



**UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE**

Année : 1995



Thèse n° 418

**LA PRISE EN CHARGE MEDICALE
DES ENFANTS VICTIMES D'ABUS SEXUELS**

A PROPOS DE 53 CAS

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le : 4 avril 1995

par

Marie-Paule MEYNIER épouse FURELAU

née le 17 mai 1965 à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THESE:

Monsieur le Professeur TABASTE Président
Monsieur le Professeur BOUQUIER Juge
Monsieur le Professeur DUMONT Juge
Monsieur le Professeur GAROUX Juge
Monsieur le Docteur ROGER Membre invité
Monsieur MERCIER Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

Année : 1995



Thèse n° 118

**LA PRISE EN CHARGE MEDICALE
DES ENFANTS VICTIMES D'ABUS SEXUELS**

A PROPOS DE 53 CAS

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le : 4 avril 1995

par

Marie-Paule MEYNIER épouse FURELAU

née le 17 mai 1965 à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THESE:

Monsieur le Professeur TABASTE	Président
Monsieur le Professeur BOUQUIER	Juge
Monsieur le Professeur DUMONT.....	Juge
Monsieur le Professeur GAROUX	Juge
Monsieur le Docteur ROGER.....	Membre invité
Monsieur MERCIER	Membre invité

**UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE**

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur PIVA Claude

ASSESSEURS : Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude
Monsieur le Professeur DENIS François

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

ADENIS Jean-Paul* (C.S)	Ophtalmologie
ALAIN Luc (C.S)	Chirurgie infantile
ALDIGIER Jean-Claude	Néphrologie
ARCHAMBEAUD Françoise	Médecine interne B
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BARTHE Dominique (C.S)	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
BAUDET Jean (C.S)	Clinique obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien (C.S)	Clinique médicale cardiologique
BERNARD Philippe	Dermatologie
BESSEDE Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
BONNAUD François (C.S)	Pneumologie
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)	Dermatologie
BORDESSOULE Dominique	Hématologie et Transfusion
BOULESTEIX Jean (C.S)	Pédiatrie
BOUQUIER Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BOUTROS-TONI Fernand	Biostatistique et Informatique médicale
BRETON Jean-Christian (C.S)	Biochimie et Biologie moléculaire
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert (C.S)	Anatomie pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
COGNE Michel	Immunologie
COLOMBEAU Pierre (C.S)	Urologie

CUBERTAFOND Pierre (C.S)	Clinique de chirurgie digestive
DARDE Marie-Laure (C.S)	Parasitologie
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	Pédiatrie
DENIS François (C.S)	Bactériologie - Virologie
DESCOTTES Bernard (C.S)	Anatomie
DUDOGNON Pierre	Rééducation fonctionnelle
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMAS Michel (C.S)	Neurologie
DUMONT Daniel	Médecine du travail
DUPUY Jean-Paul (C.S)	Radiologie et Imagerie Médicale
FEISS Pierre (C.S)	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
GAINANT Alain	Chirurgie digestive
GAROUX Roger (C.S)	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation médicale
GAY Roger (C.S)	Réanimation médicale
GERMOUTY Jean	Pathologie médicale et respiratoire
HUGON Jacques	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
LABROUSSE Claude (C.S)	Rééducation fonctionnelle
LABROUSSE François	Anatomie pathologique
LASKAR Marc (C.S)	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
LAUBIE Bernard (C.S)	Endocrinologie et Maladies métaboliques
LEGER Jean-Marie (C.S)	Psychiatrie d'adultes
LEROUX-ROBERT Claude (C.S)	Néphrologie
LIOZON Frédéric	Clinique Médicale A
MELLONI Boris	Pneumologie
MENIER Robert (C.S)	Physiologie
MERLE Louis	Pharmacologie
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	Neurochirurgie
MOULIES Dominique	Chirurgie infantile
OUTREQUIN Gérard	Anatomie
PECOUT Claude (C.S)	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PERDRISOT Rémy	Biophysique et Traitement de l'image
PILLEGAND Bernard (C.S)	Hépto-Gastro-Entérologie
PIVA Claude (C.S)	Médecine légale

PRALORAN Vincent (C.S)	Hématologie et Transfusion
RAVON Robert (C.S)	Neurochirurgie
RIGAUD Michel	Biochimie et Biologie moléculaire
ROUSSEAU Jacques (C.S)	Radiologie et Imagerie Médicale
SAUTEREAU Denis	Hépatogastro-entérologie
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)	Oto-Rhino-Laryngologie
TABASTE Jean-Louis (C.S)	Gynéco-Obstétrique
TREVES Richard (C.S)	Thérapeutique
VALLAT Jean-Michel	Neurologie
VALLEIX Denis	Anatomie
VANDROUX Jean-Claude (C.S)	Biophysique et Traitement de l'image
VIDAL Elisabeth (C.S)	Médecine interne
WEINBRECK Pierre	Maladies infectieuses

PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS :

MOULIN Jean-Louis 3ème Cycle de Médecine Générale

SSECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS :

POMMARET Maryse

* C.S = Chef de Service

Monsieur le Professeur TABASTE Jean-Louis,

Professeur des Universités de Gynécologie-Obstétrique
Gynécologue Accoucheur des Hôpitaux
Chef de Service

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier ce travail et d'accepter la présidence de cette thèse.

Vous avez contribué à notre formation d'externe. Soyez assuré que nous n'oublierons pas l'enseignement de qualité que vous nous avez apporté.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur BOUQUIER Jean-José,

Professeur des Universités de Pédiatrie
Médecin des Hôpitaux

Vous avez été notre pédiatre puis notre professeur à la Faculté de Médecine.

Nous nous souviendrons de la précision de votre enseignement.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites de bien vouloir juger notre travail.

Soyez assuré de notre haute considération.

Monsieur le Professeur DUMONT Daniel,

Professeur des Universités de Médecine du Travail
Médecin des Hôpitaux

Nous vous sommes infiniment reconnaissant
d'avoir bien voulu juger notre travail.

Nous n'oublierons pas les conseils et les encourage-
ments que vous nous avez prodigués lors de notre premiè-
re garde d' Externe aux urgences.

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères
remerciements.

Monsieur le Professeur GAROUX Roger,

Professeur des Universités de Pédopsychiatrie
Psychiatre des Hôpitaux
Chef de Service

Nous connaissons l'intérêt que vous attachez à la lutte contre tout ce qui peut nuire au développement harmonieux de l'enfant et à l'immense travail de réparation de tous ces préjudices.

Nous sommes très honoré que vous ayez accepté de juger notre thèse, et ce, bien que son thème s'éloigne de votre spécialité.

Nous vous sommes reconnaissant de l'enseignement que vous nous avez prodigué.

Soyez assuré de notre profonde gratitude.

Monsieur le Docteur ROGER Paul,

Médecin Généraliste

Certaines vocations naissent d'une rencontre avec une personne exemplaire : avec une grande simplicité vous avez su nous faire aimer la Médecine Générale.

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Monsieur MERCIER Daniel,

Président des Assises

Conseiller à la Cour d'Appel de Limoges.

Vous nous avez accueilli avec beaucoup de bienveillance au sein du Tribunal où nous avons pu apprécier l'importance et la valeur de votre charge.

Vous nous faites le grand honneur de participer à la composition de notre jury de thèse malgré vos nombreuses obligations.

Veillez trouver ici la marque de notre reconnaissance et de notre profond respect .

A Madame FADIER-NISSE M.,

Thérapeute Familiale du Centre des Buttes-Chaumont.

A Madame BOMBARD A.,

Assistante Sociale,
C.P.C.I. , CHS Esquirol, Limoges.

A Monsieur JESU F.,

Pédopsychiatre, diplômé de Santé Publique.
Chargé de mission à l' Institut de l' Enfance et
de la Famille (IDEF).

A Monsieur ROCHE JF.,

Praticien Hospitalier, Service Hospitalo-Universi-
taire de Pédopsychiatrie de Limoges.

A Monsieur VERGNE JP.,

Substitut du Procureur de la République à
Limoges.

Tous mes remerciements et ma gratitude à celles et
ceux qui m'ont apporté leur aide.

*A une jeune fille de 14 ans rencontrée
dans le Hall du Palais de Justice de Limoges en
Mars 1994 .*

*Son visage grave et son regard éteint portaient
les stigmates d'une profonde souffrance.*

*A mes enfants,
Avec tout mon amour et mes espoirs.*

*A Thierry,
Ton amour et ton soutien de chaque jour sont
des cadeaux précieux.*

*A mes parents, à ma famille,
Qu'ils trouvent ici l'expression de mon affection
filiale.*

Déclaration des droits de l'enfant

- 1 *L'enfant doit jouir de tous les droits énoncés dans la présente Déclaration. Ces droits doivent être reconnus à tous les enfants sans exception aucune, et sans distinction ou discrimination fondées sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, ou sur toute autre situation, que celle-ci s'applique à l'enfant lui-même ou à sa famille.*
- 2 *L'enfant doit bénéficier d'une protection spéciale et se voir accorder des possibilités et des facilités par l'effet de la loi et par d'autres moyens, afin d'être en mesure de se développer d'une façon saine et normale sur le plan physique, intellectuel, moral, spirituel et social, dans des conditions de liberté et de dignité. Dans l'adoption de lois à cette fin, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être la considération déterminante.*
- 3 *L'enfant a droit, dès sa naissance, à un nom et à une nationalité.*
- 4 *L'enfant doit bénéficier de la Sécurité sociale. Il doit pouvoir grandir et se développer d'une façon saine ; à cette fin, une aide et une protection spéciales doivent lui être assurées ainsi qu'à sa mère, notamment des soins prénatals et postnatals adéquats. L'enfant a droit à une alimentation, à un logement, à des loisirs et à des soins médicaux adéquats.*
- 5 *L'enfant physiquement, mentalement ou socialement désavantagé doit recevoir le traitement, l'éducation et les soins spéciaux que nécessite son état ou sa situation.*
- 6 *L'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, a besoin d'amour et de compréhension. Il doit, autant que possible, grandir sous la sauvegarde et sous la responsabilité de ses parents et, en tout état de cause, dans une atmosphère d'affection et de sécurité morale et matérielle ; l'enfant en bas âge ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, être séparé de sa mère. La société et les pouvoirs publics ont le devoir de prendre un soin particulier des enfants sans famille ou de ceux qui n'ont pas les moyens d'existence suffisants. Il est souhaitable que soient accordées aux familles nombreuses des allocations de l'Etat ou autres pour l'entretien des enfants.*
- 7 *L'enfant a droit à une éducation qui doit être gratuite et obligatoire au moins aux niveaux élémentaires. Il doit bénéficier d'une éducation qui contribue à sa culture générale et lui permette, dans des conditions d'égalité de chances, de développer ses facultés, son jugement personnel et son sens des responsabilités morales et sociales, et de devenir un membre utile de la société.
L'intérêt supérieur de l'enfant doit être le guide de ceux qui ont la responsabilité de son éducation et de son orientation ; cette responsabilité incombe en priorité à ses parents.
L'enfant doit avoir toutes possibilités de se livrer à des jeux et à des activités récréatives, qui doivent être orientés vers les fins visées par l'éducation ; la société et les pouvoirs publics doivent s'efforcer de favoriser la jouissance de ce droit.*
- 8 *L'enfant doit, en toutes circonstances, être parmi les premiers à recevoir protection et secours.*
- 9 *L'enfant doit être protégé contre toute forme de négligence, de cruauté et d'exploitation. Il ne doit pas être soumis à la traite sous quelle que forme que ce soit. L'enfant ne doit pas être admis à l'emploi avant d'avoir atteint un âge minimum approprié ; il ne doit en aucun cas être astreint ou autorisé à prendre une occupation ou un emploi qui nuise à sa santé ou à son éducation, ou qui entrave son développement physique, mental ou moral.*
- 10 *L'enfant doit être protégé contre les pratiques qui peuvent pousser à la discrimination raciale, à la discrimination religieuse ou à toute autre forme de discrimination. Il doit être élevé dans un esprit de compréhension, de tolérance, d'amitié entre les peuples, de paix et de fraternité universelle, et dans le sentiment qu'il lui appartient de consacrer son énergie et ses talents au service de ses semblables.*

PLAN :**I - INTRODUCTION****II - GENERALITES****I - DEFINITIONS**

- 1 - Définition du terme " enfant "
- 2 - Définition du terme " victime "
- 3 - Définition du terme " abus sexuel "
- 4 - Définitions légales
 - A - Le viol : Art. 222. 23 à 222. 26 du Code Pénal
 - B - Les agressions sexuelles autres que le viol :
Art. 222. 27 à 222. 32 du Code Pénal
 - C - Les remarques concernant les définitions légales

II - HISTORIQUE DE L'APPROCHE DES ABUS SEXUELS COMMIS SUR L'ENFANT

- 1 - Historique des abus sexuels
 - A - Dans les peuplades primitives
 - B - Dans les civilisations Perse et Egyptienne
 - C - Dans la Bible
 - D - Dans les civilisations antiques
 - E - Au Moyen-Age en France
 - F - A l'époque de la Renaissance
 - G - Aux XVIII ème et XIX ème Siècles
 - H - Au XX ème Siècle
- 2 - Historique de la prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels
 - A - La prise en charge sociale
 - B - La prise en charge médicale

III - QUELQUES DONNEES CHIFFREES

- 1 - La querelle des chiffres
- 2 - Les données épidémiologiques
 - A - Les études épidémiologiques réalisées à l'étranger
 - B - Les études épidémiologiques françaises
 - C - Conclusion des études épidémiologiques

III - CAS CLINIQUES

I - METHODE D'ETUDE DES CAS CLINIQUES

- 1 - Le recueil des données
- 2 - Plan d'étude des dossiers
 - A - Eléments recueillis sur l'enfant et sa famille
 - a - Sur l'enfant (au moment de l'expertise)
 - b - La famille
 - B - Eléments recueillis sur l'agression
 - C - Examen de l'enfant
 - a - Circonstances de l'examen
 - b - Signes fonctionnels actuels
 - c - Examen somatique
 - d - Examens de laboratoire
 - e - Conclusion de l'expertise gynécologique
 - f - Examen psychiatrique
 - g - Traitement
 - D - Eléments concernant l'agresseur
 - a - Examen clinique
 - b - Examens biologiques
 - E - Le suivi médical de l'enfant

II - DOSSIERS

IV - RESULTATS

I - RECUEIL DES DONNEES ADMINISTRATIVES

II - INTERROGATOIRE DE L'ENFANT

1 - Recueil des éléments concernant l'enfant victime

A - La population étudiée

a - Répartition des âges lors de la prise en charge médicale

b - Age de l'enfant lors de sa première agression

B - La scolarité des enfants

C - La structure familiale

D - L'utilisation de toxiques (alcool, drogue) dans le milieu familial

E - La violence intra-familiale

2 - Recueil des éléments concernant l'agression

A - Le lieu

B - Les circonstances favorisantes

C - La notion de violence pendant l'agression

D - Le type d'agression

a - Définition des différents types d'agression

b - Classification des différents types d'agression

E - L'étude des rapports existant entre agresseur et victime

F - Le nombre d'agresseur par victime

G - La durée des événements : délai entre le début de l'agression et le moment de la révélation des faits

H - Le nombre d'épisodes d'abus sexuels

I - Le mode de révélation de l'abus sexuel

3 - Recueil des éléments médicaux concernant l'enfant

A - Les antécédents médicaux et psychiatriques des enfants

B - La notion de puberté au moment de la première agression

C - Les signes fonctionnels apparus pendant ou suite à l'agression

D - La notion de prise en charge médicale entre la dernière agression et l'expertise gynécologique

E - Le délai écoulé entre la dernière agression et l'expertise médicale de l'enfant

III - EXAMEN SOMATIQUE DE L'ENFANT

- 1 - Examen général
 - A - La recherche de signes de violence
 - B - L'appréciation du développement pubertaire de l'enfant
- 2 - Examen gynécologique
 - A - Les conditions de l'examen
 - B - La position d'examen
 - C - L'examen des organes génitaux féminins
 - a - Examen de la vulve
 - b - Examen de l'hymen
 - c - Examen du vagin
 - D - L'examen des organes génitaux masculins
 - E - L'examen de la région anale
 - a - Inspection de la marge anale
 - b - Le toucher rectal

IV - PRELEVEMENTS EFFECTUES SUR L'ENFANT

- 1 - Les prélèvements locaux
 - A - Les germes retrouvés
 - B - Les résultats de la recherche de spermatozoïdes
- 2 - Les prélèvements sanguins
 - A - Les sérologies
 - B - Le dosage des BHCG
- 3 - Les autres prélèvements

V - RESULTATS DES PRELEVEMENTS EFFECTUES SUR L'AGRESSEUR

VI - CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE

- 1 - Du point de vue clinique

A - Les lésions de défloration ancienne et banale

B - L'examen gynécologique et anal normal

C - Les résultats "suspects "

D - Les lésions anales

2 - Du point de vue bactériologique

VII - TRAITEMENTS ET SURVEILLANCE INSTITUES SUITE A L'EXPERTISE

1 - Traitements anti-infectieux

2 - Surveillance de grossesse

VIII - LES CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE

V - DISCUSSION

I - PRISE EN CHARGE MEDICALE DES ENFANTS VICTIMES D'ABUS SEXUELS

1 - Les enjeux

2 - Les modalités de cette prise en charge

II - INTERROGATOIRE DE L'ENFANT

1 - Les différents intervenants

2 - Les techniques de l'interrogatoire

3 - Les questions à aborder

A - Les éléments concernant l'enfant

a - Le sexe

b - L'âge de l'enfant au moment de sa première agression

- c - Le niveau scolaire de l'enfant
 - d - La structure familiale et le niveau socio-économique
 - e - Alcool, drogue et violence dans les familles incestueuses
- B - Les éléments concernant l'agression
- a - Le lieu de l'agression
 - b - La notion de violence pendant l'agression
 - c - Les circonstances favorisantes
 - d - Les date et heure de l'agression, le nombre d'épisodes abusifs
 - e - Les rapports existants entre l'agresseur et sa victime
 - f - Le type d'agression
 - g - Le nombre d'agression par victime
 - h - Le mode de révélation des faits
 - i - Le délai moyen entre la première agression et le moment de la révélation de l'abus sexuel
- C - Les éléments médicaux concernant les enfants
- a - Les antécédents médicaux et psychiatriques
 - b - Les signes fonctionnels apparus après l'agression
 - c - L'éventuelle prise en charge médicale de l'enfant entre le moment de son agression et l'expertise gynécologique
 - d - Le délai moyen écoulé entre la dernière agression et l'expertise médicale
- 4 - Les pièges de l'interrogatoire
- A - Les fausses allégations d'abus sexuels
 - B - Les rétractations

III - EXAMEN SOMATIQUE DE L'ENFANT

- 1 - L'examen général de l'enfant
- A - La recherche de signes de violence
 - B - La précision du statut pubertaire
 - a - L'aspect macroscopique des muqueuses génitales
 - b - Les propriétés des muqueuses génitales
- 2 - L'examen gynécologique de la fille
- A - Les conditions de l'examen

- B - La position d'examen
- C - L'examen de l'anatomie génitale
 - a - La vulve
 - b - La fourchette postérieure ou commissure postérieure de la vulve
 - c - L'examen de l'hymen
 - d - L'examen du vagin
- D - Les pièges du diagnostic clinique d'abus sexuel chez la fille
 - a - Les phénomènes de cicatrisation
 - b - Les autres causes de traumatismes génitaux
 - c - Les maladies dermatologiques
- E - Conclusions sur les données de l'examen gynécologique de la fille
- 3 - L'examen génital du garçon
 - A - Le pubis
 - B - La verge
 - C - Le scrotum
- 4 - L'examen de la région anale des enfants
 - A - Les signes cliniques pouvant être retrouvés à l'inspection
 - a - Les lésions d'aspect récent
 - b - Les lésions évocatrices de traumatismes répétés ou anciens
 - c - Les diagnostics différentiels
 - B - Le toucher rectal
 - a - Le test du sphincter anal externe
 - b - L'étalement de la cloison recto-vaginale
 - C - Les prélèvements au niveau anal

IV - PRELEVEMENTS

- 1 - Les prélèvements locaux
 - A - La recherche de sperme
 - a - La détection initiale des traces de sperme
 - b - La recherche de spermatozoïdes en microscopie
 - c - La recherche de phosphatases acides
 - d - La recherche des antigènes spécifiques de prostate
 - B - La recherche des maladies sexuellement transmissibles

- b - Les infections à Chlamydiae Trachomatis
 - c - Les infections à Mycoplasmes
 - d - Les infections à Trichomonas Vaginalis
 - e - Les infections à Gardnerella
 - f - La recherche d'autres maladies sexuellement transmissibles
- 2 - Les prélèvements sanguins
- A - Le sérodiagnostic de maladies sexuellement transmissibles
 - a - Le sérodiagnostic de la Syphilis
 - b - Le sérodiagnostic d'infection à Chlamydiae Trachomatis
 - c - Le sérodiagnostic d'infection à Mycoplasmes
 - d - Les sérodiagnostics d'infections à HIV et Hépatites B / C
 - B - Le dosage sanguin des BHCG dans le diagnostic de grossesse
 - C - Autre prélèvement : ECBU

V - COMPLICATIONS SECONDAIRES AUX ABUS SEXUELS

- 1 - Les infections
- 2 - Les lésions génitales graves
 - A - Les délabrements de la sphère génitale
 - B - Les rétrécissements cicatriciels du vagin
 - C - Les lésions en rapport avec un acte sodomique
 - D - Les hémorragies
 - E - Les problèmes médico-légaux liés à la grossesse

VI - CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE

- 1 - Les conclusions
- 2 - Le certificat médical initial
 - A - Les obligations
 - B - Les erreurs à ne pas commettre
 - C - Modèle de certificat médical initial
- 3 - Les traitements préventifs
 - A - La prévention des Maladies Sexuellement Transmissibles

- B - La prévention de la grossesse
- C - Le suivi médico-social de l'enfant
- 4 - Le coût médical de la prise en charge

VI - CONCLUSION

VII - BIBLIOGRAPHIE

VIII - TABLE DES MATIERES

IX - SERMENT D'HIPPOCRATE

ABREVIATIONS UTILISEES :

(+)	positif	IF.	immunofluorescence
(-)	négatif , NEG. négatif	IM.	intra-musculaire
Ac.	anticorps	ITG.	interruption thérapeutique de grossesse
Ag.	antigène	IVG.	interruption volontaire de grossesse
BHCG.	β HCG	LABO.	laboratoire
BIOLOG.	biologique	M.I.F.	micro-immunofluorescence indirecte
CHL.	chlamydiae trachomatis	M.S.T.	maladie sexuellement transmissible
CIE.	contre-immuno électrophorèse	MED.	médicaux
CI°.	contre-indication	MYCOP.	mycoplasme hominis
DDR.	date des dernières règles	OP.	oestro-progestatifs
DS.	déviation standard	PSY.	psychiatrique
E.L.I.S.A.	enzyme linked immuno sorbent essay	RS.	rapport sexuel
ECBU.	examen cytobactériologique des urines	SF.	signes fonctionnels
EX.	examen	SI.	syphilis
F°.	fonction	SP.	signes physiques
FR.	française	SPZ.	spermatozoïdes
G + ou -	Gram positif ou négatif	TA.	tentative d'autolyse
GYNECO.	gynécologique	TR.	toucher rectal
H.	hymen	TTT.	traitement
H.I.V.	human immunodeficiency virus	TV.	toucher vaginal
HEP.	hépatite		

I. INTRODUCTION

Il existe encore, malgré tous les progrès humains et sociaux, de nombreux fléaux qui nous paraissent intolérables.

Intolérables de part les obscurs comportements humains qu'ils mettent à jour, de part les difficultés de prévention et de détection qu'ils engendrent et de l'évolution imprévisible de leurs conséquences.

Ces termes semblent trop faibles : ils sont tout simplement insoutenables parce qu'ils atteignent un enfant qui sera à jamais marqué dans sa vie future par cette douloureuse expérience.

En France, le problème des abus sexuels commis à l'encontre d'enfants mineurs est souvent pudiquement occulté : c'est un sujet tabou à double titre car il touche à la fois la famille et la sexualité.

L'objectif de notre travail, dans le but de mieux servir les intérêts de l'enfant, est de faire le point sur le devoir des médecins, sur les connaissances et les moyens de prise en charge médicale de ce vaste problème, afin d'élaborer un protocole d'examen des jeunes victimes, utilisable lors des expertises et de la rédaction des certificats médicaux.

Nous n'aborderons pas dans cette thèse le délicat travail de la prise en charge pédopsychiatrique et psychologique qui doit être proposée de manière systématique à tous les enfants victimes d'abus sexuels. Ce travail spécialisé mérite à lui seul d'être l'objet d'une étude approfondie.

II . GENERALITES

Ce chapitre a pour but de permettre une meilleure appréhension du phénomène des abus sexuels commis à l'encontre des enfants, en abordant les différentes définitions, en rappelant l'historique des abus sexuels et de leurs prises en charge sociale et médicale, et enfin en apportant quelques données chiffrées situant l'ampleur de ce problème.

I - DEFINITIONS :

D'emblée, nous devons faire face à une difficulté essentielle, celle de la définition des termes : *enfant*, *victime*, *abus sexuel*, et à leurs définitions légales.

En effet, toute définition imprécise concernant ce problème médico-social peut avoir des conséquences sur le système de signalement, sur les programmes de prise en charge médicale et de prévention, mais aussi sur la recherche épidémiologique.

1 - Définition du terme " enfant " :

En France, le Code Civil définit l'enfant par son âge légal inférieur à quinze ans. Les parents ou leurs substituts ont pour devoir la protection du mineur dans sa sécurité, sa santé et sa moralité.

Au delà de l'âge de quinze ans, les relations sexuelles ne sont pas réprimées légalement lorsqu'elles sont librement consenties par l'enfant, sauf lorsqu'elles sont entretenues avec un ascendant légitime, une personne ayant autorité ou qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions (article 227.27 du nouveau Code Pénal).

Cet âge légal de consentement diffère considérablement d'un pays à l'autre : de 14 à 18 ans en Europe. De plus, dans de nombreux pays en dehors de la France, outre l'âge légal minimal admis pour entretenir des relations hétérosexuelles, il existe un âge légal minimal plus élevé s'appliquant aux relations homosexuelles.

2 - Définition du terme " victime " :

Nul ne contestera que l'enfant est une victime car sacrifié aux intérêts d'autrui. Cela veut-il dire pour autant que la jeune victime est toujours porteuse d'un préjudice visible? En matière d'abus sexuels, le traumatisme que subit l'enfant ne peut pas se limiter à l'acte sexuel lui-même. Les sévices affectifs sont sans doute les plus profonds et les plus délicats à évaluer : sentiments de culpabilité, angoisse, dépression, mais aussi difficultés relationnelles et sexuelles à l'âge adulte.

3 - Définition du terme " abus sexuel " :

L'expression " abus sexuel " de l'anglais " *sexual abuse* " a été officiellement retenue en France par tous les auteurs de préférence à :

- **Agressions sexuelles** : terme du Code Pénal qui détermine un degré de gravité tel qu'il exclue d'emblée du champ de la définition des actes, des attitudes qui sont considérés comme des abus sexuels sans être des agressions commises avec violence, contrainte, menace ou surprise.
- **Violences sexuelles** : ce terme excluant les abus sexuels commis sans violence physique.
- **Exploitation sexuelle** : ce terme convenant surtout pour définir la prostitution ou la pornographie infantile et l'ensemble des activités qui impliquent un commerce du corps.

Lorsque l'on parle d'abus sexuels, trois conditions semblent implicites dans la définition :

- Les violences physiques ou morales, le pouvoir exercé par un individu sur un autre plus faible.
- L'utilisation d'un individu par un autre, en l'occurrence d'un enfant par un adulte, d'une personne sexuellement immature par une autre qui ne l'est pas.
- Le caractère sexuel de l'acte : l'usage délinquant de la sexualité, c'est à dire l'atteinte au droit de propriété de tout individu sur son propre corps.

Selon **Mégat** et **Ali**, les actes qui constituent un abus sexuel se répartissent en trois catégories:

- Les abus sexuels sans contact corporel :
 - . exhibitionnisme public ou privé
 - . diffusion d'images pornographiques
 - . incitation verbale à l'activité sexuelle
 - . propos érotiques ou pornographiques sur le sexe.

- Les abus avec contact corporel sans tentative de pénétration sexuelle (génito-orale, génito-génitale, génito-anale):

- . caresses ou baisers érotiques
- . attouchements sexuels (contacts génitaux entre agresseur et victime)
- . attouchements digitaux
- . demande de masturbation, fellation.

- Les abus avec contact corporel et pénétration sexuelle (ou tentative) :

- . tentative de viol ou viol avec pénétration vaginale et/ou anale et/ou orale.

Pour **Kempe**, l'abus sexuel commis à l'encontre d'un enfant est défini comme la participation d'un enfant ou d'un adolescent mineur, dépendant et immature du point de vue de son développement psycho-sexuel, à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées pour son âge et pour son développement, et qu'il subit sous la contrainte, par la violence ou la séduction, ou qui transgressent les tabous sociaux en termes de rôles familiaux.

L'**OMS** (Organisation Mondiale pour la Santé) définit l'abus sexuel d'un enfant par son exploitation, impliquant que celui-ci est victime d'un adulte (ou d'une personne sensiblement plus âgée que lui) aux fins de la satisfaction sexuelle de ce dernier. L'abus peut prendre plusieurs formes : appel téléphonique obscène, outrage à la pudeur et voyeurisme, diffusion d'images pornographiques, rapport ou tentative de rapport sexuel, prostitution de mineurs.

Enfin, **Manciaux** et **Strauss** scindent l'ensemble des abus sexuels, quelques soient les actes commis en deux catégories :

- les abus sexuels extra-familiaux
- les abus sexuels intra-familiaux : ceux-ci ont la particularité de s'inscrire dans un climat de dysfonctionnement familial important tant sur le plan relationnel que social.

Ceci nous amène à définir l'inceste :

. Le dictionnaire Larousse définit l'inceste comme étant une relation sexuelle entre un homme et une femme, parents ou alliés à un degré entraînant la prohibition du mariage.

. Pour le Petit Robert, l'inceste est l'union illicite entre parents à un degré pour lequel le mariage est interdit.

. **Bentovim, Kempe et Wolters** élargissent le lien familial à un lien parental acquis incluant les parents adoptifs, le beau-père ou concubin, la belle-mère ou concubine. Ils ne réduisent pas l'inceste à la seule relation sexuelle, mais décrivent l'existence d'activités incestueuses (exhibitionnisme, contact sexuel ...).

