise en charge de la maltraitance des enfants et de

me faire confiance pour continuer à travailler dans ce domaine.

Pour finir, mille mercis pour ton accompagnement au cours de ce travail de thèse ; ta disponibilité, ta gentillesse et ta bienveillance ont grandement participé à l'aboutissement de ce travail.

Je te remercie très sincèrement et te prie de recevoir l'expression de mon admiration, de ma gratitude et de mon respect.

A mes maîtres d'internat et leurs collaborateurs,

Mr le Professeur B. Leheup, Mr le Professeur E. Raffo, Mr le Professeur P. Chastagner, Mr le Professeur JM. Hascoët, Mme le Professeur R. Vieux. Merci pour vos enseignements riches scientifiquement et humainement.

Aux équipes du service de pédiatrie de l'hôpital Bel Air de Thionville :

Merci d'avoir accompagné et soutenu mes premiers pas d'interne.

Aux équipes du service de pédiatrie et néonatalogie de l'hôpital Marie Madeleine de Forbach :

Merci pour tout ce que vous m'avez appris pendant ce semestre passé à vos côtés. Merci pour votre gentillesse et votre disponibilité.

Aux équipes paramédicales du service de néonatalogie et de pédiatrie, merci pour votre aide, votre soutien, nos rires pendant ce semestre qui reste gravés dans ma mémoire.

Aux équipes du service de médecine infantile de l'Hôpital d'Enfants de Nancy :

Merci pour vos connaissances partagées pendant ce semestre, vos conseils et votre patience.

Merci aux docteurs Julie Auger et Amélie Breton pour votre professionnalisme, votre patience et votre gentillesse.

Un merci tout particulier au Docteur Gaëlle Vexiau pour ce semestre passé ensemble, ta confiance, ta bonne humeur et tout ce que tu m'as appris.

Aux équipes du service de néonatalogie de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy :

Merci pour votre compagnonnage, votre patience, toutes les connaissances que vous m'avez transmises durant ce semestre.

Merci aux équipes paramédicales pour leur gentillesse, leur soutien, leurs compétences et leur bonne humeur.

Aux équipes du service d'oncohématologie de l'Hôpital d'Enfants de Nancy :

Merci pour la transmission de votre savoir, votre gentillesse et votre dévouement.

Mr le Docteur Ludovic Mansuy, merci pour ta gentillesse, ton dévouement auprès des familles et de tes équipes, pour tout ce que tu m'as appris. Travailler avec toi fût un plaisir et un honneur.

Un merci particulier au Docteur Delphine Michel. Faire ta connaissance, travailler et apprendre à tes côtés restent des moments importants au cours de mon internat. J'ai toujours apprécié ta passion pour la pédiatrie et ta manière de soigner les enfants, mais aussi tes relations avec les familles et les équipes soignantes. Nombre d'entre nous voudraient devenir un pédiatre comme toi, j'en fais partie.

Merci aux équipes paramédicales du secteur 1. Travailler avec vous a été un immense plaisir.

Merci pour vos connaissances, votre gentillesse, et votre bonne humeur.

Aux équipes du service de médecine légale du CHRU de Nancy :

Un grand merci à tous de m'avoir accueillie dans votre service, de votre gentillesse, votre bonne humeur, votre disponibilité. Merci de m'avoir fait découvrir, chacun à votre manière, cette spécialité.

Travailler avec vous est un réel plaisir que j'espère pouvoir continuer à partager.

Aux équipes du service de médecine légale du CHRU de Strasbourg :

Un grand merci de m'avoir accueillie parmi vous. Merci pour vos compétences, votre patience, votre gentillesse et votre bonne humeur. Ce semestre à Strasbourg parmi vous restera un magnifique souvenir.

Aux équipes du service des urgences pédiatriques de l'Hôpital d'Enfants de Nancy :

Mme le Docteur Valérie Bissonnet, Mr le Docteur Ouriel Loeb, Mr le Docteur Paul Goepfert, merci pour tout ce que vous m'avez appris, votre disponibilité et votre bonne humeur.

Mme le Docteur Amélie Gatin, merci pour tout ce que tu m'as apporté, humainement et professionnellement. J'ai hâte de continuer à travailler avec toi. Merci d'être comme tu es, simplement.

Mme le Docteur Berlengi, c'est un honneur et un plaisir de travailler avec toi. Merci pour tout ce que tu m'as appris, pour ta patience, ta gentillesse, ta disponibilité, auprès des familles et des équipes. Merci pour ton accompagnement sur mon travail de mémoire. Tu es un modèle pour nombre d'entre nous.

Merci à l'équipe paramédicale de partager le quotidien ensemble, merci pour nos efforts conjoints afin d'offrir le meilleur à nos patients. Merci aussi pour votre compétence, vos amitiés, votre soutien, vos attentions, vos confidences, nos fous rires...

Travailler et apprendre avec vous est un honneur et un plaisir.

Aux médecins rencontrés au cours de mon apprentissage de la médecine :

Mme le Dr Stéphanie Gorde, mon modèle de femme, j'espère réussir un jour à te ressembler.

Mr le Docteur Yannick Plenier, pour tout ce que tu m'as appris, ta patience, ta disponibilité et ta gentillesse.

Mme le Dr Eva Polirztok, merci pour bien plus que l'apprentissage de l'orthopédie pédiatrique !

Mrs les Docteurs Nicolas Berthe et Olivier Larmure, pour l'apprentissage de la chirurgie viscérale pédiatrique.

A tous les internes devenus docteurs qui ont jalonné mon externat et m'ont permis d'être le médecin que je suis aujourd'hui.

A toutes les équipes des différents services dans lesquels j'ai gravité : auxiliaires, infirmières, puéricultrices, sages-femmes, nounous, kinés, secrétaires, éducatrices, psychologues, assistantes sociales, les vertes, roses, blanches... Merci d'avoir partagé le quotidien ensemble, merci pour nos efforts conjoints afin d'offrir le meilleur à nos patients, merci aussi pour vos amitiés, votre soutien, nos fous rires...

A mes proches et amis :

A mes cointernes, Pierre, Hélène, Christelle, Isabelle, Julie, Mathilde, Pierre, Céline, Sonia, Jordan et ceux rencontrés au cours des différents stages, merci pour les moments partagés avec chacun et notre entraide au cours de l'internat.

A Valérie pour ces mois passés ensemble dans les « héberg », ils resteront un super moment.

A Léonid, pour avoir été mon dernier co-interne, avoir supporté seul mes bons et moins bons jours pendant l'écriture de ce travail, pour ta gentillesse et ta bonne humeur.

A toute la promo de pédiatrie 2012, Anne, Perrine, Aurélie, Isabelle, Maelle, Isabelle, Clémence, Arnaud, Tara, Karen, Stéphanie. Nous avons ri et grandi ensemble, merci.

A la team POSU: Pauline pour ton dynamisme, ta gentillesse à toute épreuve (dont les externes se souviennent), ta bonne humeur ; Julie pour ton sourire, et tes jeux de mots, ceux réussis et ceux un peu moins ; Emilie pour ton soutien et ta bonne humeur parfois dissimulée, Solveig pour ton dynamisme et ta bonne humeur, Saïd pour avoir survécu à cette équipe de filles parfois insupportables. Merci pour nos fous rires et tout ce que nous avons partagé. Ces 6 mois ont été géniaux grâce à vous !

A mes amies de longue date, Amandine, Angéline et Carole. Les moments que nous avons passé ensemble restent gravés dans ma mémoire. Merci pour les questionnements, les peines et les joies déjà partagées et ceux à venir.

A mes amis rencontrés en Lorraine,

Marie, merci pour ton sourire et ta douceur. J'ai hâte de poursuivre l'aventure avec toi.

Stéphanie, petite fée clochette, merci pour tous les rires et moments partagés ensemble.

Karen, merci pour ta bonne humeur, ta gentillesse et ta force. Ces années d'internat n'auraient pas été les mêmes sans toi.

Maelle, merci pour tout ce que tu es, d'être toujours là quoi qu'il advienne. A tout ce qu'il nous reste à partager ensemble...

A la team Thionville

Lucas, pour ton dynamisme, ta bonne humeur sans faille, ta capacité à être là lorsque l'on a besoin de toi, merci.

Meryem, pour ta force, ton soutien, ta confiance en moi, ton caractère... Je suis fière de te compter parmi mes amis.

Aurélie, ma girafe blonde qui ne l'est plus... Merci pour tout, ta gentillesse, ta bonne humeur, ton sourire, ton soutien... Ta rouquine forever.

Perrine, ma marseillaise parfois râleuse. Merci pour tout ce que nous avons partagé ensemble, nos fous rires, les moments parfois plus difficiles, ton soutien et ta bonne humeur. Pour tout ce qu'il nous reste à partager...

Anne, ma petite Anne. Je me souviens de notre première soirée lors des premiers choix. Notre amitié a bien grandi et continue à grandir. Merci pour tout ce que tu m'as apporté et tout ce

que tu m'apportes, nos rires, nos confidences. Et cela ne fait que commencer ☺. Du fond du cœur...

Tara. Nous avons passé tellement de moments ensemble pendant ces 4 ans. Merci pour ta gentillesse, ton soutien à toute épreuve, ta bonne humeur, les bêtises racontées et réalisées ensemble (je te confierai n'importe quelle déco les yeux fermés... ;) ta capacité à rendre les choses plus belles et plus faciles. Tu es une de mes plus belles rencontres.

A ma famille

A Marine, Phil et Blaise, mes quasi-frères et sœurs. Merci pour tous les moments partagés ensemble. Vous êtes loin d'être « quasi » à mes yeux.

A Pascale, pour ton soutien, ta gentillesse et tout ce que tu m'as apporté.

A mes beaux-parents, Annie et Edmond. Merci de m'avoir adoptée dans votre famille, d'être présents quoi qu'il arrive, d'être vous tout simplement.

A Emilie, pour tes câlins, ta gentillesse, ton dynamisme, ton sourire. Merci de faire partie de ma vie. A Eléonore. Merci de faire partie de ma vie. Merci pour nos confidences, nos fous rires, notre complicité si belle. Vous êtes mes sœurs de cœur.

A mon parrain Laurent, pour avoir toujours été là, pour m'avoir aidé à me construire et la fierté dans tes yeux. Merci.

A Stéphanie, Marie Camille et mon filleul Maxime, merci d'être ce que vous êtes, tout simplement.

A ma tante, Joëlle, merci pour ton soutien durant toutes ces années.

A ma maman, pour son rôle dans ma vie et sans qui je ne serais pas la femme que je suis aujourd'hui.

A mon papa. Merci pour m'avoir appris que l'on peut toujours faire mieux, pour m'avoir soutenue, pour continuer à le faire, pour m'avoir aidé à devenir ce que je suis.

A mes grands-parents. Aucun mot n'est assez fort pour vous exprimer ma gratitude et mon amour. Merci pour votre ouverture d'esprit que vous m'avez j'espère transmis, votre amour et votre soutien indéfectibles. Du fond du cœur merci.

A mon frère, Alexandre. Je suis fière d'être ta grande sœur. Merci pour ce que tu es, pour tous les moments que nous avons passés ensemble. Merci de m'avoir laissé te chouchouter pendant toutes ces années et de me laisser le faire encore J'ai tellement hâte de voir ce que la suite nous réserve.

A ma meilleure amie Célia. Pour tous ces bons (et parfois moins) moments de la vie passés ensemble depuis tant d'années. A nos confidences, à nos fous rires, à notre complicité que nulle distance n'a su éteindre, à tout ce que nous avons partagé et ce qu'il nous reste à partager. Tu es mon autre. A notre amitié, du fond du cœur.

A ma petite sœur Clémence. Notre complicité est un des piliers de ma vie. A tout ce que nous avons vécu ensemble, tout ce que nous partageons et ce qu'il nous reste à partager. Les mots

sont insuffisants pour t'exprimer ce que je ressens. Tu es un des plus beaux cadeaux que la vie m'ait offert.

A mon mari,

Arnaud, merci tout simplement. Ta confiance et ton amour indéfectibles m'ouvrent des chemins dont je n'aurais osé rêver, tu fais de moi un tout. Quelle que soit les directions que nous choisirons, tout ira bien tant que nous sommes ensemble. Tu me combles de bonheur un peu plus chaque jour. Je t'aime, jusqu'à ce que la mort nous sépare, et plus si affinités... ;-)

A ceux que j'oublie...

Aux enfants,

Un grand merci !

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	22
INTRODUCTION DETAILLEE	23
ARTICLE	45
DISCUSSION.....	70
INDEX DES ANNEXES	75
BIBLIOGRAPHIE	103

ABREVIATIONS

ADN : Acide Désoxyribo-Nucléique

ASM : Agression Sexuelle sur Mineur

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

GHB : acide Gamma-HydroxyButyrique

HPV : Human papilloma Virus

HTLV : Human T Lymphotropic Virus

INTI : Inhibiteur Nucléotidique de la Transcriptase Inverse

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

ONDRP : Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION DETAILLEE

Sommaire

1. Définitions des agressions sexuelles sur mineurs	26
1.1 Selon le code pénal	26
1.1.1 Le viol	26
1.1.2 Les autres types d'agressions sexuelles	26
1.2 Définitions chez l'enfant	27
2. Epidémiologie	28
2.1 Les chiffres de la justice en France.....	28
2.2 Les chiffres selon les études	28
2.3 Chez les mineurs.....	29
3. Prise en charge des agressions sexuelles chez le mineur	30
3.1 Contexte initial	30
3.1.1 Circonstances de découverte	30
3.1.2 A qui adresser l'enfant ?.....	31
3.2 Anamnèse	32
3.2.1 Techniques d'entretien	32
3.2.2 Eléments à rechercher	32
3.3 Examen clinique	33

3.3.1	Modalités	33
3.3.2	Examen général	34
3.3.3	Examen de la sphère génitale	35
3.4	Prélèvements.....	36
3.4.1	Prélèvements à visée médico-légale.....	37
3.4.2	Prélèvements à visée médicale	38
3.4.3	Interprétation des résultats	39
3.5	Prise en charge médicale et judiciaire	39
3.5.1	Prévention des IST et de la grossesse.....	39
3.5.2	Prise en charge psychologique	40
3.5.3	Signalement aux autorités	41
4.	Problématique	44

1. Définitions des agressions sexuelles sur mineurs

1.1 Selon le code pénal

L'article 222-22 du code pénal définit comme agression sexuelle « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ».

La contrainte suppose l'existence de pressions physiques ou morales. On parle de menace lorsque l'auteur annonce des représailles si la victime refuse. On parle de surprise lorsque l'auteur utilise des moyens pour surprendre la victime ou lorsque la victime est inconsciente ou alcoolisée.

Il existe différents types d'agressions sexuelles : le viol, les attouchements, les caresses de nature sexuelle ou encore l'exhibitionnisme. La loi distingue le viol des autres types d'agressions sexuelles.

1.1.1 Le viol

Le viol est un crime, il est jugé à la cour d'assise. Il est défini par le code pénal comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise » (article 222-23).

Tout acte de pénétration sexuelle est visé : vaginale, anale ou buccale, notamment par le sexe de l'auteur mais il peut s'agir également de pénétrations digitales ou au moyen d'un objet.

Il s'agit d'un viol aggravé si la victime a moins de 15 ans ou si l'agresseur est un ascendant légitime, naturel ou adoptif d'une manière quelconque sur la victime. ([1])

1.1.2 Les autres types d'agressions sexuelles

Les autres agressions sexuelles sont des délits. Elles sont définies comme « un acte à caractère sexuel sans pénétration commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise » (article 222-26).

Il existe les agressions sexuelles avec contacts corporels sans pénétration, avec là aussi des circonstances aggravantes si la victime est un mineur de moins de 15 ans.

Enfin il y a les actes sans contacts corporels également punis par la loi comme par exemple les exhibitions sexuelles.

En réalité même si l'acte est commis sans violence, contrainte, menace ni surprise, il s'agit d'une infraction si la victime est un mineur de moins de 15 ans (article 227-25). ([1])

1.2 Définitions chez l'enfant

Les agressions sexuelles de l'enfant et de l'adolescent sont définies comme la participation d'un sujet mineur à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son développement psychosexuel, qu'il subit sous la contrainte, par violence ou séduction, ou qui transgressent les tabous sociaux. Ces agressions incluent les actes comportant un contact physique comme cités précédemment et ceux qui se déroulent à travers une interaction visuelle, verbale ou psychologique (exhibition, réalisation d'une image pédopornographique, message téléphonique obscène, demande de masturbation...).