. Cependant, tous les contacts sexuels entre parents et enfants ne doivent pas être considérés de façon systématique comme des abus sexuels de nature incestueuse :

Les résultats de l'étude de **Rosenfeld** sur le contact incestueux à l'intérieur d'une population non pathologique vont à l'encontre de l'idée que tout attouchement ou contact sexuel entre parents et enfants est abusif. Ces observations incitent à l'étude du développement sexuel de l'enfant.

Devant la question de la qualité abusive ou non d'un comportement, ne serait-il pas plus pertinent d'évaluer les intentions de l'adulte plutôt que l'acte en lui-même?

4 - Définitions légales :

Le milieu judiciaire et le Code Pénal Français ne parlent pas d'abus sexuels mais d'agressions sexuelles. Le nouveau Code Pénal (du 1er Mars 1994) réprime les abus sexuels dans les articles 222. 22 à 222. 33, sous la rubrique des "agressions sexuelles".

A - Le viol : Art. 222. 23 à 222. 26 du nouveau Code Pénal

Le viol est un crime.

Avant la loi du 23 décembre 1980, le Code Pénal Français ne définissait pas le viol, seule la jurisprudence le qualifiait comme un rapport sexuel imposé par la force, la violence, la contrainte ou la surprise sur une femme non consentante.

L'incrimination restait donc limitée à une agression intéressant un seul sexe et imposait la démonstration d'un rapport sexuel complet en écartant les attouchements ou les autres actes impudiques avec pénétration d'une autre cavité naturelle (pénétration génito-orale ou génito-anale). Ces autres actes étaient classés dans les attentats à la pudeur d'incrimination moindre.

La loi du 23 décembre 1980, en modifiant l'article 332 de l'ancien Code Pénal, a permis de définir le viol avec une extension possible aux deux sexes et à toutes les pénétrations sexuelles pouvant être rencontrées, commises sur la personne d'autrui par violence, contrainte ou surprise. Cette définition juridique du viol est reprise dans l'article 222. 23 du nouveau Code Pénal.

La sanction pénale : le viol sera puni d'une réclusion criminelle de vingt ans lorsqu'il aura été commis sur un mineur de quinze ans ou sur une personne vulnérable; sous la menace d'une arme ou en réunion; lorsque l'agresseur est un ascendant légitime (naturel ou adoptif), une personne ayant autorité sur la victime ou une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions (article 222.24 du nouveau Code Pénal).

Remarque :

Tout viol est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie (article 222. 26 du nouveau Code Pénal).

La loi du 10 juillet 1989 fait désormais courir le délai de prescription de 10 ans, à partir de la majorité de la victime, ce qui dans le cas du viol permet à la victime de porter plainte jusqu'à l'âge de 28 ans.

B - Les agressions sexuelles autres que le viol : Art. 222. 27 à 222. 32 du nouveau Code Pénal

Article 222. 27 : Les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de 5 ans d'emprisonnement et de 500.000 francs d'amende.

Article 222. 29 : Les agressions sexuelles autres que le viol imposées à un mineur de moins de 15 ans, sans violence et sans l'usage ou la menace d'une arme par un individu autre qu'un ascendant légitime, sont punies d'une peine d'emprisonnement de 7 ans et de 700.000 francs d'amende.

Article 222. 30 : Les agressions sexuelles imposées à un mineur de moins de 15 ans,

- par un ascendant légitime (maternel ou adoptif), par toute autre personne ayant autorité sur la victime ou par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions,
- par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice,
- sous la menace ou grâce à l'usage d'une arme,
- avec violence entraînant une blessure ou une lésion ,

sont punies d'une sanction pénale de 10 ans d'emprisonnement et de 1.000.000 francs d'amende.

Article 222. 31 : Les tentatives de délits prévus par les articles 222. 29 et 222. 30 sont punies des mêmes peines.

Article 222. 32 : L'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible au regard du public est un délit passible d'une sanction d' 1 an d'emprisonnement et de 100.000 francs d'amende.

C - Remarques concernant les définitions légales :

* Le législateur s'est attaché à préciser la notion d'ascendant en matière de sévices sexuels : Initialement restreint aux parents et grand-parents naturels, il l'a élargie aux liens parentaux acquis par le mariage, le concubinage (beau-père, belle-mère ou concubin, concubine) ou l'adoption et aux personnes ayant autorité légale sur l'enfant (tuteur, tutrice).

* L'inceste n'est pas défini sur le plan juridique : Du point de vue pénal, il n'est pas réprimé en tant que tel, mais constitue une circonstance aggravante en cas de viol ou d'agression sur un enfant (articles 222. 24 et 222. 30 du nouveau Code Pénal).

* En définissant le viol dans l'article 332 de l'ancien Code Pénal puis dans l'article 222. 23 du nouveau Code Pénal, la loi du 23 décembre 1980 élargit sa définition précédente puisqu'elle admet que toute pénétration sexuelle : coït ou toute autre manoeuvre telles que les pénétrations digitales ou instrumentales, constituent un viol. Cette définition qui inclut également les pénétrations des cavités buccales et anales, ainsi que les éjaculations ante portas, ne précise pas le sexe respectif des protagonistes.

II - HISTORIQUE DE L'APPROCHE DES ABUS SEXUELS COMMIS SUR L'ENFANT :

L'approche des abus sexuels est liée à l'histoire des changements concernant les rapports entre les intérêts de l'Etat, ceux de la Famille, ceux de l'Enfant, et l'évolution de leurs rôles respectifs au sein d'une société donnée.

Cette perspective historique semble nécessaire pour appréhender l'intérêt actuel que suscite le problème des abus sexuels dont sont victimes certains enfants.

1 - Historique des abus sexuels :

A - Dans les peuplades primitives :

Les anthropologues qui se sont intéressés à la vie et aux structures sociales de ces peuplades, insistent sur le fait que la prohibition de l'inceste est la seule institution qui soit commune à toutes les sociétés primitives, à l'inverse de l'anthropophagie.

B - Dans les civilisations Perse et Egyptienne :

L'inceste est prescrit en deux occasions :

- Dans les dynasties royales, l'inceste est autorisé afin de ne pas souiller la race.
- Dans la pratique du *jus primae noctis*, liée à la croyance d'une vertu magique, et qui n'entraîne ni traumatisme psychique, ni sentiment de culpabilité chez les jeunes filles, puisqu'elle coexiste avec une interdiction officielle de l'inceste.

Les autres situations d'abus sexuels commis sur les enfants ne sont pas réprimés.

C - Dans la Bible :

Selon les récits bibliques, la société est peu encline à s'émouvoir du viol ou de la prostitution de ses enfants.

Si le viol d'une fillette peut être réparé par le mariage, il peut l'être également par le paiement d'une amende équivalente à la dote de la jeune fille. L'enfant étant la propriété de son père, le viol était en somme considéré comme un vol d'argent que le mariage pouvait compenser. De même, la prostitution de l'enfant était une source de revenu financier pour la famille, comme toute autre activité lucrative.

D - Dans les civilisations antiques :

La Grèce Antique considère les relations sexuelles entre les adultes et les jeunes adolescents mâles, telles que la pédérastie, comme une activité éducative essentielle pour les jeunes garçons.

Si Thémis la grecque soutenue par l'opinion publique s'oppose au mariage incestueux, les Romains introduisent une dimension pénale : au premier siècle avant J.C., le peuple précipitait les condamnés (tant l'agresseur que sa victime), du haut de la Roche Tarpeïenne.

L'esclavage d'enfants avait une existence légale, pour satisfaire en outre les désirs sexuels des adultes.

E - Au Moyen-Age en France :

Deux " crimes sexuels " étaient punis de mort par l'Inquisition : l'inceste et l'homosexualité. Des enfants furent brûlés, accusés d'entretenir des relations avec le diable (enfants victimes de viols ou de la prostitution).

Avec l'extension du pouvoir de l'Eglise Catholique et de son influence sur les souverains temporels, les lois civiles régissant le mariage deviennent une affaire religieuse.

Au XII ème Siècle, le Droit Canon fondé sur la morale religieuse, interdit le mariage des enfants avant l'âge de douze ans pour les filles et de quatorze ans pour les garçons. Néanmoins, il y avait tellement d'exceptions possibles que cette règle officielle avait rapidement perdu toute signification. Ces mariages servaient de base à des transactions politiques, commerciales ou financières entre les familles : on ne parlait pas de mariage mais d'alliance.

Cependant les canonistes reconnaissaient l'existence de l'inceste : ils distinguaient l'inceste-péché de l'inceste-délit. L'inceste-délit correspondait à l'union charnelle consommée susceptible d'être soumise aux sanctions canonistes. L'inceste-péché correspondait à des pensées impures et attouchements sexuels sans pénétration.

F - A l'époque de la Renaissance :

L'attitude de l'Eglise à l'égard de la sexualité semble se libéraliser, mais l'inceste reste encore un crime, même s'il est commis par les plus grands : Rodrigo Borgia, Malatesta ... Aux XV^{ème} et XVI^{ème} Siècles, les lois séculaires condamnent les coupables d'incestes à la pendaison, cependant le Cardinal de Richelieu entretenait avec sa fille illégitime des relations incestueuses sans en être inquiété.

G - Aux XVIII^{ème} et XIX^{ème} Siècles :

La société voit la fréquence et la tolérance de l'inceste s'accroître, tandis que les philosophes et écrivains célèbres, Diderot, Voltaire, s'appliquent à justifier cette infraction en mettant en doute la culpabilité de l'acte incestueux.

Au XIX^{ème} Siècle, l'inceste sévit tout autant que les autres types d'abus sexuels commis sur l'enfant, mais le puritanisme ambiant ne le dévoile pas. Le Code Napoléon fondé sur la morale sociale et laïque, s'est substitué en 1810 à l'ancien Droit Français dont les critères de répression faisaient référence à la morale religieuse. Dès cette date, le fait d'avoir autorité sur la victime d'un viol ou d'un attentat à la pudeur commis avec violence devient une circonstance aggravante, cependant, l'âge de la victime n'intervient pas pour moduler la peine encourue. Il faut attendre 1832 pour que soit érigé en crime un attentat à la pudeur commis sans violence sur la personne d'un enfant mineur de onze ans (âge qui a été successivement porté à treize ans en 1863, puis à quinze ans en 1945).

H - Au XX^{ème} Siècle :

L'enfance conçue comme une période d'éducation et de formation est une donnée contemporaine du XX^{ème} Siècle. En effet, la loi française qui interdit plus de 65 heures de travail par semaine aux enfants âgés de 6 à 11 ans ne date que de 1852. Ce n'est qu'en 1897 que l'école est rendue obligatoire jusqu'à 13 ans grâce à la loi de Jules Ferry. C'est à partir de ce moment, que l'enfant n'apparaît plus comme un " petit adulte ", mais comme un individu à part entière à un moment spécifique de sa vie.

Après la Seconde Guerre Mondiale, une dynamique d'émancipation portée par les différents mouvements sociaux (dont les mouvements féministes), a conduit à la notion de défense des droits de l'enfant, et au passage des agressions sexuelles de la sphère du privé au domaine public.

Ce n'est que dans les années 1980 que le Gouvernement Français, par l'intermédiaire des Ministères de l'Intérieur, de la Justice et de la Santé, a entrepris une action de sensibilisation et d'information des professionnels impliqués dans la prise en charge des enfants victimes de maltraitances ou d'abus sexuels.

2 - Historique de la prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels :

Comme nous venons de l'entrevoir, les abus sexuels commis à l'encontre des enfants ont toujours existé. La société a tardé à réagir contre cette forme d'agression longtemps subie par les jeunes victimes comme une fatalité.

Il n'est donc pas surprenant dans ces conditions que les informations sur ce sujet soient peu nombreuses, les victimes elles-mêmes hésitant à dénoncer les violences subies, comme si la faute rejaillissait sur elles.

Depuis quelques années, sous l'influence des mouvements féministes, mais aussi encouragées par la réprobation grandissante de la société à l'égard de tout ce qui porte atteinte à la dignité de la personne, les victimes d'abus sexuels ont peu à peu rompu le silence.

La presse, les médias et le monde médical se font désormais l'écho du nombre croissant des plaintes.

A - La prise en charge sociale :

" 50 000 enfants sont maltraités en France : en parler c'est déjà agir "

En 1985, en lançant sous ce titre effrayant une campagne de sensibilisation, le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale souhaitait associer l'opinion publique à sa propre prise de conscience, et s'appuyait à cet effet sur l'évolution généralement constatée des normes, des interdits et des objectifs éducatifs.

Alors que depuis plusieurs années ce problème est connu et étudié dans les pays anglo-saxons, en France il reste encore considéré comme un phénomène marginal et obscur.

En 1986,

Le mouvement français de protection des enfants victimes d'abus sexuels voit le jour grâce au courage d'**Eva Thomas** qui la première brise le silence en témoignant à visage découvert dans l'émission de télévision " Les dossiers de l'écran ", y présentant son livre "*Le viol du silence*" et y parlant de l'association qu'elle avait créée : **SOS Inceste**.

En 1987,

Devant le nombre inquiétant d'abus sexuels commis au sein de familles suivies par des équipes de thérapeutes, un centre de thérapie spécialisé : Le Centre des Buttes-Chaumont, a été créé par **M.Fadier-Nisse** et **F.Gruyer**. L'objectif de ce centre est de prendre en charge dans un réseau pluridisciplinaire, les familles engagées dans une problématique d'abus sexuels et de mauvais traitements infligés aux enfants.

Parallèlement, les pouvoirs publics ont commencé leur action de prévention en diffusant à titre expérimental le film de prévention Canadien "*Mon corps c'est mon corps*", dans les écoles de deux départements pilotes (Isère et Seine Saint Denis). De même, des publications ont été éditées pour l'information et la prévention : "*Les abus sexuels à l'égard des enfants : comment en parler*", furent à l'origine d'une journée nationale d'information au Ministère des Affaires Sociales.

En 1989,

Le colloque organisé par la **Fondation pour l'Enfance** : "*Pour une réelle défense de l'enfant en justice*" permettait de découvrir plusieurs expériences innovantes menées en France et à l'étranger. Grâce à l'initiative du Barreau de Lille qui a bâti une véritable défense des mineurs, l'avocat pour enfants devient le porte-parole et le défenseur des droits de l'enfant et non pas de son seul intérêt.

Les différentes mesures gouvernementales entreprises dans le but de prévenir les abus sexuels mais aussi toute forme de maltraitance vis à vis de l'enfant, ont abouti à la promulgation de la loi du 10 juillet 1989. Cette loi vient modifier le Code de la Famille et de l'Aide Sociale, ainsi que le Code de Procédure Pénale dans le but d'étendre et de coordonner le champ d'exercice de la protection des mineurs.

Elle fait obligation à chaque département français de structurer un dispositif permettant d'organiser le recueil permanent des informations relatives aux mineurs maltraités sur son territoire et aux interventions concertées dont ils font l'objet. De même, elle rend obligatoire la concertation de ces différents services avec les autorités judiciaires.

De part sa volonté de formation et de développement des réseaux d'assistance, cette même loi a permis la mise en place d'un réseau de Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée : **SNATEM**, régi par un statut de groupement d'intérêt public et d'accès gratuit.

Le législateur conclut la rédaction de cette loi par un article stipulant que le Ministère chargé de la Famille devra présenter tous les trois ans un rapport rendant compte du résultat des recherches menées sur l'enfance maltraitée, et proposant toutes les mesures propres à en diminuer la fréquence et la gravité (prochain rapport en Juin 1995).

B - La prise en charge médicale :

La prise en charge médicale de ces enfants victimes d'abus sexuels a d'abord été psychiatrique et psychanalytique depuis **Freud** dans les années 1900, jusqu'à nos jours avec **Agostini, Gabel, Lebovici et Rouyer**, avant d'être somatique.

La prise en charge médicale somatique spécialisée est une pratique plus récente qui coïncide avec l'acquisition d'une meilleure connaissance de l'anatomie génitale de l'enfant grâce aux études entre autres, de **Berkovitz, Berenson, Cantwell, Emans et Mac Cann**.

Tout médecin spécialiste ou généraliste, expert judiciaire ou non, doit se sentir impliqué dans le dépistage et la prise en charge d'une jeune victime d'abus sexuels. Le but de cette prise en charge est de pouvoir, à la demande de l'intéressé ou de son représentant légal, ou sur réquisition de la justice, entendre, examiner, et traiter cette jeune victime en la protégeant d'une grossesse accidentelle ou d'une maladie sexuellement transmissible. Le médecin doit aussi gérer les éventuelles lésions somatiques et le choc psychologique réactionnel engendrés par l'abus sexuel.

Le rôle du médecin comme auxiliaire de justice :

La position du médecin devant un attentat sexuel est délicate. Jadis, en raison de l'application parfois trop rigoureuse de l'article 378 de l'ancien Code Pénal (art. 226.13 du nouveau Code Pénal) régissant le secret professionnel, le médecin amené à constater les effets d'un abus sexuel pouvait difficilement intervenir sans risque de se voir reprocher d'enfreindre ce secret au détriment de la victime, même si celle-ci est un enfant.

Actuellement, tout médecin amené à soupçonner l'éventualité d'un abus sexuel dirigé sur un mineur peut rapidement se mettre en rapport avec les services médico-sociaux chargés de la protection de l'enfance, notamment avec le médecin responsable du service de la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Il peut aussi s'adresser à un conseiller technique du service d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Ces différents intervenants sociaux, de part l'action de leurs équipes de secteur sont à même de compléter et de vérifier les informations sur l'environnement social et familial de l'enfant .

Une dérogation au devoir du secret médical est prévue par l'article 226.14 du nouveau Code Pénal. Il supprime toute sanction à l'encontre du médecin qui informe les autorités médicales, judiciaires ou administratives chargées des actions sanitaires et sociales, des sévices ou privations sur la personne d'enfants mineurs de moins de quinze ans dont ils ont eu connaissance lors de l'exercice de leur profession.

Toutefois, en cas d'urgence ou de péril imminent, le médecin peut être amené à signaler une situation dangereuse aux autorités judiciaires (au Procureur de la République ou au Juge des Enfants, voire même à la Brigade des Mineurs).

L'article 44 du Code Déontologique de la Médecine prévoit que le Médecin doit être le défenseur de l'enfant malade lorsqu'il estime que l'intérêt de celui-ci est mal compris ou mal servi par son entourage.

En cas de manquement à ce devoir, l'article 223.6 du nouveau Code Pénal expose le praticien, comme chaque citoyen, à des poursuites pour non assistance à personne en danger.

III - QUELQUES DONNEES CHIFFREES :

1 - La querelle des chiffres :

En France, les chiffres relatant l'ampleur du phénomène d'abus sexuels commis à l'encontre des enfants se confondent avec ceux concernant les phénomènes de maltraitance.

Un chiffre qualifié de " chiffre noir " a été publié par le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale en 1985, lors d'une campagne de sensibilisation intitulée : "*50 000 enfants sont maltraités en France*". Ce chiffre peu significatif est le produit d'une extrapolation au niveau national, d'une étude monographique locale réalisée en 1982 en Meurthe et Moselle et en région Parisienne.

Peu importe que la valeur de référence de ce chiffre ait fait l'objet de multiples critiques depuis 1985 et qu'il ait été désavoué par les mêmes services ministériels qui l'avaient produit, ce chiffre noir continue à fonctionner pour son propre compte.

Une estimation nationale rigoureuse et méthodique portant sur 96 départements français a été réalisée par l'Observatoire National de l'Action Sociale décentralisé (ODAS). Communiquée le 14 janvier 1993, elle a rendu compte de certitudes limitées à 9000 enfants maltraités physiquement ou sexuellement au cours de l'année 1991.

Cependant, les chiffres nationaux sont constamment l'objet de surenchères.

2 - Les données épidémiologiques :

L'épidémiologie est la science qui permet d'étudier la fréquence d'un phénomène morbide dans divers groupes de population et de faire des hypothèses sur l'étiologie et la prévention de ce phénomène.

En réalité, il existe peu d'études épidémiologiques françaises consacrées aux abus sexuels perpétrés sur les enfants. Nous devons nous contenter d'aborder l'étude de ce problème par différentes voies :

- Les études réalisées à l'étranger
- Les extrapolations à partir de certaines sources d'informations :

- . les services de Pédiatrie des Hôpitaux Publics
- . les services de Police de la Brigade des Mineurs
- . les services Sociaux (DDASS, DRASS)
- . les services de Justice
- . les enquêtes locales.

A - Les études épidémiologiques réalisées à l'étranger :

Au Canada :

Le comité d'étude des infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes, considère que :

- . 4 actes sexuels non désirés sur 5 sont commis pour la première fois pendant la période de l'enfance ou de l'adolescence.
- . 4 jeunes filles sur 100 ont subi un viol avant leur majorité.
- . 2 enfants sur 100 ont fait l'objet de tentatives ou d'actes de pénétration anale.
- . 3 enfants sur 5 victimes d'abus sexuels ont été menacés ou forcés physiquement par leur agresseur.
- . 1 agresseur sur 4 est un parent ou une personne ayant la confiance de la victime.
- . 99 agresseurs sur 100 sont des hommes.
- . 2 agressions sur 5 suivies d'homicide ont été commises à l'encontre d'enfants de moins de quinze ans.

Des études de prévalence des abus sexuels commis à l'encontre des enfants ont été effectuées à partir d'échantillons de la population canadienne.

. l'étude de **Bagley et Ramsey** réalisée en 1986 à partir d'un échantillon aléatoire de 377 femmes adultes ayant été victimes d'agression sexuelle pendant leur enfance avec emploi de force et menaces, montre que 21,7 % d'entre elles ont été victimes d'abus sexuels avec contact corporel.

. l'étude de **Mian et coll.** menée en 1986 à Toronto, à partir d'une révision rétrospective de 125 dossiers hospitaliers traitant des abus sexuels sur enfants de moins de 6 ans, met en évidence que 59 % des cas d'abus sexuels recensés sont d'origine intra-familiale, et. 36 % d'origine extra-familial (le % restant n'a pas d'origine définie).

Aux USA :

Des registres informatisés recensent les sévices et négligences perpétrés à l'encontre des enfants.

Un travail effectué dans le Minnesota montre que chez les filles de moins de quinze ans, près de la moitié (48 %) des violences subies sont d'ordre sexuel. Il s'agit dans 41 % des cas, d'abus sexuels de nature incestueuse, dans 45 % des cas d'attentats à la pudeur, et dans 13 % des cas de viol.

En 1987, l'étude de **Kendall-Tackett**¹ et **Simon** basée sur le premier entretien psychothérapeutique de 365 adultes ayant subi des abus sexuels pendant leur enfance, montre que 80,5 % des abus sont intra-familiaux, et 16,6 % extra-familiaux (le % restant n'a pas d'origine définie).

Le type d'abus sexuels est, dans 74,4 % des cas, un contact corporel sans pénétration, et dans 26,6 % des cas il y a pénétration (vaginale, anale ou orale).

A titre indicatif, d'autres études ont exploité des sources d'informations différentes :

L'étude de **Conte** et **Schuerman** à Seattle, en 1988, a été effectuée à partir de dossiers recueillis dans un centre spécialisé dans la prise en charge des victimes d'abus sexuels.

L'étude de **Mannarino** et **Cohen** à Durham, a été menée à partir de cas d'abus sexuels adressés pour une évaluation prospective aux services sociaux de la ville.

En Grande Bretagne :

L'étude prospective de **Wild** menée à Leeds en 1986, à partir de 30 cas adressés aux pédiatres par les services sociaux, 43 % des abus sexuels sont intra-familiaux et 56 % extra-familiaux (le % restant n'a pas d'origine définie). Le rapport entre ces deux formes d'abus sexuels est inversé par rapport à l'étude prospective de **Hobbs** et **Wynnen** menée dans la même ville en 1986, mais pour laquelle la sélection des cas différente.

Malgré le nombre croissant des études de prévalence concernant les abus sexuels dans ces différents pays, une revue critique de tous ces travaux épidémiologiques effectuée **M.Montès de Oca** en 1989, montre une grande variabilité des chiffres de prévalence.

Plusieurs étiologies peuvent expliquer cette variabilité :

D'une part, ces chiffres discordants peuvent exprimer des différences véritables dans la prévalence des abus sexuels entre les divers secteurs de la population du point de vue géographique ou ethnique.

Il est également possible que cette variabilité vienne des définitions hétérogènes des abus sexuels et / ou des différences méthodologiques adoptées par les auteurs.

Il ne s'agit pas de choisir l'une ou l'autre de ces explications, car chacune d'elles peut rendre compte d'une partie de la variabilité constatée.

B - Les études épidémiologiques françaises :

Ce sont des études locales.

Dans la région Rhône-Alpes :

Une étude rétrospective réalisée en 1989 pour le Projet Régional d'Observation des Maladies Sexuellement Transmissibles (PROMST) auprès d'un échantillon de 1511 personnes, représentatifs des 18 - 59 ans, montre que :

- 6,2 % des personnes interrogées déclarent avoir subi un ou plusieurs abus sexuels avant l'âge de 18 ans,
- 7,8 % des femmes interrogées ont été victimes d'au moins un abus sexuel contre 4,6 % dans la population masculine,
- dans 63 % des cas, l'agresseur est connu de sa jeune victime,
- 40 % des personnes ayant subi un abus sexuel pendant leur enfance, affirment en avoir parlé à un tiers au moment des faits. Dans 10 % de ces cas, cette dénonciation a été suivie d'une intervention médico-sociale, policière ou judiciaire.

De tels résultats montrent qu'il s'agit d'une réalité sociale significative qui justifie à elle seule un effort de prévention.

Deux études rétrospectives menées en 1989 en région Parisienne et à Grenoble, confirment ces résultats :

En région Parisienne, une enquête a été réalisée par le Centre de Recherche sur l'Enfance et l'Adolescence (CREA), auprès d'un échantillon représentatif de 1000 étudiants.

A Grenoble, une enquête a été menée par le Centre Universitaire de Médecine Préventive de Grenoble, auprès de 720 étudiants.

Ces travaux se sont intéressés à :

- la nature des abus sexuels commis :

Les abus sans contact corporel représentent 48,5 % de l'ensemble des cas recensés, tandis que les abus avec contact intéressent 51,5 % des cas.

- L'âge de la victime lors du premier abus :

Les deux enquêtes donnent des résultats identiques, montrant que le premier abus sexuel survient entre l'âge de 10 et 16 ans, chez respectivement 53 % et 57 % des étudiants parisiens et grenoblois. La moitié des abus sont perpétrés avant l'âge de 12 ans chez les garçons, et avant 11 ans chez les filles. Le maximum d'abus se situe autour de l'âge de la puberté pour les deux sexes.

C - Conclusion des études épidémiologiques :

Les enquêtes épidémiologiques ne peuvent pas enregistrer la totalité des abus sexuels, ne serait-ce qu'en raison de la difficulté pour certaines jeunes victimes de les identifier ou de les dénoncer clairement. Les différentes études, tant étrangères que françaises, font apparaître que :

- les abuseurs sont presque exclusivement des hommes :

Les pourcentages retrouvés sont toujours supérieurs à 95 %,

- 20 à 30 % des enfants abusés sont des garçons,

- les abus sexuels touchent de la même manière toutes les couches sociales :

La prévention auprès des enfants devra donc tenir compte des inégalités sociales et culturelles qui conduisent à une plus ou moins grande facilité à révéler l'abus subi.

- il existe une grande variabilité de prévalence quant à la nature des abus :

Ceci peut s'expliquer par les différentes définitions données aux abus sexuels ainsi qu'à la formulation du questionnaire des enquêtes.

Ces différences nous montrent combien il est nécessaire de prendre en compte l'ensemble des abus sans les scinder de façon arbitraire en matière de " gravité ", car il n'y a pas toujours de proportionnalité entre la gravité de l'abus subi et ses conséquences psycho-affectives,

- la moitié des abus sexuels ont lieu avant l'âge de 12 ans :

Le plus haut risque se situe entre 9 et 12 ans.

Ceci signifie que l'information et la prévention doivent commencer très tôt chez les enfants. Elles doivent se prolonger en s'adaptant à l'évolution de l'enfant,

- le plus souvent, l'agresseur est connu de sa victime :

De 63 % (dans l'étude française Rhône-Alpes) jusqu'à 90 % des cas (résultat publié aux USA en 1987 par le Children Service Division).

Cette observation n'est pas sans conséquence sur les orientations de la prévention car l'accent mis, tant dans le cadre familial que scolaire, sur le risque que représentent les inconnus, doit faire l'objet d'un infléchissement.

En effet, les mises en garde doivent également porter sur l'influence plus sournoise des personnes familières, celles-ci pouvant aller jusqu'à de véritables manipulations (chantage affectif, usage de l'autorité).

Ces enquêtes ne permettent pas de poser les caractéristiques spécifiques des situations d'abus sexuels et de la personnalité des victimes.

A la suite de ces différents travaux, nous pouvons avancer l'hypothèse que les enfants peu surveillés et / ou qui font l'objet de carences affectives sont les plus vulnérables. Ces derniers représentent probablement la cible privilégiée des abuseurs par un jeu d'interactions complexes entre les demandes affectives parfois séductrices de l'enfant, et les pulsions empreintes de désirs de l'agresseur.

III . CAS CLINIQUES

I - METHODE D'ETUDE DES CAS CLINIQUES :

1 - Le recueil des données :

En Octobre 1987, au CHRU de Limoges, le service de Gynécologie - Obstétrique II dirigé par Monsieur le Professeur J.L.TABASTE, Chef de Service et Expert auprès des tribunaux, a été inscrit par le Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, sur la liste nationale des Centres de Référence spécialisés dans l'accueil des victimes d'agressions sexuelles.

Ces centres, dont la création est appelée à se généraliser, obéissent à trois objectifs :

- La prise en charge des victimes si le médecin consulté en premier lieu n'est pas en mesure de le faire lui-même,
- La formation des différents professionnels de la Santé et de la Police, afin de leur permettre une meilleure connaissance des problèmes engendrés par les abus sexuels,
- L'élaboration en liaison avec les Pouvoirs Publics et les Associations, d'une réflexion qui permettra de mieux appréhender ce phénomène et d'y apporter des réponses adéquates.

Les 53 dossiers de notre étude ont été recueillis dans le service de Gynécologie - Obstétrique II. Il s'agit de cas d'abus sexuels, concernant des mineurs de moins de quinze ans, ayant fait l'objet d'une expertise gynécologique réalisée par Monsieur le Professeur TABASTE, à la demande de l'autorité judiciaire. Ils ont été recensés d'Octobre 1987 à 1993 inclus. Leur répartition par années est la suivante :

En 1987 : 2 dossiers
En 1988 : aucun dossier.
En 1989 : 6 dossiers.
En 1990 : 11 dossiers.
En 1991 : 13 dossiers.
En 1992 : 15 dossiers.
En 1993 : 6 dossiers.

Ces observations ont été complétées grâce aux informations apportées par les dossiers judiciaires consultés au Palais de Justice de Limoges, grâce à l'aimable autorisation de Monsieur MERCIER, Conseiller à la Cour d'Appel et Président des Assises et de Monsieur VERGNE, Substitut du Procureur Général de la République.

La recherche effectuée auprès des services de Pédiatrie du CHRU de Limoges ne nous a pas apporté d'élément supplémentaire, dans la mesure où aucun des enfants victimes d'abus sexuels de notre étude n'a été hospitalisé suite à son agression.

2 - Plan d'étude des dossiers :

A - Eléments recueillis sur l'enfant et sa famille :

a - Sur l'enfant (au moment de l'expertise):

- âge,
- sexe,
- scolarité,
- nationalité,
- ses antécédents médicaux, psychiatriques et gynécologiques.

b - La famille :

- structure familiale actuelle,
- situation du couple parental naturel,
- la fratrie,
- utilisation de toxiques (alcool, drogue) dans la famille,
- notion de violence intra-familiale.

B - Eléments recueillis sur l'agression :

- lieu,
- nombre d'épisodes abusifs,
- circonstances favorisantes,
- notion de violence,
- rapports entre l'agresseur et sa victime,
- type d'agression,
- signes fonctionnels ressentis par l'enfant pendant et dans les suites immédiates de l'agression,
- âge de l'enfant lors de la première agression,
- âge de l'enfant lors de la révélation de la situation abusive,
- mode de révélation de la situation abusive.

C - Examen de l'enfant :**a - circonstances de l'examen :**

- expertise,
- présence d'un tiers,
- délai après l'agression.

b - signes fonctionnels actuels :**c - examen somatique :**

- statut pubertaire,
- signes physiques de violence,
- position d'examen gynécologique,
- utilisation de colposcope,
- examen des organes génitaux,
(pour les filles : vulve, hymen, muqueuse vaginale, notion d'écoulement local, examen au spéculum, toucher vaginal),
- examen anal.

d - examens de laboratoire :

- sérologies : syphilis, HIV I et II, hépatites B et C, mycoplasmes, chlamydiae,
- prélèvements locaux : culture et examen direct,
- examen cyto bactériologique des urines (ECBU),
- recherche de spermatozoïdes : au microscope,
- dosage des BHCG.

e - conclusion de l'expertise gynécologique :**f - examen psychiatrique :**

L'examen psychiatrique des victimes d'abus sexuel n'a pas été réalisé dans le service. Cependant, les enfants ont été reçus par Madame MF. Grizon, psychologue du service de Gynécologie-Obstétrique II, à la demande du Professeur TABASTE.

g - traitement :**D - Eléments concernant l'agresseur :****a - examen clinique :****b - examens biologiques :****E - Le suivi médical de l'enfant :**

II - DOSSIERS :

Abréviations utilisées dans les tableaux de cas cliniques :

(+)	positif
(-)	négatif
BHCG.	β HCG
BIOLOG.	biologique
CHL.	chlamydiae trachomatis
DDR.	date des dernières règles
ECBU.	examen cytobactériologique des urines
EX.	examen
FR.	française
GYNECO.	gynécologiques
HEP.	hépatite
LABO.	laboratoire
MED.	médicaux
MYCOP.	mycoplasme hominis
NEG.	négatif
PSY.	psychiatrique
SF.	signes fonctionnels
SI.	syphilis
SP.	signes physiques
SPZ.	spermatozoïdes
TR.	toucher rectal
TV.	toucher vaginal

CAS CLINIQUE N° 1

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN	
AGE: 8 ANS ET DEMI SEXE: FEMININ SCOLARITE: CE2 NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN; NON PUBERE LORS DES FAITS		
	F	STRUCTURE	PERE = AGRESSEUR		
	A	FAMILIALE	STRUCTURE CLASSIQUE : PERE, MERE ET ENFANTS		
	M	ACTUELLE			
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON	
	L	FRATRIE	SOEURS: 1 (DOSSIER N° 2)	FRERES: 2	
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON	
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON	
L'AGRESSION		LIEU	DOMICILE FAMILIAL		
FREQUENCE: EPISODES REGULIERS DEPUIS 2 ANS (5 A 10 EPISODES)	VIOLENCE		PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON	
	CIRC. FAVORISANTES		ENFANT SEUL AVEC SON AGRESSEUR		
	AGRESSEUR / VICTIME		PERE / FILLE		
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUACHEMENTS SEXUELS TENTATIVE DE PENETRATION VAGINALE		
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEUR PERINEALE PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE		
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 6 ANS ET DEMI	REVELATION: 8 ANS ET DEMI	
	MODE DE REVELATION		CONFIDENCES DE L'ENFANT AUPRES D'UN VOISIN		
	L'EXAMEN		S.F.ACTUELS		AUCUN
DELAI APRES L'AGRES- SION: 2 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	NON PUBERE		
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN		
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL ET SUPINATION		
		COLPOSCOPE	OUI		
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE		
			HYMEN: ANNEAU HYMENEAL COMPLET ET INTACT		
			MUQUEUSE VAGINALE: COLORATION NORMALE POUR L'AGE		
			ECOULEMENT LOCAL: AUCUN		
	U	EXAMEN ANUS	SPECULUM:	NON	TV: NON
			NORMAL		
	EX.	SEROLOGIES	SI: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG. MYCOP: NEG. CHL: + 1 / 16 (IgG)
		PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VULVAIRE : CULTURE POSITIVE A HEMOPHILUS IN FLUENZAE		
	B	O	EBCU:	NEGATIF	
			SPZ / BHCG	SPZ: NON FAIT	BHCG: NON FAIT
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		L'EXAMEN NE PLAIDE PAS EN FAVEUR D'UNE PENETRATION DIGITALE OU SEXUELLE			
EXAMEN PSY.		NON FAIT			
TRAITEMEMENTS		AUCUN			
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE	?		
PRELEVEMENTS BIOLOG.		SEROLOGIE CHLAMYDIAE A PRATIQUER:RESULTAT NON CONNU			
LE SUIVI DE L'ENFANT		2 ème SEROLOGIE CHLAMYDIAE A PRATIQUER 1 MOIS PLUS TARD SUR L'ENFANT:RESULTAT NON CONNU			

CAS CLINIQUE N° 2

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN			
AGE: 6 ANS ET 9 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: CP NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN, NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS				
	F	STRUCTURE	PERE = AGRESSEUR				
	A	FAMILIALE	STRUCTURE CLASSIQUE: PERE, MERE ET ENFANTS				
	M	ACTUELLE					
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON			
	L	FRATRIE	SOEURS: 1 (DOSSIER N° 1)	FRERES: 2			
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU: DOMICILE FAMILIAL					
FREQUENCE: 5 A 10 EPISODES	VIOLENCE		PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
	CIRC. FAVORISANTES		ENFANT SEUL AVEC SON AGRESSEUR				
	AGRESSEUR / VICTIME		PERE / FILLE				
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS PAS DE TENTATIVE DE PENETRATION				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		AUCUN PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 5 ANS	REVELATION: 6 ANS ET 9 MOIS			
	MODE DE REVELATION		ENQUETES SOCIALE ET JUDICIAIRE (SOEUR DU N° 1)				
L'EXAMEN		S.F.ACTUELS: AUCUN					
DELAI APRES L'AGRES- SION: 2 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	NON PUBERE				
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
	S	POSITION.D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL ET SUPINATION				
		COLPOSCOPE	OUI				
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE				
			HYMEN: ANNEAU HYMENEAL COMPLET ET INTACT				
			MUQUEUSE VAGINALE: NON VU				
	Q	EXAMEN ANUS	ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
			SPECULUM: NON	TV: NON			
	L	SEROLOGIES	SI: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: NEG.
		PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VULVAIRE: NEGATIF				
		ECBU:	NEGATIF				
		SPZ / BHCg	SPZ: NON FAIT	BHCg: NON FAIT			
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		L'EXAMEN NE PLAIDE PAS EN FAVEUR D'UNE PENETRATION VAGINALE PAS DE SIGNE DE DEFLORATION					
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMEMENTS		AUCUN					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE: ?					
PRELEVEMENTS BIOLOG.		SEROLOGIE CHLAMYDIAE A PRATIQUER (MEME AGRESSEUR QUE DANS DOSSIER 1)					
LE SUIVI DE L'ENFANT		?					

CAS CLINIQUE N° 3

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN			
AGE: 7 ANS ET 7 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: CE1 NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN, NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS.				
	F	STRUCTURE	STRUCTURE CLASSIQUE: PERE, MERE ET ENFANTS				
	A	FAMILIALE					
	M	ACTUELLE					
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON			
	L	FRATRIE	SOEURS: ?	FRERES: ?			
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU	VICTIME ENTRAINEE AU DOMICILE DE L'AGRESSEUR				
FREQUENCE: 1 EPISODE SURVENU LE JOUR MEME DE LA PRISE EN CHARGE	VIOLENCE		PHYSIQUE: OUI	PSYCHIQUE: MENACES			
	CIRC. FAVORISANTES		ENFANT SEUL DANS LA RUE				
	AGRESSEUR / VICTIME		INCONNUS				
	TYPE D'AGRESSION		DESHABILLAGE DE L'ENFANT ATTOUchemENTS SEXUELS PAS DE TENTATIVE DE PENETRATION				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEUR PERINEALE PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 7 ANS ET 7 MOIS	REVELATION: LE JOUR MEME			
	MODE DE REVELATION		DENONCIATION FAITE PAR L'ENFANT A SES PARENTS				
L'EXAMEN		S.F.ACTUELS	DOULEURS PERINEALES				
DELAI APRES L'AGRES- SION: 3 HEURES PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	NON PUBERE				
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL ET SUPINATION				
		COLPOSCOPE	OUI				
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE				
			HYMEN: ANNEAU HYMENEAL COMPLET ET INTACT				
			MUQUEUSE VAGINALE: NON VUE				
			ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
	U	EXAMEN ANUS	SPECULUM: NON	TV: NON			
			NORMAL				
	EX.	SEROLOGIES	SI.: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: NEG.
		PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VULVAIRE: EX.DIRECT: MYCOPLASME HOMINIS,U-UREALYTICUM, E.COLI - NOMBREUSES INCLUSIONS A CHLAMYDIAE VUES A L'EX. DIRECT EN I.F				
	O	ECBU:	NON FAIT				
		SPZ / BHCG	SPZ: NEGATIF	BHCG: NON FAIT			
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		L'EXAMEN NE PLAIDE PAS EN FAVEUR D'UNE PENETRATION VAGINALE ABSENCE DE SIGNES DE PENETRATION					
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMENTS		OUI:MAIS NON CONNU					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE	?				
PRELEVEMENTS BIOLOG.		PRESENCE DE SPERMATOZOIDES DANS LE MEAT URETRAL (EJACULATION RECENTE)					
LE SUIVI DE L'ENFANT		CONTROLE DES SEROLOGIES A 1 MOIS SAUF SEROLOGIE HIV CONTROLEE A 3 MOIS : RESULTATS NON CONNUS					

CAS CLINIQUE N° 4

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED:	AUCUN	PSY :	AUCUN	
AGE: 6 ANS ET 6 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: CP NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN, NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS.				
	F	STRUCTURE	STRUCTURE CLASSIQUE : PERE, MERE ET ENFANTS				
	A	FAMILIALE					
	M	ACTUELLE					
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE:	OUI	SEPARATION:	NON	
	L	FRATRIE	SOEURS:	?	FRERES:	?	
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE:	NON	PSYCHIQUE:	NON	
	E	TOXIQUES	ALCOOL:	NON	DROGUE:	NON	
L'AGRESSION		LIEU	DOMICILE DES GRANDS PARENTS				
FREQUENCE: 4 EPISODES	VIOLENCE		PHYSIQUE:	OUI	PSYCHIQUE:	MENACES	
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DES PARENTS				
	AGRESSEUR / VICTIME		GRAND-PERE ET TROIS ONCLES				
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS TENTATIVES DE PENETRATION EJACULATION PROBABLE AU NIVEAU PERINEAL				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT:	6 ANS	REVELATION:	6 ANS ET DEMI	
	MODE DE REVELATION		DENONCIATION FAITE PAR L'ENFANT A SES PARENTS				
	L'EXAMEN		S.F.ACTUELS		AUCUN		
DELAI APRES L'AGRES- SION: 2 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	NON PUBERE				
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL ET SUPINATION				
	O	COLPOSCOPE	OUI				
	M A T	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL HYMEN: ANNEAU HYMENEAL COMPLET ET INTACT, ORIFICE PETIT MUQUEUSE VAGINALE: NON VUE				
			ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
			SPECULUM :	NON	TV:	NON	
	E	EXAMEN ANUS	NORMAL				
	EX.	SEROLOGIES	SI: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: + 1 / 128 (IgG)
	L	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VULVAIRE: STREPTO B				
	B	ECBU:	NEGATIF				
	O	SPZ / BHCg	SPZ:	NON FAIT	BHCg:	NON FAIT	
	CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		ABSENCE DE SIGNE EN FAVEUR D'UNE DEFLORATION L'EXAMEN CLINIQUE NE PERMET PAS D'ELIMINER D'EVENUELS ATTOUCHEMENTS SEXUELS				
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMENTS		?					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?			
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		?			
LE SUIVI DE L'ENFANT		?					

CAS CLINIQUE N° 5

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: 2 TENTATIVES AUTOLYSE ET 1 FUGUE		
AGE: 17 ANS ET 8 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: CAP NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		REGLEE A 11 ANS ET DEMI			
	F	STRUCTURE	FAMILLE RECOMPOSE : LA VICTIME VIVANT AVEC SA JEUNE SOEUR, SA MERE ET SON CONCUBIN.			
	A	FAMILIALE				
	M	ACTUELLE				
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: NON	SEPARATION: DIVORCE		
	L	FRATRIE	SOEURS: 1	FRERES: 0		
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: CHANTAGE		
	E	TOXIQUES	ALCOOL: OUI	DROGUE: NON		
L'AGRESSION		LIEU	DOMICILE FAMILIAL			
FREQUENCE: PLUSIEURS EPISODES DURANT 4 ANS ET DEMI (ENV. 1 R.S. / SEMAINE)	VIOLENCE		PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: MENACES		
	CIRC. FAVORISANTES		AUCUNE			
	AGRESSEUR / VICTIME		LA MERE ET SON CONCUBIN			
	TYPE D'AGRESSION		RAPPORTS SEXUELS COMPLETS AVEC EJACULATION INTRA-VAGINALE			
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS ET SAIGNEMENTS GYNECO APRES LA PREMIERE AGRESSION			
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 13 ANS ET DEMI	REVELATION: 17 ANS ET 8 MOIS		
	MODE DE REVELATION		DENONCIATION FAITE PAR L'ENFANT A SA GRAND-MERE APRES SA 2 ^{ème} FUGUE			
L'EXAMEN		S.F.ACTUELS		AUCUN S.F (ELLE A FAIT 1 FUGUE APRES SA DERNIERE AGRESSION)		
DELAI APRES L'AGRES- SION : 3 SEMAINES PRESENCE D'UN TIERS : ? EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	TOTALEMENT INSTALLEE, MORPHOLOGIE ADULTE			
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN			
	S	POSITION D'EXAMEN	POSITION GYNECOLOGIQUE CLASSIQUE			
		COLPOSCOPE	NON			
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL			
			HYMEN: ROMPU EN TROIS POINTS: 11 H, 1 H, 6 H ET BIEN CICATRISE			
			MUQUEUSE VAGINALE: NORMALE			
	Q	EXAMEN ANUS	ECOULEMENT LOCAL: AUCUN			
			SPECULUM: OUI, TAILLE ADULTE	TV: OUI, BIDIGITAL		
	L	EXAMEN ANUS	NORMAL			
SEROLOGIES		SI.: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: + 1 / 16 (IgG)
PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)		PRELEVEMENT VAGINAL: PAPOVAVIRUS				
ECBU:		NEGATIF				
SPZ / BHCG		SPZ: NEGATIF	BHCG: NEGATIF			
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		DEFLORATION ANCIENNE ET BANALE PAS DE SIGNE DE TRAUMATISME LOCO-REGIONAL				
EXAMEN PSY.		NON FAIT				
TRAITEMENTS		SOUS O.P. DEPUIS 3 ANS A LA DEMANDE DE SA MERE, AUTRE TTT ?				
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE	?			
		PRELEVEMENTS BIOLOG.	?			
LE SUIVI DE L'ENFANT		SUIVI PSYCHIATRIQUE CONSEILLE CONTROLE DES SEROLOGIES A 1 MOIS SAUF HIV CONTROLEE A 3 MOIS : RESULTATS NON CONNUS				

CAS CLINIQUE N° 6

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN	
AGE: 14 ANS ET 9 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: 4ème NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		REGLEE A 11 ANS ET DEMI		
	F	STRUCTURE	PERE = AGRESSEUR		
	A	FAMILIALE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS		
	M	ACTUELLE			
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON	
	L	FRATRIE	SOEURS: 2 (DONT 1 DOSSIER N° 7)	FRERES: 1	
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON	
	E	TOXIQUES	ALCOOL: OUI	DROGUE: NON	
L'AGRESSION		LIEU	DOMICILE FAMILIAL		
FREQUENCE: 4 EPISODES	VIOLENCE		PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: CHANTAGE	
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DE LA MERE		
	AGRESSEUR / VICTIME		PERE / FILLE		
	TYPE D'AGRESSION		RAPPORTS SEXUELS AVEC PENETRATION VAGINALE EJACULATION INTRA-VAGINALE LORS DU DERNIER RAPPORT		
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS ET SAIGNEMENTS GYNECO APRES LA PREMIERE AGRESSION		
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 11 ANS ET DEMI	REVELATION: 14 ANS ET 9 MOIS	
	MODE DE REVELATION		REVELATION LORS DE LA DECOUVERTE D'UNE GROSSESSE EN COURS (5ème MOIS)		
L'EXAMEN		S.F.ACTUELS	DOULEURS LOMBAIRES ET ABDOMINALES		
DELAI APRES L'AGRES- SION: 5 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	TOTALEMENT INSTALLEE, MORPHOLOGIE ADULTE		
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN		
	S	POSITION D'EXAMEN	POSITION GYNECOLOGIQUE CLASSIQUE		
		COLPOSCOPE	NON		
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL		
			HYMEN ROMPU DE FACON BANALE ET ANCIENNE		
			MUQUEUSE VAGINALE: NORMALE		
			ECOULEMENT LOCAL: AUCUN		
	Q		HAUTEUR UTÉRINE DE 17 CM, COL 3 / 0,5 / 0		
			SPECULUM: OUI, TAILLE ADULTE	TV: OUI, BIDIGITAL	
	E	EXAMEN ANUS	NORMAL		
	EX.	SEROLOGIES	SI.: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG. MYCOP: NEG. CHL: NEG.
	A	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VAGINAL: NEGATIF		
NEGATIF					
B	ECBU:	NEGATIF			
O	SPZ / BHCG	SPZ: NON FAIT	BHCG: NON FAIT		
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		DEFLORATION ANCIENNE ET BANALE PAS DE SIGNE DE TRAUMATISME OU D'INFECTION LOCO-REGIONAL GROSSESSE EVOLUTIVE EN FAVEUR D'UNE GROSSESSE DE 5 MOIS COMPATIBLE AVEC LA DATE DU DERNIER RAPPORT SEXUEL (ECHOGRAPHIE DE DATATION CON- CORDANTE)			
EXAMEN PSY.		ENFANT INHIBE POSANT LE PROBLEME DE L'ITG - RECUSE ART.L 162.12			
TRAITEMENTS		AUCUN, SAUF SUIVI DE GROSSESSE			
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE	?		
		PRELEVEMENTS BIOLOG.	PRELEVEMENT SANGUIN: TEST DE PATERNITE A LA NAISSANCE DE L'ENFANT		
LE SUIVI DE L'ENFANT		ACCOUCHEMENT A TERME SOUS ANONYMAT EN VUE D'UN ABANDON IMMEDIAT D'ENFANT REMARQUE: TEST DE RECHERCHE EN PATERNITE: PROBABILITE DE PATERNITE DE L'AGRESSEUR = 99,96 %			

CAS CLINIQUE N° 7

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.		MED: AUCUN		PSY : TROUBLES DU LANGAGE,		
AGE: 13 ANS ET 10 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE : 5 ^{ème} NATIONALITE: FR RETARD SCOLAIRE	ANTECEDENTS GYNECO.		PUBERTE EN COURS D'INSTALLATION AU MOMENT DES FAITS					
	F	STRUCTURE	PERE = AGRESSEUR					
	A	FAMILIALE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE : PERE, MERE, ENFANTS					
	M	ACTUELLE						
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE:	OUI	SEPARATION:	NON		
	L	FRATRIE	SOEURS :	2 (DONT 1 DOSSIER N° 6)		FRERES:	1	
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE:	NON		PSYCHIQUE:	NON	
	E	TOXIQUES	ALCOOL:	OUI		DROGUE:	NON	
L'AGRESSION		LIEU		DOMICILE FAMILIAL				
FREQUENCE: 3 EPISODES REMARQUE : PUBERTE EN COURS D'INSTALLATION LORS DE LA PREMIERE AGRESSION	VIOLENCE		PHYSIQUE:	NON		PSYCHIQUE:	CHANTAGE	
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DE LA MERE					
	AGRESSEUR / VICTIME		PERE / FILLE					
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUACHEMENTS SEXUELS AVEC PENETRATION DIGITO-VAGINALE					
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		AUCUN PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE					
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT:	10 ANS		REVELATION:	13 ANS ET 10 MOIS	
	MODE DE REVELATION		REVELATION APRES LA DECOUVERTE DE LA GROSSESSE DE SA SOEUR(DOSSIER N°6)					
	S.F.ACTUELS		AUCUN					
DELAI APRES L'AGRESSION : 6 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	POST-PUBERE					
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN					
	S	POSITION D'EXAMEN	POSITION GYNECOLOGIQUE CLASSIQUE					
	O	COLPOSCOPE	NON					
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL					
	A		HYMEN: SOUPLE PRESENTANT PLUSIEURS INCISURES N'ATTEIGNANT PAS SA RACINE					
	T		MUQUEUSE VAGINALE: NORMALE					
	I		ECOULEMENT LOCAL: AUCUN					
	Q		SPECULUM :	OUI, TAILLE VIERGE		TV:	OUI, UNIDIGITAL	
	U	EXAMEN ANUS	NORMAL					
	E	SEROLOGIES	SI: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: NEG.	
	EX.	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VAGINAL: NEGATIF					
	L	ECBU:	NEGATIF					
	A	SPZ / BHCg	SPZ:	NON FAIT		BHCg:	NON FAIT	
B	CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE	PAS DE SIGNE DE DEFLORATION RECENTE OU ANCIENNE						
O		L'EXAMEN NE PERMET PAS D'ELIMINER UNE PENETRATION DIGITALE						
	EXAMEN PSY.	NON FAIT						
	TRAITEMEMENTS	AUCUN						
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?				
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		?				
LE SUIVI DE L'ENFANT		SUIVI PAR ASSISTANTE SOCIALE ET PSYCHOTHERAPEUTE						

CAS CLINIQUE N° 8

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN	
AGE: 13 ANS ET 7 MOIS SEXE: MASCULIN SCOLARITE: 5 ^{eme} NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		XX		
	F	STRUCTURE	PERE = AGRESSEUR		
	A	FAMILIALE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS		
	M	ACTUELLE			
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON	
	L	FRATRIE	SOEURS: ?	FRERES: ?	
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: MENACES	
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON	
L'AGRESSION		LIEU	DOMICILE FAMILIAL		
FREQUENCE: 1 EPISODE	VIOLENCE		PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON	
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DE LA MERE		
	AGRESSEUR / VICTIME		PERE / FILS		
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS FELLATION SUR SON PERE AVEC EJACULATION DANS LA BOUCHE PAS DE PENETRATION ANALE		
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		AUCUN		
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 2 ANS ET 2 MOIS	REVELATION: 13 ANS ET 7 MOIS	
	MODE DE REVELATION		REVELATION A SA MERE		
	L'EXAMEN		S.F.ACTUELS	AUCUN	
DELAI APRES L'AGRES- SION: 1 AN ET DEMI PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	NON PUBERE, RETARD STATURO-PONDERAL.		
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN		
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL		
		COLPOSCOPE	NON		
	M	EXAMEN DES ORGANES GENITAUX	VERGE INFANTILE NORMALE		
			GLAND DE COLORATION NON PUBERE		
			TESTICULES DESCENDUS ET PETITS		
			SCROTUM NON PLISSE		
	Q	EXAMEN ANUS	PAS DE LESION CICATRICIELLE SUR LES ORGANES GENITAUX EXTERNES		
			SPECULUM: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	TV: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
	U	EXAMEN ANUS	EXAMEN NORMAL, TOUCHER RECTAL NORMAL AVEC SPHINCTER TONIQUE		
			EXAMEN ANUS	EXAMEN NORMAL, TOUCHER RECTAL NORMAL AVEC SPHINCTER TONIQUE	
	E	EXAMEN ANUS	EXAMEN ANUS	EXAMEN NORMAL, TOUCHER RECTAL NORMAL AVEC SPHINCTER TONIQUE	
			EXAMEN ANUS	EXAMEN NORMAL, TOUCHER RECTAL NORMAL AVEC SPHINCTER TONIQUE	
	EX.	SEROLOGIES	SI: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG. MYCOP: NEG. CHL: NEG.
PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)		PRELEVEMENTS AU NIVEAU DU GLAND ET DU MEAT URETRAL: NEGATIFS			
B	EXAMEN ANUS	ECBU:	NON FAIT		
		SPZ / BHC	SPZ: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	BHC: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE		AUCUNE TRACE DE SODOMIE PAS DE LESION GENITALE			
EXAMEN PSY.		NON FAIT			
TRAITEMENTS		AUCUN			
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE	?		
		PRELEVEMENTS BIOLOG.	?		
LE SUIVI DE L'ENFANT		AUCUN			

CAS CLINIQUE N° 9

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.		MED: AUCUN		PSY: AUCUN			
AGE: 3 ANS ET 8 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE : MATERNELLE NATIONALITE: FR		ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN , NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS.					
		F	STRUCTURE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE : PERE, MERE, ENFANTS					
		A	FAMILIALE						
		M	ACTUELLE						
		I	PARENTS NATURELS	MARIAGE:	OUI	SEPARATION:	NON		
		L	FRATRIE	SOEURS :	?	FRERES:	?		
		L	VIOLENCE	PHYSIQUE:	NON	PSYCHIQUE:	NON		
E	TOXIQUES	ALCOOL:	NON	DROGUE:	NON				
L'AGRESSION		LIEU		LIEU PUBLIC					
FREQUENCE: 1 EPISODES		VIOLENCE		PHYSIQUE:		NON	PSYCHIQUE:	NON	
		CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DES PARENTS					
		AGRESSEUR / VICTIME		INCONNU					
		TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS					
		SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		BRULURES URINAIRES PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE					
		AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT:		3 ANS ET 8 MOIS	REVELATION:	LE JOUR MEME	
		MODE DE REVELATION		LE PERE A PRIS L'AGRESSEUR SUR LE FAIT					
L'EXAMEN		S.F.ACTUELS		BRULURES URINAIRES					
DELAI APRES L'AGRES- SION : LE JOUR MEME PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI		EX.	PUBERTE	NON PUBERE					
			S.P. DE VIOLENCE	AUCUN					
		S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION					
			COLPOSCOPE	OUI					
		M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL					
				HYMEN: ANNEAU HYMENEAL COMPLET ET INTACT					
				MUQUEUSE VAGINALE: NON VUE					
		Q	EXAMEN ANUS	ECOULEMENT LOCAL: AUCUN					
				SPECULUM :	NON	TV:	NON		
		L	SEROLOGIES	SI.: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: NEG.	
PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VULVAIRE : QUELQUES STREPTOCOQUES FECALIS								
ECBU:	NEGATIF								
SPZ / BHCG	SPZ:		NEGATIF		BHCG:	NON FAIT			
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		PAS DE SIGNE DE DEFLOURATION RECENTE OU ANCIENNE							
EXAMEN PSY.		NON FAIT							
TRAITEMEMENTS		AUCUN							
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?					
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		?					
LE SUIVI DE L'ENFANT		CONTROLE DES SEROLOGIES A 1 MOIS SAUF HIV CONTROLEE A 3 MOIS : RESULTATS NON CONNUS							

CAS CLINIQUE N° 10

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN			
AGE: 6 ANS ET 3 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: CP NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN, NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS.				
	F	STRUCTURE	PERE = AGRESSEUR				
	A	FAMILIALE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS				
	M	ACTUELLE					
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON			
	L	FRATRIE	SOEURS: ?	FRERES: ?			
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU	DOMICILE FAMILIAL				
FREQUENCE: 4 EPISODES	VIOLENCE		PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: MENACES			
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DE LA MERE				
	AGRESSEUR / VICTIME		PERE / FILLE				
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS SANS TENTATIVE DE PENETRATION VAGINALE EJACULATION ANTE-PORTAS FELLATION SUR SON PERE				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 6 ANS	REVELATION: 3 ANS ET 6 MOIS			
	MODE DE REVELATION		REVELATION A SA MERE				
	S.F. ACTUELS		AUCUN				
DELAI APRES L'AGRES- SION: 1 MOIS PRESENCE D'UN TIERS: LA MERE EXPERTISE: OUI REMARQUE: AVANT L'EXPERTISE: A ETE VUE EN CONSULTA- TION DE PEDIATRIE POUR DOULEURS ABDOMINALES ET ASTHENIE SURVENUES APRES UN EPISODE D'ABUS EX.NORMAL, PAS DE TTT (A CACHE LES CIRCONS- TANCES REELLES DE LA CONSULTATION A SA MERE ET AU MEDECIN)	EX.	PUBERTE	NON PUBERE				
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
	O	COLPOSCOPE	OUI				
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL				
	A		HYMEN: ANNEAU HYMENEAL COMPLET ET INTACT ET ORIFICE PETIT				
	T		MUQUEUSE VAGINALE: NON VUE				
	I		ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
	Q						
	U		SPECULUM: NON	TV: NON			
	E	EXAMEN ANUS	NORMAL				
	EX.	SEROLOGIES	SL: NON FAIT	HIV: NON FAIT	HEP: NON FAIT	MYCOP: NON FAIT	CHL: NON FAIT
	L	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VULVAIRE: NEGATIF				
	A						
B	ECBU:	STAPHYLOCOQUE EPIDERMIDIS (SOUILLURE)					
O	SPZ / BHCG	SPZ: NEGATIF	BHCG: NON FAIT				
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		PAS DE SIGNE DE DEFLORATION RECENTE OU ANCIENNE					
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMENTS		AUCUN					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE	?				
		PRELEVEMENTS BIOLOG.	?				
LE SUIVI DE L'ENFANT		SUIVI PAR ASSISTANTE SOCIALE					

CAS CLINIQUE N° 11

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN	
AGE: 14 ANS ET 2 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: 4ème NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN . PUBERTE EN COURS D'INSTALLATION AU MOMENT DES FAITS		
	F	STRUCTURE	FAMILLE RECOMPOSEE : ENFANT VIVANT AVEC SA MERE ET LE CONCUBIN		
	A	FAMILIALE			
	M	ACTUELLE			
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: NON	SEPARATION: DIVORCE	
	L	FRATRIE	SOEURS: ?	FRERES: ?	
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON	
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON	
L'AGRESSION		LIEU	DOMICILE FAMILIAL		
FREQUENCE: 1 EPISODE REMARQUE : PUBERTE EN COURS D'INS- TALLATION LORS DE LA PREMIERE AGRESSION	VIOLENCE		PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: MENACES	
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DE LA MERE		
	AGRESSEUR / VICTIME		CONCUBIN DE LA MERE / BELLE-FILLE		
	TYPE D'AGRESSION		PENETRATION DIGITO-VAGINALE		
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES PAS DE NOTION D'ECOLEMENT GYNECOLOGIQUE		
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 12 ANS ET 2 MOIS	REVELATION: 14 ANS ET 2 MOIS	
	MODE DE REVELATION		REVELATION A SA MERE		
	L'EXAMEN		S.F.ACTUELS		AUCUN
DELAI APRES L'AGRES- SION: 2 ANS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	TOTALEMENT INSTALLEE, MORPHOLOGIE ADULTE		
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN		
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION		
	O	COLPOSCOPE	OUI		
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE. PERINE NORMAL		
	A		HYMEN : 2 PROFONDES INCISURES SYMETRIQUES DE PART ET D'AUTRE DU MEAT		
	T		URETRAL, 1 INCISURE A 2 H QUI N'ATTEINT PAS LA RACINE		
	I		MUQUEUSE VAGINALE: NORMALE		
	Q		ECOLEMENT LOCAL: AUCUN		
	U		SPECULUM: OUI, TAILLE VIERGE	TV: UNIDIGITAL	
	E	EXAMEN ANUS	NORMAL		
	EX.	SEROLOGIES	SI: NEG.	HIV: NEG.	HEP: NEG. MYCOP: NEG. CHL: NEG.
	L	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VULVAIRE : NEGATIF		
	B	ECBU:	NON FAIT		
O	SPZ / BHCg	SPZ: NON FAIT	BHCg: NON FAIT		
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		EXAMEN GYNECO NE PLAIDANT PAS EN FAVEUR D'UNE DEFLORATION LIEE A UN RAPPORT SEXUEL NORMAL LE TV UNIDIGITAL MONTRE QU'UNE PENETRATION DIGITALE EST POSSIBLE SANS LESION HYMENEALE D'ACCOMPAGNEMENT : POSSIBILITE DE DEFLORATION ANCIENNE PAR PENETRATION DIGITALE			
EXAMEN PSY.		NON FAIT			
TRAITEMEMENTS		AUCUN			
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE	?		
		PRELEVEMENTS BIOLOG.	?		
LE SUIVI DE L'ENFANT		?			