Elles doivent être différenciées des jeux sexuels qui concernent de jeunes enfants au même stade de développement, découvrant leur anatomie génitale dans un intérêt mutuel, sans contrainte ni pénétration sexuelle ([2], [3]).

2. Epidémiologie

2.1 Les chiffres de la justice en France

Les violences sexuelles constituent un réel problème de santé publique avec 28296 faits de violences sexuelles dont 6313 viols sur mineurs et 10689 autres types d'agressions sexuelles sur mineurs en France en 2013 (chiffre enregistré par la police et la gendarmerie nationale de février 2013 à février 2014, rapport de l'ONDRP). Il s'agit de chiffres probablement sous évalués du fait du nombre d'agressions sexuelles commises qui ne feront jamais l'objet d'un signalement.

2.2 Les chiffres selon les études

Il existe un écart important entre les chiffres publiés par la justice et ceux retrouvés dans les études, probablement dû, notamment, au nombre d'agressions sexuelles révélées à un tiers mais jamais signalées aux autorités.

Les caractéristiques de la victimisation sexuelle rentrent directement en compte : la gravité de l'agression, l'âge de la victime, le caractère unique ou chronique, les circonstances de son développement sont des éléments dont dépends la révélation des faits et son délai.

Dans ce cadre, s'il s'agit d'un viol ou tentative de viol sur des enfants, selon certains auteurs, de 30% à 72% d'entre eux ne révéleront pas les faits. ([4])

De plus, les études entre elles retrouvent des taux de prévalence qui peuvent varier de manière importante du fait que les critères de définition des agressions sexuelles ainsi que les méthodes de recueil sont variables.

2.3 *Chez les mineurs*

Une enquête regroupant 19 pays, datant de 1994, observe des taux de 7 à 36% d'antécédents d'agression sexuelle chez les femmes et 3 à 29% chez les hommes. ([5])

Une autre étude internationale plus récente, reprenant 55 études sur 24 pays, observe des taux de prévalence tournant autour de 8 à 31% d'antécédents de victimisation sexuelle dans l'enfance pour les femmes et de 3 à 17% pour les hommes. ([6])

Les taux moyens sont similaires dans une autre étude, où selon des auto-questionnaires, 12,7% des personnes interrogées ont subi des antécédents de violence sexuelle dans l'enfance (18% de femmes et 7,6% d'hommes). ([7])

En France, l'enquête nationale sur les violences sexuelles envers les femmes observe un taux de 6% de femmes présentant des antécédents d'agression sexuelle, autre que le viol, avant l'âge de 18 ans, et 3,7% présentant des antécédents de viols ou tentative de viol avant le même âge.

Au total, 9,7% des femmes en France auraient été victimes d'agression sexuelle en étant mineure.

En ce qui concerne les hommes, environ 4,6% auraient été victimes d'agressions sexuelles avant l'âge de 18 ans. ([8])

3. Prise en charge des agressions sexuelles chez le mineur

3.1 Contexte initial

3.1.1 Circonstances de découverte

Les circonstances dans lesquelles un médecin peut être amené à suspecter une agression sexuelle chez un enfant ou un adolescent sont variables.

Le mineur peut dénoncer des faits d'agressions sexuelles dont il vient d'être victime ou consulter pour des faits anciens qu'il vient de révéler.

Lorsque l'abus sexuel n'est pas directement verbalisé, l'enfant ou l'adolescent peut s'exprimer à travers des plaintes somatiques ou des troubles des conduites qui peuvent motiver la consultation ([2]).

Ceux-ci peuvent être classés, de façon non exhaustive, selon l'âge de l'enfant. Les enfants d'âge préscolaire peuvent présenter un comportement agressif ou renfermé, une attitude sexuelle explicite soudaine en désaccord avec leur développement psycho-affectif, des troubles du sommeil, une énurésie et/ou une encoprésie secondaires.

Les enfants en âge d'être scolarisés peuvent être sujets à l'absentéisme, à l'échec scolaire, à la transgression des limites, présenter des attitudes sexuelles discordantes avec leur âge ou une identité sexuelle confuse.

Chez les adolescents, on peut retrouver une déscolarisation, une dépression, un trouble anxieux, des troubles du comportement affectif, des névroses post-traumatiques, des idéations suicidaires pouvant mener à des tentatives de suicide. Il est également rapporté l'augmentation des conduites addictives (alcool, tabac, substances illicites) et de troubles du comportement (vol, fugues, etc.) ([9]).

Il existe donc une multitude de signes et de symptômes pouvant faire évoquer la possibilité d'une agression sexuelle sur mineur (ASM), et aucun, pris isolément, ne permet d'affirmer le diagnostic.

3.1.2 A qui adresser l'enfant ?

Lorsqu'une agression sexuelle sur mineur est suspectée, la question des conditions de l'examen se pose : à qui, où et dans quel délai adresser l'enfant. Ces questions amènent elles-mêmes d'autres interrogations : de quand dateraient les faits, des mesures de protection de l'enfant, des bilans et/ou des soins sont-ils nécessaires ?

Le délai entre les faits et la consultation est un argument majeur pour décider de l'orientation du mineur. En effet, en cas de contact sexuel récent, il est recommandé de réaliser les prélèvements médico-légaux dans les 72 heures après l'exposition. Passé ce délai, la probabilité d'objectiver la présence de matériel biologique est faible ([10],[11]). De plus, il est possible que, dans ces circonstances, l'enfant allègue une plainte somatique (douleurs génitales et/ou anales) ou présente une lésion aiguë nécessitant un examen physique et des soins rapides ([12]).

Toutefois, la prise en charge dans un service d'urgences pédiatriques doit, même dans ce cadre, rester une exception ([13], [14]). En effet, en dehors de la nécessité de soins cliniques urgents, la réalisation de l'examen clinique lors d'un rendez-vous programmé, par un médecin entraîné dans des locaux adaptés doit être privilégiée. Cette attitude a pour objectif de limiter les examens itératifs non bénéfiques pour l'enfant. Il est donc préférable de différer l'examen de quelques heures que de se précipiter sur un examen immédiat mal fait ([3]).

3.2 Anamnèse

3.2.1 Techniques d'entretien

La présence des parents doit être, si possible, évitée pendant la durée de l'entretien, afin de limiter l'influence que ceux-ci peuvent exercer sur le discours de l'enfant.

La première partie de l'entretien a pour but la mise en confiance de l'enfant. Celle-ci peut être facilitée par une discussion sur les activités de l'enfant, ses conditions de vie en général. Elle permet également d'évaluer son niveau de développement et son état psychologique.

La seconde étape aborde l'agression sexuelle proprement dite en commençant par un récit totalement libre de l'enfant si cela est possible. Il est recommandé de retranscrire entre guillemets le terme utilisé par l'enfant pour désigner la région génitale.

L'utilisation de poupées, de dessins ou de jeux peut également aider l'enfant à s'exprimer. Il est alors recommandé de noter ce que le mineur a dit à propos de son dessin ou de ses jeux dans le dossier.

S'il est nécessaire de faire préciser certains points, il faut privilégier le recours à des questions ouvertes (« peux-tu me raconter ce qu'il s'est passé ») et spécifiques (« as-tu vu son sexe ») en utilisant le vocabulaire de l'enfant ([2], [3], [15]).

L'entretien avec l'accompagnant permettra de préciser les informations non fournies par l'enfant (conditions de vie, antécédents, chronologie, etc.).

3.2.2 Eléments à rechercher

Au terme des entretiens avec l'enfant et l'accompagnant, plusieurs éléments doivent avoir été précisés.

En ce qui concerne l'agression, plusieurs points sont nécessaires : agression unique ou répétée ; date, heure, lieu et circonstances de l'agression ; nature de l'agression

(attouchements, pénétration sexuelle, éjaculation, port de préservatif) ; menaces, violences associées ; liens entre la victime et l'auteur.

Les antécédents personnels, notamment de traumatisme ou d'opérations chirurgicales au niveau de la sphère génito-anale, ([16]) doivent être recueillis. Les conditions de vie et l'environnement familial de l'enfant sont également des données importantes à préciser.

Dans le cas où la victime est pubère, la date des premières et des dernières règles, ainsi que des derniers rapports sexuels consentis doivent être recherchées.

L'entretien doit également permettre de dépister la présence de symptômes cliniques tels que des douleurs ano-génitales, des saignements, des signes fonctionnels urinaires et préciser leur chronologie par rapport à l'agression ([2], [9], [13],[16]).

3.3 Examen clinique

3.3.1 Modalités

L'examen clinique doit comporter un examen somatique général ainsi qu'un examen ano-génital.

L'examen général recherche des traces de violences, en particulier dans les zones fréquemment atteintes dans ce type d'agression : visage, examen endobuccal et de la face interne des lèvres, poitrine, face interne des jambes.

Chez la fille pré pubère, l'examen génital est réalisé en décubitus dorsal, jambes fléchies et les plantes de pied se touchant (position dite de la grenouille, Annexe I). La visualisation des différentes structures anatomiques, et notamment de l'hymen, est possible grâce à une manœuvre de séparation puis de traction des grandes lèvres sous bon éclairage (Annexe I) ([2],[17]). L'utilisation d'un colposcope peut permettre d'améliorer les conditions d'examen. La mise en position genu-pectorale (Annexe I) peut également faciliter la

visualisation des structures. L'examen au speculum et le toucher vaginal ne doivent pas être réalisés sans anesthésie générale ([18]).

L'examen d'une adolescente peut être réalisé en position gynécologique. L'utilisation d'une sonde à ballonnet peut s'avérer utile pour visualiser l'hymen (Annexe II) ([2], [14]).

Chez le garçon, il est nécessaire d'examiner les organes génitaux externes dans leur totalité.

L'examen anal peut être réalisé en décubitus latéral et se limite essentiellement à une inspection sous bon éclairage. La réalisation d'un toucher rectal dans ce cadre n'est pas consensuelle ([2], [3], [18]).

L'examen doit également permettre d'évaluer le stade de maturation sexuelle selon les stades de Tanner (Annexe III).

3.3.2 Examen général

L'appréciation du comportement de la personne fait partie intégrante de l'examen clinique (mutisme, repli sur soi, difficulté à se détendre, à se laisser examiner, agressivité, angoisse, etc.). Ces éléments peuvent figurer dans le rapport et contribuer à une éventuelle évaluation du retentissement psychologique.

Les lésions cutanéomuqueuses doivent être recherchées sur l'ensemble du corps. Le type de lésions, leur taille et leur situation doivent être détaillés. Il est important de rechercher des lésions au niveau des zones de préhension (aisselle, poignet, cou) et au niveau des seins chez la femme. La cavité buccale doit être examinée à la recherche de blessures au niveau de la face interne des joues et du frein de la langue ([19], [20]).

Il convient également de rechercher d'éventuelles traces de sperme ou poils de couleurs différentes ([19]).

3.3.3 Examen de la sphère génitale

Chez la petite fille et l'adolescente, l'examen commence par l'inspection de la face interne des cuisses et de la vulve à la recherche de toute trace suspecte.

L'examen de l'hymen est important et doit toujours être réalisé. Celui-ci peut présenter de multiples configurations (Annexe IV). Les plus fréquemment rencontrés sont les hymens annulaires et semi-circulaires postérieurs (Annexe V).

Lorsqu'on décrit l'hymen, son type, son bord libre, la forme de son orifice hyménal sont détaillés. 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 femme est en position gynécologique.

La défloration médico-légale correspond à une à une interruption complète du tissu hyménal jusqu'à la paroi vaginale ([2]), que l'on nomme également déchirure. Les déchirures traumatiques résultant d'une pénétration vaginale sont plutôt observées sur le cadran hyménal postérieur, soit entre 3 et 9 heures, notamment entre 5 et 7 heures.

Le bord libre de l'hymen peut également être porteur d'encoques, d'incisures ou de fissures. L'encoche hyménale est définie comme une angulation en forme de "V", une déhiscence incomplète, sur le bord libre de la membrane hyménale. Elle 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. L'incisure se définit comme une déhiscence incomplète du bord libre atteignant un tiers de sa hauteur. L'entaille hyménale est une déhiscence ou encoche atteignant la moitié de la hauteur hyménale ([19], [21]). Ces lésions sont dites physiologiques, avec des berges mous, arrondies (Annexe VI).

L'absence de déchirures traumatiques, récentes ou anciennes, ne permet pas toujours de conclure à l'absence de pénétration vaginale. En effet, il existe des hymens compliants qui peuvent se distendre sans se déchirer ([2], [3], [19]).

Il est à noter que la masturbation, l'introduction d'objets, l'utilisation de tampons périodiques internes, la gymnastique ou l'équitation n'entraînent pas de déchirure hyménale complète.

Chez le garçon, il faut, comme chez la fille, il faut examiner le pubis à la recherche de poils de couleurs différentes ou de dépôt de substances. Il faut ensuite examiner les faces de la verge non décalottée et décalottée, si cela est possible, ainsi que le scrotum et l'orifice urétral à la recherche de plaies, présence de sang, déchirure du frein, du prépuce ou œdème ([19]).

Au niveau de la marge anale, plusieurs lésions peuvent être retrouvées (plaies, abrasions, ecchymoses, fissures, ulcérations, marisques, etc.) ([2], [3]) (Annexe VII).

Une fissure est une « fente » superficielle au niveau de la peau péri anale sans extension au tissu sous cutané. Au contraire, une lacération est une plaie profonde atteignant le tissu sous-cutané.

Il n'est pas rare d'observer une béance anale, qui peut être favorisée par la présence de selles dans l'ampoule rectale et/ou par la position d'examen, sans que celle-ci puisse être considérée comme secondaire à une agression ([2], [22]).

Le toucher rectal, si l'enfant le tolère, peut permettre de juger la tonicité anale, de dépister des lésions plus profondes si le doigtier revient tâché de sang ([3]).

3.4 Prélèvements

Les prélèvements complètent l'examen clinique et sont réalisés dans deux buts : un but médico-légal, à la recherche de preuves, et un but médical pour évaluer le statut sérologique, et faire un bilan de référence pour la poursuite du suivi. Tout prélèvement est réalisé avec des

gants, sans talc idéalement. Il doit être identifié, numéroté, étiqueté, et répertorié par le praticien qui le réalise. Ces prélèvements seront scellés s'ils ont un but médico-légal.

Dans ce cadre, la réalisation des prélèvements par un médecin légiste est à privilégier pour s'assurer d'une réalisation pratique correcte ([20]).

3.4.1 Prélèvements à visée médico-légale

Si l'agression date de moins de 72 heures, il s'agit d'une urgence médico-légale. La consultation réalisée dans les plus brefs délais permet la réalisation de plusieurs prélèvements :

- des prélèvements à visée génétique : ils recherchent l'acide désoxyribonucléique (ADN) de l'agresseur et sont réalisés à l'aide d'un écouvillon, sur tous les sites au niveau desquels l'agresseur potentiel aurait pu « déposer » son ADN. Les cheveux ou poils découverts sur la victime et/ou sur ses vêtements sont également prélevés. Ils seront conservés dans une enveloppe kraft, à température ambiante. Il est également nécessaire de réaliser un prélèvement sanguin ou un grattage de la face interne des joues avec une cytobrosse (2 prélèvements de chaque côté) de la victime à des fins d'identification et de comparaison avec les éventuelles empreintes génétiques retrouvées ([19], [20]). Le choix des sites de prélèvements pour l'analyse génétique est orienté selon les déclarations de la victime (vulve et périnée, culs-de-sac vaginaux antérieur et postérieur, parois vaginales, endocol utérin, exocol utérin, anus, bouche, peau, 4 écouvillons par site) ([3], [23]) (Annexe VIII).
- des prélèvements à la recherche de spermatozoïdes : l'échantillonnage peut se faire à l'aide d'une pipette, puis étalé sur une lame et fixé à la laque ou à l'aide d'un coton-tige, ou d'un écouvillon sec (séché à l'air libre 30 à 60 minutes avant d'être replacé dans son tube protecteur puis conservé au congélateur à -18°C). Tout comme les

analyses génétiques, les sites de prélèvements sont fonction des déclarations de la victime ([19], [20]).

- des prélèvements en vue d'analyses toxicologiques : sanguins, urinaires et/ou de cheveux selon le contexte. Les prélèvements sont à acheminer sans délai avec un maximum de renseignements ([3], [19]). La recherche standard recommandée comprend le dosage de l'éthanol, du cannabis, des benzodiazépines, des hypnotiques, des amphétamines et de ses dérivés, du GHB, des autres stupéfiants, de l'atropine, de la scopolamine, des substances volatiles et un screening large des médicaments ([24]).

Dans le cadre d'une agression ancienne, les prélèvements ADN n'ont pas lieu d'être. Par contre, sur le plan toxicologique, des prélèvements de cheveux peuvent être intéressants en fonction du contexte.

3.4.2 Prélèvements à visée médicale

Les paramètres suivants doivent être étudiés afin de décider quelles pathologies rechercher, quand et où les rechercher : le statut sérologique de l'auteur s'il est connu, l'âge de l'enfant, le type de contact sexuel allégué, le délai depuis la dernière agression, la présence de signes cliniques, la prévalence des maladies sexuellement transmissibles dans la communauté où vit l'enfant ainsi que les craintes exprimées par la famille ([18]).

Le bilan sérologique initial comprend : Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) 1 et 2, syphilis (VDRL-TPHA), HTLV, hépatite B (AgHBs, Ac anti-HBc et Ac anti-HBs si absence de vaccination ou statut vaccinal inconnu), et hépatite C. Ces sérologies seront renouvelées 1 mois et 3 mois après la date des faits.

Les prélèvements locaux doivent être adaptés selon le contexte. Ils sont réalisés au niveau de l'endocol, de l'anus et/ou de la gorge en fonction des circonstances, pour la recherche de mycoplasmes, *Chlamydiae* et gonocoque.

Chez l'adolescente, un bilan à la recherche d'une grossesse est également indiqué.

Un bilan pré-thérapeutique est également nécessaire si un traitement antirétroviral est indiqué.

3.4.3 Interprétation des résultats

Approximativement 5% des enfants ayant subi une ASM acquièrent une infection sexuellement transmissible (IST) suite à cette agression ([25]). Les recommandations publiées par la société américaine de pédiatrie pour la prise en charge des ASM indiquent la conduite à tenir en fonction de l'IST retrouvée (Annexe IX).

Dans le cas d'études sur Human Papilloma Virus (HPV), celui-ci est retrouvé chez un nombre non négligeable d'enfants ayant subi une ASM ([26]). Toutefois, le mode de transmission d'HPV chez l'enfant restant encore incertain, particulièrement chez les jeunes enfants ([27], [28]), la présence d'HPV au niveau génital n'est pas suffisamment spécifique pour diagnostiquer une ASM de façon certaine, contrairement à une infection gonococcique ou à *Chlamydia*.

3.5 *Prise en charge médicale et judiciaire*

3.5.1 Prévention des IST et de la grossesse

L'antibiothérapie prophylactique des infections bactériennes n'est pas recommandée du fait de l'incidence faible des infections sexuellement transmissibles chez l'enfant après une ASM, du moindre risque d'infections ascendantes chez l'enfant pré pubère et de la meilleure adhésion au suivi ([29]).

Un traitement antirétroviral doit être mis en place chez l'enfant s'il existe la notion d'une pénétration ou d'une fellation sans préservatif lors de l'agression, avec ou sans éjaculation, au plus tard 48 heures après les faits. S'il existe un doute, le risque maximal doit être pris en compte dans un premier temps. Le traitement pourra être réduit ou arrêté en

fonction des informations supplémentaires ([30]). En pratique, deux inhibiteurs nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI) et un inhibiteur de la protéase sont administrés en association et poursuivis pendant 4 semaines si le statut de l'agresseur se révèle positif ou demeure inconnu (Annexe X). Une surveillance clinique et biologique est préconisée ([2], [30]). Chez l'adolescent pubère, les indications d'un traitement antirétroviral sont les mêmes que chez l'adulte (Annexe XI) ([19]). Le traitement comporte également l'association de deux INTI avec un inhibiteur de la protéase. Dans tous les cas, ce traitement est à discuter avec un médecin référent VIH.

Une prévention de la séroconversion de l'hépatite B peut être réalisée dans les 48 heures suivant l'agression en fonction du statut vaccinal de la victime. Elle comporte une injection intramusculaire d'immunoglobulines anti-HBs et une injection d'une dose de vaccin ([2], [19]).

En l'absence de contraception efficace chez une jeune fille pubère, une contraception d'urgence monodose par lévonorgestrel 1,5 mg peut être proposée, en fonction des faits allégués, si l'agression date de moins de 72 heures ([2], [20]).

3.5.2 Prise en charge psychologique

Peu de traitements ont fait la preuve scientifique de leur efficacité à aider les victimes de maltraitances d'abus sexuels à se reconstruire, les thérapeutiques pharmacologiques pouvant jouer un rôle d'appoint ponctuel sur les phénomènes anxieux et dépressifs, ainsi qu'un rôle d'abrasion de comportements indésirables tels que des états d'agressivité ou d'agitation. Il existe un consensus pour affirmer que, dans les situations de violences sexuelles chez les enfants, parallèlement à la démarche judiciaire une démarche médico-psycho-sociale concertée et pluridisciplinaire est indispensable, afin d'aider l'enfant à surmonter le mieux possible les multiples difficultés auxquelles il se retrouve confronté. En France, au Canada et

en Grande-Bretagne, des centres spécialisés ont été créés. Leur objectif est de regrouper en un lieu unique les différents soutiens nécessaires aux enfants victimes. En France, dans plusieurs villes universitaires, des centres d'accueil des victimes d'agression sexuelle et de maltraitance fonctionnent actuellement en milieu hospitalier ; les modalités de prise en charge vont, en fonction du contexte, de la prise en charge individuelle à la prise en charge en thérapie familiale (dans différentes configurations : thérapie de la fratrie, du couple parental), thérapies s'adressant à des groupes de mineurs. Ces structures contribuent à protéger l'enfant d'éventuelles conséquences graves de ses révélations : des représailles pour lui-même, un désordre ou un éclatement familial. Un accompagnement tout au long des procédures judiciaires est proposé ; cet accompagnement doit se poursuivre après la fin du procès, pour accompagner les conséquences du verdict : que ce soit la condamnation des auteurs, une sur- ou sous-estimation de la peine, ou encore un acquittement faute de preuves ([31]).

3.5.3 Signalement aux autorités

En cas de forte présomption d'ASM, un signalement doit être réalisé. Celui-ci est réalisé par le médecin auprès du procureur de permanence du tribunal le plus proche ([3]). Selon la loi, pour rédiger un signalement, il n'est pas nécessaire d'obtenir le consentement de la victime si elle est mineure (< 18 ans). Depuis la loi du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance, cette règle s'applique aussi pour les mineurs de plus de 15 ans. De même, 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. Toutefois, il est utile d'avoir au préalable expliqué au mineur et aux parents l'intérêt de la décision de signaler.

Le signalement est un acte professionnel écrit présentant, après évaluation, la situation d'un enfant en danger qui nécessite une protection judiciaire. Il est recommandé de :

- compléter précisément tous les éléments d'identité du mineur, en précisant éventuellement sa place dans la fratrie ;
- préciser la date et l'heure du signalement, le lieu de l'examen ;
- mentionner uniquement ce qui a été rapporté, entendu ou constaté par le médecin ;
- décrire précisément l'examen médical (signes physiques et psychiques) sans donner d'interprétation personnelle ;
- rapporter exactement les propos du mineur en respectant la formulation utilisée par le mineur et/ou par la personne qui l'accompagne, en utilisant le conditionnel (ex. la mère nous a rapporté que le mineur aurait présenté tel signe...) et en mentionnant tous les propos entre guillemets (par exemple on peut utiliser la mention (l'enfant a dit « ... »), sans ajouter d'interprétation personnelle ;
- mentionner un auteur présumé uniquement si l'enfant ou l'accompagnant l'a nommé dans ses propos et le faire figurer toujours entre guillemets (ex. « le parent m'a dit « » ») ;
- ne pas qualifier l'infraction (viol, agression sexuelle), cette précision relevant des compétences de l'autorité judiciaire ;
- mentionner, également entre guillemets, les propos d'un tiers accompagnateur s'ils ont un intérêt.

Un formulaire de « signalement type » élaboré en concertation par le ministère de la Justice, le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, le ministère délégué à la Famille, le Conseil national de l'ordre des médecins et les associations de protection de l'enfance est disponible sur le site du Conseil national de l'Ordre des médecins (Annexe XI).

Le médecin n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour faire un signalement. Dans le cas où un parent décide de déposer plainte contre l'auteur

présupposé, cette démarche ne dispense pas le médecin de faire un signalement en parallèle. Dans le cadre d'un signalement pour maltraitance, le médecin étant délié du secret professionnel par **l'article 226-14** du Code pénal, il ne pourra pas faire l'objet d'une condamnation pour violation du secret professionnel. En cas de plainte pour dénonciation calomnieuse, il faut savoir que cette infraction est définie à **l'article 226-10** du Code pénal. Elle ne peut entraîner une condamnation que s'il est prouvé que la personne qui signale savait que les faits dénoncés ont un caractère totalement ou partiellement inexact.

Indépendamment du signalement, si une protection urgente est nécessaire, une hospitalisation est recommandée, éventuellement sous un prétexte médical.

S'il existe un doute ou un questionnement sur la situation du mineur, il est possible de transmettre une information préoccupante à la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP), créée par la loi du 5 mars 2007 au sein de chaque conseil départemental ([15]).

L'instrumentalisation des ASM dans des procédures de divorce conflictuelles est fréquente et la demande d'examen d'un enfant après le droit de visite chez un des conjoints est devenu un « classique ». Ces cas nécessitent de rester vigilants, des ASM indiscutables ayant lieu dans ce genre de situation. Mais il faut également savoir temporiser l'examen pour le réaliser rapidement, et non dans l'urgence ([3], [18]).

4. Problématique

Les ASM touchent une partie non négligeable de la population avec une prévalence, en fonction des pays, variant de 2 à 4 % des garçons et de 4 à 8 % des filles de moins de 16 ans. La mise en évidence d'anomalies ano-génitales représente moins de 20% des cas ([3], [32]). Les signes physiques étant rares et l'ADN moins fréquemment utile que chez l'adulte, il est très souvent difficile d'affirmer ou d'infirmer les faits allégués et d'identifier des éléments objectifs, souvent réclamés par les magistrats.

En 2011, la réforme de l'organisation de la médecine légale en France a permis l'uniformisation des unités médico-judiciaires (UMJ) hospitalières ([33]), dédiées à la seule médecine légale du vivant, et contribuant à l'harmonisation des pratiques sur le territoire national ([3]). Dans ce cadre, les examens cliniques des enfants pour lesquels une ASM est suspectée sont réalisés sur réquisition judiciaire, dans ces structures.

Notre étude a pour objectif l'étude d'une cohorte d'enfants examinés pour suspicion d'ASM, à l'UMJ du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Nancy, sur réquisition, depuis sa création et jusqu'au 31 Décembre 2015.

ARTICLE

Titre : Agressions sexuelles sur mineurs : Etude d'une population d'enfants ayant consulté dans une unité médico-judiciaire hospitalière entre 2011 et 2015.

Titre court : Etude d'une population d'enfants victimes d'agressions sexuelles entre 2011 et 2015.

Title : Child sexual abuse : Description of a French population having consulted in a forensic medical service between 2011 and 2015.

Auteurs

M. HAUET-WIEDEMANN¹, A. WIEDEMANN², A. GATIN¹, E. RENAUD¹, L. LAPP¹, A. FRANCHI³, L. MARTRILLE³, A. BORSA-DORION¹

¹Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy, Service des Urgences Pédiatriques, Rue du Morvan, Nancy, F-54000, France

²CHRU de Nancy, Service de Médecine Infantile, Hôpital d'Enfants, Rue du Morvan, Nancy, F-54000, France

³CHRU de Nancy, Service de Médecine Légale , Rue du Morvan, Nancy, F-54000, France

Adresse email : hauetmathilde@gmail.com

Introduction

Les agressions sexuelles de l'enfant et de l'adolescent sont définies comme la participation d'un sujet mineur à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qu'il subit sous la contrainte, par violence ou séduction, ou qui transgressent les tabous sociaux (1). Ces agressions incluent les actes comportant un contact physique et ceux qui se déroulent à travers une interaction visuelle, verbale ou psychologique (exhibition, réalisation d'une image pédopornographique, etc.). En France, environ 9,7% des femmes et 4,6% des hommes auraient été victimes d'agressions sexuelles en étant mineurs (2). L'âge le plus à risque se situe autour de 10 ans (3).

Les circonstances dans lesquelles un médecin peut être amené à suspecter une agression sexuelle chez un enfant ou un adolescent sont très diverses. Le mineur peut dénoncer des faits d'agressions sexuelles dont il vient d'être victime ou consulter pour des faits anciens qu'il vient de révéler. Lorsque l'abus sexuel n'est pas directement verbalisé, l'enfant ou l'adolescent peut s'exprimer à travers des plaintes somatiques ou des troubles des conduites qui peuvent motiver la consultation (1). Il existe donc une multitude de signes et de symptômes pouvant faire évoquer la possibilité d'une agression sexuelle sur mineur (ASM), et aucun, pris isolément, ne permet d'affirmer le diagnostic. De plus, lors de l'examen clinique réalisé peu de temps après l'agression, la mise en évidence d'anomalies ano-génitales représente environ 20% des cas (3), (4). Il est donc très souvent difficile voire impossible d'affirmer ou d'infirmer des faits d'ASM à partir des données de l'interrogatoire et de l'examen physique.

En 2011, la réforme de l'organisation de la médecine légale en France a permis la mise en place et l'uniformisation des unités médico-judiciaires (UMJ) hospitalières (5), dédiées à la

seule médecine légale du vivant et contribuant à l'harmonisation des pratiques sur le territoire national (3). Dans ce cadre, les examens cliniques des enfants pour lesquels une ASM est suspectée sont réalisés dans ces structures uniquement sur réquisition, c'est-à-dire à la demande de l'autorité judiciaire.

Dans ce contexte, l'objectif de notre étude était la description d'une population d'enfants examinés au sein de l'UMJ du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Nancy pour suspicion d'agression sexuelle.

1. Matériel et méthodes

a. Caractéristiques générales de l'étude et critères d'inclusion

Notre étude était monocentrique, rétrospective et observationnelle. Ont été inclus tous les enfants âgés de moins de 18 ans, ayant consulté pour une suspicion d'agression sexuelle à l'UMJ du CHRU de Nancy, depuis sa création en juillet 2011 jusqu'au 31 Décembre 2015.

Toutes les consultations ont été réalisées sur réquisition judiciaire.

Les enfants ayant consulté pour un autre motif (maltraitance, violences scolaires) ont été exclus.

b. Variables recueillies

Les données ont été recueillies à partir des dossiers de l'UMJ du CHRU de Nancy complétés lors des consultations.

Des données démographiques (âge, sexe) ont été recueillies. Les éléments de l'interrogatoire tels que la date des faits allégués, le lien de connaissance avec l'agresseur, la nature des faits (attouchements, pénétration, menace) ont été pris en compte. Les données de l'examen physique (anatomie normale ou non, présence de traces de violence, anomalie au niveau de l'examen génital) et la réalisation ou non d'examens complémentaires ont également été recueillis, ainsi que la conclusion réalisée par le médecin légiste sur la possible compatibilité entre les faits allégués et les données de l'examen physique.

c. Analyses statistiques

Les données ont été saisies sur Excel 2013® (Microsoft) et analysées avec XLSTAT® (Addinsoft, France, Paris) et SPSS statistics 24® (IBM, USA, Armonk). Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne, médiane, quartile et extrêmes. Les variables qualitatives ont été exprimé en pourcentage, arrondis à la première décimale, permettant une

analyse descriptive de la population des patients inclus, les faits allégués à l'origine du motif de consultation au sein du service de médecine légale ainsi que les observations physiques consignées à l'issu de l'examen clinique.

d. Ethique

Un accord de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) a été demandé en raison de l'utilisation des données personnelles des patients, notamment par le biais des dossiers médicaux.