CAS CLINIQUE N° 12

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN	
AGE: 15 ANS SEXE: FEMININ SCOLARITE: 3ème NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		REGLEE A 12 ANS		
	F	STRUCTURE	PERE = AGRESSEUR		
	A	FAMILIALE	FAMILLE RECOMPOSEE : ENFANT VIVANT AVEC SON PERE ET SA BELLE-MERE		
	M	ACTUELLE			
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: NON	SEPARATION: DIVORCE	
	L	FRATRIE	SOEURS: ?	FRERES: ?	
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON	
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON	
L'AGRESSION		LIEU			
FREQUENCE: 2 FOIS PAR SEMAINE DEPUIS 2 MOIS	VIOLENCE		PHYSIQUE: OUI	PSYCHIQUE: MENACES	
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DE LA BELLE-MERE		
	AGRESSEUR / VICTIME		PERE / FILLE		
	TYPE D'AGRESSION		RAPPORT SEXUEL AVEC EJACULATION INTRA-VAGINALE 1 EPISODE DE PENETRATION GENITO-ANALE		
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES , DOULEURS ANALES SAIGNEMENT D'ORIGINE GENITALE APRES LA PREMIERE AGRESSION		
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 14 ANS ET 10 MOIS	REVELATION: 15 ANS	
	MODE DE REVELATION		REVELATION A SA BELLE-MERE		
	L'EXAMEN		S.F.ACTUELS		
DELAI APRES L'AGRES- SION: 3 JOURS PRESENCE D'UN TIERS : ? EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	AUCUN		
		S.P. DE VIOLENCE	POST-PUBERE		
	S	POSITION D'EXAMEN	2 LESIONS ARCIFORMES SUR LA FACE INTERNE DE LA CUISSE GAUCHE : 15 x 5 mm		
		COLPOSCOPE	POSITION GYNECOLOGIQUE CLASSIQUE		
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	NON		
			VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL		
			HYMEN :ROMPU EN PLUSIEURS POINTS		
			MUQUEUSE VAGINALE: NORMALE		
	Q	EXAMEN ANUS	ECOULEMENT LOCAL: AUCUN		
			SPECULUM: OUI, TAILLE ADULTE	TV: BIDIGITAL	
	L	EXAMEN ANUS	EXAMEN NORMAL . TR NORMAL, SPHINCTER ANAL EXTERNE TONIQUE		
		SEROLOGIES	SI: NEG.	HIV: NEG.	HEP: NEG. MYCOP: +1 / 4 CHL: NEG.
		PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VAGINAL : EXAMEN DIRECT : NOMBREUX MYCOPLASMES HOMINIS ET RARES UREAPLASMA-UREALYTICUM, CULTURE POSITIVE CHLAMYDIAE		
		ECBU:	NEGATIF		
SPZ / BHC		SPZ: ?	BHC: NEGATIF		
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		EXAMEN GYNECO. EN FAVEUR D'UNE DEFLORATION ANCIENNE ET BANALE PAS DE LESION ANALE LESION DE LA FACE INTERNE DE LA CUISSE GAUCHE D'ASPECT COMPATIBLE AVEC LA DATE DU DERNIER RAPPORT SEXUEL			
EXAMEN PSY.		NON FAIT			
TRAITEMENTS		OUI, LEQUEL ?			
L'AGRESSEUR		PRELEVEMENTS BIOLOG.			
		SEROLOGIE CHLAMYDIAE POSITIVE: 1 / 64 (IgG), RECHERCHE PAR EX.DIRECT EN IF. POSITIVE, CULTURE SUR SYSTEME CELLULAIRE NEGATIVE			
LE SUIVI DE L'ENFANT		CONTROLE DES SEROLOGIES A 1 MOIS : TOUTES NEGATIVES, SAUF HIV CONTROLE A 3 MOIS : NEGATIF CONTROLE DES BHC NEGATIF A 15 JOURS			

CAS CLINIQUE N° 13

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN			
AGE: 8 ANS ET 3 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: CE1 NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN, NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS.				
	F	STRUCTURE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS				
	A	FAMILIALE					
	M	ACTUELLE					
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON			
	L	FRATRIE	SOEURS: 1 (DOSSIER N° 14)	FRERES: ?			
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU	DOMICILE FAMILIAL				
FREQUENCE: 1 EPISODE	VIOLENCE		PHYSIQUE: OUI	PSYCHIQUE: MENACES			
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DES PARENTS				
	AGRESSEUR / VICTIME		ONCLE / NIECE				
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS DIGITAUX SANS TENTATIVE DE PENETRATION				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES PAS DE NOTION D'ECOLEMENT GYNECOLOGIQUE				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 3 ANS ET 3 MOIS	REVELATION: LE JOUR MEME			
	MODE DE REVELATION		REVELATION A SES PARENTS				
L'EXAMEN		S.F.ACTUELS	AUCUN				
DELAI APRES L'AGRES- SION: LE JOUR MEME PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	NON PUBERE				
		S.P. DE VIOLENCE	ECCHYMOSE FACE INTERNE CUISSE GAUCHE ET FACE INTERNE GENOUX DROIT				
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
	O	COLPOSCOPE	OUI				
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL				
	A		HYMEN: ANNEAU HYMENEAL COMPLET ET INTACT				
	T		MUQUEUSE VAGINALE: NON VUE				
	I		ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
	Q		SPECULUM: NON	TV: NON			
	E	EXAMEN ANUS	NORMAL				
	EX.	SEROLOGIES	SI: NON FAIT	HIV: NON FAIT	HEP: NON FAIT	MYCOP: NON FAIT	CHL: NON FAIT
	L	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VULVAIRE: NON FAIT				
	B	ECBU:	NON FAIT				
	O	SPZ / BHCG	SPZ: NON FAIT	BHCG: NON FAIT			
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		EXAMEN GYNECOLOGIQUE NORMAL N'EXCLUANT PAS LA POSSIBILITE D'ATTOUCHEMENTS DIGITAUX AU NIVEAU GENITAL					
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMENTS		AUCUN					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE	?				
		PRELEVEMENTS BIOLOG.	?				
LE SUIVI DE L'ENFANT		?					

CAS CLINIQUE N° 14

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN			
AGE: 5 ANS ET 11 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE : MATERNELLE NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN , NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS.				
	F	STRUCTURE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS				
	A	FAMILIALE					
	M	ACTUELLE					
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON			
	L	FRATRIE	SOEURS : 1 (DOSSIER N° 13)	FRERES: ?			
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU			DOMICILE FAMILIAL		
FREQUENCE: 1 EPISODE	VIOLENCE		PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: MENACES			
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DES PARENTS				
	AGRESSEUR / VICTIME		ONCLE / NIECE				
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS DIGITAUX SANS TENTATIVE DE PENETRATION				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		AUCUN PAS DE NOTION D'ECOLEMENT GYNECOLOGIQUE				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 5 ANS (IMPRECIS)	REVELATION: 5 ANS ET 11 MOIS			
	MODE DE REVELATION		ENQUETE APRES LA REVELATION EFFECTUEE PAR SA SOEUR AINEE (DOSSIER N° 13)				
	L'EXAMEN		S.F.ACTUELS			AUCUN	
DELAI APRES L'AGRES- SION : PLUSIEURS SEMAINES PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	NON PUBERE				
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
	O	COLPOSCOPE	OUI				
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL				
			HYMEN: PETITE ENCOCHE HYMENEALE A 8 H, PARAISSANT ANCIENNE ET N'ATTEIGNANT PAS LA RACINE DE L'HYMEN				
			MUQUEUSE VAGINALE: NON VUE				
			ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
	U	SPECULUM:	NON	TV:	NON		
	E	EXAMEN ANUS	NORMAL				
	EX.	SEROLOGIES	SI.: NEG.	HIV: NEG.	HEP: NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: NEG.
	L	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VULVAIRE: NEGATIF				
	B	ECCBU:	NON FAIT				
	O	SPZ / BHCG	SPZ: NON FAIT	BHCG: NON FAIT			
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		PAS DE SIGNE EN FAVEUR D'UNE DEFLORATION RECENTE OU ANCIENNE					
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMENTS		AUCUN					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?			
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		?			
LE SUIVI DE L'ENFANT		?					

CAS CLINIQUE N° 15

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN				
AGE: 9 ANS ET 2 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: CE2 NATIONALITE: FR		ANTECEDENTS GYNECO.	AUCUN					
		F	STRUCTURE	PARENTS NATURELS = AGRESSEURS				
		A	FAMILIALE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS				
		M	ACTUELLE	VIT AVEC SES FRERE ET SOEUR DANS UNE FAMILLE D'ACCUEIL				
		I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON			
		L	FRATRIE	SOEURS: 1 (DOSSIER N° 16)	FRERES: 1 (DOSSIER N° 17)			
		L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
		E	TOXIQUES	ALCOOL: OUI	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU	DOMICILE FAMILIAL LORS DES VISITES					
FREQUENCE: 5 A 10 EPISODES REMARQUE: MEMES AGRESSEURS QUE DANS DOSSIERS N°46, 47, 48		VIOLENCE	PHYSIQUE: OUI	PSYCHIQUE: MENACES				
		CIRC. FAVORISANTES	ALCOOL, PORNOGRAPHIE					
		AGRESSEUR / VICTIME	PLUSIEURS AGRESSEURS: PERE, MERE, AMIS / FILLE					
		TYPE D'AGRESSION	ATTOUACHEMENTS SEXUELS ET TENTATIVES DE PENETRATION VAGINALE PAS DE PENETRATION ANALE					
		SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION	DOULEURS PERINEALES PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE					
		AGE DEBUT/REVELATION	DEBUT: 7 ANS ET 7 MOIS	REVELATION: 9 ANS ET 9 MOIS				
		MODE DE REVELATION	DENONCIATION A LA FAMILLE D'ACCUEIL PUIS AUX SERVICES SOCIAUX					
		S.F.ACTUELS	AUCUN					
L'EXAMEN		EX.	PUBERTE	NON PUBERE				
DELAI APRES L'AGRES- SION: 4 SEMAINES PRESENCE D'UN TIERS: ? EXPERTISE: OUI		S	S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
		O	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
		M	COLPOSCOPE	OUI				
		A	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL				
		T		HYMEN: CIRCULAIRE INTACT				
		I		MUQUEUSE VAGINALE: NORMALE				
		Q		ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
		U		SPECULUM: NON	TV: NON			
		E	EXAMEN ANUS	EXAMEN NORMAL, TOUCHER RECTAL NORMAL				
		EX.	SEROLOGIES	SI.: NEG.	HIV: NEG.	HEP: NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: + 1 / 32 (IgG)
		L	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VULVAIRE: NEGATIF				
		A	ECBU:	NEGATIF				
		B	SPZ / BHCg	SPZ: NON FAIT	BHCg: NON FAIT			
		O		PAS DE SIGNE EN FAVEUR D'UNE DEFLORATION RECENTE OU ANCIENNE				
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE								
EXAMEN PSY.		NON FAIT						
TRAITEMEMENTS		?						
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE	?					
		PRELEVEMENTS BIOLOG.	?					
LE SUIVI DE L'ENFANT		?						

CAS CLINIQUE N° 16

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN				
AGE: 12 ANS ET 9 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: 6 ^{ème} NATIONALITE: FR		ANTECEDENTS GYNECO.						
		REGLEE A 11 ANS						
		F	STRUCTURE	PARENTS NATURELS = AGRESSEURS				
		A	FAMILIALE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS				
		M	ACTUELLE	VIT AVEC SES FRERE ET SOEUR DANS UNE FAMILLE D'ACCUEIL				
		I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON			
		L	FRATRIE	SOEURS: 1 (DOSSIER N° 15)	FRERES: 1 (DOSSIER N° 17)			
		L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
E	TOXIQUES	ALCOOL: OUI	DROGUE: NON					
L'AGRESSION		LIEU						
FREQUENCE: 5 A 10 EPISODES REMARQUE: MEMES AGRESSEURS QUE DANS DOSSIERS N°46,47,48		DOMICILE FAMILIAL LORS DES VISITES						
		VIOLENCE		PHYSIQUE: OUI	PSYCHIQUE: MENACES			
		CIRC. FAVORISANTES		ALCOOL, PORNOGRAPHIE				
		AGRESSEUR / VICTIME		PLUSIEURS AGRESSEURS: PERE, MERE, AMIS / FILLE				
		TYPE D'AGRESSION		ATTOUACHEMENTS SEXUELS AVEC PENETRATION ET EJACULATION INTRA-VAGINALES 1 EPISODE DE PENETRATION GENITO-ANALE				
		SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES, DOULEURS ANALES SAIGNEMENT D'ORIGINE GENITALE APRES LA PREMIERE AGRESSION				
		AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 9 ANS	REVELATION: 12 ANS ET 9 MOIS			
		MODE DE REVELATION		DENONCIATION A LA FAMILLE D'ACCUEIL PUIS AUX SERVICES SOCIAUX				
L'EXAMEN		S.F.ACTUELS						
DELAI APRES L'AGRES- SION: 3 SEMAINES PRESENCE D'UN TIERS: ? EXPERTISE: OUI REMARQUE: PAS DE MENSTRUATION DEPUIS LA DERNIERE AGRESSION. DDR ?		AUCUN						
		EX.	PUBERTE	POST-PUBERE, TOTALEMENT INSTALLEE				
			S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
		S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
		O	COLPOSCOPE	NON				
		M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL				
		A		HYMEN: INCISION SUR TOUTE SON EPAISSEUR A 3 H				
		T		MUQUEUSE VAGINALE: NORMALE				
		I		ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
		Q		SPECULUM: OUI, TAILLE VIERGE	TV: UNIDIGITAL			
		U						
		E	EXAMEN ANUS	EXAMEN NORMAL. TR NORMAL. SPHINCTER ANAL EXTERNE TONIQUE				
		EX.	SEROLOGIES	SI.: NEG.	HIV: NEG.	HEP: NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: + 1 / 16 (IgG)
		L	PRELEVEMENT LOCAL	PRELEVEMENT VULVAIRE: NEGATIF				
		A	(EX.DIRECT / CULTURE)					
B	ECBU:	NEGATIF						
O	SPZ / BHCG	SPZ: NEGATIF	BHCG: NEGATIF					
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		EXAMEN COMPATIBLE AVEC UNE TENTATIVE DE DEFLORATION IL N'EXISTE AUCUN ARGUMENT CLINIQUE EN FAVEUR D'UNE SODOMIE						
EXAMEN PSY.		NON FAIT						
TRAITEMENTS		?						
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?				
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		?				
LE SUIVI DE L'ENFANT		?						

CAS CLINIQUE N° 17

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN			
AGE: 4 ANS ET 10 MOIS SEXE: MASCULIN SCOLARITE : MATERNELLE NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		XX				
	F	STRUCTURE	PERE ET MERE = AGRESSEURS				
	A	FAMILIALE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE : PERE, MERE, ENFANTS				
	M	ACTUELLE	VIT AVEC SES SOEURS DANS UNE FAMILLE D'ACCUEIL				
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON			
	L	FRATRIE	SOEURS: 2 (DOSSIERS 15 ET 16)	FRERES: 0			
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: MENACES			
	E	TOXIQUES	ALCOOL: OUI	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU					
FREQUENCE: 5 A 10 EPISODES REMARQUE : MEMES AGRESSEURS QUE DANS DOSSIERS N°46 ,47,48	VIOLENCE		PHYSIQUE: OUI	PSYCHIQUE: MENACES			
	CIRC. FAVORISANTES		ALCOOL, PORNOGRAPHIE				
	AGRESSEUR / VICTIME		PLUSIEURS AGRESSEURS : PERE, MERE ET AMIS / FILS				
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS TENTATIVE DE PENETRATION DIGITO-ANALE				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		AUCUN				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 4 ANS	REVELATION: 4 ANS ET 10 MOIS			
	MODE DE REVELATION		DENONCIATION A LA FAMILLE D'ACCUEIL PUIS AUX SERVICES SOCIAUX				
	S.F.ACTUELS		AUCUN				
DELAI APRES L'AGRES- SION : 4 SEMAINES PRESENCE D'UN TIERS : ? EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	NON PUBERE				
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL				
		COLPOSCOPE	NON				
	M	EXAMEN DES ORGANES GENITAUX	VERGE INFANTILE NORMALE				
			DESCENTE INCOMPLETE DES TESTICULES DANS LES BOURSES				
			PAS DE LESION CICATRICIELLE SUR LES ORGANES GENITAUX EXTERNES				
	U	EXAMEN ANUS	SPECULUM : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
			TV: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	EX.	SEROLOGIES	SL: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: NEG.
	L	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENTS AU NIVEAU DU GLAND ET DU MEAT URETRAL: NEGATIFS				
			ECBU: NON FAIT				
	O	SPZ / BHC	SPZ: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		BHC: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
			CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE				
			PAS DE LESION ANALE POUVANT EVOQUER UNE SODOMIE				
		PAS DE LESION GENITALE					
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMENTS		AUCUN					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?			
		PRELEVEMENTS BIOL.		?			
LE SUIVI DE L'ENFANT		SERVICES SOCIAUX					

CAS CLINIQUE N° 18

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.		MED: AUCUN		PSY: AUCUN					
AGE: 5 ANS ET 8 MOIS SEXE: MASCULIN SCOLARITE : MATERNELLE NATIONALITE: FR		ANTECEDENTS GYNECO.		XX							
		F	STRUCTURE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE : PERE, MERE, ENFANTS							
		A	FAMILIALE								
		M	ACTUELLE								
		I	PARENTS NATURELS	MARIAGE:	OUI	SEPARATION:	NON				
		L	FRATRIE	SOEURS :	?	FRERES:	?				
		L	VIOLENCE	PHYSIQUE:	NON	PSYCHIQUE:	NON				
E	TOXIQUES	ALCOOL:	NON	DROGUE:	NON						
L'AGRESSION		LIEU		DOMICILE DU GARDIEN DE L'ENFANT							
FREQUENCE: 1 EPISODE		VIOLENCE		PHYSIQUE:		NON		PSYCHIQUE:		NON	
		CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DES PARENTS							
		AGRESSEUR / VICTIME		LE GARDIEN D'ENFANT							
		TYPE D'AGRESSION		TENTATIVE DE FELLATION SUR L'ENFANT PENETRATION DIGITO-ANALE							
		SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEUR ANALE PAS DE SAIGNEMENT							
		AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 5 ANS ET 8 MOIS		REVELATION:		LE JOUR MEME			
		MODE DE REVELATION		REVELATION EFFECTUEE A SES PARENTS							
L'EXAMEN		S.F.ACTUELS		AUCUN							
DELAI APRES L'AGRES- SION : LE JOUR MEME PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI		EX.	PUBERTE	NON PUBERE							
			S.P. DE VIOLENCE	AUCUN							
		S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL							
		O	COLPOSCOPE	NON							
		M	EXAMEN DES ORGANES GENITAUX	VERGE INFANTILE NORMALE							
		A		BOURSES NORMALES ET TESTICULES EN PLACE							
		T		ORIFICE MEATIQUE ET GLAND NORMAUX							
		Q		SPECULUM : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		TV: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
		U	EXAMEN ANUS	EXAMEN NORMAL . TR (5° DOIGT) NORMAL , DOULOUREUX							
		EX.	SEROLOGIES	SI.: NON FAIT	HIV: NON FAIT	HEP: NON FAIT	MYCOP: NON FAIT	CHL: NON FAIT			
		L	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	NON FAIT							
		B	ECBU:	NON FAIT							
		O	SPZ / BHC	SPZ: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		BHC: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE		AUCUNE TRACE DE VIOLENCE SEXUELLE L'ABSENCE DE SIGNES CLINIQUES NE PERMET PAS D'INFIRMER LES FAITS									
EXAMEN PSY.		NON FAIT									
TRAITEMENTS		AUCUN									
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?							
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		?							
LE SUIVI DE L'ENFANT		AUCUN									

CAS CLINIQUE N° 19

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN			
AGE: 3 ANS ET 5 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE : MATERNELLE NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN, NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS.				
	F	STRUCTURE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE : PERE, MERE, ENFANTS				
	A	FAMILIALE					
	M	ACTUELLE					
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON			
	L	FRATRIE	SOEURS: ?	FRERES: ?			
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU					
FREQUENCE: 2 EPISODES	VIOLENCE		PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DES ADULTES				
	AGRESSEUR / VICTIME		COUSIN DE 15 ANS				
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS AVEC TENTATIVE DE PENETRATION VAGINALE				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES SAIGNEMENT D'ORIGINE GENITALE APRES CHAQUE AGRESSION				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 3 ANS (IMPRECIS)	REVELATION: 3 ANS ET 5 MOIS			
	MODE DE REVELATION		DENONCIATION A SON INSTITUTRICE ET A SA MERE				
	L'EXAMEN		S.F.ACTUELS				
DELAI APRES LA DERNIERE AGRESSION : 2 JOURS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI REMARQUE: A ETE VUE EN CONSULTATION PAR UN GYNECOLOGUE AVANT L'EXPERTISE: HYMEN ROMPU SEROLOGIE HERPES + DIAGNOSTIC D'ABUS SEXUEL EVOQUE .	EX.	PUBERTE	NON PUBERE				
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
	O	COLPOSCOPE	OUI				
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL				
	A		HYMEN: CIRCULAIRE, AMPLITUDE INFERIEURE A 5 mm, AVEC UNE SOLUTION DE				
	T		CONTINUTE DE 2 mm DE LARGE EN POSITION SOUS MEATIQUE N'AYANT PAS L'ASPECT				
	I		D'UNE DECHIRURE				
	Q		MUQUEUSE VAGINALE: NORMALE, ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
	U		SPECULUM: NON	TV: NON			
	E	EXAMEN ANUS	NORMAL				
	EX.	SEROLOGIES	SI.: NEG.	HIV: NEG.	HEP: NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: NEG.
	L	PRELEVEMENT LOCAL	PRELEVEMENT VULVAIRE : CULTURE POSITIVE A STAPHYLOCOQUE EPIDERMIDIS				
	A	(EX.DIRECT / CULTURE)	ET STREPTOCOQUE NON HEMOLYTIQUE				
	B	ECBU:	NEGATIF				
O	SPZ / BHCG	SPZ: NEGATIF	BHCG: NON FAIT				
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		PRESOMPTION DE RUPTURE DE L'ANNEAU HYMENEAL IL PEUT S'AGIR D'ATTOUCHEMENTS DIGITAUX, D'UTILISATION DE CORPS ETRANGERS OU DE GRATTAGE DE LA PART DE LA FILLETTE IL N'EXISTE PAS DE TRACE EVIDENTE D'UNE REELLE DEFLOURATION PENIENNE CAR LES MANIFESTATIONS IMMEDIATES AURAIENT ETE PROLONGEES					
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMENTS		?					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE					
		PRELEVEMENTS BIOLOG.					
LE SUIVI DE L'ENFANT		CONTROLE DES SEROLOGIES 1 MOIS PLUS TARD SAUF HIV A CONTROLER A 3 MOIS : RESULTATS INCONNUS					

CAS CLINIQUE N° 20

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN				
AGE: 7 ANS ET 8 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: CE1 NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN, NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS.					
	F	STRUCTURE	LA MERE ET SON CONCUBIN = AGRESSEURS					
	A	FAMILIALE	FAMILLE RECOMPOSEE: L'ENFANT VIT AVEC SA SOEUR, SA MERE ET SON CONCUBIN					
	M	ACTUELLE						
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: NON	SEPARATION: DIVORCE				
	L	FRATRIE	SOEURS: 1 (DOSSIER N° 21)	FRERES: ?				
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: OUI	PSYCHIQUE: MENACES				
	E	TOXIQUES	ALCOOL: OUI	DROGUE: NON				
L'AGRESSION		LIEU	DOMICILE FAMILIAL					
FREQUENCE: 5 A 10 EPISODES	VIOLENCE		PHYSIQUE: OUI	PSYCHIQUE: MENACES				
	CIRC. FAVORISANTES		AUCUNE					
	AGRESSEUR / VICTIME		LA MERE ET SON CONCUBIN / FILLE					
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS AVEC TENTATIVE DE PENETRATION VAGINALE					
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE					
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 7 ANS ET 4 MOIS	REVELATION: 7 ANS ET 8 MOIS				
	MODE DE REVELATION		ENQUETE SOCIALE					
	S.F.ACTUELS		AUCUN					
DELAI APRES L'AGRES- SION: 4 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : ? EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	NON PUBERE					
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN					
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION					
		COLPOSCOPE	OUI					
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL					
			HYMEN: CIRCULAIRE, CONTINU ET REGULIER, ORIFICE DE 1,5 mm DE LARGE					
			MUQUEUSE VAGINALE: NON VUE					
	U	EXAMEN ANUS	ECOULEMENT LOCAL: AUCUN					
			SPECULUM: NON	TV: NON				
	L	EX.	SEROLOGIES	SI.: NON FAIT	HIV: NON FAIT	HEP: NON FAIT	MYCOP: NON FAIT	CHL: NON FAIT
		A	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VULVAIRE: CULTURE POSITIVE A STAPHYLOCOQUE EPIDERMIDIS ET STREPTOCOQUE NON HEMOLYTIQUE				
		B	ECBU:	NON FAIT				
O		SPZ / BHCG	SPZ: NON FAIT	BHCG: NON FAIT				
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		ABSENCE DE LESION EVOQUANT LA SURVENUE RECENTE OU ANCIENNE DE SEVICE SEXUEL PAS DE SIGNE DE DEFLORATION						
EXAMEN PSY.		NON FAIT						
TRAITEMEMENTS		AUCUN						
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE	?					
		PRELEVEMENTS BIOLOG.	?					
LE SUIVI DE L'ENFANT		SUIVI SOCIAL						

CAS CLINIQUE N° 21

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN			
AGE: 3 ANS ET 6 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE : MATERNELLE NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN , NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS.				
	F	STRUCTURE	LA MERE ET SON CONCUBIN = AGRESSEURS				
	A	FAMILIALE	FAMILLE RECOMPOSEE: L'ENFANT VIT AVEC SA SOEUR, SA MERE ET SON CONCUBIN				
	M	ACTUELLE					
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: NON	SEPARATION: DIVORCE			
	L	FRATRIE	SOEURS : 1 (DOSSIER N° 20)	FRERES: ?			
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: OUI	PSYCHIQUE: MENACES			
	E	TOXIQUES	ALCOOL: OUI	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU	DOMICILE FAMILIAL				
FREQUENCE: NON PRECISEE	VIOLENCE		PHYSIQUE: OUI	PSYCHIQUE: MENACES			
	CIRC. FAVORISANTES		AUCUNE				
	AGRESSEUR / VICTIME		LA MERE ET SON CONCUBIN / FILLE				
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS AVEC TENTATIVE DE PENETRATION VAGINALE				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES PAS DE NOTION D'ECOLEMENT GYNECOLOGIQUE				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 3 ANS ET 4 5	REVELATION: 3 ANS ET 6 MOIS			
	MODE DE REVELATION		ASSISTANTE MATERNELLE ET PERE NATUREL A L'ORIGINE DE L'ENQUETE SOCIALE				
	L'EXAMEN		S.F.ACTUELS	TROUBLES DU SOMMEIL ET DIGESTIFS (ANOREXIE)			
DELAI APRES L'AGRES- SION : 1 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : ? EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	NON PUBERE				
		S.P. DE VIOLENCE	VIOLENCES PSYCHIQUES, PEUR INTENSE				
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
		COLPOSCOPE	OUI				
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE:GRANDE LEVRE GAUCHE PLUS VOLUMINEUSE QUE LA DROITE				
			ANNEAU HYMENEAL EMOUSSE DANS SA PARTIE POSTERIEURE, 2 INCISURES A 11 H				
			ET 2 H ALLANT PRESQUE JUSQU'A LA BASE DE L'ANNEAU,SANS ELEMENT CICATRICIEL				
			ORIFICE HYMENEAL BEANT AVEC BORD LIBRE INFERIEUR A 1,5 mm				
	U	EXAMEN ANUS	MUQUEUSE VAGINALE: NORMALE, ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
			SPECULUM : NON	TV: NON			
	EX.	SEROLOGIES	SI.: NON FAIT	HIV: NON FAIT	HEP: NON FAIT	MYCOP: NON FAIT	CHL: NON FAIT
		PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VULVAIRE : NON FAIT				
		ECBU:	NON FAIT				
		SPZ / BHCG	SPZ: NON FAIT	BHCG: NON FAIT			
	CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		LES RESULTATS DE L'EXAMEN CLINIQUE NE PERMETTENT PAS D'ELIMINER LA SUR- VENUE D'UNE RELATION SEXUELLE IMPOSEE AVEC D'EVENUELS ATTOUCHEMENTS SEXUELS				
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMEMENTS		AUCUN					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE	?				
		PRELEVEMENTS BIOLOG.	?				
LE SUIVI DE L'ENFANT		SUIVI SOCIAL					

CAS CLINIQUE N° 22

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: RETARD STATURO-PONDERAL		PSY : RETARD ACQUISITIONS SCOLAIRES			
AGE: 10 ANS ET 11 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE : PERFECTIONNEMENT NATIONALITE: FR		ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN , PUBERTE EN COURS D'INSTALLATION.				
		F	STRUCTURE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS				
		A	FAMILIALE					
		M	ACTUELLE					
		I	PARENTS NATURELS	MARIAGE:	OUI	SEPARATION:	NON	
		L	FRATRIE	SOEURS :	1	FRERES:	0	
		L	VIOLENCE	PHYSIQUE:	NON	PSYCHIQUE:	NON	
		E	TOXIQUES	ALCOOL:	NON	DROGUE:	NON	
L'AGRESSION		LIEU		DOMICILE FAMILIAL				
FREQUENCE: 1 EPISODE		VIOLENCE		PHYSIQUE:	OUI	PSYCHIQUE:	MENACES	
		CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DES PARENTS				
		AGRESSEUR / VICTIME		VOISIN CONNU DE LA FAMILLE				
		TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS AVEC TENTATIVE DE PENETRATION VAGINALE				
		SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE				
		AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT:	10 ANS ET 11 MOIS	REVELATION:	LE JOUR MEME	
		MODE DE REVELATION		LA MERE A PRIS L'AGRESSEUR SUR LE FAIT				
		L'EXAMEN		S.F.ACTUELS		DOULEURS PERINEALES		
DELAI APRES L'AGRES- SION : LE JOUR MEME PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI		EX.	PUBERTE	EN COURS D'INSTALLATION (S1 - P0)				
			S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
		S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
		O	COLPOSCOPE	OUI				
		M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	PERINE: IL EXISTE UN POIL NOIR DE 2 cm DE LONG N'APPARTENANT PAS A L'ENFANT				
		A		VULVE: AU NIVEAU DE LA FOURCHETTE VULVAIRE, IL EXISTE UNE ETROITE LIGNE				
		T		D'EXCORIATION DE 0,2 X 6 mm DE LONG, SUINTANT LE SANG				
		I		GRANDES LEVRES TUMEFIEES, ELARGISSEMENT VESTIBULAIRE EN ARRIERE				
		Q		HYMEN SAIN DONT L'ORIFICE EST LIMITE, AUCUN ECOULEMENT ANORMAL				
		U		SPECULUM :	NON	TV:	NON	
		E	EXAMEN ANUS	NORMAL				
		EX.	SEROLOGIES	SI.: NEG.	HIV: NEG.	HEP: NEG.	MYCOP: + 1 / 8	CHL: NEG.
		L	PRELEVEMENT LOCAL	PRELEVEMENT VULVAIRE : CULTURE POSITIVE A STAPHYLOCOQUE EPIDERMIDIS, A				
		A	(EX.DIRECT / CULTURE)	STREPTOCOQUE NON HEMOLYTIQUE, E.COLI ET HEMOPHILUS INFLUENZAE				
		B	ECBU:	NEGATIF				
O	SPZ / BHCG	SPZ:	NEGATIF	BHCG:	NON FAIT			
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		LESION RECENTE COMPATIBLE AVEC UN RAPPORT ESSENTIELLEMENT PERINEALE, SANS PENETRATION ATTOUCHEMENT SEXUEL RECENT PAR APPUI OU FROTTEMENT						
EXAMEN PSY.		NON FAIT						
TRAITEMEMENTS		?						
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?				
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		?				
LE SUIVI DE L'ENFANT		?						