Résultats

Au total, 404 dossiers d'enfants ayant consulté à l'UMJ du CHRU de Nancy entre juillet 2011 et le 31 décembre 2015 ont été étudiés.

Trois cent vingt-cinq (80,4%) patients étaient de sexe féminin et 79 (19,6%) de sexe masculin. L'âge moyen lors de l'examen clinique était de 121,6 mois, pour un âge moyen lors des faits de 118,9 mois. Le délai moyen entre les faits allégués les plus récents et l'examen médical était de 8,7 mois, avec un délai maximal de 101 mois pour une des patientes.

Trois-cent cinquante-quatre victimes (87,6%) alléguaient connaître leur agresseurs, dont 187 (52,8%) identifiaient un agresseur intrafamilial.

Vingt-et-un enfants avaient bénéficié d'un examen médical précédant l'examen médico-légal pour le même motif. Celui-ci avait été réalisé par un médecin généraliste (9 enfants), un pédiatre (8 enfants), un gynécologue (2 enfants) ou un médecin légiste (2 enfants).

Les gestuelles alléguées par les victimes lors de l'agression sont colligées dans le tableau 1. Parmi les 269 (66,6%) enfants alléguant des attouchements, 95 (35,3%) situaient ceux-ci au niveau de la poitrine, 214 (79,6%) au niveau des organes génitaux externes, 33 (12,3%) au niveau de la sphère anale, et 5 (1,9%) au niveau d'autres zones telles que la bouche. Sur les 59 (14,6%) enfants alléguant une gestuelle de fellation, 52 (88,1%) victimes indiquaient avoir dû réaliser une fellation sur leur agresseur, tandis que 10 (16,9%) précisaient l'avoir subie. Sur les 212 (52,5%) enfants décrivant une pénétration, 163 (76,9%) alléguaient une pénétration vaginale et 73 (34,4%) une pénétration anale. Les caractéristiques de celles-ci sont décrites dans le tableau 2. Sur les 177 (43,8%) victimes indiquant avoir subi des

violences, 122 (68,9%) décrivaient des violences physiques et 67 (37,9%) des violences psychologiques.

Lors de l'examen physique, 132 (32,7%) enfants présentaient des ecchymoses. Chez 10 (7,6%) d'entre eux, celles-ci avaient une signification médico-légale au vu des faits rapportés et de leur localisation, soit 2,5% de toutes les victimes.

Sur les 325 victimes de sexe féminin, 291 (89,5%) ont bénéficié d'un examen des organes génitaux externes. Parmi celles-ci, 34 (11,7%) présentaient une ou plusieurs anomalies à ce niveau, qui étaient localisées au niveau de la fourchette postérieure (15 victimes), des grandes lèvres (9 victimes) ou des petites lèvres (13 victimes). Pour 18 enfants (6,2%), les lésions objectivées étaient considérées comme possiblement en lien avec les faits allégués. Trois victimes étaient porteuses d'une ou plusieurs plaies, 14 présentaient une ou plusieurs érosions et une victime une ecchymose à ce niveau.

Un examen gynécologique a pu être réalisé chez 285 (87,7%) jeunes filles. La description du type d'hymen était renseignée pour 165 de ces victimes (figure 1). Une ou plusieurs anomalies hyménales étaient présentes dans 75 (26,3%) cas. Il s'agissait notamment d'une déchirure hyménale chez 57 victimes (figure 2).

Sur les 285 examens réalisés, 28 (9,8%) étaient considérées comme pathologiques et pouvant être en lien avec les faits allégués par la victime (tableau 3).

L'examen des organes génitaux externes a pu être réalisé chez 73 des victimes de sexe masculin (92,4%). Un seul (1,3%) de ces enfants présentait un érythème à la base du gland, non spécifique d'un traumatisme sexuel.

Au niveau de la sphère anale, 362 examens ont pu être réalisés. Parmi ceux-ci, une ou plusieurs lésions étaient objectivées chez 26 (7,2%) enfants (figure 3), dont 6 (1,9%) pouvant être en lien avec les faits allégués, soit 8,2% des enfants alléguant une pénétration anale. Une enfant présentait une plaie s'étendant du vagin jusqu'au sphincter anal externe, avec pour conséquence, une béance anale.

Un prélèvement sanguin a été réalisé chez 78 enfants, des prélèvements vaginaux dans 56 cas, des prélèvements anaux dans 19 cas (tableau 4). L'âge moyen des victimes ayant bénéficié d'un prélèvement était de 161,4 mois.

L'examineur concluait à une compatibilité entre les faits rapportés ou une partie de ceux-ci et les données de l'examen clinique pour 253 (62,6%) victimes, et à une incompatibilité pour 33 (8,2%) cas. Il était impossible de conclure pour 116 (28,7%) enfants.

Discussion

En fonction des données de notre étude, la victime type d'ASM est une fillette âgée en moyenne de 10 ans, ce qui est concordant avec les données précédemment publiées (3)(6). Ces études indiquent également que les agressions sont plus fréquemment commises par une personne de connaissance, ce qui est confirmé dans notre étude (87,6% des cas).

Le délai moyen entre les faits allégués et l'examen médical (8,7 mois) est une donnée importante à prendre en compte lors d'une suspicion d'ASM, notamment pour ajuster le type le type d'examen à réaliser (7). Il s'agit d'une urgence médico-légale si les faits datent de moins de 72 heures (8), notamment pour la réalisation de prélèvements génétiques (9). Au-delà de ce délai, une consultation programmée, réalisée par un praticien habitué, est à favoriser (3), (10).

Les faits allégués revêtent également une grande importance, pour ce qui est des conditions de réalisation de l'examen et des signes cliniques attendus. Se prononcer sur la compatibilité ou l'incompatibilité d'un attouchement sans violence physique ou la pénétration d'un doigt au niveau du vagin ou de l'anus est très souvent difficile, ces gestuelles n'étant pas pourvoyeuses de lésion (1), (3).

Les lésions cutané-muqueuses, telles que des ecchymoses, sont fréquentes chez les enfants, la constatation de ces lésions étant également dépendante du délai écoulé entre les faits et l'examen physique. Dans notre population, 3,2% des victimes présentaient des lésions cutané-muqueuses ayant une signification médico-légale.

Au niveau de la sphère génitale, 16% des victimes féminines alléguant une pénétration vaginale et 8,2% des enfants alléguant une pénétration anale présentaient une ou plusieurs

lésions compatibles avec ce type de traumatisme. Ces résultats concordent avec les études réalisées (4) qui affirment que l'examen gynécologique et anal est le plus souvent normal et ne peut être probant à lui seul. Ceci peut s'expliquer par l'impossibilité pour l'enfant de comprendre les événements qui se sont déroulés et d'interpréter comme complète une pénétration simulée (11).

La présence d'une infection sexuellement transmissible permet fréquemment d'affirmer une ASM (12). Il s'agit malheureusement d'un fait rare. Dans la pratique quotidienne, les prélèvements apportent souvent peu d'informations au vu du délai écoulé entre les faits allégués et l'examen (8). Le caractère rétrospectif de notre étude a été un frein à l'évaluation des résultats de ces examens, rarement disponibles dans ce cadre.

Dans notre étude, les données de l'examen au vu des fait rapportés étaient considérées comme compatibles dans 62,6% des cas, un examen clinique normal permettant rarement d'exclure l'existence d'une ASM (8), (3). De plus, les particularités anatomiques et les antécédents de la victime peuvent influencer sur les résultats de l'examen génital. Il est donc souhaitable qu'il soit réalisé par un praticien entraîné (13), (14), afin notamment d'éviter les examens itératifs. Cet examen clinique doit s'intégrer dans une prise en charge globale faisant également intervenir les pédopsychiatres, dont l'expertise psychiatrique est fréquemment nécessaire.

Des recommandations de repérage des enfants chez qui une ASM est suspectée ont été publiées par Adams et al. (15). Dans ces recommandations, la probabilité d'une agression sexuelle est évaluée en fonction des données de l'entretien et de l'examen clinique. Il serait intéressant d'étudier la concordance entre ces recommandations et les conclusions des praticiens des UMJ françaises. Ceci pourrait permettre de diffuser ces recommandations afin

qu'elles deviennent un outil utilisé par tous les praticiens susceptibles de travailler auprès des enfants victimes d'agressions sexuelles.

Conclusion

Les agressions sexuelles sur mineurs sont un phénomène fréquent, dont le signalement a augmenté de façon exponentielle. L'interprétation médico-légale des situations d'agression sexuelle rapportées par un enfant est difficile, l'examen physique et de la sphère génitale étant le plus souvent normal. Cet examen doit être réalisé par un praticien habitué à ce type de traumatisme et dans des conditions appropriées afin que les conclusions médico-légales soient objectives, les conséquences d'une conclusion erronée, dans un sens ou dans l'autre, pouvant se révéler dramatiques.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Résumé :

Contexte : Lors d'une suspicion d'agression sexuelle sur mineur (ASM), la mise en évidence d'anomalies ano-génitales est rare. Depuis 2011, les examens cliniques des enfants pour lesquels une ASM est suspectée sont majoritairement réalisés au sein des unités médico-judiciaires (UMJ).

Objectifs : Décrire une population d'enfants examinés pour suspicion d'ASM, au sein de l'UMJ du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Nancy.

Patients et méthodes : Les enfants de moins de 18 ans, ayant consulté pour une suspicion d'ASM à l'UMJ de Nancy, entre 2011 et 2015, ont été inclus. Les données démographiques, les éléments de l'interrogatoire, les données de l'examen physique, les données des examens complémentaires et les conclusions médicales ont été recueillies.

Résultats : Trois-cent vingt-cinq filles et 79 garçons ont été inclus. L'âge moyen lors des faits était de 118,9 mois. Deux cent soixante-neuf (66,6%) enfants alléguaient des attouchements, 212 (52,5%) décrivaient une pénétration. Trente-quatre (11,7%) filles présentaient des lésions au niveau des organes génitaux externes (OGE) et 28 (9,8%) des lésions hyménales. Un garçon (1,3%) présentait une lésion non spécifique des OGE. 8,2% des enfants alléguant une pénétration anale étaient porteurs d'une lésion. L'examineur concluait à une compatibilité entre les faits allégués et l'examen clinique pour 253 victimes.

Conclusion : Lors d'une suspicion d'ASM, l'examen clinique est fréquemment normal. La réalisation de cet examen par un praticien habitué, dans des conditions appropriées, revêt alors une grande importance afin de ne pas tirer de conclusions hâtives sur la réalité ou non des faits allégués.

Summary :

Background: When a child sexual abuse (CSA) is suspected, the detection of anogenital anomalies is rare. In France, since 2011, clinical examinations of children for whom CSA is suspected are mainly made in the forensic medical service (FMS).

Objectives: To describe a population of children examined for suspected CSA, in the FMS of the Regional University Hospital Center (CHRU) of Nancy.

Patients and Methods: Children under the age of 18, who have consulted for suspected CSA in the FMS of Nancy between 2011 and 2015, were included. Demographic datas, questioning elements, datas of the physical examination, datas of the further examination and the medical conclusions were collected.

Results: Three hundred and twenty-five girls and 79 boys were enrolled. The average age at the time of the commission of the abuse was 118.9 months. Two hundred and sixty-nine (66.6%) children alleged fondling and 59 (14,6%) a fellatio. Two hundred and twelve victims (52.5%) described a penetration, 163 (76,9%) in the vagina and 73 (34,4%) in the anus. Significant bruises were found at the examination of 13 children, which represent 2,5% of all victims. Thirty-four (11.7%) girls had lesions in the external genitalia and 28 (9.8%) lesions of the virginal membrane. One boy (1.3%) had a nonspecific lesion of the external genitalia. Six (8,2%) children alleging anal penetrations were carrying an injury. The examiner concluded that clinical examinations were compatible with alleged facts for 253 (62,6%) victims. It was impossible to conclude for 116 (28,7%) children.

Conclusion: In the case of suspected CSA, clinical examination is frequently normal. The realization of this one by a child abuse trained physicians, under appropriate conditions, is important to do not jump to conclusions about the reality of the alleged facts. A multidisciplinary approach, with the cooperation of the medical, social and forensics sector is necessary.

Bibliographie

1. Rey-Salmon C. L'examen de l'enfant et de l'adolescent suspect d'agression sexuelle. Arch Pédiatrie. mai 2014;21(5):556-8.
2. Bouhet B., Pérard D., Zorman M. «De l'importance des abus sexuels en France». In: Les enfants victimes d'abus sexuels. Éd. PUF. p. 285 NaN, p. 37-53.
3. BACCINO E. Médecine légale clinique. Médecine de la violence. Prise en charge des victimes et agresseurs.
4. Adams JA, Harper K, Knudson S, et al. Examination Findings in Legally Confirmed Child Sexual Abuse: It's Normal to be Normal. Pediatrics. 1 sept 1994;94(3):310-7.
5. Circulaire n° CRIM 2010-27 du 27 décembre 2010 relative à la mise en oeuvre de la réforme de la médecine légale [Internet]. APHP DAJ. [cité 16 août 2016]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-crim-2010-27-du-27-decembre-2010-relative-a-la-mise-en-oeuvre-de-la-reforme-de-la-medecine-legale/>
6. Barth J, Bernmetz L, Heim E, et al. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. Int J Public Health. 21 nov 2012;58(3):469-83.
7. Floyed RL, Hirsh DA, Greenbaum VJ, et al. Development of a Screening Tool for Pediatric Sexual Assault May Reduce Emergency-Department Visits. Pediatrics. 1 août 2011;128(2):221-6.
8. Rey C, Salomon J, Herzhaft-Bouccara J, et al. Examen des victimes d'agression sexuelle de moins de cinq ans. Arch Pédiatrie. juin 2005;12(6):664-5.
9. Girardet R, Bolton K, Lahoti S, et al. Collection of Forensic Evidence From Pediatric Victims of Sexual Assault. Pediatrics. 1 août 2011;128(2):233-8.

10. Dr Caroline REY-SALMON, Pr Catherine ADAMSBAUM. Agressions et mutilations sexuelles. In: Maltraitance chez l'enfant. Lavoisier. p. 94-108.
11. Heger A, Ticson L, Velasquez O, et al. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl.* juin 2002;26(6-7):645-59.
12. Adams JA. Evolution of a Classification Scale: Medical Evaluation of Suspected Child Sexual Abuse. *Child Maltreat.* 1 févr 2001;6(1):31-6.
13. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE, Neglect C on CAA. The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected. *Pediatrics.* 1 août 2013;132(2):e558-67.
14. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, et al. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* avril 2016;29(2):81-7.
15. Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, et al. Guidelines for Medical Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* juin 2007;20(3):163-72.

Titres des figures :

Figure 1 : Description des différents types d'hymens objectivés à l'examen gynécologique

Figure 2 : Répartition des déchirures hyménales observées

Légende :

- Déchirures anciennes en lien avec les faits
- Déchirures récentes en lien avec les faits
- Déchirure ancienne sans lien avec les faits
- Déchirures récentes sans lien avec les faits

Figure 3 : Répartition des différentes lésions anales observées

Tableau 1 : Description des faits allégués

	Oui n (%)	Non n (%)	Non renseignés n (%)
Attouchements	269 (66,6%)	78 (19,3%)	57 (14,1%)
Fellation	59 (14,6%)	268 (66,3%)	77 (19,1%)
Pénétration	212 (52,5%)	102 (25,2%)	90 (22,3%)
Violences	177 (43,8%)	132 (32,7%)	95 (23,5%)

Tableau 2 : Caractéristiques des pénétrations telles que décrites par les victimes

Vaginale		163
	Digitale	127 (77,9%)
	Pénienne	100 (61,3%)
	Objet	2 (1,2%)
Anale		73
	Digitale	26 (35,6%)
	Pénienne	48 (65,8%)
	Objet	7 (9,6%)

(%) : sur le nombre d'enfants alléguant la gestuelle en question

Tableau 3 : Variations physiologiques et lésions constatées lors de l'examen gynécologique

	Variations physiologiques	Lésions en lien avec les faits
N	47	28
% du nombre de lésions	62,7%	37,3%
% d'enfants alléguant une pénétration vaginale	30,1%	16,0%
% de victimes ayant bénéficié d'un examen gynécologique	16,5%	9,8%
% de victimes de sexe féminin	14,5%	8,6%

Tableau 4 : Répartition des prélèvements réalisés

Prélèvements	N	%
Sang	78	19,3%
Vaginaux	56	17,2%
Anal	19	4,7%
Bouche	18	4,5%
Urines	25	6,2%
Cheveux	9	2,2%
Ongles	2	0,5%

Figure 1

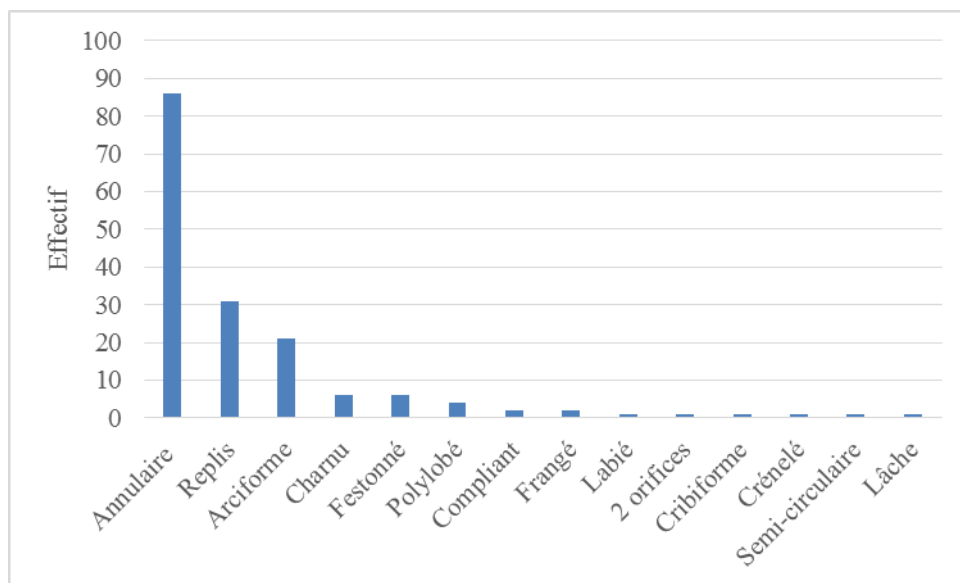


Figure 2

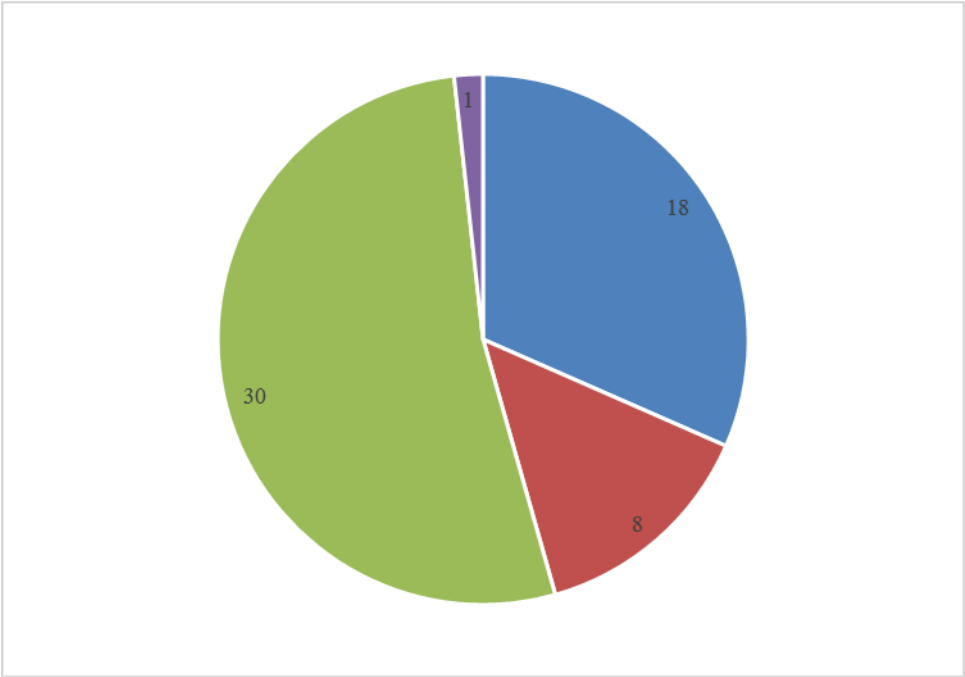
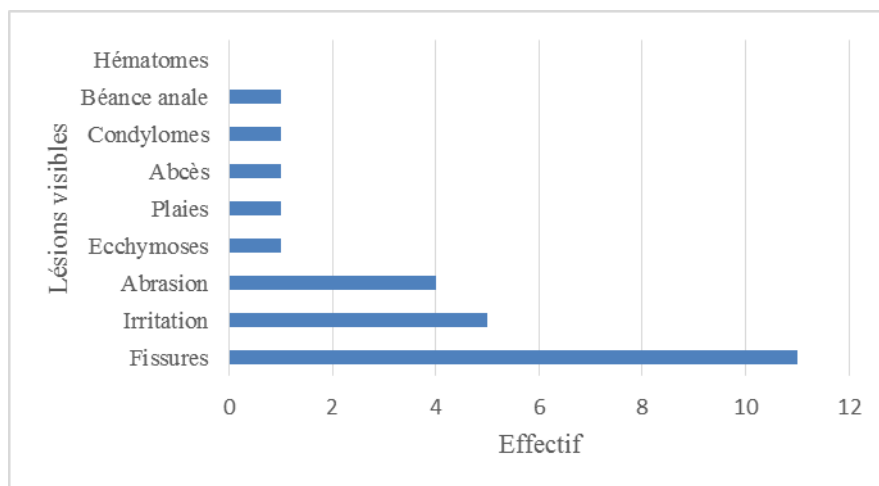


Figure 3



DISCUSSION

Le nombre d'ASM signalées est en constante augmentation ces dernières années. Toutefois ce qui est connu de ce phénomène n'est que la partie émergée de l'iceberg ([16]). Les enfants pour lesquels une agression sexuelle sur mineurs est suspectée sont examinés au sein des Unités Médico-Judiciaires, sur réquisition. Mais une prise en charge plus globale est nécessaire, associant les secteurs psychologiques, sociaux et judiciaires.

Les séquelles liées aux antécédents d'agressions sexuelles ont été bien documentées. Elles sont d'autant plus fréquentes que la victime n'a pas bénéficié d'une prise en charge ([35]). La survenue de troubles psychiatriques à type de troubles anxio-dépressifs, anomalies du comportement alimentaire type anorexie et/ou boulimie, conduites addictives ou états de stress post-traumatique sont significativement associées à des agressions commises pendant l'enfance ([39], [40], [41], [42], [43]). Les ASM ont également été reliées au développement de troubles du comportement (violence) notamment chez les victimes de sexe masculin, ou d'un trouble déficitaire de l'attention ([44]). L'apparition de troubles psychosomatiques à type de fibromyalgies, douleurs chroniques, troubles fonctionnels digestifs, troubles du sommeil ou de fatigue chronique est classique ([45], [46], [47]). Noll and al. ([48]) ont noté une association entre les ASM et le développement d'une obésité, augmentant le risque de dépression, conduites addictives et difficultés psychosociales. Ces différentes séquelles peuvent également se répercuter sur la progéniture des adultes victimes d'agressions sexuelles. Les enfants nés de mère ayant été sexuellement abusées dans leur enfance sont notamment plus à risque de naître prématuré ou d'être abusés, que ce soit émotionnellement, physiquement ou sexuellement ([44]).

Si les ASM, et notamment celles non signalées, sont pourvoyeuses de séquelles importantes chez la victime, les fausses allégations peuvent également avoir de lourdes conséquences, que ce soit pour l'enfant ou le mis en cause, et sont donc redoutées par les professionnels. Elles

sont majoritairement le fait de jeunes enfants, influencés inconsciemment ou manipulés par un parent, dans le cadre d'un divorce ou d'une séparation conflictuelle ([35]). Les signes de détresse présentés par l'enfant sont alors faussement interprétés comme des symptômes d'abus et la machine judiciaire mise en route suite à une plainte ou un signalement. L'enfant est alors soumis à des interrogatoires, examens médicaux et expertises diverses, qui peuvent être comparés à une véritable agression ([49]). Cette réalité ne doit pas faire oublier que la plupart des enfants et des adolescents qui révèlent spontanément une histoire d'abus sexuel sont le plus souvent sincères.

Au vu de ces considérations, le diagnostic positif d'une ASM apparaît d'autant plus essentiel. Les lésions physiques étant rares ([3]), les faits rapportés par l'enfant et les symptômes présentés par celui-ci sont fréquemment les seules données disponibles.

La présence d'une infection sexuellement transmissible permet, dans la majorité des cas, de guider les praticiens vers un signalement judiciaire ([16]). Cependant, le diagnostic d'une ASM lors de la présence d'une infection par Human Papilloma Virus (HPV), virus les plus fréquemment responsables de maladies sexuellement transmissibles (MST), reste sujet à débat. Du fait du mode de transmission chez l'adulte, les condylomes anaux font régulièrement évoquer une ASM. Cependant, les modes de contamination sont variés. Une auto- ou une hétéro-inoculation à partir de verrues vulgaires est possible ([35]). Une transmission non sexuelle par des objets souillés a également été décrite ([27], [50]). De plus, il convient également de rechercher une transmission materno-fœtale lorsque des signes cliniques d'infection à HPV se manifestent chez un enfant jeune, la présence d'HPV dans le liquide amniotique de femmes infectées étant rapportée dans plus de 60% des cas ([51]). Ces données sont d'autant plus importantes à connaître que la contamination par HPV peut précéder de plusieurs mois voire de plusieurs années l'apparition des premiers symptômes

([50]). L'estimation de la fréquence de la contamination par HPV lors des situations d'agression sexuelle est ainsi passée de 30% dans les années 2000 à moins de 10% aujourd'hui ([52]). En ce qui concerne les papillomatoses laryngées, les recommandations de prise en charge affirment uniformément qu'elles sont secondaires à une transmission périnatale, laissant supposer qu'évoquer une ASM dans ce cadre est injustifié ([25]). Cependant certaines études contredisent ces données, encourageant les praticiens à évoquer la possibilité d'une ASM en cas de papillomatose laryngée ([50]).

Dans ce contexte, la fiabilité inter-évaluateur est une donnée importante à prendre en compte. Il a été démontré que la variabilité inter-expert est augmentée lorsque les signes retrouvés à l'examen physique ne sont pas formellement normaux ou anormaux. Cette variabilité serait reliée à la classification des lésions plus qu'à leur identification en tant que telles ([53]).

Devant ces difficultés, des recommandations ont été publiées, aux Etats-Unis et en France ([16], [15], [12]), pour la prise en charge des abus sexuels sur mineurs. Ces recommandations s'appuient notamment sur deux études publiées par JA Adams en 2001 ([37]) et 2007 ([14]). La première étude propose une classification de la probabilité d'ASM en fonction des faits rapportés par l'enfant, des signes objectivés à l'examen physique et du résultat des examens complémentaires ([37]). La seconde se concentre sur l'interprétation de l'examen physique et des examens complémentaires, en fonction des constatations réalisées ([14]). Cette dernière a été mise à jour régulièrement depuis sa première publication, avec une mise à jour récente publiée en avril 2016 ([38]). La généralisation de cette classification pourrait permettre de diminuer la variabilité inter-évaluateur pour la prise en charge des ASM, notamment celle existant entre les pédiatres et les médecins légistes ([54]). En effet ces deux spécialités sont amenées à majorer leur collaboration, les premiers étant au centre du

dépistage des ASM et les deuxièmes ayant un rôle prépondérant dans la suite de leur prise en charge, notamment depuis l'uniformisation des Unités Médico-Judiciaires suite à la réforme de la Médecine légale en France en 2011.

En conclusion, les abus sexuels sur mineurs sont des maltraitances, au même titre que les violences physiques, psychiques ou les carences de soins. L'examen physique étant fréquemment normal, affirmer ou infirmer des faits d'ASM à partir de celui-ci est souvent impossible. Une prise en charge pluridisciplinaire médico-socio-judiciaire de ce problème est donc nécessaire, associant, au niveau médical, les pédiatres, les pédopsychiatres et les médecins légistes.

Index des annexes

Annexe I : Modalités de l'examen clinique chez la petite fille ([17], [19]).	77
Annexe II : Mise en place d'une sonde à ballonnet pour visualisation du bord libre de l'hymen ([19]).	79
Annexe III : Evaluation du stade pubertaire selon le stade de Tanner.	80
Annexe IV : Glossaire des termes utilisés par l'APSAC pour décrire l'hymen, ses variantes et les organes génitaux dans un contexte d'agression sexuelle chez l'enfant.	82
Annexe V : Anatomie génitale féminine et schéma des différents types d'hymen.	88
Annexe VI : Photographies présentant différents types d'hymen, particularités anatomiques et lésions ([19]).	90
Annexe VII : Photographies présentant plusieurs exemples de lésions anales ([22]).	95
Annexe VIII : Délais et support des prélèvements à visée d'analyse génétique (selon recommandation laboratoire).	97
Annexe IX : Implication des IST fréquemment retrouvées pour le diagnostic et le signalement d'une ASM ([18]).	98
Annexe X : Prophylaxie de la transmission accidentelle ou sexuelle du VIH. Molécules recommandées en pédiatrie ([30]).	99
Annexe XI : Evaluation du risque et indications de la prophylaxie post exposition sexuelle vis-à-vis du VIH chez l'adulte ([30]).	100

Annexe XII : Sévices à mineur : modèle type de signalement (disponible sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins). 101

Annexes

Annexe I : Modalités de l'examen clinique chez la petite fille ([17], [19]).



Figure 1 : position dite de la grenouille

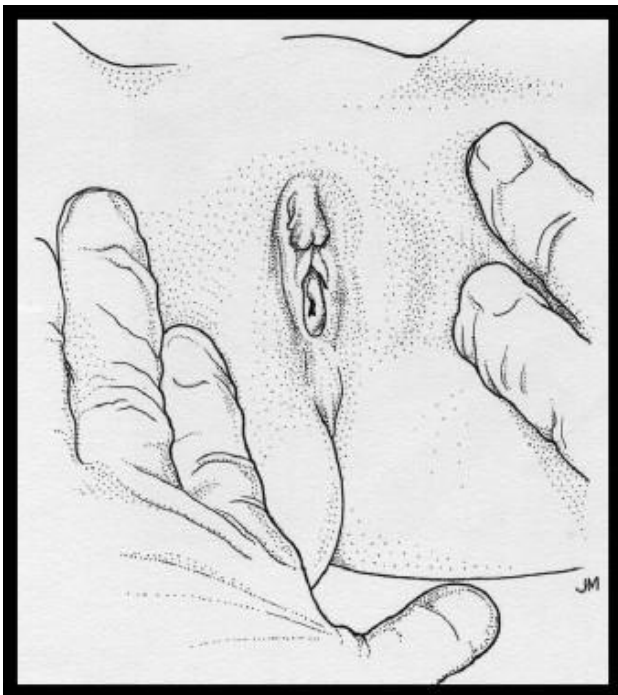


Figure 2 : manœuvre de séparation des grandes lèvres



Figure 3 : manœuvre de traction des grandes lèvres

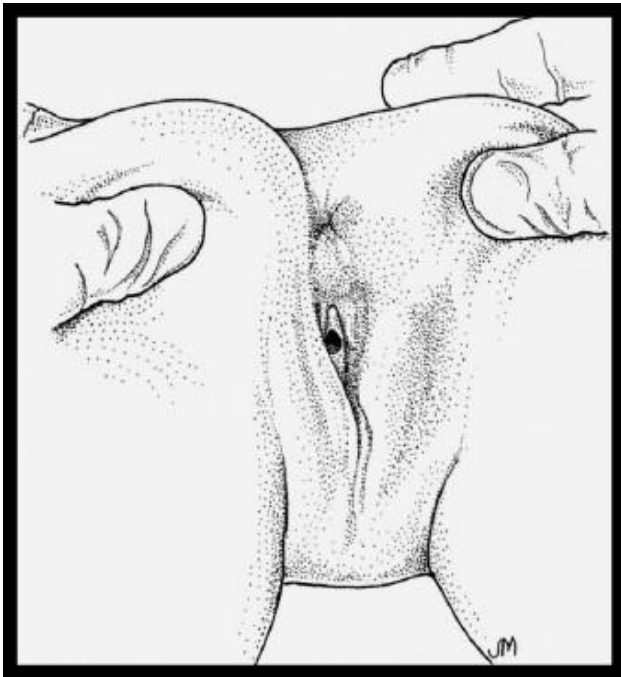


Figure 4 : examen en position genu-pectorale, decubitus ventral.