CAS CLINIQUE N° 23

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.		MED: AUCUN		PSY: AUCUN	
AGE: 16 ANS ET 7 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: 2nde NATIONALITE: FR		ANTECEDENTS GYNECO.		REGLEE A 12 ANS			
		F	STRUCTURE	PERE = AGRESSEUR			
		A	FAMILIALE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS			
		M	ACTUELLE				
		I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI		SEPARATION: NON	
		L	FRATRIE	SOEURS: ?		FRERES: ?	
		L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON		PSYCHIQUE: NON	
		E	TOXIQUES	ALCOOL: NON		DROGUE: NON	
L'AGRESSION		LIEU		DOMICILE FAMILIAL			
FREQUENCE: 3 EPISODES		VIOLENCE		PHYSIQUE: NON		PSYCHIQUE: NON	
		CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DE LA MERE			
		AGRESSEUR / VICTIME		VOISIN CONNU DE LA FAMILLE			
		TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS AVEC PENETRATION VAGINALE (EJACULATION ?)			
		SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE (SAIGNEMENT ?)			
		AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 12 ANS ET 6 MOIS		REVELATION: 16 ANS ET 7 MOIS	
		MODE DE REVELATION		REVELATION EFFECTUEE A SA MERE			
		L'EXAMEN		S.F.ACTUELS		DOULEURS ABDOMINALES BASSES APPARUES DEPUIS SES DERNIERES REGLES	
DELAI APRES L'AGRES- SION: 3 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI REMARQUE: DDR: 15 JOURS APRES SON DERNIER RAPPORT FORCE		EX.	PUBERTE	POST-PUBERE. MORPHOLOGIE ADULTE			
			S.P. DE VIOLENCE	AUCUN			
		S	POSITION D'EXAMEN	POSITION GYNECOLOGIQUE CLASSIQUE			
		O	COLPOSCOPE	NON			
		M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE:INFLAMMATOIRE AVEC PETITE ULCERATION EN ARRIERE DE LA FOURCHETTE			
		A		FACE INTERNE DES PETITES ET GRANDES LEVRES, VESTIBULE ET HYMEN INFLAM- MATOIRES. ANNEAU HYMENEAL ROMPU EN PLUSIEURS POINTS			
		T		DEFILE VAGINAL INFLAMMATOIRE D'OU S'ECOULENT DES PERTES EPAISSES ET GRI- SATRES EVOQUANT UNE INFECTION A TRICHOMONAS			
		Q		SPECULUM: OUI, TAILLE ADULTE		TV: BIDIGITAL	
		U	EXAMEN ANUS	NORMAL			
		E	SEROLOGIES	SI.: NEG.	HIV: NEG.	HEP: NEG.	MYCOP: NEG.
L	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VAGINAL: EX.DIRECT:TRICHOMONAS + ET Ag CHLAMYDIAE+ EN I.F. CULTURE: STREPTOCOQUE NON HEMOLYTIQUE ET STAPHYLOCOQUE EPIDERMIDIS					
B	EBCU:	NEGATIF					
O	SPZ / BHCG	SPZ: NEGATIF		BHCG: NEGATIF			
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		LESIONS GYNECOLOGIQUES EVOQUANT UNE DEFLORATION ANCIENNE ET BANALE SANS SIGNE DE VIOLENCE CERVICO-VAGINITE A TRICHOMONAS: INFECTION POSTERIEURE A LA DATE DES DER- NIERES REGLES ET AU DERNIER RAPPORT SEXUEL AVEC SON PERE					
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMENTS		POLYGYNAX* (10 JOURS) ET MYNOCINE* (3 SEMAINES)					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?			
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		PRELEVEMENTS BIOLOGIQUES LOCAUX DEMANDES: RESULTATS INCONNUS			
LE SUIVI DE L'ENFANT		?					

CAS CLINIQUE N° 24

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN			
AGE: 7 ANS SEXE: FEMININ SCOLARITE: CP NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN, NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS.				
	F	STRUCTURE	VIT DANS UNE FAMILLE D'ACCUEIL				
	A	FAMILIALE	REND VISITE A SON PERE LE DIMANCHE				
	M	ACTUELLE	PERE VIVANT EN CONCUBINAGE				
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: NON	SEPARATION: OUI			
	L	FRATRIE	SOEURS: ?	FRERES: ?			
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU	DOMICILE PATERNEL				
FREQUENCE: 2 EPISODES	VIOLENCE		PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: OUI			
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DU PERE				
	AGRESSEUR / VICTIME		CONCUBINE DU PERE				
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS DIGITAUX ET PENETRATION DIGITO-VAGINALE				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 6 ANS ET 11 MOIS	REVELATION: 7 ANS			
	MODE DE REVELATION		REVELATION EFFECTUEE A LA MERE DE LA FAMILLE D'ACCUEIL				
	L'EXAMEN		S.F.ACTUELS	AUCUN			
DELAI APRES L'AGRESSION: 1 MOIS PRESENCE D'UN TIERS: LA MERE DE LA FAMILLE D'ACCUEIL EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	NON PUBERE				
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
		COLPOSCOPE	OUI				
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE				
			HYMEN: ANNEAU HYMENEAL COMPLET ET INTACT				
			ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
	U	EXAMEN ANUS	SPECULUM: NON	TV: NON			
			NORMAL				
	EX.	SEROLOGIES	SI.: NON FAIT	HIV: NON FAIT	HEP: NON FAIT	MYCOP: NON FAIT	CHL: NON FAIT
		PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VULVAIRE: NON FAIT				
		ECBU:	NON FAIT				
		SPZ / BHCG	SPZ: NON FAIT	BHCG: NON FAIT			
		CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		ABSENCE DE LESION POUVANT EVOQUER UNE DEFLORATION			
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMEMENTS		AUCUN					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE	?				
		PRELEVEMENTS BIOLOG.	?				
LE SUIVI DE L'ENFANT		?					

CAS CLINIQUE N° 25

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.		MED: AUCUN		PSY: AUCUN	
AGE: 12 ANS ET 7 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: 6 ^{ème} NATIONALITE: FR		ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN, NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS.			
		F	STRUCTURE				
		A	FAMILIALE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS			
		M	ACTUELLE				
		I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI		SEPARATION: NON	
		L	FRATRIE	SOEURS: 0		FRERES: 1	
		L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON		PSYCHIQUE: NON	
		E	TOXIQUES	ALCOOL: NON		DROGUE: NON	
L'AGRESSION		LIEU		DOMICILE DE L'AGRESSEUR			
FREQUENCE: 1 EPISODE		VIOLENCE		PHYSIQUE: OUI + PRISE ALCOOL FORCEE		PSYCHIQUE: MENACES	
		CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DES PARENTS			
		AGRESSEUR / VICTIME		EDUCATEUR, AMI DES PARENTS			
		TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS ET PENETRATION DIGITO-VAGINALE DEMANDE DE FELLATION			
		SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE			
		AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 11 ANS ET 10 MOIS		REVELATION: 12 ANS ET 7 MOIS	
		MODE DE REVELATION		REVELATION EFFECTUEE A SES PARENTS			
		L'EXAMEN		S.F.ACTUELS		AUCUN	
DELAI APRES L'AGRES- SION: 9 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI		EX.	PUBERTE	EN COURS D'INSTALLATION (S1. P1)			
			S.P. DE VIOLENCE	AUCUN			
		S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION			
		O	COLPOSCOPE	OUI			
		M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE			
		A		HYMEN: CIRCULAIRE, REGULIER, ORIFICE DE PETITE TAILLE < 0.5 cm			
		T		MUQUEUSE VAGINALE: NON VUE			
		I		ECOULEMENT LOCAL: AUCUN			
		Q		SPECULUM: NON		TV: NON	
		U	EXAMEN ANUS	NORMAL			
		E		EXAMEN PSY.		NON FAIT	
				TRAITEMEMENTS			
				AUCUN			
		L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?	
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		?			
LE SUIVI DE L'ENFANT		?					

CAS CLINIQUE N° 26

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN			
AGE: 5 ANS ET 1 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE : MATERNELLE NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN , NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS.				
	F	STRUCTURE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS				
	A	FAMILIALE					
	M	ACTUELLE					
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON			
	L	FRATRIE	SOEURS : ?	FRERES: ?			
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU					
FREQUENCE: 5 A 10 EPISODES	VIOLENCE		PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DES PARENTS				
	AGRESSEUR / VICTIME		GRAND-MERE / PETITE-FILLE				
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS DIGITAUX				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS ET BRULURES URINAIRES PAS DE NOTION D'ECOLEMENT GYNECOLOGIQUE				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 4 ANS ET 9 MOIS	REVELATION: 5 ANS ET 8 MOIS			
	MODE DE REVELATION		REVELATION EFFECTUEE A SES PARENTS				
	L'EXAMEN		S.F.ACTUELS				
DELAI APRES L'AGRES- SION : 4 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI REMARQUE: EXPERTISE GYNECOLOGI- QUE DEMANDEE SUITE A UNE CONSULTATION DE PEDIATRIE RETROUVANT UNE VULVE INFLAM- MATOIRE.	EX.	PUBERTE	NON PUBERE				
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
		COLPOSCOPE	OUI				
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL				
			HYMEN: CIRCULAIRE NON ROMPU, ORIFICE ETROIT < 0,5 mm				
			MUQUEUSE VAGINALE: NON VUE				
			ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
	U	EXAMEN ANUS	SPECULUM: NON	TV: NON			
			NORMAL				
	EX.	SEROLOGIES	SI.: NON FAIT	HIV: NON FAIT	HEP: NON FAIT	MYCOP: NON FAIT	CHL: NON FAIT
		PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VAGINAL: CULTURE + : BACILLE GRAM -, TYPE ENTERO-BACTERIE				
		ECBU:	NEGATIF				
SPZ / BHCG		SPZ: NON FAIT	BHCG: NON FAIT				
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		ABSENCE DE LESION EVOCATRICE DE DEFLORATION MAIS N'EXCLUANT PAS D'EVEN- TUELS ATTOUCHEMENTS DIGITAUX					
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMEMENTS		AUCUN					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE ?					
		PRELEVEMENTS BIOLOG. ?					
LE SUIVI DE L'ENFANT		?					

CAS CLINIQUE N° 27

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: RETARD STATURAL	PSY : RETARD DANS L'ACQUISITION DU LANGAGE ET RETARD SCOLAIRE		
AGE: 7 ANS ET 5 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: CP NATIONALITE: FR		ANTECEDENTS GYNECO.	NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS.			
F	STRUCTURE	FAMILLE RECOMPOSEE: ENFANT VIVANT AVEC SES SOEURS, SES DEMI-SOEURS ET				
A	FAMILIALE	DEMI-FRERE, SON PERE, SA MERE ET L'AMANT DE SA MERE				
M	ACTUELLE	ENFANT ACTUELLEMENT PLACE DANS UNE FAMILLE D'ACCUEIL				
I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON			
L	FRATRIE	SOEURS:2(N°28,29) 1/2 SOEURS:3(N°30,31,32)	DEMI-FRERE: 1			
L	VIOLENCE	PHYSIQUE: OUI	PSYCHIQUE: MENACES			
E	TOXIQUES	ALCOOL: OUI	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU	DOMICILE FAMILIAL			
FREQUENCE: 15 A 20 EPISODES		VIOLENCE	PHYSIQUE: OUI	PSYCHIQUE: OUI		
		CIRC. FAVORISANTES	MILIEU FAMILIAL DEFAVORISE, AUCUNE MORALITE			
		AGRESSEUR / VICTIME	PERE ET AMANT DE LA MERE			
		TYPE D'AGRESSION	ATTOUCHEMENTS DIGITAUX. CARESSES VIOLENCES PHYSIQUES: COUPS			
		SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION	DOULEURS DIFFUSES PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE			
		AGE DEBUT/REVELATION	DEBUT: 6 ANS	REVELATION: 7 ANS ET 5 MOIS		
		MODE DE REVELATION	REVELATION EFFECTUEE A SA FAMILLE D'ACCUEIL			
L'EXAMEN		S.F.ACTUELS	AUCUN			
DELAI APRES L'AGRESSION: 1 AN ET DEMI		EX. PUBERTE	NON PUBERE			
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN			
PRESENCE D'UN TIERS: LA MERE DE FAMILLE D'ACCUEIL		S POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION			
		O COLPOSCOPE	OUI			
EXPERTISE: OUI		M EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL HYMEN: INTACT ECOULEMENT LOCAL: AUCUN			
		U SPECULUM:	NON	TV: NON		
		E EXAMEN ANUS	NORMAL			
		EX. SEROLOGIES	SL: NON FAIT	HIV: NON FAIT	HEP: NON FAIT	MYCOP: NON FAIT CHL: NON FAIT
		L PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VAGINAL: NON FAIT			
		B ECBU:	NON FAIT			
		O SPZ / BHCg	SPZ: NON FAIT	BHCg: NON FAIT		
		CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE	AUCUN SIGNE DE VIOLENCE PHYSIQUE ET DE LESION GYNECOLOGIQUE PAS DE SIGNE DE DEFLORATION			
		EXAMEN PSY.	NON FAIT			
		TRAITEMENTS	AUCUN			
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE	?			
		PRELEVEMENTS BIOLOG.	?			
LE SUIVI DE L'ENFANT		?				

CAS CLINIQUE N° 28

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY : RETARD SCOLAIRE			
AGE: 8 ANS ET 11 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: CE1 NATIONALITE: FR SOEUR JUELLE DE L'EN- FANT DU DOSSIER N° 29	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN . NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS.				
	F	STRUCTURE	FAMILLE RECOMPOSEE: ENFANT VIVANT AVEC SES SOEURS, SES DEMI-SOEURS ET				
	A	FAMILIALE	DEMI-FRERE, SON PERE, SA MERE ET L'AMANT DE SA MERE				
	M	ACTUELLE	ENFANT ACTUELLEMENT PLACE DANS UNE FAMILLE D'ACCUEIL				
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON			
	L	FRATRIE	SOEURS:2(N°27,29) 1/2 SOEURS:3(N°30,31,32)	DEMI-FRERE: 1			
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: OUI	PSYCHIQUE: MENACES			
	E	TOXIQUES	ALCOOL: OUI	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU		DOMICILE FAMILIAL			
FREQUENCE: 15 A 20 EPISODES	VIOLENCE		PHYSIQUE: OUI	PSYCHIQUE: OUI			
	CIRC. FAVORISANTES		MILIEU FAMILIAL DEFAVORISE, AUCUNE MORALITE				
	AGRESSEUR / VICTIME		PERE ET AMANT DE LA MERE				
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS DIGITAUX, CARESSES VIOLENCES PHYSIQUES: COUPS				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		AUCUN PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 7 ANS	REVELATION: 8 ANS ET 11 MOIS			
	MODE DE REVELATION		REVELATION EFFECTUEE A SA FAMILLE D'ACCUEIL				
L'EXAMEN		S.F.ACTUELS		AUCUN			
DELAI APRES L'AGRES- SION : 2 ANS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE DE FAMILLE D'ACCUEIL EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	NON PUBERE				
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
	O	COLPOSCOPE	OUI				
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL				
	A		HYMEN: INTACT				
	T		ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
	I						
	Q		SPECULUM: NON		TV: NON		
	U						
	E	EXAMEN ANUS	NORMAL				
	EX.	SEROLOGIES	SI: NON FAIT	HIV: NON FAIT	HEP: NON FAIT	MYCOP: NON FAIT	CHL: NON FAIT
	L	PRELEVEMENT LOCAL	PRELEVEMENT VAGINAL: NON FAIT				
	A	(EX.DIRECT / CULTURE)					
B	ECBU:	NON FAIT					
O	SPZ / BHC	SPZ: NON FAIT	BHC: NON FAIT				
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		AUCUN SIGNE DE VIOLENCE PHYSIQUE ET DE LESION GYNECOLOGIQUE PAS DE SIGNE DE DEFLORATION					
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMEMENTS		AUCUN					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?			
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		?			
LE SUIVI DE L'ENFANT		?					

CAS CLINIQUE N° 29

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED.: AUCUN	PSY : RETARD SCHOAIRE				
AGE: 8 ANS ET 11 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE : CE1 NATIONALITE: FR SOEUR JUELLE DE L'ENFANT DU DOSSIER N° 28		ANTECEDENTS GYNECO.	AUCUN , NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS.					
		F	STRUCTURE	FAMILLE RECOMPOSEE: ENFANT VIVANT AVEC SES SOEURS, SES DEMI-SOEURS ET				
		A	FAMILIALE	DEMI-FRERE, SON PERE, SA MERE ET L'AMANT DE SA MERE				
		M	ACTUELLE	ENFANT ACTUELLEMENT PLACE DANS UNE FAMILLE D'ACCUEIL				
		I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON			
		L	FRATRIE	SOEURS: 2(N°27,28)(DOSSIER N° 27,28,31,32)	DEMI-FRERE: 1			
		L	VIOLENCE	PHYSIQUE: OUI	PSYCHIQUE: MENACES			
		E	TOXIQUES	ALCOOL: OUI	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU	DOMICILE FAMILIAL					
FREQUENCE: 15 A 20 EPISODES		VIOLENCE	PHYSIQUE: OUI	PSYCHIQUE: OUI				
		CIRC. FAVORISANTES	MILIEU FAMILIAL DEFAVORISE, AUCUNE MORALITE					
		AGRESSEUR / VICTIME	PERE ET AMANT DE LA MERE					
		TYPE D'AGRESSION	ATTOUCHEMENTS DIGITAUX, CARESSES VIOLENCES PHYSIQUES: COUPS					
		SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION	AUCUN PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE					
		AGE DEBUT/REVELATION	DEBUT: 7 ANS	REVELATION: 8 ANS ET 11 MOIS				
		MODE DE REVELATION	REVELATION EFFECTUEE A SA FAMILLE D'ACCUEIL					
		S.F.ACTUELS	AUCUN					
L'EXAMEN		EX.	PUBERTE	NON PUBERE				
DELAI APRES L'AGRESSION : 2 ANS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE DE FAMILLE D'ACCUEIL EXPERTISE: OUI		S	S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
		O	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
		M	COLPOSCOPE	OUI				
		A	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL				
		T		HYMEN: INTACT				
		I		ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
		Q		SPECULUM: NON	TV: NON			
		U	EXAMEN ANUS	NORMAL				
		EX.	SEROLOGIES	SI.: NON FAIT	HIV: NON FAIT	HEP: NON FAIT	MYCOP: NON FAIT	CHL: NON FAIT
		L	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VAGINAL: NON FAIT				
B	ECBU:	NON FAIT						
O	SPZ / BHCG	SPZ: NON FAIT	BHCG: NON FAIT					
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		AUCUN SIGNE DE VIOLENCE PHYSIQUE ET DE LESION GYNECOLOGIQUE PAS DE SIGNE DE DEFLORATION						
EXAMEN PSY.		NON FAIT						
TRAITEMEMENTS		AUCUN						
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE	?					
		PRELEVEMENTS BIOLOG.	?					
LE SUIVI DE L'ENFANT		?						

CAS CLINIQUE N° 30

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: RETARD STATURO-PONDERAL ET SYNDROME DE SYLVERMAN			PSY: AUCUN
AGE: 15 ANS ET 5 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: 3ème NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN, PUBERTE EN COURS D'INSTALLATION AU MOMENT DES FAITS.			
	F	STRUCTURE	FAMILLE RECOMPOSEE: ENFANT VIVANT AVEC SON FRERE, SES SOEURS ET DEMI-			
	A	FAMILIALE	SOEURS, SON BEAU-PERE, SA MERE ET L'AMANT DE SA MERE			
	M	ACTUELLE	ENFANT ACTUELLEMENT PLACE DANS UNE FAMILLE D'ACCUEIL			
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: NON	SEPARATION: DIVORCE		
	L	FRATRIE	SOEURS:2(N°31,32) 1/2 SOEURS:3(N°27,28,29)	FRERES: 1		
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: OUI	PSYCHIQUE: MENACES		
	E	TOXIQUES	ALCOOL: OUI	DROGUE: NON		
L'AGRESSION		LIEU		DOMICILE FAMILIAL		
FREQUENCE: 10 A 20 EPISODES	VIOLENCE		PHYSIQUE: OUI	PSYCHIQUE: MENACES DE MORT		
	CIRC. FAVORISANTES		MILIEU FAMILIAL DEFAVORISE, AUCUNE MORALITE			
	AGRESSEUR / VICTIME		BEAU-PERE, ET AMANT DE LA MERE			
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS RAPPORTS SEXUELS AVEC PENETRATION VAGINALE (EJACULATION ?) VIOLENCES PHYSIQUES: COUPS			
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES PERSISTANTES SAIGNEMENT D'ORIGINE GENITAL			
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 12 ANS	REVELATION: 15 ANS ET 11 MOIS		
	MODE DE REVELATION		REVELATION EFFECTUEE A SON PERE NATUREL ET A LA FAMILLE D'ACCUEIL			
L'EXAMEN		S.F.ACTUELS		AUCUN		
DELAI APRES L'AGRES- SION: > 2 ANS PRESENCE D'UN TIERS : EDUCATRICE EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	POST-PUBERE, MORPHOLOGIE ADULTE			
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN			
	S	POSITION D'EXAMEN	POSITION GYNECOLOGIQUE CLASSIQUE			
		COLPOSCOPE	NON			
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL			
			HYMEN: ROMPU SUR TOUTE SON EPAISSEUR EN 1 POINT A 4 H			
	A	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	MUQUEUSE VAGINALE: SAINE			
			ECOULEMENT LOCAL: AUCUN			
	Q	EXAMEN ANUS	SPECULUM: OUI, TAILLE VIERGE	TV: UNIDIGITAL		
			NORMAL			
	EX.	SEROLOGIES	SI: NEG.	HIV: NEG.	HEP: NEG.	MYCOP: NEG. CHL: NEG.
	L	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VAGINAL: NEGATIF			
B	ECBU:	NON FAIT				
O	SPZ / BHCG	SPZ: NON FAIT	BHCG: NON FAIT			
		CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE				
		RUPTURE HYMENEALE BIEN CICATRISEE DEFLOURATION ANCIENNE ET BANALE				
		EXAMEN PSY. NON FAIT				
		TRAITEMEMENTS AUCUN				
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?		
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		?		
LE SUIVI DE L'ENFANT		?				

CAS CLINIQUE N° 31

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: RETARD STATURO-PONDERAL, SYNDROME DE SYLVERMAN				PSY: TROUBLES DE
AGE: 16 ANS ET 8 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: 2nde NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		PUBERTE EN COURS D'INSTALLATION LORS DES FAITS		L'ACQUISITION DU LANGAGE		
	F	STRUCTURE	FAMILLE RECOMPOSEE: ENFANT VIVANT AVEC SON FRERE, SES SOEURS ET DEMI-				
	A	FAMILIALE	SOEURS, SON BEAU-PERE, SA MERE ET L'AMANT DE SA MERE				
	M	ACTUELLE	ENFANT ACTUELLEMENT PLACE DANS UNE FAMILLE D'ACCUEIL				
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE:	NON	SEPARATION:	DIVORCE	
	L	FRATRIE	SOEURS:2(N°30,32) 1/2 SOEURS:3(N°27,28,29)	FRERES:	1		
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE:	OUI	PSYCHIQUE:	MENACES	
	E	TOXIQUES	ALCOOL:	OUI	DROGUE:	NON	
L'AGRESSION		LIEU		DOMICILE FAMILIAL			
FREQUENCE: 10 A 20 EPISODES	VIOLENCE		PHYSIQUE:	OUI	PSYCHIQUE:	MENACES DE MORT	
	CIRC. FAVORISANTES		MILIEU FAMILIAL DEFAVORISE, AUCUNE MORALITE				
	AGRESSEUR / VICTIME		BEAU-PERE, ET AMANT DE LA MERE				
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS VIOLENCES PHYSIQUES: COUPS				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES PERSISTANTES SAIGNEMENT D'ORIGINE GENITAL				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT:	11 ANS ET 6 MOIS	REVELATION:	16 ANS ET 8 MOIS	
	MODE DE REVELATION		REVELATION EFFECTUEE A SON PERE NATUREL ET A LA FAMILLE D'ACCUEIL				
	L'EXAMEN		S.F.ACTUELS		AUCUN		
DELAI APRES L'AGRES- SION: > 2 ANS PRESENCE D'UN TIERS : EDUCATRICE EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	POST-PUBERE, MORPHOLOGIE ADULTE				
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
	S	POSITION D'EXAMEN	POSITION GYNECOLOGIQUE CLASSIQUE				
		COLPOSCOPE	NON				
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL				
			HYMEN ROMPU SUR TOUTE SON EPAISSEUR PAR 2 INCISURES HYMENEALES A 6 H ET 4 H				
			MUQUEUSE VAGINALE: SAINE				
			ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
	U	EXAMEN ANUS	SPECULUM:	OUI, TAILLE VIERGE	TV:	UNIDIGITAL	
			NORMAL				
	L	SEROLOGIES	SI.: NEG.	HIV: NEG.	HEP: NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: NEG.
			PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VAGINAL: NEGATIF			
ECBU:			NON FAIT				
SPZ / BHCg			SPZ:	NON FAIT	BHCg:	NON FAIT	
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		LES CONSTATATIONS ANAT. EN FAVEUR D'UNE DEFLORATION ANCIENNE SONT EN CONTRADICTION AVEC LES DECLARATIONS DE L'ADOLESCENTE, D'AUTANT + QU'IL EXISTE UNE NOTION DE SAIGNEMENT GYNECO. CONSECUTIF AU PREMIER ABUS: CETTE CONTRADICTION PEUT AVOIR 2 ORIGINES: CONFIGURATION HYMENEALE PARTICULIERE OU NON REVELATION DE LA TOTALITE DES FAITS (LA + PROBABLE)					
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMENTS		AUCUN					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?			
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		?			
LE SUIVI DE L'ENFANT		?					

CAS CLINIQUE N° 32

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.		MED: AUCUN		PSY: AUCUN		
AGE: 10 ANS ET 4 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: CMI NATIONALITE: FR		ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN.NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS .				
		F	STRUCTURE	FAMILLE RECOMPOSEE: ENFANT VIVANT AVEC SON FRERE, SES SOEURS ET DEMI-				
		A	FAMILIALE	SOEURS, SON BEAU-PERE, SA MERE ET L'AMANT DE SA MERE				
		M	ACTUELLE	ENFANT ACTUELLEMENT PLACE DANS UNE FAMILLE D'ACCUEIL				
		I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: NON		SEPARATION: DIVORCE		
		L	FRATRIE	SOEURS:2(N°30,31) 1/2 SOEURS:3(N°27,28,29)		FRERES: 1		
		L	VIOLENCE	PHYSIQUE: OUI		PSYCHIQUE: MENACES		
		E	TOXIQUES	ALCOOL: OUI		DROGUE: NON		
L'AGRESSION		LIEU		DOMICILE FAMILIAL				
FREQUENCE: 10 A 20 EPISODES		VIOLENCE		PHYSIQUE: NON		PSYCHIQUE: MENACES DE MORT		
		CIRC. FAVORISANTES		MILIEU FAMILIAL DEFAVORISE, AUCUNE MORALITE				
		AGRESSEUR / VICTIME		BEAU-PERE, ET AMANT DE LA MERE				
		TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS ET TENTATIVE DE PENETRATION VAGINALE				
		SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE				
		AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 4 ANS ? (IMPRECIS)		REVELATION: 10 ANS ET 4 MOIS		
		MODE DE REVELATION		REVELATION EFFECTUEE A SON PERE NATUREL ET A LA FAMILLE D'ACCUEIL				
		L'EXAMEN		S.F.ACTUELS		AUCUN		
DELAI APRES L'AGRES- SION : > 2 ANS PRESENCE D'UN TIERS : EDUCATRICE EXPERTISE: OUI		EX.	PUBERTE	EN COURS D'INSTALLATION (S1, P0)				
			S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
		S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
		O	COLPOSCOPE	OUI				
		M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL				
		A		HYMEN: COMPLET, CIRCULAIRE				
		T		MUQUEUSE VAGINALE: SAINE				
		I	EXAMEN ANUS	ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
		Q		SPECULUM: NON		TV: NON		
		U						
		E						
		EX.	SEROLOGIES	SI.: NEG.	HIV: NEG.	HEP: NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: NEG.
		L	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VAGINAL: NON FAIT				
		A						
B	ECBU:	NON FAIT						
O	SPZ / BHCG	SPZ: NON FAIT		BHCG: NON FAIT				
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		AUCUN SIGNE DE DEFLORATION, MAIS N'EXCLUANT PAS QUE DES ATTOUCHEMENTS SEXUELS AIENT PU AVOIR LIEU						
EXAMEN PSY.		NON FAIT						
TRAITEMEMENTS		AUCUN						
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?				
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		?				
LE SUIVI DE L'ENFANT		?						

CAS CLINIQUE N° 33

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN			
AGE: 4 ANS ET 5 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: MATERNELLE NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN.NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS .				
	F	STRUCTURE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS				
	A	FAMILIALE					
	M	ACTUELLE					
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON			
	L	FRATRIE	SOEURS: ?	FRERES: ?			
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU					
FREQUENCE: 1 EPISODE	VIOLENCE		PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DES PARENTS				
	AGRESSEUR / VICTIME		INCONNU				
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS TENTATIVE DE PENETRATION VAGINALE				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES PAS DE NOTION D'ECOLEMENT GYNECOLOGIQUE				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 4 ANS ET 5 MOIS	REVELATION: LE JOUR MEME			
	MODE DE REVELATION		REVELATION EFFECTUEE A SES PARENTS				
	S.F.ACTUELS		AUCUN				
DELAI APRES L'AGRES- SION: 3 JOURS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI REMARQUE: EXPERTISE GYNECOLOGI- QUE PRECEDEE PAR UNE CONSULTATION CHEZ LE M.T. QUI A PRESCRIT DES TOPIQUES LOCAUX (MER- CRYL ET MITOSYL)	EX.	PUBERTE	NON PUBERE				
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
	O	COLPOSCOPE	OUI				
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: OEDEME VULVAIRE (DONT LES TOPIQUES PEUVENT ÊTRE RESPONSABLES), LESION PUNCTIFORME ET PLAIE LINEAIRE FINE DE 5 mm DE LONG, SITUEE AU NIVEAU DE LA FACE EXT. DE LA PETITE LEVRE GAUCHE				
			HYMEN: ANNEAU INTACT SANS OEDEME NI ECCHYMOSE, ORIFICE < 1 cm				
			MUQUEUSE VAGINALE: SAINE, ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
	U	SPECULUM:	NON	TV: NON			
	E	EXAMEN ANUS	NORMAL				
	EX.	SEROLOGIES	SI: NON FAIT	HIV: NON FAIT	HEP: NON FAIT	MYCOP: NON FAIT	CHL: NON FAIT
	L	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VULVAIRE: CULTURE NEGATIVE				
	B	ECBU:	NEGATIF				
	O	SPZ / BHCG	SPZ: NEGATIF	BHCG: NON FAIT			
	CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		LES RESULTATS DE L'EXAMEN NE SONT PAS EN FAVEUR D'UNE PENETRATION VAGI- NALE FORCEE (ABSENCE DE SIGNE EVOQUANT UNE PENETRATION VAGINALE SOUS QUELQUE FORME QUE CE SOIT) LES LESIONS CONSTATEES PEUVENT ETRE COMPATIBLES AVEC DES ATTOUCHE- MENTS DIGITAUX OU INSTRUMENTAUX				
	EXAMEN PSY.		NON FAIT				
TRAITEMENTS		AUCUN					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE					
		PRELEVEMENTS BIOLOG.					
LE SUIVI DE L'ENFANT		?					

CAS CLINIQUE N° 34

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.		MED: AUCUN		PSY: AUCUN		
AGE: 7 ANS ET 5 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: CP NATIONALITE: FR		ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN.NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS .				
		F	STRUCTURE	FAMILLE RECOMPOSEE: ENFANT VIVANT AVEC SA MERE ET SON CONCUBIN				
		A	FAMILIALE					
		M	ACTUELLE					
		I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: NON		SEPARATION: OUI		
		L	FRATRIE	SOEURS: ?		FRERES: ?		
		L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON		PSYCHIQUE: NON		
		E	TOXIQUES	ALCOOL: NON		DROGUE: NON		
L'AGRESSION		LIEU		DOMICILE FAMILIAL				
FREQUENCE: 1 EPISODE		VIOLENCE		PHYSIQUE: NON		PSYCHIQUE: NON		
		CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DE LA MERE				
		AGRESSEUR / VICTIME		CONCUBIN DE LA MERE				
		TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS SANS TENTATIVE DE PENETRATION				
		SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		AUCUN PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE				
		AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 7 ANS ET 4 MOIS		REVELATION: LE JOUR MEME		
		MODE DE REVELATION		REVELATION EFFECTUEE A SA MERE				
		L'EXAMEN		S.F.ACTUELS		AUCUN		
DELAI APRES L'AGRES- SION: 1 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI		EX.	PUBERTE	NON PUBERE				
			S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
		S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
			COLPOSCOPE	OUI				
		M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE				
				HYMEN: ANNEAU HYMENEAL COMPLET ET INTACT, ORIFICE < 5 mm				
				MUQUEUSE VAGINALE: NON VUE				
				ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
		U	EXAMEN ANUS	SPECULUM: NON		TV: NON		
				NORMAL				
		EX.	SEROLOGIES	SI.: NON FAIT	HIV: NON FAIT	HEP: NON FAIT	MYCOP: NON FAIT	CHL: NON FAIT
			PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VULVAIRE: NEGATIF (EXAMEN DIRECT ET CULTURE)				
		B	O	ECBU:	NON FAIT			
				SPZ / BHC	SPZ: NEGATIF		BHC: NON FAIT	
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		EXAMEN GYNECOLOGIQUE NORMAL PAS DE SIGNE DE VIOLENCE NI DE DEFLOURATION						
EXAMEN PSY.		NON FAIT						
TRAITEMENTS		AUCUN						
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?				
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		?				
LE SUIVI DE L'ENFANT		?						

CAS CLINIQUE N° 35

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.		MED: AUCUN		PSY: AUCUN	
AGE: 12 ANS ET 6 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: 6 ^{ème} NATIONALITE: FR		ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN, PUBERTE EN COURS D'INSTALLATION AU MOMENT DES FAITS.			
		F	STRUCTURE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS			
		A	FAMILIALE				
		M	ACTUELLE				
		I	PARENTS NATURELS	MARIAGE:	OUI	SEPARATION:	NON
		L	FRATRIE	SOEURS:	?	FRERES:	?
		L	VIOLENCE	PHYSIQUE:	NON	PSYCHIQUE:	NON
		E	TOXIQUES	ALCOOL:	NON	DROGUE:	NON
L'AGRESSION		LIEU		DOMICILE DE L'AGRESSEUR			
FREQUENCE: 1 EPISODE		VIOLENCE		PHYSIQUE:	NON	PSYCHIQUE:	NON
		CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DES PARENTS			
		AGRESSEUR / VICTIME		INDIVIDU CONNU DE LA FAMILLE			
		TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS AVEC TENTATIVE DE PENETRATION GENITO-VAGINALE EJACULATION ANTE PORTAS DEMANDE DE FELLATION REFUSEE PAR L'ENFANT			
		SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES ET IRRITATION LOCALE PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE			
		AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT:	12 ANS ET 5 MOIS	REVELATION:	LE JOUR MEME
		MODE DE REVELATION		REVELATION EFFECTUEE A SA MERE			
		L'EXAMEN		S.F.ACTUELS		AUCUN	
DELAI APRES L'AGRES- SION: 1 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI REMARQUE: ENFANT INITIALEMENT TRAITEE AVEC NIFLURIL POMMADE APPLIQUEE PAR SA MERE, AU NIVEAU DE LA VULVE ET DU PERINE.		EX.	PUBERTE	EN VOIE D'INSTALLATION			
			S.P. DE VIOLENCE	AUCUN			
		S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION			
		O	COLPOSCOPE	OUI			
		M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE			
		A		HYMEN: ANNEAU HYMENEAL CIRCULAIRE PEU DEVELOPPE, SOUPLE, NON ROMPU			
		T		MUQUEUSE VAGINALE: NORMALE			
		I	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	ECOULEMENT LOCAL: AUCUN			
		Q		SPECULUM:	OUI, TAILLE VIERGE	TV:	NON
		U	EXAMEN ANUS	NORMAL			
E	EXAMEN ANUS	NORMAL					
EX.	SEROLOGIES	SI.: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: + 1 / 64 (IgG)	
L	PRELEVEMENT LOCAL	PRELEVEMENT VULVAIRE: NEGATIF (EXAMEN DIRECT ET CULTURE)					
A	(EX.DIRECT / CULTURE)						
B	ECBU:	NEGATIF					
O	SPZ / BHCG	SPZ:	NEGATIF	BHCG:	NON FAIT		
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		HYMEN COMPLAISANT POUVANT AVOIR FAIT L'OBJET DE TENTATIVES DE PENETRATION PAS DE SIGNE DE DEFLORATION					
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMENTS		?					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?			
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		?			
LE SUIVI DE L'ENFANT		?					

CAS CLINIQUE N° 36

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN			
AGE: 6 ANS ET 2 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: MATERNELLE NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN, NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS.				
	F	STRUCTURE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS				
	A	FAMILIALE					
	M	ACTUELLE					
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON			
	L	FRATRIE	SOEURS: ?	FRERES: ?			
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU	DOMICILE FAMILIAL				
FREQUENCE: 1 EPISODE	VIOLENCE		PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: MENACES			
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DES PARENTS				
	AGRESSEUR / VICTIME		ONCLE / NIECE				
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS DIGITAUX, CARESSES				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		IRRITATION LOCALE PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 6 ANS	REVELATION: 6 ANS ET 2 MOIS			
	MODE DE REVELATION		REVELATION EFFECTUEE A SES PARENTS (AGRESSEUR + OU - PRIS SUR LE FAIT)				
	L'EXAMEN		S.F.ACTUELS		AUCUN		
DELAI APRES L'AGRES- SION: 1 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI REMARQUE: MAUVAISES CONDITIONS D'EXAMEN: OPPOSITION DE L'ENFANT.	EX.	PUBERTE	NON PUBERE				
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
		COLPOSCOPE	OUI				
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL				
			HYMEN: PRESENTANT UNE PETITE INCISURE A 11 H, DONT IL N'EST PAS POSSIBLE DE DETERMINER L'ORIGINE (TRAUMATIQUE OU CONSTITUTIONNELLE)				
			MUQUEUSE VAGINALE: NORMALE				
			ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
	U	EXAMEN ANUS	SPECULUM: NON	TV: NON			
			NORMAL				
	EX.	SEROLOGIES	SI: NON FAIT	HIV: NON FAIT	HEP: NON FAIT	MYCOP: NON FAIT	CHL: NON FAIT
		PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VULVAIRE: CULTURE + A STAPHYLOCOQUE EPIDERMIDIS				
		ECBU:	NON FAIT				
		SPZ / BHCG	SPZ: NON FAIT	BHCG: NON FAIT			
	CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		HYMEN PERMETTANT D'EXCLURE TOUTE TRACE DE VIOLENCE SEXUELLE RECENTE OU ANCIENNE LA PETITE INCISION HYMENEALE NE PERMET PAS D'ELIMINER UNE TENTATIVE DE DEFLORATION, NEANMOINS CELLE-CI NE PEUT ETRE AFFIRMEE ETANT DONNE L'ETAT ANATOMIQUE ET LES MAUVAISES CONDITIONS D'EXAMEN				
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMENTS		AUCUN					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE	?				
		PRELEVEMENTS BIOLOG.	?				
LE SUIVI DE L'ENFANT		?					

CAS CLINIQUE N° 37

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.		MED:	AUCUN		PSY :	AUCUN					
AGE: 6 ANS ET 1 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE : MATERNELLE NATIONALITE: FR RMQ: COUSINE DU N° 38		ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN, NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS .									
		F	STRUCTURE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS									
		A	FAMILIALE										
		M	ACTUELLE										
		I	PARENTS NATURELS	MARIAGE:	OUI		SEPARATION:	NON					
		L	FRATRIE	SOEURS :	?		FRERES:	?					
		L	VIOLENCE	PHYSIQUE:	NON		PSYCHIQUE:	NON					
		E	TOXIQUES	ALCOOL:	NON		DROGUE:	NON					
L'AGRESSION		LIEU		DOMICILE DE SA TANTE									
FREQUENCE: PLUSIEURS EPISODES (NOMBRE IMPRECIS)		VIOLENCE		PHYSIQUE:	NON		PSYCHIQUE:	MENACES					
		CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DES PARENTS									
		AGRESSEUR / VICTIME		CONCUBIN DE LA TANTE / NIECE (MEME AGRESSEUR QUE N° 38)									
		TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS DIGITAUX, CARESSES									
		SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES FUGACES PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE									
		AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT:	5 ANS ET 8 MOIS		REVELATION:	6 ANS ET 1 MOIS					
		MODE DE REVELATION		REVELATION EFFECTUEE A SES PARENTS									
		S.F.ACTUELS		AUCUN									
DELAI APRES L'AGRES- SION : > 1 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI		EX.	PUBERTE	NON PUBERE									
			S.P. DE VIOLENCE	AUCUN									
		S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION									
		O	COLPOSCOPE	OUI									
		M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL									
		A		HYMEN: CONTINU A ORIFICE ETROIT									
		T		MUQUEUSE VAGINALE: NON VUE									
		I	GYNECOLOGIQUE	ECOULEMENT LOCAL: AUCUN									
		Q		SPECULUM :	NON		TV:	NON					
		U	EXAMEN ANUS	NORMAL									
		E	SEROLOGIES	SL:	NON FAIT	HIV:	NON FAIT	HEP:	NON FAIT	MYCOP:	NON FAIT	CHL:	NON FAIT
		L	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VULVAIRE: NON FAIT									
		B	ECBU:	NON FAIT									
		O	SPZ / BHCG	SPZ:	NON FAIT		BHCG:	NON FAIT					
		CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		AUCUNE LESION GYNECOLOGIQUE ABSENCE DE SIGNE DE DEFLORATION ANCIENNE OU RECENTE N'ELIMINANT PAS LA POSSIBILITE D'ATTOUCHEMENTS DIGITAUX									
EXAMEN PSY.		NON FAIT											
TRAITEMEMENTS		AUCUN											
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?									
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		?									
LE SUIVI DE L'ENFANT		?											

CAS CLINIQUE N° 38

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: RETARD STATURO-PONDERAL	PSY:	AUCUN		
AGE: 8 ANS ET 10 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: CE2 NATIONALITE: FR RMQ: COUSINE DU N° 37	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN, NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS.				
	F	STRUCTURE	FAMILLE RECOMPOSEE: ENFANT VIVANT AVEC SA MERE ET LE CONCUBIN DE SA				
	A	FAMILIALE	MERE				
	M	ACTUELLE	CONCUBIN = AGRESSEUR				
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: NON	SEPARATION: OUI			
	L	FRATRIE	SOEURS: ?	FRERES: ?			
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU		DOMICILE FAMILIAL			
FREQUENCE: 5 A 10 EPISODES	VIOLENCE		PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: MENACES			
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DE LA MERE				
	AGRESSEUR / VICTIME		CONCUBIN DE LA MERE / FILLE (MEME AGRESSEUR QUE N° 37)				
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS DIGITAUX				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		AUCUN PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 7 ANS	REVELATION: 8 ANS ET 10 MOIS			
	MODE DE REVELATION		REVELATION A SA MERE APRES ENQUETE SUITE AUX REVELATIONS DE SA COUSINE				
	S.F. ACTUELS		AUCUN				
DELAI APRES L'AGRES- SION: 2 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	NON PUBERE				
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
	O	COLPOSCOPE	OUI				
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL				
	A		HYMEN: CONTINU, CIRCULAIRE, ORIFICE LARGE				
	T		MUQUEUSE VAGINALE: NORMALE				
	I		ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
	Q		SPECULUM: NON	TV: NON			
	U	EXAMEN ANUS	NORMAL				
	E	SEROLOGIES	SI: NON FAIT	HIV: NON FAIT	HEP: NON FAIT	MYCOP: NON FAIT	CHL: NON FAIT
	L	PRELEVEMENT LOCAL (EX. DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VULVAIRE: NON FAIT				
	A	ECBU:	NON FAIT				
	B	SPZ / BHCg	SPZ: NON FAIT	BHCg: NON FAIT			
O	CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE	L'EXAMEN PERMET D'ELIMINER UNE DEFLORATION ET UNE INFECTION GENITALE EVOLUTIVE					
	EXAMEN PSY.	NON FAIT					
	TRAITEMENTS	AUCUN					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE	?				
	PRELEVEMENTS BIOLOG.	?					
LE SUIVI DE L'ENFANT		?					

CAS CLINIQUE N° 39

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN			
AGE: 15 ANS ET 5 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE : 3ème NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		REGLEE A 14 ANS				
	F	STRUCTURE	PUPILLE D'ETAT AYANT FAIT L'OBJET D'UN ABANDON JUDICIAIRE				
	A	FAMILIALE	PLACÉE A L'AGE DE SEPT ANS DANS UNE FAMILLE D'ACCUEIL AYANT UN FILS NATU-				
	M	ACTUELLE	REL				
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: XXX	SEPARATION: XXX			
	L	FRATRIE	SOEURS: ?	FRERES: ?			
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU	DOMICILE DE LA FAMILLE D'ACCUEIL				
FREQUENCE: 3 EPISODES	VIOLENCE		PHYSIQUE: OUI	PSYCHIQUE: MENACES			
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DE LA MERE DE LA FAMILLE D'ACCUEIL				
	AGRESSEUR / VICTIME		PERE DE LA FAMILLE D'ACCUEIL ET SON FILS				
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS AVEC PENETRATION GENITO-VAGINALE, SANS EJACULATION				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES PERSISTANTES SAIGNEMENT D'ORIGINE GENITALE				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 14 ANS ET 10 MOIS	REVELATION: 15 ANS ET 5 MOIS			
	MODE DE REVELATION		REVELATION A UNE EDUCATRICE DU SERVICE SOCIAL				
L'EXAMEN		S.F.ACTUELS	AUCUN				
DELAI APRES L'AGRESSION : > 1 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : EDUCATRICE EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	POST-PUBERE, MORPHOLOGIE ADULTE				
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
	S	POSITION D'EXAMEN	POSITION GYNECOLOGIQUE CLASSIQUE				
		COLPOSCOPE	OUI				
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL				
			HYMEN: ANNEAU HYMENEAL POSSEDANT 3 INCISURES: A 2 H, INCISURE ATTEIGNANT LA RACINE DE L'ANNEAU, A 11 ET 5 H, 2 INCISURES MOINS PROFONDES				
			MUQUEUSE VAGINALE: NON VUE				
			ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
	U	EXAMEN ANUS	SPECULUM: NON	TV: UNIDIGITAL			
			NORMAL				
	EX.	SEROLOGIES	SL: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: NEG.
	L	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VULVAIRE: NEGATIF				
	B	ECBU:	NON FAIT				
	O	SPZ / BHCG	SPZ: NON FAIT	BHCG: NON FAIT			
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		DEFLORATION PROBABLE, SANS SIGNE DE VIOLENCE					
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMENTS		AUCUN					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE	?				
		PRELEVEMENTS BIOLOG.	?				
LE SUIVI DE L'ENFANT		?					

CAS CLINIQUE N° 40

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN			
AGE: 12 ANS ET 9 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: 6ème NATIONALITE: FR	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN, PUBERTE EN COURS D'INSTALLATION.				
	F	STRUCTURE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS				
	A	FAMILIALE					
	M	ACTUELLE					
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON			
	L	FRATRIE	SOEURS: ?	FRERES: ?			
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU					
FREQUENCE: 1 EPISODE	LIEU		LIEU PUBLIC (VICTIME ENTRAINEE DANS UN GARAGE ABANDONNE)				
	VIOLENCE		PHYSIQUE: OUI + PRISE D'ALCOOL FORCEE	PSYCHIQUE: MENACES			
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DES PARENTS				
	AGRESSEUR / VICTIME		4 AGRESSEURS INCONNUS				
	TYPE D'AGRESSION		IMPOSSIBLE A PRECISER CAR LA VICTIME A RAPIDEMENT PERDU CONNAISSANCE				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		VOMISSEMENTS, BRULURES MICTIONNELLES APRES AVOIR REPRIS CONNAISSANCE PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 12 ANS ET 9 MOIS	REVELATION: LE JOUR MEME			
	MODE DE REVELATION		REVELATION A SES PARENTS				
L'EXAMEN		S.F.ACTUELS					
DELAI APRES L'AGRES- SION: 1 JOUR PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	DOULEURS ABDOMINALES SUS-PUBIENNES				
		S.P. DE VIOLENCE	EN VOIE D'INSTALLATION (S1, P1)				
	S	POSITION D'EXAMEN	GRIFFURES, EXCORIATIONS AU NIVEAU DES COUDES ET DU MEMBRE SUP. DROIT				
		COLPOSCOPE	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	OUI				
			VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL				
			HYMEN: INTACT ET COMPLAISANT, ORIFICE LARGE, SANS TRACE DE LESION RECENTE				
	Q	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	MUQUEUSE VAGINALE: NORMALE				
			ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
	U	EXAMEN ANUS	SPECULUM: NON	TV: UNIDIGITAL			
			NORMAL				
	L	SEROLOGIES	SI.: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: NEG.
		PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VULVAIRE: CULTURE + A STAPHYLOCOQUE EPIDERMIDIS				
		ECBU:	NEGATIF				
		SPZ / BHCG	SPZ: NEGATIF	BHCG: NEGATIF			
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		ABSENCE DE SIGNE EN FAVEUR D'UNE DEFLOURATION					
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMEMENTS		AUCUN					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE			?		
		PRELEVEMENTS BIOLOG.			?		
LE SUIVI DE L'ENFANT		SEROLOGIE A CONTROLER A 1 MOIS SAUF HIV A EFFECTUER A 3 MOIS: RESULTATS NON CONNUS					
		BHCG A CONTROLER A QUINZE JOURS: RESULTAT NON CONNU					

CAS CLINIQUE N° 41

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN			
AGE: 11 ANS ET 10 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE : CM2 NATIONALITE: FR. ORIGINE LAOS	ANTECEDENTS GYNECO.		REGLEE A 10 ANS ET DEMI				
	F	STRUCTURE	FAMILLE RECOMPOSEE: BEAU-PERE, MERE, ENFANTS				
	A	FAMILIALE					
	M	ACTUELLE					
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: MERE VEUVE	SEPARATION: XXX			
	L	FRATRIE	SOEURS : 1 (DOSSIER N° 42)	FRERES: ?			
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU					
FREQUENCE: 10 A 20 EPISODES	VIOLENCE		PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DE LA MERE				
	AGRESSEUR / VICTIME		BEAU-PERE / BELLE-FILLE				
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS PENETRATIONS GENITO-VAGINALE 1 EPISODE DE PENETRATION GENITO-ANALE				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES PERSISTANTES , DOULEURS ANALES SAIGNEMENT D'ORIGINE GENTALE				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 7 ANS	REVELATION: 11 ANS ET 10 MOIS			
	MODE DE REVELATION		?				
	L'EXAMEN		S.F.ACTUELS				
DELAI APRES L'AGRES- SION : 3 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : ? EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	TOTALEMENT INSTALLEE				
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
	O	COLPOSCOPE	OUI				
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL				
	A		HYMEN: ANNEAU IRREGULIER PORTANT 2 INCISURES SUR TOUTE SON EPAISSEUR A 11 H ET 5 H. ORIFICE HYMENEAL LARGE				
	T		MUQUEUSE VAGINALE: SAINE				
	I		ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
	Q		SPECULUM : OUI. TAILLE VIERGE		TV: BIDIGITAL		
	U	EXAMEN ANUS	EXAMEN NORMAL, TOUCHER RECTAL: SPHINCTER COMPLAISANT				
	E	SEROLOGIES	SL: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: + 1 / 16 (IgG)
	L	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VAGINAL: CULTURE + A STREPTOCOQUE NON HEMOLYTIQUE				
	A	ECBU:	NEGATIF				
	B	SPZ / BHCg	SPZ: NON FAIT	BHCg: NON FAIT			
	O	CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE	RESULTAT DE L'EXAMEN COMPATIBLE AVEC UNE DEFLORATION ANCIENNE SANS SIGNE DE VIOLENCE				
	EXAMEN PSY.	NON FAIT					
	TRAITEMEMENTS	AUCUN					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?			
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		?			
LE SUIVI DE L'ENFANT		SUIVI PAR ASSISTANTE SOCIALE ET EDUCATRICE					

CAS CLINIQUE N° 42

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN			
AGE: 15 ANS ET 10 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: 3ème NATIONALITE: FR. ORIGINE LAOS	ANTECEDENTS GYNECO.		REGLEE A 12 ANS				
	F	STRUCTURE	FAMILLE RECOMPOSEE: BEAU-PERE, MERE, ENFANTS				
	A	FAMILIALE					
	M	ACTUELLE					
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: MERE VEUVE	SEPARATION: XXX			
	L	FRATRIE	SOEURS: 1 (DOSSIER N° 41)	FRERES: ?			
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU					
FREQUENCE: 10 A 20 EPISODES	VIOLENCE		PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DE LA MERE				
	AGRESSEUR / VICTIME		BEAU-PERE / BELLE-FILLE				
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUACHEMENTS SEXUELS PENETRATIONS GENITO-VAGINALE 1 EPISODE DE PENETRATION GENITO-ANALE				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES PERSISTANTES , DOULEURS ANALES PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 12 ANS	REVELATION: 15 ANS ET 8 MOIS			
	MODE DE REVELATION		?				
	L'EXAMEN		S.F.ACTUELS				
DELAI APRES L'AGRES- SION: 3 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : ? EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	POST-PUBERE, MORPHOLOGIE ADULTE				
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
		COLPOSCOPE	OUI				
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL				
			HYMEN: 1 INCISURE DE L'ANNEAU HYMENEAL A 5 H, N'ATTEIGNANT PAS LA RACINE DE L'HYMEN. ORIFICE LARGE				
			MUQUEUSE VAGINALE: SAINE				
			ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
	U	EXAMEN ANUS	SPECULUM: OUI, TAILLE VIERGE	TV: UNIDIGITAL (DOULOUREUX)			
			HEMORROIDE DE PETITE TAILLE A 12 H, PLUS RADIES NORMAUX, SPHINCTER TONIQUE				
	EX.	SEROLOGIES	SI.: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: + 1 / 16 (IgG)
		PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VAGINAL: CULTURE + A STREPTOCOQUE NON HEMOLYTIQUE				
	B	O	ECBU:	NEGATIF			
			SPZ / BHCG	SPZ: NON FAIT	BHCG: NON FAIT		
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		LE RESULTAT DE L'EXAMEN NE PLAIDE PAS EN FAVEUR D'UNE DEFLORATION COMPLETE, MAIS IL NE PEUT L'ELIMINER (FONCTION DE LA TAILLE DE LA VERGE EN ERECTION); IL N'ELIMINE PAS UNE PENETRATION OU UNE TENTATIVE DE RAPPORT SEXUEL INTRA-VESTIBULAIRE (ENTRE LES LEVRES ET L'ANNEAU HYMENEAL)					
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMEMENTS		AUCUN					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?			
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		?			
LE SUIVI DE L'ENFANT		SUIVI PAR ASSISTANTE SOCIALE ET EDUCATRICE					

CAS CLINIQUE N° 43

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN			
AGE: 8 ANS ET 9 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: CE1 NATIONALITE: FR.	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN.NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS.				
	F	STRUCTURE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS				
	A	FAMILIALE	PERE = AGRESSEUR				
	M	ACTUELLE					
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON			
	L	FRATRIE	SOEURS: ?	FRERES: ?			
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: BATTUE PAR SA MERE	PSYCHIQUE: MENACES			
	E	TOXIQUES	ALCOOL: OUI	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU					
FREQUENCE: 3 EPISODES	VIOLENCE		PHYSIQUE: OUI	PSYCHIQUE: OUI			
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DE LA MERE				
	AGRESSEUR / VICTIME		PERE / FILLE				
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS TENTATIVE DE PENETRATION SEXUELLE (GENITO-VAGINALE)				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES ET BRULURES URINAIRES PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 7 ANS ET 11 MOIS	REVELATION: 8 ANS ET 9 MOIS			
	MODE DE REVELATION		REVELATION A UNE ASSISTANTE SOCIALE				
	S.F.ACTUELS		AUCUN				
L'EXAMEN		S.F.ACTUELS					
DELAI APRES L'AGRES- SION: < 8 JOURS PRESENCE D'UN TIERS : ? EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	EN VOIE D'INSTALLATION (S1, P0)				
		S.P. DE VIOLENCE	HEMATOME EN VOIE D'EFFACEMENT, DE PART ET D'AUTRE DU SILLON INTER-FESSIER				
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
		COLPOSCOPE	OUI				
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL				
			HYMEN: CIRCULAIRE, SOUPLE, SANS SIGNE DE RUPTURE RECENTE OU CICATRICIELLE				
			ORIFICE LARGE				
			MUQUEUSE VAGINALE: SAINE				
	Q	EXAMEN ANUS	ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
			SPECULUM: NON	TV: NON			
	L	SEROLOGIES	SI.: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: NEG.
		PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VAGINAL: CULTURE + A STREPTOCOQUE FECALIS				
		ECBU:	NEGATIF				
		SPZ / BHCG	SPZ: NEGATIF	BHCG: NON FAIT			
	CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		L'ABSENCE DE SIGNE EN FAVEUR D'UNE DEFLORATION RECENTE OU ANCIENNE NE PEUT ELIMINER LA POSSIBILITE DE TENTATIVES DE RAPPORTS VULVAIRES				
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMEMENTS		AUCUN					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE			?		
		PRELEVEMENTS BIOLOG.			?		
LE SUIVI DE L'ENFANT		SEROLOGIES A CONTROLER A 1 MOIS SAUF HIV A CONTROLER A 3 MOIS : RESULTATS INCONNUS					

CAS CLINIQUE N° 44

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN	
AGE: 15 ANS SEXE: MASCULIN SCOLARITE : BEP NATIONALITE: FR.	ANTECEDENTS GYNECO.		XX		
	F	STRUCTURE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS		
	A	FAMILIALE			
	M	ACTUELLE			
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON	
	L	FRATRIE	SOEURS : 1	FRERES: ?	
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON	
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON	
L'AGRESSION		LIEU			
FREQUENCE: 1 EPISODE	VIOLENCE		PHYSIQUE: OUI	PSYCHIQUE: OUI	
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DE SURVEILLANCE		
	AGRESSEUR / VICTIME		4 CAMARADES D'INTERNAT		
	TYPE D'AGRESSION		1 EPISODE DE SODOMISATION PAR UN OBJET EN BOIS POLI ENFONCE DE 3 A 4 CM (BATON DE 2 A 3 CM DE DIAMETRE)		
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEUR ANALE ET EXONERATION DOULOUREUSE PAS DE NOTION D'ECOULEMENT NI D'INCONTINENCE ANALE		
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 15 ANS	REVELATION: LE JOUR MEME	
	MODE DE REVELATION		REVELATION A SES PARENTS		
	L'EXAMEN		S.F.ACTUELS		
DELAI APRES L'AGRES- SION : 11 JOURS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI REMARQUE: A ETE VU AVANT L'EXPER- TISE PAR SON MEDECIN TRAITANT QUI SUITE A L'AGRESSION A ETABLI UN PREMIER CERTIFICAT ME- DICAL: ANTE MODEREE. TRAITEMENT LOCAL: ANOREINE SUPPO, CYTEAL LIQUIDE ET PLASTENAN POMMADE	EX.	PUBERTE	MORPHOLOGIE ADULTE		
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN		
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL		
		COLPOSCOPE	NON		
	M	EXAMEN DES ORGANES GENITAUX	REGION PERINEALE NORMALE		
			ORGANES GENITAUX NORMAUX		
			PAS DE LESION TRAUMATIQUE RECENTE OU CICATRICIELLE		
	Q	U	ECOULEMENT LOCAL: AUCUN		
			SPECULUM : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	TV: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
	E	EXAMEN ANUS	MARGE ANALE NORMALE, T.R:BAISSE DU TONUS SUR 1cm, ANUS COMPLAISANT		
		EX.	SEROLOGIES	SI.: NON FAIT	HIV: NON FAIT
	L	A	PRELEVEMENT LOCAL	NON FAIT	
			(EX.DIRECT / CULTURE)		
	B	O	ECBU:	NON FAIT	
			SPZ / BHCG	SPZ: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	BHCG: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE		PAS DE VERITABLE SODOMISATION PAS DE PENETRATION PROFONDE CEPENDANT, L'ETAT DU 1er CENTIMETRE DE SPHINCTER EXTERNE PEUT EVOQUER UNE TENTATIVE DE PENETRATION FORCEE			
EXAMEN PSY.		NON FAIT			
TRAITEMENTS		AUCUN			
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE			
		?			
		PRELEVEMENTS BIOLOG.			
		?			
LE SUIVI DE L'ENFANT		?			