Annexe II : Mise en place d'une sonde à ballonnet pour visualisation du bord libre de l'hymen ([19]).



Figure 1 : insertion de la sonde au niveau vaginal.



Figure 2 : gonflement du ballonnet.

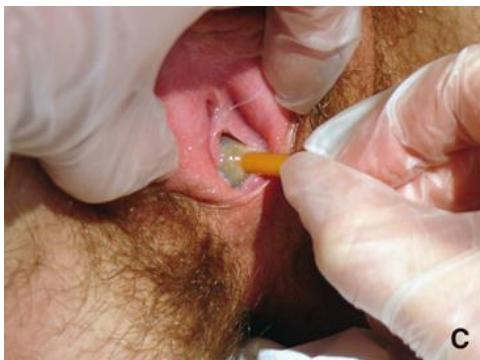


Figure 3 : extraction douce de la sonde.



Figure 4 : visualisation du bord libre de l'hymen.

Annexe III : Evaluation du stade pubertaire selon le stade de Tanner.

Tableau 1- Stades du développement pubertaire chez la fille
















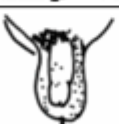
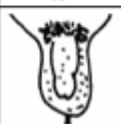


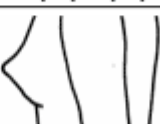
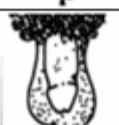




Stade	Développement des seins	Age moyen (ans)	Développement de la pilosité pubienne	Age moyen (ans)
1	Pas de glande palpable		Absence	
2	Bouton mammaire et élargissement de l'aréole	11	Quelques poils sur les grandes lèvres	11,5
3	Tissu mammaire plus large que l'aréole	12	Extension des poils vers le pubis	12,5
4	Aréole surélevée par rapport au tissu mammaire	13	Pilosité non encore complètement développée	13
5	Développement mammaire complet	15	Pilosité adulte	14,5

Tableau 2- Stades du développement pubertaire chez le garçon

Stade	Développement des organes génitaux	Age moyen (ans)	Développement de la pilosité pubienne	Age moyen (ans)
1	Testicules et verge prépubères		Absence	
2	Début d'augmentation des dimensions des testicules, 25x15mm Pigmentation du scrotum	12	Quelques poils sur le scrotum	13
3	Début d'augmentation des dimensions de la verge 3,5--6cm	13	Extension des poils sur le pubis	14
4	Poursuite de l'augmentation des dimensions de la verge et des testicules	14	Pilosité presque adulte	14.5
5	Développement adulte (longueur testicules : 4,5 cm)	15	Pilosité adulte	15

Tirés du cours sur la puberté, *Auteur : Pr Bernard Boudailliez (CHRU et Université d'Amiens)*

Figure 1 : appréciation de la maturation pubertaire selon les stades de Tanner.

Stade	Organes génitaux externe de l'homme	Pilosité faciale de l'homme	Pilosité pubienne de l'homme	Pilosité axillaire	Pilosité pubienne de la femme	Développement mammaire	
1		0					Enfance
2		+					
3		++					Puberté
4		+++					
		++++					Âge adulte

Annexe IV : Glossaire des termes utilisés par l'APSAC pour décrire l'hymen, ses variantes et les organes génitaux dans un contexte d'agression sexuelle chez l'enfant.

Glossary of terms in child sexual abuse.

*Modified from APSAC Descriptive Terminology in Child Sexual Abuse

Abrasion: An area of body surface denuded of skin or mucous membrane by some unusual or abnormal mechanical process. An injury.

Elasticity: The state or quality of being distensible. Flexibility; adaptability. Example: A hymen that changes its configuration with the different examination methods and/or positions.

Estrogenized: Effect of the female sex hormone, estrogen, on the genitalia. The hymen takes on a thickened, redundant and pale pink appearance as the result of estrogenization. *These changes are observed in infants, with the onset of puberty, and as the result of exogenous estrogen.*

Friability: A term used to describe tissues that bleed (abnormally) easily. Example: The friability of labial adhesions, that when gently separated may bleed. Friability of the posterior fourchette – A superficial breakdown of the skin in the posterior fourchette (commissure) when gentle traction is applied causing slight bleeding. *A non-specific finding due to many different underlying causes.*

Hyperemia: An excess of blood in a part; engorgement of the blood vessels. *(A nonspecific finding.)*

Intracural Intercourse: The act of rubbing the penis between the labia of the female without entering the vagina. *(Also termed intralabial, dry or vulvar intercourse)*

Labia Majora: Rounded folds of skin forming the lateral boundaries of the vulva. *Commonly injured in accidental straddle injuries.*

Labia Minora: Longitudinal, thin folds of tissue within the labia majora. In the prepubertal child, these folds extend from the clitoral hood to approximately the midpoint on the lateral wall of the vestibule. In the adult, they enclose the vestibule and contain the opening to the vagina. *Commonly injured in accidental straddle injuries.*

Labial Adhesion: The result of adherence (fusion) of the adjacent, outer-most, mucosal surfaces of the posterior portion vestibular walls. This may occur at any point along the length of the vestibule although it most commonly occurs posteriorly (inferiorly).

A common finding in infants and young children. Unusual to appear for the first time after 6 to 7 years of age. May be related to chronic irritation. (Also called labial agglutination.)

Linea Vestibularis: A vertical, pale/avascular line across the posterior fourchette and/or fossa navicularis, which may be accentuated by putting lateral traction on the labia majora. *A common finding that is found in girls of all ages including newborns and adolescents.*

Laceration: A transaction (cut) through the skin, mucous membranes or deeper structures of the body. A tear through the full thickness of the skin or other tissue.

Leukorrhea: A whitish, viscid (glutinous) discharge from the vagina and uterine cavity through the cervical os. *A normal finding in adolescent and adult females. (The term physiologic discharge is sometimes used.)*

Petechiae: Small, pinhead sized hemorrhages caused by leaking capillaries. May be singular or multiple. *Frequently caused by increased pressure within the blood vessel, as with straining during vomiting or with strangulation. May also be caused by a bleeding disorder, infection or localized trauma.*

Scar: Fibrous tissue which replaces normal tissue after the healing of a wound. *May be difficult to prove on clinical grounds alone, such as during visual inspection or palpation.*

Transection: A cutting across. Division by cutting or tearing transversely.

- **Complete:** A tear or laceration through the entire width of the hymenal membrane extending from its edge to the vaginal wall attachment.

- **Partial:** A tear or laceration through a portion of the hymenal membrane not extending to the attachment to the vaginal wall.

The strict definition of the term “transaction” implies a complete tear through the entire width of a membrane. Therefore, the use of the term partial tear is suggested.

Vascularity, increased or prominent: Dilation of existing superficial blood vessels.

Vulvar Coitus: Rubbing of the penis between the labia of the female without entering the vagina.

(Also called intralabial, dry or intracruel intercourse.)

Terminology involving the hymenal anatomy

Hymen: A membrane which partially or rarely, completely covers the external vaginal orifice. Located at the junction of the vestibular floor and the vaginal canal.

The external surface is lined with highly differentiated squamous epithelium with loose cornification. The internal surface is lined with vaginal epithelium. Origin is the external vaginal plate of the urogenital sinus.

Wide anatomic variation in types: annular, crescentic, fimbriated (denticular), septate, cribriform, imperforate. *All females with a normal Mullerian system and normal external genitalia have this structure.*

- **Annular:** The hymenal membrane extends completely around the circumference of the vaginal orifice.

- **Caruncular Myrtiliformis:** Small elevations of rounded mounds of hymen encircling the vaginal orifice. *Found in sexually active and postpartum females.*

(Also called Caruncular hymenales)

- **Cleft/notch:** An angular or “V”-shaped indentation on the edge of the hymenal membrane. May extend to the muscular attachment of the hymen.

- **Crescentic:** Hymen with anterior attachments at approximately the 11 o’clock and the 1 o’clock positions with no hymenal tissue visible between the two attachments.

The most common hymenal configuration in the school aged, prepubertal child.

- **Cribriform:** A hymen with multiple openings. A congenital variant.

Erythema of the Hymen: A redness of the hymenal membrane produced by congestion [engorgement] of the capillaries. *A non-specific finding. May result from a variety of irritants as well as direct trauma.*

Fimbriated: Hymen with multiple projections or indentations along the edge, creating ruffled appearance. *A congenital variant. (Also called denticular hymen.)*

Hymenal Orifice: The opening in the hymenal membrane which constitutes the entrance or outlet of the vagina.

Hymenal Orifice’s Diameter: The distance from one edge of the hymen to the opposite edge of the hymenal orifice. The most common measurement used is the horizontal (lateral) diameter. *Hymenal orifice size varies with the age of the child, the examination technique and other factors such as the state of relaxation.*

Hymenal Width: The distance between the opening of the hymen and its point of attachment.

Imperforate: A hymenal membrane with no opening. *An uncommon congenital variant.*
(No opening)

Inflammation (Hymenal): A localized protective response elicited by injury or destruction of tissues. *A non-specific finding that can result from a variety of causes including trauma.*

Intravaginal Columns: Raised (sagittally oriented) columns most prominent on the anterior wall with less prominence on the posterior wall.

Laceration of the Hymen: An injury or tear of the hymenal membrane that is usually associated with a blunt force penetration.

Median (Perineal) Raphe: A ridge or furrow that marks the line of union of the two halves of the perineum.

Mound (Bump): A solid, localized, rounded and thickened area of tissue on the edge of the hymen.

Notch/cleft (Hymenal): An angular or “V” shaped indentation on the edge of the hymenal membrane. May extend to the muscular attachment of the hymen. *A relatively sharp, “V”-shaped notch or cleft, that persists during multiple examination techniques may be evidence of hymenal trauma.*

Perihymenal: Pertaining to tissues surrounding the hymen.

Perihymenal Bands: Bands of tissue lateral to the hymen that form a connection between the perihymenal structures and the wall of the vestibule. *A less frequently observed finding than periurethral bands. Accentuated when the labial traction examination method is used. Usually a congenital variant. Rarely caused by trauma.*

(Also termed pubo-vaginal bands.)

Redundant Hymen: Abundant hymenal tissue which tends to fold back upon itself or protrude. *A common finding in females whose hymenal membranes are under the influence of estrogen (both infants and adolescents).*

Rolled Edges: The edge (border) of the hymen which tends to roll inward or outward upon itself. May unfold through the use of the knee-chest position, application of water, through manipulation with a moistened Q-tip or other techniques. *A normal variant most commonly noted in prepubertal children.*

Rounded Edges: Hymenal edges that appear thick and rounded and do not thin out with the different examination techniques, the application of water or other maneuvers used to unroll an elastic, redundant hymen. *May be the result of hormonal influence, poor relaxation, and inflammatory reaction, the attachment of an underlying intravaginal longitudinal ridge or past injury.*

Scalloped Edges: A series of rounded projections along the edge of the hymen. *A common finding in early adolescence.*

Septal Remnant: A small appendage (tag) attached to the edge of the hymen. Commonly located in the midline on the posterior rim. Frequently associated with a concomitant thickened ridge on the hymen which extends from the appendage (septal remnant) to the muscular attachment of the vaginal introitus. May be associated with similar appendage on opposite side of hymenal orifice. (Similar to hymenal tags.)

Considered to be a normal variant. A diagnosis by implication unless an intact septum was previously seen.

Septated Hymen: A hymen with band(s) of tissue, which bisects the orifice creating two or more openings. *A congenital variant.*

Tag (Hymenal): An elongated projection of tissue arising from any location on the hymenal rim. Commonly found in the midline and may be an extension of a posterior vaginal ridge. *Usually a congenital variant. Rarely caused by trauma.*

Transection of hymen, complete: A tear or laceration through the entire width of the hymenal membrane, extending to (or through) its attachment to the vaginal wall.

Transection of hymen, partial: A tear or laceration through a portion of the hymenal membrane, not extending to its attachment to the vaginal wall. *The strict definition of the term “transection” implies a complete tear through the entire width of a membrane. Therefore, the use of the term “partial transection” is less desirable. The term partial tear is suggested.*

Vaginal Introitus: The pubovaginalis muscle which forms the entrance to the vagina. Frequently used synonymously with hymenal orifice.

Vaginitis: Inflammation of the vagina ; it may be marked by a purulent discharge and discomfort. *May be caused by a variety of conditions, including bacterial vaginosis, sexually transmitted diseases, foreign bodies, to name a few.*

Terminology involving the anal anatomy

Anal Fissure: A superficial break (split) in the perianal skin which radiates out from the anal orifice. *A variety of causes including the passage of hard stools (constipation), diseases such as Crohn’s Disease and trauma. Can heal without leaving visible scars.*

Anal Laxity: Decrease in muscle tone of the anal sphincters resulting in dilation of the anus. *May occur immediately following an acute/forced sodomy.*

Anal Skin Tag: A protrusion of anal verge tissue which interrupts the symmetry of the perianal skin folds. A projection of tissue on the perianal skin. *When located outside the midline, causes, other than a congenital variation should be considered, including such things as Crohn’s disease or trauma.*

Anal Spasm: An involuntary contraction of the anal sphincter muscles. May be attended by pain and interference with function. *May be found immediately post assault.*

“Anal Wink”: Reflex anal sphincter muscle contraction as a result of stroking the perianal skin. Used to determine sensory nerve function. *Relationship to sexual abuse is unknown.*

Diastasis Ani (Smooth Area): A smooth, often “V” or wedge shaped area at either the 6 or 12 o’clock positions in the perianal region. It is due to the absence of the underlying corrugator external anal sphincter muscle and results in a loss of the usual anal skin folds in the area. *A congenital variant.*

Ecchymosis of the Perianal Tissues: A hemorrhagic area (bruise) on the skin or mucous membrane of the perianal tissues due to extravasation of blood most commonly caused by external trauma. *May be confused with venous congestion and postmortem lividity.*

Edema: The presence of abnormal amounts of fluid in the intercellular space. *If secondary to trauma, it will usually be accompanied by erythema, pain and swelling of perianal skin folds. (Also called tissue swelling.)*

Flattened Anal Skin Folds: A reduction or absence of the perianal folds or wrinkles, noted when the external anal sphincter is partially or completely relaxed. *The relationship to sexual abuse is unknown. A common finding in sedated, relaxed children and at autopsy.*

Funnel Appearance: A decrease in the fatty (subcutaneous) tissue surrounding the anus, leading to a concave appearance.

Hyperpigmentation: Increase in melanin pigment within the perianal tissues. *A common congenital finding in darker skinned children. May be associated with postinflammatory changes.*

Intermittent and Dilation: Anus dilates intermittently during examination, particularly in the prone knee-chest position. *A common finding in children of all ages.*

Perianal Venous Congestion: The collection of venous blood in the venous plexus of the peri-anal tissues creating a flat, purple discoloration. May be localized or diffuse. *A common finding in children when the thighs are flexed upon the hips for an extended period of time. (Also termed perianal venous engorgement or perianal venous pooling.)*

Reflex Anal Dilatation: Anal dilation which occurs upon stroking the buttocks. *Once considered to be evidence of prior sexual abuse. Relationship to sexual abuse is currently unclear.*

Annexe V : Anatomie génitale féminine et schéma des différents types d'hymen.

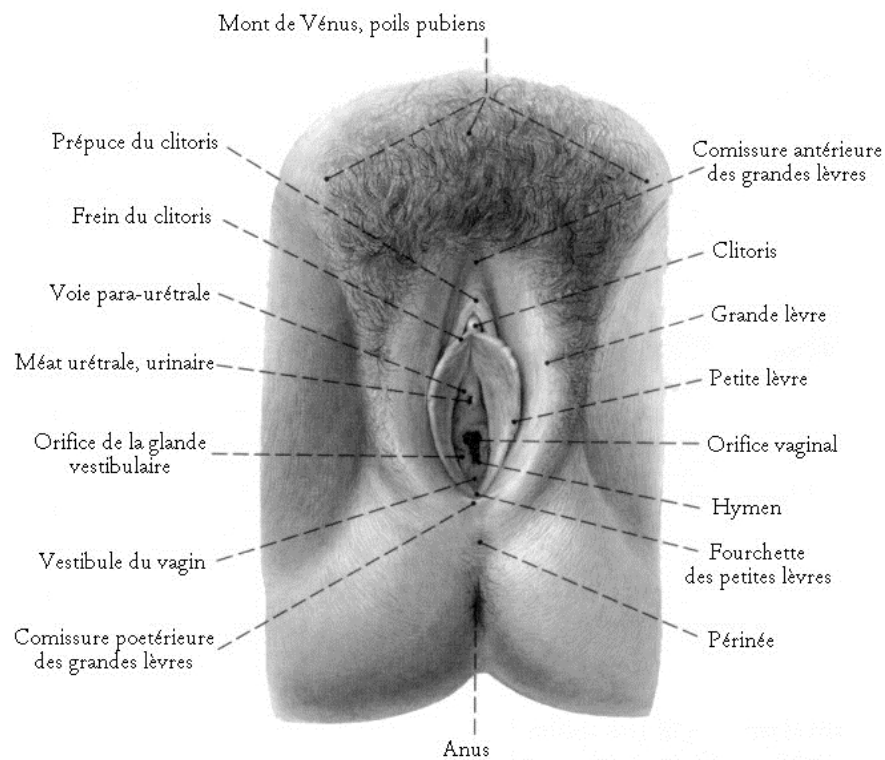


Figure 1 : modèle schématique de l'anatomie génitale externe de la femme.

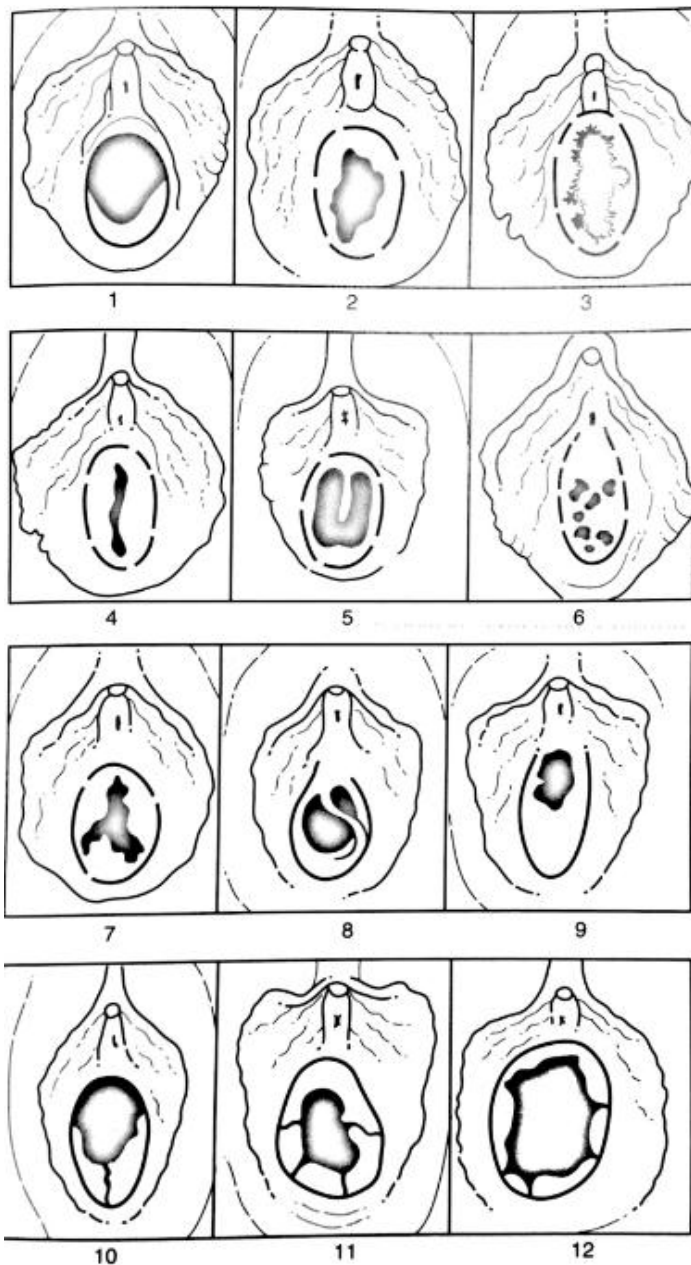


Figure 2 : Schéma des différents types d'hymen ([3])

Morphologie de l'hymen non défloré	Conformation de l'hymen défloré
1 : hymen semi lunaire ou falciforme	10 : hymen semi lunaire après défloration (déchirure unique, médiane, postérieure, située à 6 heures)
2 : hymen annulaire à bords réguliers	11 : hymen annulaire après défloration, quadruples déchirures situées dans le quadrant postérieur, à 3, 6, 7 et 9 heures
3 : hymen frangé à bords sinueux et festonnés (encoches congénitales)	12 : hymen annulaire transformé, après plusieurs accouchements, en lambeaux irréguliers (caroncles myrtiformes)
4 : hymen labié	
5 : hymen à languette ou pendentif	
6 : hymen cribriforme, infranchissable	
7 : hymen lobé (échancrures congénitales, dilatables sans se déchirer	
8 : hymen à pont ou bride	
9 : hymen en carène, un peu scléreux, ayant résisté au coït	

Annexe VI : Photographies présentant différents types d'hymen, particularités anatomiques et lésions ([19])

Différents types d'hymens sans anomalie



Figure 1 : hymen annulaire.



Figure 2 : hymen semi-circulaire postérieur.

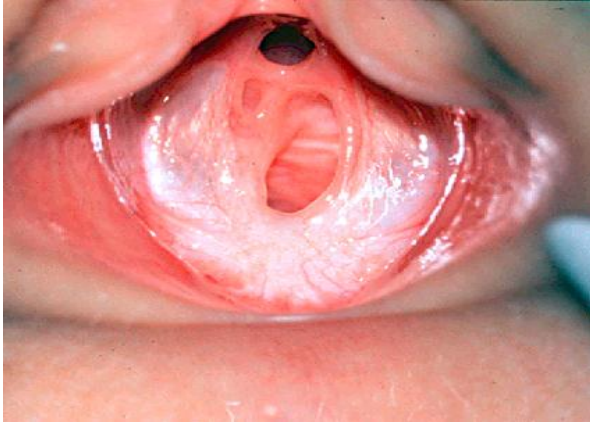


Figure 3 : hymen cribriforme.



Figure 4 : hymen charnu.



Figure 5 : hymen frangé.

Hymens présentant des variantes anatomiques physiologiques



Figure 6 : hymen avec multiples encoches du bord libre.



Figure 7 : hymen annulaire avec encoche à 7 heures et incisure à 1 h.

Hymens présentant des lésions aiguës ou cicatrisées

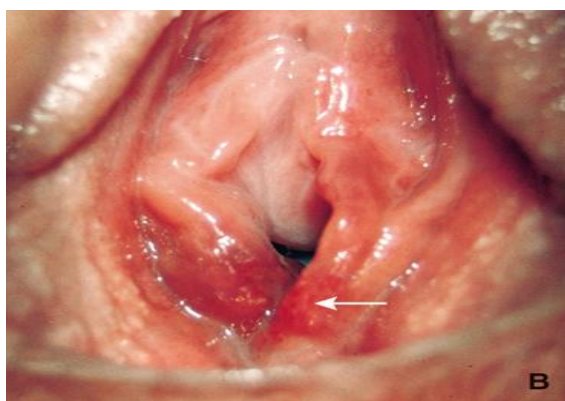
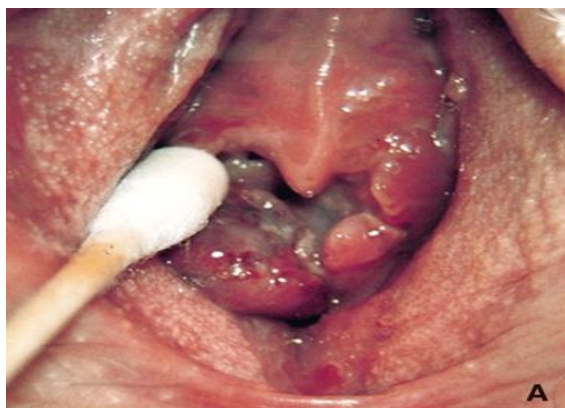


Figure 8 : Déchirure récente à 5 heures (flèche) (A et B).



Figure 9 : Déchirure semi-récente à 5 heures.

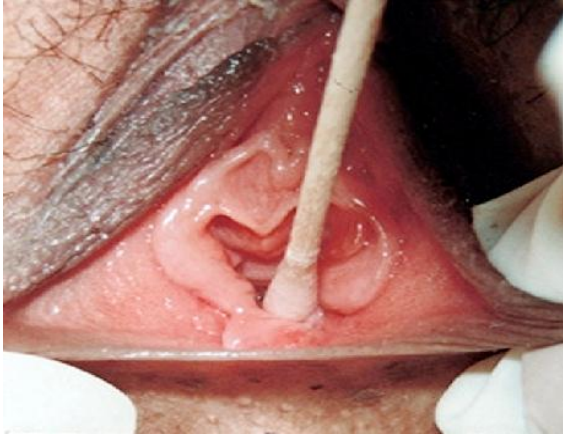


Figure 10 : déchirure ancienne à 5 heures.

Annexe VII : Photographies présentant plusieurs exemples de lésions anales
([22])

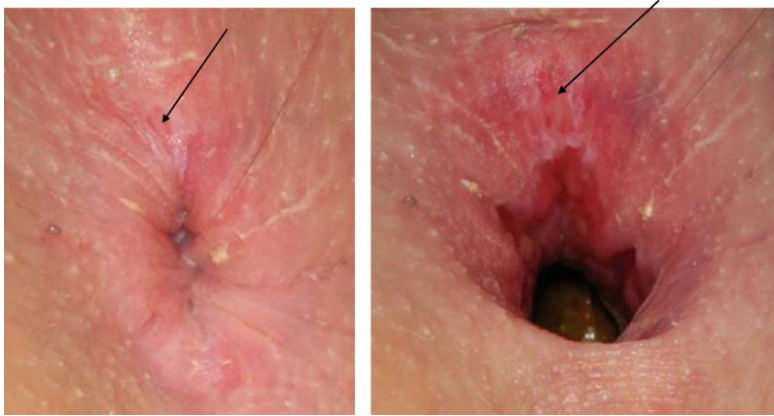


Figure 1 : Fissure anale à 12h avec relaxation totale du sphincter anal objectivant la présence de selles.



Figure 2 : Lacération anale à 11h avec “étiquette” anale à 12h.

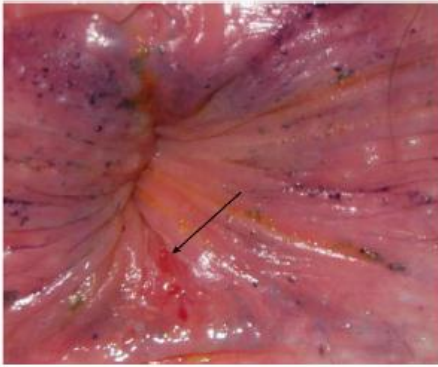


Figure 2 : Lacération anale à 6h.

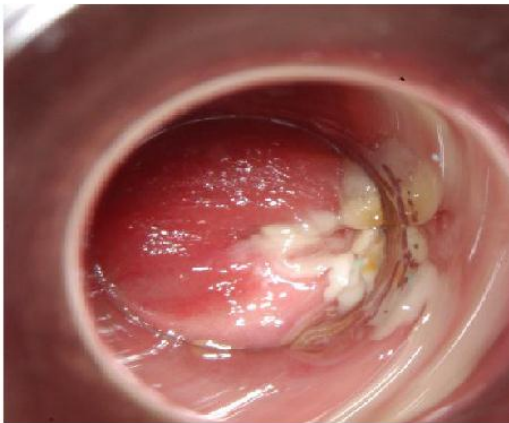


Figure 4 : Présence de sécrétions blanchâtres au niveau anal (culture positive à *N. gonorrhoeae*).

Annexe VIII : Délais et support des prélèvements à visée d'analyse génétique
(selon recommandation laboratoire).

- Peau et notamment zone de préhension : écouvillons ; délai : agression datant de moins de 24 heures
- Ongle : en raclant sous les ongles ou en coupant les ongles ; délai : plusieurs jours
- Vagin : écouvillons ; délai : à faire jusqu'à 5 jours
- Anus : écouvillons ; délai : moins de 48 heures
- Bouche : écouvillons ; délai : moins de 24 heures
- Vêtements tachés : enveloppe papier ; délai : pas de délai

Annexe IX : Implication des IST fréquemment retrouvées pour le diagnostic et le signalement d'une ASM ([18].

STD Confirmed	Sexual Abuse	Suggested Action
Gonorrhoea*	Diagnostic†	Report‡
Syphilis*	Diagnostic	Report
HIV infection§	Diagnostic	Report
<i>C trachomatis</i> infection*	Diagnostic†	Report
<i>T vaginalis</i> infection	Highly suspicious	Report
<i>C acuminata</i> infection* (anogenital warts)	Suspicious	Report
Herpes simplex (genital location)	Suspicious	Report
Bacterial vaginosis	Inconclusive	Medical follow-up

* If not perinatally acquired and rare nonsexual vertical transmission is excluded.

† Although the culture technique is the "gold standard," current studies are investigating the use of nucleic acid-amplification tests as an alternative diagnostic method in children.

‡ To the agency mandated in the community to receive reports of suspected sexual abuse.

§ If not acquired perinatally or by transfusion.

|| Unless there is a clear history of autoinoculation.

Annexe X : Prophylaxie de la transmission accidentelle ou sexuelle du VIH.

Molécules recommandées en pédiatrie ([30]).

Âge	Doses usuelles	Formes galéniques disponibles
Zidovudine		
1 mois-12 ans	8 mg/kg x 2/j	suspension buvable 1 mL = 10 mg
> 12 ans	300 mg x 2/j	cp à 300 mg
		gélule à 250 mg
Lamivudine		
1 mois-12 ans	4 mg/kg x 2/j	suspension buvable 1 mL = 10 mg
> 12 ans	150 mg x 2	cp à 150 mg
L'association zidovudine-lamivudine en comprimé peut être donnée sous la forme de Combivir® (300 mg de zidovudine, 150 mg de lamivudine). Le comprimé peut être coupé en 2 pour les moins de 12 ans capables d'avaler un comprimé.		
Lopinavir/r		
> 2 ans	< 15 kg : 12 mg/kg x 2/j de lopinavir	suspension buvable 1 mL = 80/20 mg/lopinavir/ritonavir*
	> 15 kg : 10 mg/kg x 2/j de lopinavir	comprimé à 200/50 mg/lopinavir/ritonavir** comprimé à 100/25 mg/lopinavir/ritonavir

*Goût amer souvent mal accepté par l'enfant.

**Comprimé volumineux.

Annexe XI : Evaluation du risque et indications de la prophylaxie post exposition sexuelle vis-à-vis du VIH chez l'adulte ([30]).

EXPOSITIONS SEXUELLES		
	Patient source	
Risque et nature de l'exposition	Infecté par le VIH	De sérologie inconnue
- Rappports anaux	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée si (1). Si rapport homosexuel masculin quel que soit le résultat du TDOR = prophylaxie recommandée.
- Rappports vaginaux	Prophylaxie recommandée *	Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation reconnue à risque (1).
- Fellation	Prophylaxie recommandée *	Prophylaxie recommandée uniquement si personne source ou situation reconnue à risque (1).