CAS CLINIQUE N° 45

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN			
AGE: 12 ANS SEXE: FEMININ SCOLARITE: CM2 NATIONALITE: FR.	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN, NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS.				
	F	STRUCTURE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS				
	A	FAMILIALE	PERE = AGRESSEUR				
	M	ACTUELLE					
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON			
	L	FRATRIE	SOEURS: ?	FRERES: ?			
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: MENACES			
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU					
FREQUENCE: 5 A 10 EPISODES	VIOLENCE		PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: OUI			
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DE LA MERE				
	AGRESSEUR / VICTIME		PERE / FILLE				
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		AUCUN PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 9 ANS	REVELATION: 12 ANS			
	MODE DE REVELATION		REVELATION A SA MERE				
	S.F. ACTUELS		AUCUN				
DELAI APRES L'AGRES- SION: 1 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	EN VOIE D'INSTALLATION (S4, P3)				
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
		COLPOSCOPE	OUI				
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL				
			HYMEN: INTACT				
			MUQUEUSE VAGINALE: NON VUE				
	Q	EXAMEN ANUS	ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
			SPECULUM: NON	TV: NON			
	L	SEROLOGIES	SI: NON FAIT	HIV: NON FAIT	HEP: NON FAIT	MYCOP: NON FAIT	CHL: NON FAIT
		PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VULVAIRE: NON FAIT				
		ECBU:	NON FAIT				
		SPZ / BHCG	SPZ: NON FAIT	BHCG: NON FAIT			
	CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		PAS DE SIGNE DE DEFLOURATION			PAS DE SIGNE INFECTIEUX	
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMENTS		AUCUN					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?			
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		?			
LE SUIVI DE L'ENFANT		?					

CAS CLINIQUE N° 46

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: RETARD STATURO-PONDERAL	PSY:	AUCUN		
AGE: 14 ANS ET 10 MOIS SEXE: MASCULIN SCOLARITE: 5 ^{ème} NATIONALITE: FR.	ANTECEDENTS GYNECO.		XX				
	F	STRUCTURE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS				
	A	FAMILIALE	PERE ET MERE = AGRESSEURS				
	M	ACTUELLE					
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION:	NON		
	L	FRATRIE	SOEURS: 2 (DOSSIERS 47 ET 48)	FRERES:	0		
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE:	MENACES		
	E	TOXIQUES	ALCOOL: OUI	DROGUE:	NON		
L'AGRESSION		LIEU	DOMICILE FAMILIAL ET CHEZ DES AMIS				
FREQUENCE: 5 A 10 EPISODES REMARQUE: MEMES AGRESSEURS QUE DANS DOSSIERS N° 15,16,17	VIOLENCE		PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE:	OUI		
	CIRC. FAVORISANTES		ALCOOL, ABSENCE DE MORALITE, PRESENCE DES AMIS, FILMS PORNOGRAPHIQUES				
	AGRESSEUR / VICTIME		PARENTS ET AMIS				
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS DEMANDE DE FELLATION SUR LES ADULTES PAS DE PENETRATION ANALE				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		AUCUN				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 11 ANS	REVELATION:	14 ANS ET 10 MOIS		
	MODE DE REVELATION		ENQUETE SOCIALE ET JUDICIAIRE APRES DENONCIATION (CF DOSSIERS N°15, 16, 17)				
	L'EXAMEN		S.F.ACTUELS		AUCUN		
DELAI APRES L'AGRES- SION: 3 SEMAINES PRESENCE D'UN TIERS : ? EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	AUCUNE EBAUCHE PUBERTAIRE				
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL				
		COLPOSCOPE	NON				
	M	EXAMEN DES ORGANES GENITAUX	VERGE INFANTILE				
			ABSENCE DE PIGMENTATION DES BOURSES, TESTICULES EN PLACE				
			AUCUNE LESION CICATRICIELLE OU RECENTE				
	Q	EXAMEN ANUS	ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
			SPECULUM: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	TV: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
	EX.	SEROLOGIES	SI: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: + 1 / 32 (IgG)
		PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	NEGATIF				
		ECBU:	NEGATIF				
		SPZ / BHCG	SPZ: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	BHCG: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
		CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE	ABSENCE DE LESION GENITALE OU ANALE ETAT GENITAL ACTUEL RENDANT IMPOSSIBLE LA REALISATION D'UN RAPPORT SEXUEL.				
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMENTS		VIBRAMYCINE*: 1 CP / JOUR PENDANT 20 JOURS					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE	?				
PRELEVEMENTS BIOLOG.		SEROLOGIES A EFFECTUER CHEZ LES PARENTS POUR COMPARAISON:: RESULTATS ?					
LE SUIVI DE L'ENFANT		SEROLOGIES A CONTROLER A 1 MOIS SAUF HIV A CONTROLER A 3 MOIS: RESULTATS INCONNUS					

CAS CLINIQUE N° 47

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN	
AGE: 9 ANS ET 8 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: CE2 NATIONALITE: FR.	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN, NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS.		
	F	STRUCTURE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS		
	A	FAMILIALE	PERE ET MERE = AGRESSEURS		
	M	ACTUELLE			
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON	
	L	FRATRIE	SOEURS: 1 (DOSSIER N°48)	FRERES: 1 (DOSSIER N°45)	
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: MENACES	
	E	TOXIQUES	ALCOOL: OUI	DROGUE: NON	
L'AGRESSION		LIEU			
FREQUENCE: 5 A 10 EPISODES REMARQUE: MEMES AGRESSEURS QUE DANS DOSSIERS N° 15,16,17	VIOLENCE		PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: OUI	
	CIRC. FAVORISANTES		ALCOOL, ABSENCE DE MORALITE, PRESENCE DES AMIS, FILMS PORNOGRAPHIQUES		
	AGRESSEUR / VICTIME		PARENTS ET AMIS		
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS DEMANDE DE FELLATION SUR LES 2 HOMMES ADULTES		
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE		
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 8 ANS	REVELATION: 9 ANS ET 8 MOIS	
	MODE DE REVELATION		ENQUETE SOCIALE ET JUDICIAIRE APRES DENONCIATION (CF DOSSIERS N°15, 16, 17)		
	L'EXAMEN		S.F. ACTUELS		
DELAI APRES L'AGRES- SION: 1 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : ? EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	EN VOIE D'INSTALLATION (S1, P1)		
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN		
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION		
	O	COLPOSCOPE	OUI		
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL		
	A		HYMEN: INTACT		
	T		MUQUEUSE VAGINALE: SAINE		
	I		ECOULEMENT LOCAL: AUCUN		
	Q		SPECULUM: NON	TV: NON	
	U	EXAMEN ANUS	EXAMEN NORMAL, T.R.: NORMAL		
	E	SEROLOGIES	SI.: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG. MYCOP: NEG. CHL: + 1 / 32 (IgG)
	L	PRELEVEMENT LOCAL	PRELEVEMENT VAGINAL: Ag CHLAMYDIAE + A L'EXAMEN DIRECT EN I.F.		
	A	(EX.DIRECT / CULTURE)	CULTURE NEGATIVE		
	B	ECBU:	NON FAIT		
O	SPZ / BHCG	SPZ: NEGATIF	BHCG: NON FAIT		
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		ABSENCE DE SIGNE EN FAVEUR D'UNE DEFLOURATION N'EXCLUANT PAS L'EVENUA- LITE D'ATTOUCHEMENTS SEXUELS			
EXAMEN PSY.		NON FAIT			
TRAITEMENTS		VIBRAMYCINE*: 1 CP / JOUR PENDANT 20 JOURS			
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE			
		?			
PRELEVEMENTS BIOLOG.		SEROLOGIES A CONTROLER CHEZ LES PARENTS: RESULTATS INCONNUS			
LE SUIVI DE L'ENFANT		SEROLOGIES A CONTROLER A 1 MOIS SAUF HIV A 3 MOIS: RESULTATS NON CONNUS			

CAS CLINIQUE N° 48

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.		MED: RETARD STATURO-PONDERAL		PSY :			
AGE: 12 ANS SEXE: FEMININ SCOLARITE : CM2 NATIONALITE: FR.		ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN.NON PUBERE AU MOMENT DES FAITS .					
		F	STRUCTURE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS					
		A	FAMILIALE	PERE ET MERE = AGRESSEURS					
		M	ACTUELLE						
		I	PARENTS NATURELS	MARIAGE:	OUI	SEPARATION:	NON		
		L	FRATRIE	SOEURS :	1 (DOSSIER N°47)		FRERES:	1 (DOSSIER N°45)	
		L	VIOLENCE	PHYSIQUE:	NON		PSYCHIQUE:	MENACES	
		E	TOXIQUES	ALCOOL:	OUI		DROGUE:	NON	
L'AGRESSION		LIEU		DOMICILE FAMILIAL ET CHEZ DES AMIS					
FREQUENCE: 5 A 10 EPISODES REMARQUE: MEMES AGRESSEURS QUE DANS DOSSIERS N° 15,16,17		VIOLENCE		PHYSIQUE:	NON		PSYCHIQUE:	OUI	
		CIRC. FAVORISANTES		ALCOOL, ABSENCE DE MORALITE, PRESENCE DES AMIS, FILMS PORNOGRAPHIQUES					
		AGRESSEUR / VICTIME		PARENTS ET AMIS					
		TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS DEMANDE DE FELLATION SUR LES 2 HOMMES ADULTES PAS DE PENETRATION ANALE					
		SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE					
		AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT:	9 ANS (IMPRECIS)		REVELATION:	12 ANS	
		MODE DE REVELATION		ENQUETE SOCIALE ET JUDICIAIRE APRES DENONCIATION (CF DOSSIERS N°15, 16, 17)					
		L'EXAMEN		S.F.ACTUELS		AUCUN			
DELAI APRES L'AGRES- SION : 1 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : ? EXPERTISE: OUI		EX.	PUBERTE	EN COURS D'INSTALLATION (S1. P0)					
			S.P. DE VIOLENCE	AUCUN					
		S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION					
		O	COLPOSCOPE	OUI					
		M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL					
		A		HYMEN: INTACT					
		T		MUQUEUSE VAGINALE: SAINE					
		I		ECOULEMENT LOCAL: AUCUN					
		Q		SPECULUM :	NON		TV:	NON	
		E	EXAMEN ANUS	EXAMEN NORMAL, T.R: NORMAL					
		EX.	SEROLOGIES	SI: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: + 1 / 64 (IgG)	
		L	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VAGINAL: Ag CHLAMYDIAE + A L'EXAMEN DIRECT EN I.F.					
		A		CULTURE NEGATIVE					
		B	ECBU:	NEGATIF					
O	SPZ / BHCG	SPZ:	NEGATIF		BHCG:	NON FAIT			
CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		ABSENCE DE SIGNE EN FAVEUR D'UNE DEFLORATION N'EXCLUANT PAS L'EVENTUALITE D'ATTOUCHEMENTS SEXUELS							
EXAMEN PSY.		NON FAIT							
TRAITEMENTS		VIBRAMYCINE*: 1 CP / JOUR PENDANT 20 JOURS							
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?					
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		?					
LE SUIVI DE L'ENFANT		SEROLOGIES A CONTROLER A 1 MOIS SAUF HIV A 3 MOIS: RESULTATS NON CONNUS							

CAS CLINIQUE N° 49

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN			
AGE: 17 ANS ET 4 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE : APPRENTISSAGE NATIONALITE: FR.		ANTECEDENTS GYNECO.	REGLEE A 12 ANS				
F A M I L L E	STRUCTURE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS					
	FAMILIALE						
	ACTUELLE						
	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON				
	FRATRIE	SOEURS : ?	FRERES: 1				
	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON				
E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON				
L'AGRESSION		LIEU	DANS LA VOITURE DE SON AGRESSEUR				
FREQUENCE: ENVIRON 10 EPISODES		VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: MENACES			
		CIRC. FAVORISANTES	SEULE AVEC SON AGRESSEUR				
		AGRESSEUR / VICTIME	EMPLOYEUR DE SON FRERE				
		TYPE D'AGRESSION	RAPPORT SEXUEL AVEC PENETRATION GENITO-VAGINALE EJACULATION ANTE PORTAS				
		SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION	DOULEURS PERINEALES PERSISTANTES SAIGNEMENT D'ORIGINE GENITALE				
		AGE DEBUT/REVELATION	DEBUT: 14 ANS ET 10 MOIS	REVELATION: 17 ANS ET 4 MOIS			
		MODE DE REVELATION	REVELATION FAITE A SON COMPAGNON ET A SES PARENTS				
L'EXAMEN		S.F.ACTUELS	AUCUN				
DELAI APRES L'AGRES- SION: > 2 ANS PRESENCE D'UN TIERS : NON EXPERTISE: OUI REMARQUE 1: SUITE A SON PREMIER ABUS, A CONSULTE UN GY- NECOLOGUE EN LUI DISSI- MULANT LES CIRCONSTAN- CES DU R.S: EX.NORMAL + PRESCRIPTION D'O.P. REMARQUE 2: AVEC L'ACCORD DE SES PARENTS, VIT ACTUEL- LEMENT AVEC UN COMPA- GNON CONTRACEPTION O.P IN- TERROMPUE DEPUIS 7 MOIS CAR C.I ET GROSSES- SE.DESIREE	EX.	PUBERTE	POST-PUBERE, MORPHOLOGIE ADULTE				
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
	S	POSITION D'EXAMEN	POSITION GYNECOLOGIQUE CLASSIQUE				
	O	COLPOSCOPE	NON				
	M A T I G Y N E C O L O G I Q U E	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL HYMEN: PRESENTANT DES SIGNES DE DEFLORATION ANCIENNE ET BANALE MUQUEUSE VAGINALE: SAINE ECOULEMENT LOCAL: AUCUN LE T.V RETROUVE UN UTERUS LEGEREMENT GLOBULEUX				
			SPECULUM: OUI, TAILLE ADULTE	TV: BIDIGITAL			
			EXAMEN ANUS	NORMAL			
			EX.	SEROLOGIES	SI.: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG.
	L	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VAGINAL: CULTURE + MYCOPLASME HOMINIS ET A UREAPLASMA UREALYTICUM				
	B	ECBU:	NEGATIF				
O	SPZ / BHCG	SPZ: NON FAIT	BHCG: POSITIF (116 319 U.I / L)				
		CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE	DEFLORATION ANCIENNE ET BANALE GROSSESSE EVOLUTIVE ET DESIREE LIEE AUX RAPPORTS SEXUELS QU'ELLE ENTRE- TIENT AVEC SON COMPAGNON, ORIGINE DU GERME IDENTIQUE				
		EXAMEN PSY.	NON FAIT				
		TRAITEMEMENTS	OUI, LEQUEL ?				
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE	?				
		PRELEVEMENTS BIOLOG.	?				
LE SUIVI DE L'ENFANT		SUIVI DE GROSSESSE					

CAS CLINIQUE N° 50

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.		MED: OBESITE ANCIENNE		PSY: AUCUN				
AGE: 15 ANS ET 1 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: 3 ^{ème} NATIONALITE: FR. ORIGINE TURQUE		ANTECEDENTS GYNCO.		REGLEE A 12 ANS						
		F	STRUCTURE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS						
		A	FAMILIALE							
		M	ACTUELLE							
		I	PARENTS NATURELS	MARIAGE:	OUI	SEPARATION:	NON			
		L	FRATRIE	SOEURS :	?	FRERES:	?			
		L	VIOLENCE	PHYSIQUE:	NON	PSYCHIQUE:	NON			
		E	TOXIQUES	ALCOOL:	NON	DROGUE:	NON			
L'AGRESSION		LIEU		ENLEVEE PAR UN COUSIN QUI L'A SEQUESTREE EN REGION PARISIENNE						
FREQUENCE: 7 EPISODES		VIOLENCE		PHYSIQUE:	OUI	PSYCHIQUE:	MARIAGE FORCE (TURC)			
		CIRC. FAVORISANTES		ENLEVEMENT						
		AGRESSEUR / VICTIME		COUSIN A UN DEGRE ELOIGNE						
		TYPE D'AGRESSION		RAPPORT SEXUEL AVEC PENETRATION GENITO-VAGINALE EJACULATION ANTE PORTAS						
		SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES PERSISTANTES SAIGNEMENT D'ORIGINE GENITALE						
		AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT:	15 ANS	REVELATION:	15 ANS ET 1 MOIS			
		MODE DE REVELATION		REVELATION FAITE A SES PARENTS (ENQUETE POLICIERE POUR DISPARITION)						
L'EXAMEN		S.F.ACTUELS		AUCUN						
DELAI APRES L'AGRES- SION: 1 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI REMARQUE: DDR: SURVENUES 10 JOURS AVANT L'EXPERTISE		EX.	PUBERTE	POST-PUBERE, MORPHOLOGIE ADULTE						
			S.P. DE VIOLENCE	AUCUN						
		S	POSITION D'EXAMEN	POSITION GYNECOLOGIQUE CLASSIQUE						
		O	COLPOSCOPE	NON						
		M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL						
		A		HYMEN: CIRCULAIRE, ANNEAU PEU DEVELOPPE NE DEPASSANT PAS 2 mm PAR RAP- PORT A SA RACINE, ET PRESENTANT 2 INCISURES QUASI COMPLETES A 5 H, 6 H						
		T		MUQUEUSE VAGINALE: SAINE						
		I		ECOULEMENT LOCAL: AUCUN						
		Q		SPECULUM:	OUI, TAILLE ADULTE	TV:	BIDIGITAL			
		U	EXAMEN ANUS	NORMAL						
		E		EX.	SEROLOGIES	SI.: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG.	MYCOP: NEG.	CHL:+ 1 / 1024 (IgG)
				L	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VAGINAL: NEGATIF				
				B	ECBU:	NEGATIF				
				O	SPZ / BHCG	SPZ:	NON FAIT	BHCG:	NEGATIF	
				CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		EXAMEN CLINIQUE EVOCATEUR D'UNE DEFLORATION ANCIENNE ET BANALE, DONT LA DATE NE PEUT PAS ETRE PRECISEE INFECTION A CHLAMYDIAE RELATIVEMENT RECENTE DONT LA PERSISTANCE D'UN TAUX ELEVE ENTRE DEUX PRELEVEMENTS ESPACES DE 1 MOIS, PEUT FAIRE EVOQUER L'EXISTENCE D'UN PROCESSUS INFECTIEUX DE L'APPAREIL GENITAL HAUT				
		EXAMEN PSY.		NON FAIT						
		TRAITEMENTS		OUI, LEQUEL ?						
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		IMPOSSIBLE CAR FUITE DE L'AGRESSEUR A L'ETRANGER (JUGEMENT PAR CONTUMAS)						
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		IMPOSSIBLE						
LE SUIVI DE L'ENFANT		SEROLOGIES CONTROLEES A 1 MOIS: NEGATIVES, SAUF CHLAMYDIAE + A UN TAUX STABLE, SEROLOGIE HIV CONTROLEE A 3 MOIS: NEGATIVE								

CAS CLINIQUE N° 51

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN			
AGE: 13 ANS SEXE: FEMININ SCOLARITE: 5ème NATIONALITE: FR.	ANTECEDENTS GYNECO.		AUCUN, PUBERTE EN COURS D'INSTALLATION AU MOMENT DES FAITS.				
	F	STRUCTURE	FAMILLE RECOMPOSEE: BEAU-PERE, MERE, ENFANTS				
	A	FAMILIALE	BEAU-PERE = AGRESSEUR				
	M	ACTUELLE					
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: NON	SEPARATION: DIVORCE			
	L	FRATRIE	SOEURS: ?	FRERES: ?			
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: MENACES			
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU: DOMICILE FAMILIAL					
FREQUENCE: 5 A 10 EPISODES	VIOLENCE		PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: OUI			
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DE LA MERE				
	AGRESSEUR / VICTIME		BEAU-PERE / BELLE-FILLE				
	TYPE D'AGRESSION		ATTOUACHEMENTS SEXUELS TENTATIVE DE PENETRATION GENITO-VAGINALE EJACULATION ANTE PORTAS				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES MODEREES PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 12 ANS ET 7 MOIS	REVELATION: 13 ANS			
	MODE DE REVELATION		REVELATION FAITE A SA MERE				
	L'EXAMEN		S.F.ACTUELS: AUCUN				
DELAI APRES L'AGRES- SION: 12 JOURS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI	EX.	PUBERTE	EN COURS D'INSTALLATION (S4, P3)				
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
	S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION				
		COLPOSCOPE	OUI				
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL				
			HYMEN: ANNEAU HYMENEAL COMPORTANT UNE INCISURE PERI-MEATIQUE A 11 H, ET 2 INCISURES INCOMPLETES A 1 H ET 2 H, SANS SIGNE DE DECHIRURE VRAIE				
			ORIFICE HYMENEAL ETROIT				
			MUQUEUSE VAGINALE: NON VUE, ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
	U	EXAMEN ANUS	SPECULUM: NON	TV: NON			
			EXAMEN NORMAL				
	EX.	SEROLOGIES	SI: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: NEG.
		PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VULVAIRE: CULTURE POSITIVE A STREPTOCOQUE NON HEMOLYTIQUE				
		ECBU:	NEGATIF				
		SPZ / BHCG	SPZ: NEGATIF	BHCG: NON FAIT			
	CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE		EXAMEN NE PERMETTANT PAS D'ELIMINER UNE REELLE PENETRATION, MAIS LA REN- DANT PEU VRAISSEMBLABLE DU FAIT DE LA PETITE TAILLE DE L'ORIFICE HYMENEAL ASPECT PEU COMPATIBLE AVEC UNE DEFLORATION				
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMEMENTS		AUCUN					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE: ?					
PRELEVEMENTS BIOLOG.		?					
LE SUIVI DE L'ENFANT		SEROLOGIES A CONTROLER A 1 MOIS SAUF HIV A 3 MOIS: RESULTATS NON CONNUS					

CAS CLINIQUE N° 52

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.		MED: OBESITE		PSY: AUCUN			
AGE: 12 ANS ET 8 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: 6ème NATIONALITE: FR.		ANTECEDENTS GYNECO.		REGLEE A 12 ANS					
		F	STRUCTURE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS					
		A	FAMILIALE						
		M	ACTUELLE						
		I	PARENTS NATURELS	MARIAGE:	OUI	SEPARATION:	NON		
		L	FRATRIE	SOEURS :	?	FRERES:	?		
		L	VIOLENCE	PHYSIQUE:	NON	PSYCHIQUE:	NON		
		E	TOXIQUES	ALCOOL:	NON	DROGUE:	NON		
L'AGRESSION		LIEU		DOMICILE FAMILIAL					
FREQUENCE: 4 EPISODES		VIOLENCE		PHYSIQUE:	NON	PSYCHIQUE:	OUI		
		CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DES PARENTS					
		AGRESSEUR / VICTIME		ONCLE / NIECE					
		TYPE D'AGRESSION		ATTOUCHEMENTS SEXUELS TENTATIVE DE PENETRATION GENITO-VAGINALE					
		SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		BRULURES URINAIRES PAS DE NOTION D'ECOULEMENT GYNECOLOGIQUE					
		AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT:	5 ANS	REVELATION:	12 ANS ET 8 MOIS		
		MODE DE REVELATION		REVELATION FAITE A SA MERE					
		S.F.ACTUELS		AUCUN					
L'EXAMEN		S.F.ACTUELS		AUCUN					
DELAI APRES L'AGRES- SION: 3 ANS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI		EX.	PUBERTE	EN COURS D'INSTALLATION (S3, P3)					
			S.P. DE VIOLENCE	AUCUN					
		S	POSITION D'EXAMEN	DECUBITUS DORSAL, SUPINATION					
		O	COLPOSCOPE	OUI					
		M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL					
		A		HYMEN: SOUPLE ET CONTINU					
		T		MUQUEUSE VAGINALE: SAINE					
		I	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	ECOULEMENT LOCAL: AUCUN					
		Q		SPECULUM:	OUI, TAILLE VIERGE	TV:	NON		
		U	EXAMEN ANUS	EXAMEN NORMAL					
		E	SEROLOGIES	SI.: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG.	MYCOP: NEG.	CHL.: NEG.	
		L	PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VAGINAL: CULTURE POSITIVE A ENTERO-BACTERIES					
		A	ECBU:	NEGATIF					
		B	SPZ / BHCG	SPZ:	NEGATIF	BHCG:	NON FAIT		
O	CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE	EXAMEN EXCLUANT TOUTE VIOLENCE SEXUELLE ET TOUTE PENETRATION PENIENNE							
	EXAMEN PSY.	NON FAIT							
	TRAITEMEMENTS	AUCUN							
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?					
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		?					
LE SUIVI DE L'ENFANT		?							

CAS CLINIQUE N° 53

L'ENFANT		ANTECEDENTS MED./PSY.	MED: AUCUN	PSY: AUCUN			
AGE: 14 ANS ET 8 MOIS SEXE: FEMININ SCOLARITE: 4 ^{ème} NATIONALITE: FR.	ANTECEDENTS GYNECO.		REGLEE A 10 ANS ET DEMI				
	F	STRUCTURE	STRUCTURE FAMILIALE CLASSIQUE: PERE, MERE, ENFANTS				
	A	FAMILIALE					
	M	ACTUELLE					
	I	PARENTS NATURELS	MARIAGE: OUI	SEPARATION: NON			
	L	FRATRIE	SOEURS: ?	FRERES: ?			
	L	VIOLENCE	PHYSIQUE: NON	PSYCHIQUE: NON			
	E	TOXIQUES	ALCOOL: NON	DROGUE: NON			
L'AGRESSION		LIEU					
FREQUENCE: 5 EPISODES	VIOLENCE		PHYSIQUE: OUI	PSYCHIQUE: OUI			
	CIRC. FAVORISANTES		ABSENCE DES PARENTS				
	AGRESSEUR / VICTIME		VOISIN CONNU DE LA FAMILLE				
	TYPE D'AGRESSION		RAPPORT SEXUEL AVEC PENETRATION GENITO-VAGINALE ET EJACULATION ANTE PORTAS				
	SIGNES FONCTIONNELS APRES L'AGRESSION		DOULEURS PERINEALES SAIGNEMENT D'ORIGINE GENITALE				
	AGE DEBUT/REVELATION		DEBUT: 14 ANS	REVELATION: 14 ANS ET 4 MOIS			
	MODE DE REVELATION		REVELATION FAITE A SES PARENTS				
	S.F.ACTUELS		AUCUN				
DELAI APRES L'AGRES- SION: 4 MOIS PRESENCE D'UN TIERS : LA MERE EXPERTISE: OUI REMARQUE: DDR 10 JOURS AVANT L'EX- PERTISE	EX.	PUBERTE	POST-PUBERE, MORPHOLOGIE ADULTE				
		S.P. DE VIOLENCE	AUCUN				
	S	POSITION D'EXAMEN	POSITION GYNECOLOGIQUE CLASSIQUE				
		COLPOSCOPE	OUI				
	M	EXAMEN GYNECOLOGIQUE	VULVE: AUCUNE LESION RECENTE OU ANCIENNE, PERINE NORMAL				
			HYMEN: DEFLORATION ANCIENNE ET BANALE				
			MUQUEUSE VAGINALE: SAINE				
	Q	EXAMEN ANUS	ECOULEMENT LOCAL: AUCUN				
			SPECULUM: OUI, TAILLE ADULTE	TV: BIDIGITAL			
	EX.	SEROLOGIES	SI.: NEG.	HIV: NEG.	HEP: B / C NEG.	MYCOP: NEG.	CHL: NEG.
		PRELEVEMENT LOCAL (EX.DIRECT / CULTURE)	PRELEVEMENT VAGINAL: NEGATIF				
		ECBU:	NEGATIF				
		SPZ / BHCg	SPZ: NON FAIT	BHCg: NON FAIT			
		CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE	DEFLORATION ANCIENNE ET BANALE, SANS SIGNE DE VIOLENCE				
EXAMEN PSY.		NON FAIT					
TRAITEMEMENTS		AUCUN					
L'AGRESSEUR		EXAMEN CLINIQUE		?			
		PRELEVEMENTS BIOLOG.		?			
LE SUIVI DE L'ENFANT		?					