*AES ou exposition sexuelle (rapport vaginal ou fellation). Dans le cas d'un patient source connu comme infecté par le VIH, suivi et traité, dont la charge virale plasmatique est indétectable depuis plusieurs mois, le TPE pourra être interrompu à 48-96 h lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale du patient source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

(1) Notion de personne source à risque :

- usager de drogue par voie intraveineuse ;
- homme homosexuel et/ou bisexuel ;
- personne appartenant à un groupe dans lequel la prévalence de l'infection est supérieure à 1%.

Notion de situation à risque :

- prise de substances psychoactives
- partenaires sexuels multiples.

Dans les autres cas d'exposition, les experts considèrent que le rapport bénéfice/risque d'un TPE est insuffisant pour justifier de sa prescription.

Annexe XII : Sévices à mineur : modèle type de signalement (disponible sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins).

Cachet du médecin

SIGNALEMENT
Pour personne mineure (moins de 18 ans)
(Veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :
- année :
- heure :

Le mineur :

- nom :
- prénom :
- date de naissance (en toutes lettres) :
- sexe :
- adresse :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec le mineur) :

- la personne accompagnatrice nous a dit que : «

_____ »

- le mineur nous a dit que : «

Cachet du Médecin

»

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :
(rayer la mention inutile)

Oui
Non

- description du comportement du mineur pendant la consultation :

- description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)

-
-
-
-
-
-

Compte-tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au Procureur de la République et copie à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du conseil départemental (ex conseil général)

Fait à _____, le
Signature du médecin ayant examiné le mineur :

Bibliographie

- [1] « Infraction sexuelle sur mineurs : viol, agression [Internet]. Available from: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2274.html> ». .
- [2] C. Rey-Salmon, « L'examen de l'enfant et de l'adolescent suspect d'agression sexuelle », *Arch. Pédiatrie*, vol. 21, n° 5, p. 556-558, mai 2014.
- [3] E. BACCINO, *Médecine légale clinique. Médecine de la violence. Prise en charge des victimes et agresseurs*. .
- [4] D. W. Smith, E. J. Letourneau, B. E. Saunders, D. G. Kilpatrick, H. S. Resnick, et C. L. Best, « Delay in disclosure of childhood rape: results from a national survey », *Child Abuse Negl.*, vol. 24, n° 2, p. 273-287, février 2000.
- [5] D. Finkelhor, « The international epidemiology of child sexual abuse », *Child Abuse Negl.*, vol. 18, n° 5, p. 409-417, mai 1994.
- [6] J. Barth, L. Bermetz, E. Heim, S. Trelle, et T. Tonia, « The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis », *Int. J. Public Health*, vol. 58, n° 3, p. 469-483, nov. 2012.
- [7] M. Stoltenborgh, M. H. van Ijzendoorn, E. M. Euser, et M. J. Bakermans-Kranenburg, « A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world », *Child Maltreat.*, vol. 16, n° 2, p. 79-101, mai 2011.
- [8] Bouhet B., Pérard D., Zorman M., « « De l'importance des abus sexuels en France » », in *Les enfants victimes d'abus sexuels*, Éd. PUF., p. 285 NaN, p. 37-53.
- [9] « Haute Autorité de Santé - Argumentaire des Recommandations Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.has->

sante.fr/portail/jcms/c_1067136/fr/reperage-et-signalement-de-l-inceste-par-les-medecins-reconnaitre-les-maltraitances-sexuelles-intrafamiliales-chez-le-mineur.

[Consulté le: 08-août-2016].

- [10] R. Girardet, K. Bolton, S. Lahoti, H. Mowbray, A. Giardino, R. Isaac, W. Arnold, B. Mead, et N. Paes, « Collection of Forensic Evidence From Pediatric Victims of Sexual Assault », *Pediatrics*, vol. 128, n° 2, p. 233-238, août 2011.
- [11] J. D. Thackeray, G. Hornor, E. A. Benzinger, et P. V. Scribano, « Forensic Evidence Collection and DNA Identification in Acute Child Sexual Assault », *Pediatrics*, vol. 128, n° 2, p. 227-232, août 2011.
- [12] C. Jenny, J. E. Crawford-Jakubiak, et C. on C. A. A. Neglect, « The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected », *Pediatrics*, vol. 132, n° 2, p. e558-e567, août 2013.
- [13] R. L. Floyed, D. A. Hirsh, V. J. Greenbaum, et H. K. Simon, « Development of a Screening Tool for Pediatric Sexual Assault May Reduce Emergency-Department Visits », *Pediatrics*, vol. 128, n° 2, p. 221-226, août 2011.
- [14] J. A. Adams, R. A. Kaplan, S. P. Starling, N. H. Mehta, M. A. Finkel, A. S. Botash, N. D. Kellogg, et R. A. Shapiro, « Guidelines for Medical Care of Children Who May Have Been Sexually Abused », *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.*, vol. 20, n° 3, p. 163-172, juin 2007.
- [15] « Haute Autorité de Santé - Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur ». [En ligne]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1067136/fr/reperage-et-signalement-de-l-inceste-par-les-medecins-reconnaitre-les-maltraitances-sexuelles-intrafamiliales-chez-le-mineur. [Consulté le: 08-août-2016].

- [16] N. Kellogg, « The Evaluation of Sexual Abuse in Children », *Pediatrics*, vol. 116, n° 2, p. 506-512, août 2005.
- [17] C. Boyle, J. McCann, S. Miyamoto, et K. Rogers, « Comparison of examination methods used in the evaluation of prepubertal and pubertal female genitalia: A descriptive study », *Child Abuse Negl.*, vol. 32, n° 2, p. 229-243, février 2008.
- [18] « The Evaluation of Sexual Abuse in Children | AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS | Pediatrics ». [En ligne]. Disponible sur: <http://pediatrics.aappublications.org.gate2.inist.fr/content/116/2/506.long>. [Consulté le: 08-août-2016].
- [19] « Prise en charge des violences sexuelles - EM Premium ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/291027>. [Consulté le: 08-août-2016].
- [20] J. LEJEUNE, « Caractéristiques médico-légales de l'examen gynécologique normal comparé à celui de victimes d'agression sexuelle ». Nancy : Université de Lorraine; 2011. p. 1-224.
- [21] A. B. Berenson, J. M. Hayes, R. K. Bailey, A. H. Heger, et S. J. Emans, « Appearance of the Hymen in Prepubertal Girls », *Pediatrics*, vol. 89, n° 3, p. 387-394, mars 1992.
- [22] « Anal findings in children with and without probable anal penetration: A retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com.gate2.inist.fr/science/article/pii/S0145213413000835>. [Consulté le: 08-août-2016].
- [23] T. Linet et J. Nizard, « Constats de violences sexuelles : rédaction d'un protocole d'accueil et mise en pratique », *Httpwwwem-Premiumcomdatarevues036823150033000299*, sept. 2008.

- [24] KINTZ P., « Soumission chimique : prise en charge toxicologique. », in *Annales de toxicologie analytique.*, 2003, p. 15, 4, 239-242.
- [25] American Academy of Pediatrics, « Sexually transmitted diseases. », in *Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases*, Pickering LK, ., 2003, p. 157–167.
- [26] C. Stevens-Simon, D. Nelligan, P. Breese, C. Jenny, et J. M. Douglas, « The Prevalence of Genital Human Papillomavirus Infections in Abused and Nonabused Preadolescent Girls », *Pediatrics*, vol. 106, n° 4, p. 645-649, oct. 2000.
- [27] L. T. Gutman, M. E. Herman-Giddens, et W. C. Phelps, « Transmission of Human Genital Papillomavirus Disease: Comparison of Data From Adults and Children », *Pediatrics*, vol. 91, n° 1, p. 31-38, janv. 1993.
- [28] E. Siegfried, J. Rasnick-Conley, S. Cook, C. Leonardi, et J. Monteleone, « Human papillomavirus screening in pediatric victims of sexual abuse », *Pediatrics*, vol. 101, n° 1 Pt 1, p. 43-47, janv. 1998.
- [29] « Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015 ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm>. [Consulté le: 08-août-2016].
- [30] « Rapport 2010 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH sous la direction du Pr. Patrick Yéni - Santé - Ministère des Affaires sociales et de la Santé ». [En ligne]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-2010-sur-la-prise-en-charge-medicales-des-personnes-infectees-par-le-vih>. [Consulté le: 08-août-2016].
- [31] I. Soares-Boucaud et M. Ravit, « Maltraitements et abus sexuels chez l'enfant », *Httpwwwem-Premiumcomdatatraitspps37-61515*, sept. 2015.

- [32] C. Rey, J. Salomon, J. Herzhaft-Bouccara, D. Bohu, et P. Messerschmitt, « Examen des victimes d'agression sexuelle de moins de cinq ans », *Arch. Pédiatrie*, vol. 12, n° 6, p. 664-665, juin 2005.
- [33] « Circulaire n° CRIM 2010-27 du 27 décembre 2010 relative à la mise en oeuvre de la réforme de la médecine légale », *APHP DAJ*. [En ligne]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-crim-2010-27-du-27-decembre-2010-relative-a-la-mise-en-oeuvre-de-la-reforme-de-la-medecine-legale/>. [Consulté le: 16-août-2016].
- [34] J. A. Adams, K. Harper, S. Knudson, et J. Revilla, « Examination Findings in Legally Confirmed Child Sexual Abuse: It's Normal to be Normal », *Pediatrics*, vol. 94, n° 3, p. 310-317, sept. 1994.
- [35] Dr Caroline REY-SALMON, Pr Catherine ADAMSBAUM, « Agressions et mutilations sexuelles », in *Maltraitance chez l'enfant*, Lavoisier., p. 94-108.
- [36] A. Heger, L. Ticson, O. Velasquez, et R. Bernier, « Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children », *Child Abuse Negl.*, vol. 26, n° 6-7, p. 645-659, juin 2002.
- [37] J. A. Adams, « Evolution of a Classification Scale: Medical Evaluation of Suspected Child Sexual Abuse », *Child Maltreat.*, vol. 6, n° 1, p. 31-36, févr. 2001.
- [38] J. A. Adams, N. D. Kellogg, K. J. Farst, N. S. Harper, V. J. Palusci, L. D. Frasier, C. J. Levitt, R. A. Shapiro, R. L. Moles, et S. P. Starling, « Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused », *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.*, vol. 29, n° 2, p. 81-87, avril 2016.

- [39] Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, et Prescott CA, « Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 57, n° 10, p. 953-959, oct. 2000.
- [40] P. S. Mehler, « Diagnosis and Care of Patients with Anorexia Nervosa in Primary Care Settings », *Ann. Intern. Med.*, vol. 134, n° 11, p. 1048-1059, juin 2001.
- [41] F. E. Springs et W. N. Friedrich, « Health risk behaviors and medical sequelae of childhood sexual abuse », *Mayo Clin. Proc.*, vol. 67, n° 6, p. 527-532, juin 1992.
- [42] E. L. Weiss, J. G. Longhurst, et C. M. Mazure, « Childhood Sexual Abuse as a Risk Factor for Depression in Women: Psychosocial and Neurobiological Correlates », *Am. J. Psychiatry*, vol. 156, n° 6, p. 816-828, juin 1999.
- [43] M. A. Whooley et G. E. Simon, « Managing Depression in Medical Outpatients », *N. Engl. J. Med.*, vol. 343, n° 26, p. 1942-1950, décembre 2000.
- [44] G. Hornor, « Child Sexual Abuse: Consequences and Implications », *J. Pediatr. Health Care*, vol. 24, n° 6, p. 358-364, nov. 2010.
- [45] M. H. Boisset-Pioro, J. M. Esdaile, et M. A. Fitzcharles, « Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome », *Arthritis Rheum.*, vol. 38, n° 2, p. 235-241, févr. 1995.
- [46] D. Drossman, Z. Li, J. Leserman, T. Toomey, et Y. Hu, « Health status by gastrointestinal diagnosis and abuse history », *Gastroenterology*, vol. 110, n° 4, p. 999-1007, avril 1996.

- [47] K. W. Springer, J. Sheridan, D. Kuo, et M. Carnes, « The long-term health outcomes of childhood abuse. An overview and a call to action », *J. Gen. Intern. Med.*, vol. 18, n° 10, p. 864-870, oct. 2003.
- [48] J. G. Noll, P. K. Trickett, W. W. Harris, et F. W. Putnam, « The cumulative burden borne by offspring whose mothers were sexually abused as children: descriptive results from a multigenerational study », *J. Interpers. Violence*, vol. 24, n° 3, p. 424-449, mars 2009.
- [49] Van Gliseghem H., « L'enfant victime de la fausse allégation d'abus sexuel. », *Journal du Droit des Jeunes*, p. 24-7, 1995.
- [50] K. A. Sinclair, C. R. Woods, D. J. Kirse, et S. H. Sinal, « Anogenital and respiratory tract human papillomavirus infections among children: age, gender, and potential transmission through sexual abuse », *Pediatrics*, vol. 116, n° 4, p. 815-825, oct. 2005.
- [51] E. Armbruster-Moraes, L. M. Ioshimoto, E. Leão, et M. Zugaib, « Presence of human papillomavirus DNA in amniotic fluids of pregnant women with cervical lesions », *Gynecol. Oncol.*, vol. 54, n° 2, p. 152-158, août 1994.
- [52] O. Vanhooteghem, G. Müller, et M. de la Brassinne, « [Anogenital condylomata in the children. Practice guidelines for a medical expertise] », *Rev. Médicale Liège*, vol. 62, n° 3, p. 151-154, mars 2007.
- [53] S. P. Starling, L. D. Frasier, K. Jarvis, et A. McDonald, « Inter-rater reliability in child sexual abuse diagnosis among expert reviewers », *Child Abuse Negl.*, vol. 37, n° 7, p. 456-464, juillet 2013.
- [54] K. L. Makoroff, J. L. Brauley, A. M. Brandner, P. A. Myers, et R. A. Shapiro, « Genital examinations for alleged sexual abuse of prepubertal girls: findings by pediatric

emergency medicine physicians compared with child abuse trained physicians », *Child Abuse Negl.*, vol. 26, n° 12, p. 1235-1242, déc. 2002.

VU

NANCY, le 09 septembre 2016

Le Président de Thèse

Professeur Cyril SCHWEITZER

NANCY, le 15 septembre 2016

Pour le Doyen de la Faculté de Médecine

Le Vice-Doyen,

Professeur Marc DEBOUVERIE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9267

NANCY, le 20 septembre 2016

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Pierre MUTZENHARDT

RESUME :

Contexte : Lors d'une suspicion d'agression sexuelle sur mineur (ASM), la mise en évidence d'anomalies ano-génitales est rare. Depuis 2011, les examens cliniques des enfants pour lesquels une ASM est suspectée sont majoritairement réalisés au sein des unités médico-judiciaires (UMJ).

Objectifs : Décrire une population d'enfants examinés pour suspicion d'ASM, au sein de l'UMJ du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Nancy.

Patients et méthodes : Les enfants de moins de 18 ans, ayant consulté pour une suspicion d'ASM à l'UMJ de Nancy, entre 2011 et 2015, ont été inclus. Les données démographiques, les éléments de l'interrogatoire, les données de l'examen physique, les données des examens complémentaires et les conclusions médicales ont été recueillies.

Résultats : Trois-cent vingt-cinq filles et 79 garçons ont été inclus. L'âge moyen lors des faits était de 118,9 mois. Deux cent soixante-neuf (66,6%) enfants alléguaient des attouchements, 212 (52,5%) décrivaient une pénétration. Trente-quatre (11,7%) filles présentaient des lésions au niveau des organes génitaux externes (OGE) et 28 (9,8%) des lésions hyménales. Un garçon (1,3%) présentait une lésion non spécifique des OGE. 8,2% des enfants alléguant une pénétration anale étaient porteurs d'une lésion. L'examineur concluait à une compatibilité entre les faits allégués et l'examen clinique pour 253 victimes.

Conclusion : Lors d'une suspicion d'ASM, l'examen clinique est fréquemment normal. La réalisation de cet examen par un praticien habitué, dans des conditions appropriées, revêt alors une grande importance afin de ne pas tirer de conclusions hâtives sur la réalité ou non des faits allégués.

TITLE :

Child sexual abuse : Description of a French population having consulted in a forensic medical service

MOTS CLES :

Aggression sexuelle, enfants, lésions ano-génitales, unité médico-judiciaire, recommandations

ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