IV . RESULTATS

I - RECUEIL DES DONNEES ADMINISTRATIVES :

Les données administratives précisent la date, l'heure, le lieu de l'examen, ainsi que les nom et qualité du Médecin examinateur. Dans notre étude, comme nous l'avons précisé auparavant, les enfants suspectés d'avoir été victimes d'abus sexuels, ont été examinés dans le service de Gynécologie - Obstétrique II du CHRU de Limoges, par Monsieur le Professeur TABASTE, Chef de Service.

Elles notent le mode d'accès de l'enfant à ce service :

- présentation spontanée en consultation,
- adressé par un autre Médecin,
- adressé par les Services Sociaux,
- adressé au Médecin avec réquisition : tous les dossiers étudiés ont fait l'objet d'un ordre de réquisition de la part des Autorités Judiciaires, dans le but d'obtenir une expertise gynécologique d'un enfant suspecté d'avoir été victime d'abus sexuels.

Elles complètent la fiche d'identité de la victime

- nom, prénom,
- date de naissance
- adresse actuelle,
- adresse des parents ou des personnes ayant autorité,

Elles précisent le nombre ainsi que les qualités des personnes assistant à l'examen (parents, auxiliaires médicaux, éducateurs, officiers de Police Judiciaire).

II - INTERROGATOIRE DE L'ENFANT :

1 - Recueil des éléments concernant l'enfant victime :

A - La population étudiée :

Dans notre étude, elle se compose de 53 enfants :

- 48 filles : 90,5 % de la population étudiée (48 enfants sur 53)
- 5 garçons : 9,5 % de la population étudiée (5 enfants sur 53)

a - Répartition des âges lors de la prise en charge médicale : (TABLEAU N°1)

L'âge des enfants varie de 3 ans, 5 mois à 17 ans, 8 mois, au moment de la prise en charge médicale.

- l'âge moyen, tout sexe confondu, est de 10 ans, 6 mois,
- l'âge moyen des garçons est de 10 ans, 9 mois,
- l'âge moyen des filles est de 10 ans, 6 mois,

La répartition par âge et par sexe ne permet pas de mettre en évidence une classe d'âge dominante. Il existe une répartition homogène de la population .

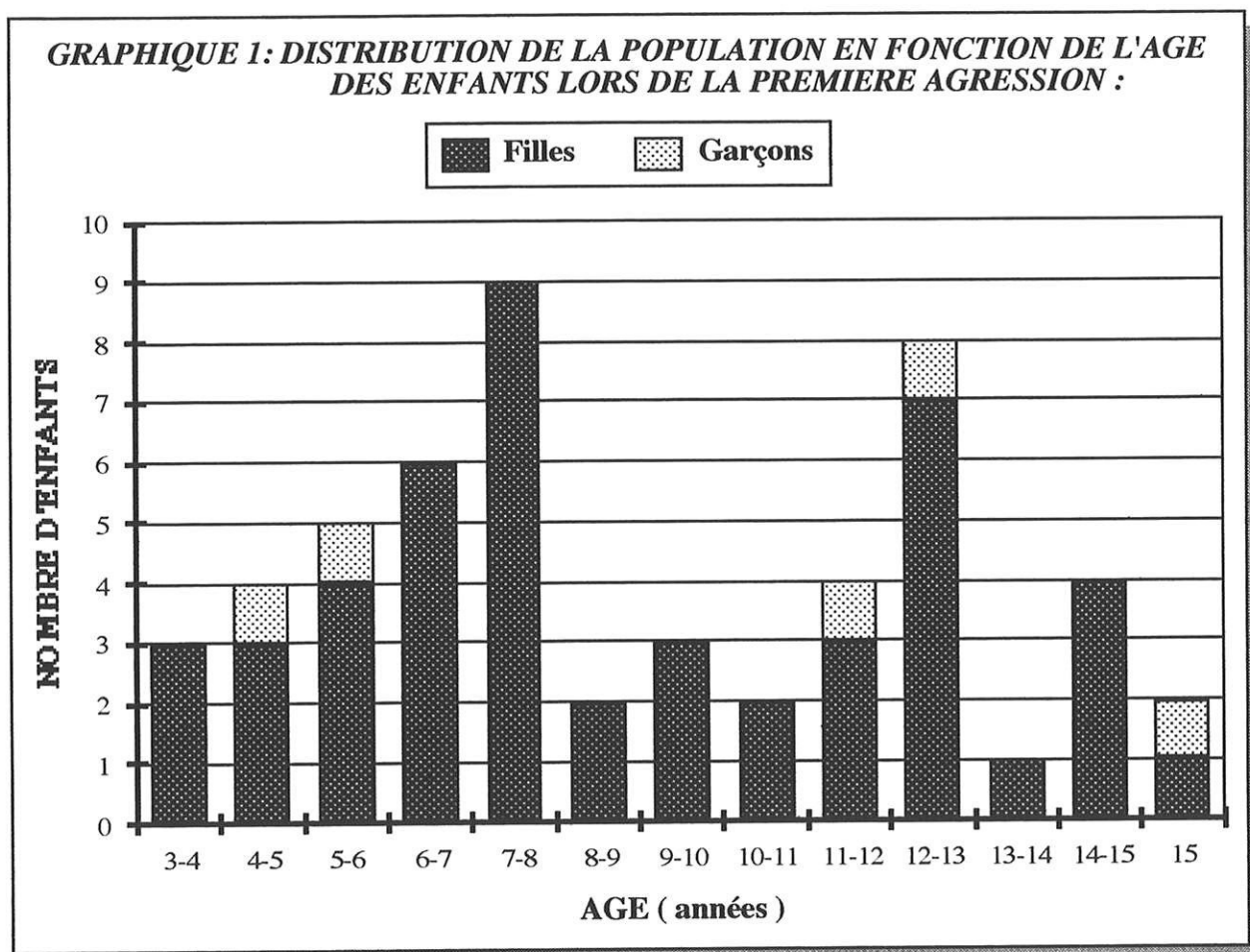
TABLEAU N°1 : **CLASSIFICATION PAR AGE ET PAR SEXE**
Age au moment de la prise en charge médicale

AGE \ SEXE	Filles n = 48	Garçons n = 5	Total N = 53
3 à 7 ans, 11 mois	15	2	17
8 à 12 ans, 11 mois	19	0	19
13 à 17 ans, 11 mois	14	3	17

b - Age de l'enfant lors de sa première agression : (GRAPHIQUEN°1)

L'âge des enfants varie de 3 à 15 ans, au moment de leur première agression.

- âge moyen, tout sexe confondu : 8 ans, 10 mois.
- âge moyen pour les filles : 8 ans, 9 mois.
- âge moyen pour les garçons : 9 ans, 9 mois.



La comparaison entre les populations masculine et féminine de notre étude n'est pas significative, dans la mesure où l'échantillon masculin est de taille réduite. (TABLEAU N°2)

La tranche d'âge la plus touchée est celle des 3 ans à 7 ans, 11 mois, représentant 51 % de la population étudiée (27 enfants sur 53).

TABLEAU N°2 : CLASSIFICATION PAR AGE ET PAR SEXE
Age de l'enfant à la date de la première agression

AGE \ SEXE	Filles n = 48	Garçons n = 5	Total N = 53
3 à 7 ans, 11 mois	25	2	27
8 à 12 ans, 11 mois	17	2	19
13 à 17 ans, 11 mois	6	1	7

Ce sont tous des enfants de nationalité Française.

9 d'entre-eux sont d'origine étrangère (9 / 53 soit 17 % de la population étudiée) dont :

- 2 d'origine asiatique (Dossiers N°41 et 42)
- 6 d'origine portugaise (Dossiers N°16, 17, 18, 46, 47, 48)
- 1 d'origine turque (Dossier N°50)

Il existe au sein de cette population, 8 fratries dont chacun des membres a été victime d'abus sexuels de type incestueux:

- fratrie des dossiers N°1 et 2 (2 soeurs)
- fratrie des dossiers N°6 et 7 (2 soeurs)
- fratrie des dossiers N°13 et 14 (2 soeurs)
- fratrie des dossiers N°15, 16 et 17 (2 soeurs et 1 frère)
- fratrie des dossiers N°20 et 21 (2 soeurs)
- fratrie des dossiers N°27, 28 et 29 (3 soeurs)
- fratrie des dossiers N°30, 31 et 32 (3 soeurs)
- fratrie des dossiers N°41 et 42 (2 soeurs)
- fratrie des dossiers N°1 et 2 (2 soeurs)
- fratrie des dossiers N°46, 47 et 48 (2 soeurs et 1 frère).

Aucun de ces enfants n'avait connu d'expérience sexuelle (attouchements, fellations, rapports sexuels ...) avant leur agression.

Sur les 53 dossiers de notre étude, 40 d'entre eux représentent des situations incestueuses dont les victimes sont 37 filles (37 / 40 soit 92,5 % des cas d'inceste) et 3 garçons (3 / 40 soit 7,5 % des cas d'inceste).

B - La scolarité des enfants :

Au moment de leur prise en charge médicale, tous ces enfants sont scolarisés :

- à la maternelle : 13 % des cas (7 enfants sur 53),
- à l' école primaire : 47 % des cas (25 enfants sur 53),
- aux collèges et lycées : 32 % des cas (17 enfants sur 53),
- autres niveaux : 8 % des cas (4 enfants sur 53).

7 d'entre-eux présentent un retard scolaire d'au moins 1 an (7 / 53 soit 13 % de la population).

C - La structure familiale :

Enfants vivant dans une famille de structure classique (parents naturels mariés):

- 62 % des cas (33 enfants sur 53).

Enfants vivant dans une famille recomposée (remariage ou concubinage) :

- 25 % des cas (13 enfants sur 53).

Situations diverses (" couples à 3 " : père, mère et amant de la mère ; famille d'accueil) :

- 13 % des cas (7 enfants sur 53).

Remarque :

Sur les 40 situations incestueuses de notre étude, nous retrouvons 15 enfants vivant au sein d'une famille recomposée soit 37,5 % des cas d'inceste.

D - L'utilisation de toxiques (alcool, drogue) dans le milieu familial :

Nous constatons :

- un alcoolisme dans les familles : 34 % des cas (18 enfants sur 53). Ce sont toutes des familles incestueuses,
- il n'existe pas de notion de prise de drogue.

E - La violence intra-familiale :

Dans 70 % des cas (37 enfants sur 53), il n'existe aucune forme de violence, tant physique que psychique.

Nous ne retrouvons pas de cas de violence physique isolée.

Dans 13 % des cas (7 enfants sur 53), il existe une notion de violence psychique isolée, se manifestant sous forme de menaces ou de chantages . Ce sont ici des cas d'inceste.

Dans 17 % des cas (9 enfants sur 53), les deux formes de violence cohabitent . Ce sont tous des cas d'inceste.

Dans 60 % des cas d'inceste (24 enfants sur 40), l'agression se produit sans violence.

Synthèse des éléments recueillis concernant les enfants victimes d'abus sexuels de notre étude:

Au travers de cette population , si nous devons dresser le portrait de l'enfant victime d'abus sexuel, nous citerions les caractères suivants :

Il s'agit d'une fillette dans 9 cas sur 10, sans antécédent médical, dont l'âge au moment des faits est de 8 ans, 9 mois, suivant une scolarité normale et vivant dans une famille de structure classique où il n'y a pas l'usage de toxique sous forme d'alcool ou de drogue.

2 - Recueil des éléments concernant l'agression :

A - Le lieu :

Dans 72 % des cas (38 enfants sur 53), l'agression a lieu au domicile familial.

Dans 22 % des cas (12 enfants sur 53), elle survient au domicile de l'agresseur.

Dans 6 % des cas (3 enfants sur 53), elle se produit dans un autre lieu (garage abandonné, lieu public, dortoir d'internat).

Dans soit 95 % des cas (50 enfants sur 53), l'agression se produit dans un lieu connu des parents et des enfants.

Tous les cas d'inceste se produisent au domicile familial.

B - Les circonstances favorisantes :

L'absence de surveillance ou des parents est retrouvée dans soit 38 % des cas (20 enfants sur 53).

Remarque :

Dans les situations incestueuses :

- l'absence de la mère au moment de l'agression est notée dans 60 % des cas (24 enfants sur 40). En règle générale, l'absence du parent non incestueux favorise le passage à l'acte dans 73 % des incestes (24 enfants sur 33),
- il existe une complicité active entre les deux parents dans 22,5 % des cas (9 enfants sur 40). Cette complicité peut être associée à un important dysfonctionnement du couple familial (exemple: " ménage à trois "),
- l'absence des 2 parents est notée dans 17,5 % des cas d'inceste (7 enfants sur 40). Il s'agit là d'incestes perpétrés par d'autres membres de la famille.

C - La notion de violence pendant l'agression :

Nous constatons que la notion de violence est prédominante. Elle est retrouvée dans

76 % des cas (40 enfants sur 53) :

- violence psychique isolée (menaces, chantages) : 40 % des cas (18 enfants sur 53),
- association des 2 formes de violence : 41,5 % des cas, (22 enfants sur 53)

Dans 24,5 % des cas (13 enfants sur 53), aucune violence n'est signalée, de même, il n'existe pas de cas de violence physique isolée (exemple: coups, maintien avec force).

D - Le type d'agression :

a - Définition des différents types d'agression :

- attouchements sexuels : contact génito-génital entre l'agresseur et sa victime,
- pénétrations sexuelles : il peut s'agir de pénétrations génito-vaginales, génito-orales ou génito-anales imposées par l'agresseur à sa victime,
- autres types de pénétrations : il peut s'agir de pénétrations digito-anales, digito-vaginales ou instrumentales perpétrées par l'agresseur sur sa victime.

b - Classification des différents types d'agression que nous avons rencontré :

Lors de l'interrogatoire nous avons essayé de définir le type d'agression dont l'enfant a été victime. Cette information a été obtenue pour seulement 52 dossiers, en effet , un des enfants (Dossier N°40) ayant rapidement perdu connaissance lors de son agression n'est pas en mesure de nous apporter cette précision.

- abus sexuel sans contact corporel (propos pornographiques, exhibitionnisme) : aucun cas de ce type retrouvé dans notre étude,
- abus sexuel avec contact corporel mais sans pénétration : 65,5 % des cas (34 enfants sur 52) dont :
 - . contacts génitaux isolés :9,5 % des cas (5 enfants sur 52),
 - . contacts génitaux et fellation : 9,5 % des cas (6 enfants sur 52),
 - . tentative de pénétration vaginale : 25 % des cas (13 enfants sur 52),

- . tentative de pénétration et fellation : 2 % des cas (1 situation sur 52),
- . attouchements digitaux isolés : 17,5 % des cas (9 enfants sur 52),
- abus sexuel avec pénétration : 34,5 % des cas (18 enfants sur 52) dont :
 - . pénétration génito-vaginale : 15 % des cas (8 enfants sur 52),
 - . pénétration génito-vaginale et génito-anales : 7,5 % des cas (4 enfants sur 52),
 - . pénétration digito-vaginale isolée : 6 % des cas (3 enfants sur 52),
 - . pénétration digito-vaginale et fellation : 2 % des cas (1 situation sur 52),
 - . pénétration génito-anales isolée : 2 % des cas (1 situation sur 52),
 - . pénétration génito-anales et fellation : 2 % des cas (1 situation sur 52).

Remarque :

La notion d'éjaculation (ante portas et intra-vaginale) est retrouvée dans 19 % des cas (8 enfants sur 53).

E - L' étude des rapports existant entre agresseur et victime :

L'enfant ne connaît pas son agresseur dans 7,5 % des cas (4 enfants sur 53).

L'agresseur est connu de sa victime dans 92,5 % des cas (49 enfants sur 53).

Il s'agit :

- du père naturel : 21 % des cas (11 enfants sur 53),
- du second mari ou concubin de la mère : 19 % des cas (10 enfants sur 53),
- d'autres membres de la famille : 17 % des cas (9 enfants sur 53),
- des 2 parents avec des amis : 15 % des cas (8 enfants sur 53),
- des amis ou voisins : 13 % des cas (7 enfants sur 53),
- du beau-père et de la mère : 5,5 % des cas (3 enfants sur 53),
- membres de la famille d'accueil : 2 % des cas (1 enfant sur 53).

Dans les situations incestueuses, représentant 75,5 % des cas d'abus sexuels de notre étude (40 situations sur 53), les agresseurs sont :

- le père naturel : 21 % des cas (11 enfants sur 53),
- le second mari ou concubin de la mère : 19 % des cas (10 enfants sur 53),
- les 2 parents avec des amis : 15 % des cas (8 enfants sur 53),

- le beau-père et la mère : 5,5 % des cas (3 enfants sur 53),
- les parents de la famille d'accueil : 2 % des cas (1 enfant sur 53),
- d'autres membres de la famille (oncles, grands-parents) : 13 % des cas (7 enfants sur 53).

Remarque :

L'inceste et les situations incestueuses sont des relations d'ordre sexuel entre deux individus, parents ou alliés entraînant la prohibition du mariage.

Certaines situations incestueuses sont complexes. Il arrive fréquemment qu'elles soient conduites par plusieurs agresseurs au sein d'une même famille.

42,5 % des situations incestueuses répertoriées dans notre étude (17 cas sur 40), ont réuni à tour de rôle 2 ou plusieurs agresseurs (de 2 à 4 selon les cas) :

- dans les dossiers N° 27, 28 et 29, les deux agresseurs sont le père des enfants et le concubin de la mère,
- dans les dossiers N° 15, 16, 17 et 46, 47, 48, les agresseurs sont le père, la mère et 2 amis,
- dans les dossiers N° 5, 21 et 22, il s'agit de la mère et de son concubin,
- dans le dossier N° 39, il s'agit du père de la famille d'accueil et de son fils légitime,
- dans le dossier N° 4, il s'agit du grand-père et de 3 oncles.

Différents types de relations incestueuses peuvent se rencontrer : (*TABLEAU N°3*)

- père / fils : 7,5 % des cas (3 enfants sur 40),
- père / fille : 50 % des cas (20 enfants sur 40),
- beau-père ou concubin / beau-fils : aucun cas dans notre étude,
- beau-père ou concubin / belle-fille : 30 % des cas (12 enfants sur 40),
- mère / fils : 5 % des cas (2 enfants sur 40),
- mère / fille : 17,5 % des cas (7 enfants sur 40),
- belle-mère ou concubine / beau-fils : aucun cas dans notre étude,
- belle-mère ou concubine / belle-fille : 2,5 % des cas (1 enfants sur 40),
- grand-père / petit-fils : aucun cas dans notre étude,
- grand-père / petite-fille : 2,5 % des cas (1 enfants sur 40),
- grand-mère / petit-fils : aucun cas dans notre étude,

- grand-mère / petite-fille : 2,5 % des cas (1 enfants sur 40),
- oncle / neveu : aucun cas dans notre étude,
- oncle / nièce : 15 % des cas (6 enfants sur 40),
- tante / neveu : aucun cas dans notre étude,
- tante / nièce : aucun cas dans notre étude,
- frère / soeur : 2,5 % des cas (1 enfants sur 40),

TABLEAU N°3: SITUATIONS INCESTUEUSES :
Liens entre agresseur et victime

ABUSEUR VICTIME	MERE	PERE	B-PERE / CONCUBIN	B-MERE / CONCUBINE	G-PERE	G-MERE	ONCLE	FRERE
FILLE	7	20	12	1	1	1	6	1
GARCON	2	3	0	0	0	0	0	0
n = 40	9 / 40	23 / 40	12 / 40	1 / 40	1 / 40	1 / 40	6 / 40	1 / 40

Le plus souvent, l'agresseur est un homme qui agit seul : 72,5 % des cas d'inceste (33 situations sur 40)

Dans 57,5 % des cas d'inceste (23 situations sur 40), il est le propre père de l'enfant .

Le rôle de la femme en tant qu'agresseur actif est non négligeable puisqu'elle intervient dans 27,5 % des cas (11 situations sur 40) :

- elle agit rarement seule: 5 % des cas (2 situations sur 40 : dossiers N° 24 et 26),
- elle intervient le plus souvent au sein d'une relation à agresseurs multiples : 22,5% (9 situations sur 40 : dossiers 5,15, 16, 17, 20, 21, 46, 47, 48).

F - Le nombre d'agresseur par victime :

Le nombre d'agresseur par situation d'abus sexuel varie de 1 à 4 :

- 1 agresseur dans 64 % des cas (34 situations sur 53),
- 2 agresseurs dans 19 % des cas (10 situations sur 53),
- 4 agresseurs dans 17 % des cas (9 situations sur 53).

Si l'on considère uniquement les cas d'inceste, 42,5 % d'entre eux (17 situations sur 40) ont été commis par plusieurs agresseurs (2 ou 4).

G - La durée des évènements : délai entre le début de l'agression et le moment de la révélation des faits :

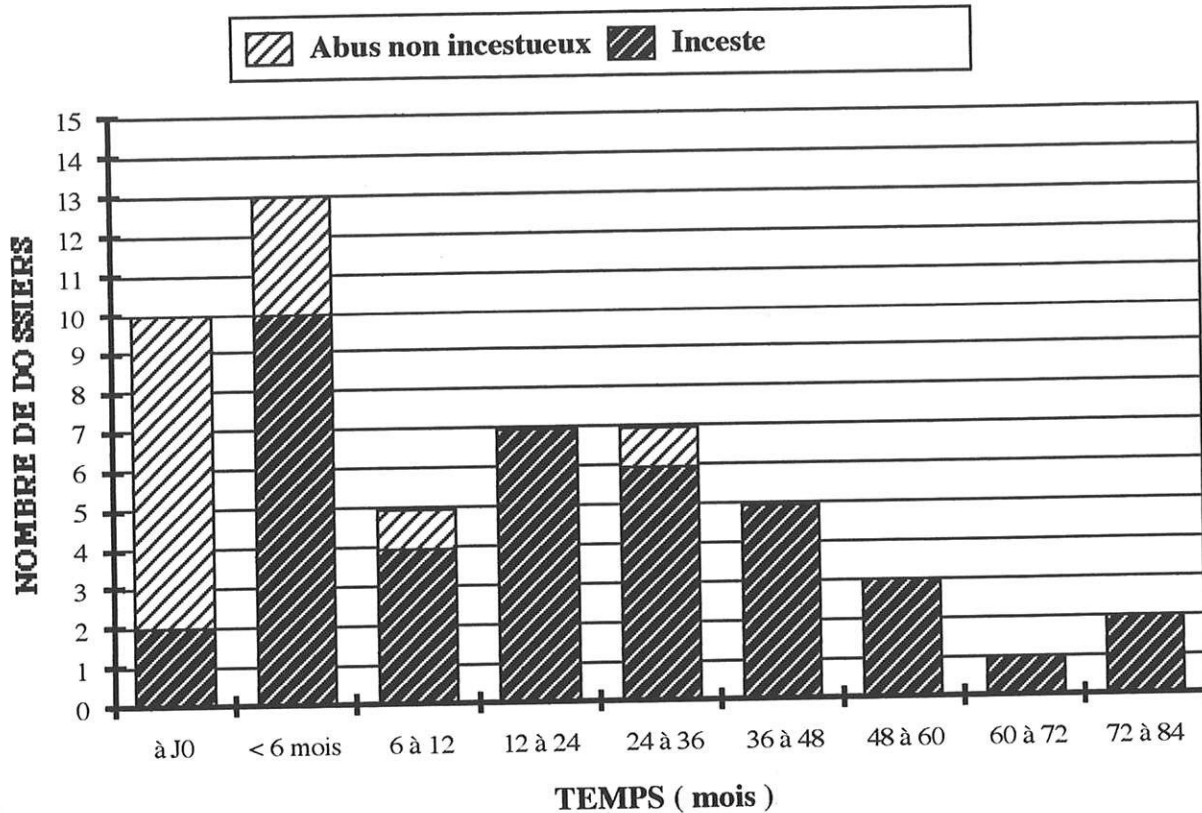
Sur l'ensemble des 53 dossiers étudiés, nous retrouvons une durée moyenne de 1 an, 8 mois.

Si nous considérons uniquement les 40 dossiers d'inceste, cette durée moyenne s'élève à 2 ans, 1 mois, mais la répartition dans le temps de ces dossiers est différente de celle des dossiers traitant des abus sexuels non incestueux, pour lesquels nous retrouvons une durée moyenne de 5 mois. (*GRAPHIQUE N°2*)

Seulement 40 % des cas d'inceste (16 situations sur 40) sont révélés au cours de la première année. Ce faible taux de révélation peut être lié aux sentiments de confusion et de honte ressentis par les enfants qui ont souvent été l'objet de menaces et de chantages.

Les agressions sexuelles non incestueuses semblent être révélées plus rapidement : 92 % d'entre elles (12 cas sur 13) sont dénoncées dans un délai de 1 an, cependant, le faible nombre de cas considérés ne nous permet pas d'en tirer des conclusions significatives.

GRAPHIQUE 2: REPARTITION DU NOMBRE DE DOSSIERS EN FONCTION DE LA DUREE DES EVENEMENTS



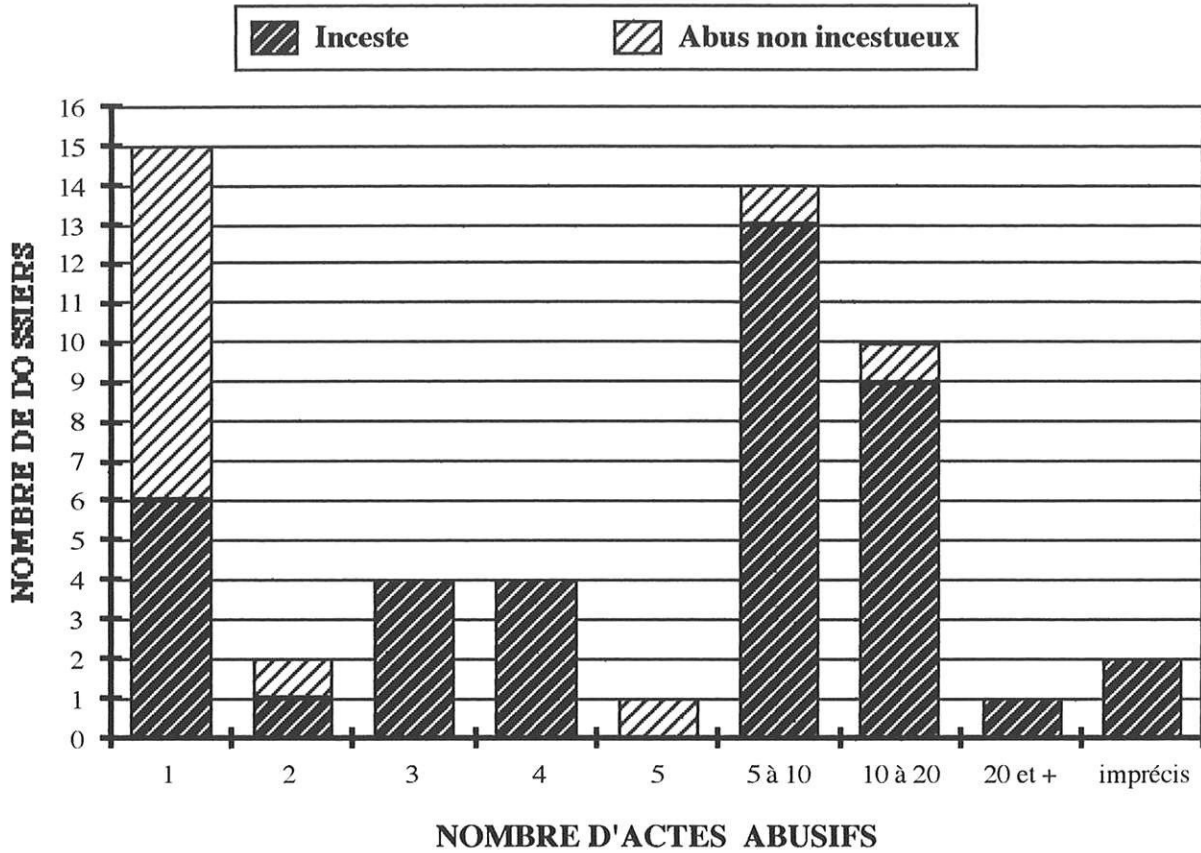
H - Le nombre d'épisodes d'abus sexuels :

Au lieu d'évoquer la durée globale de la situation abusive qui se rapproche très souvent du délai écoulé entre le début des faits et le moment de leur révélation, nous avons préféré considérer le nombre d'acte commis sur chaque victime.

Il semble plus facile pour les jeunes victimes de se remémorer le nombre d'épisodes abusifs qu'elles ont subi lorsqu'il s'agit d'actes comprenant une pénétration .

Les atteintes du type attouchements , caresses, semblent moins " marquantes " : aussi avons nous été amenés, parfois , à donner des fourchettes de valeurs pour quantifier le nombre d'agressions. (*GRAPHIQUE 3*)

GRAPHIQUE 3 : REPARTITION DU NOMBRE DE DOSSIERS EN FONCTION DU NOMBRE D'ACTES ABUSIFS



Comme nous pouvons le prévoir, dans 60,5 % des incestes (23 / 38 : 23 cas sur 40-2 cas imprécis), le nombre d'épisodes est le plus souvent supérieur à 5. Les agressions uniques semblent les plus fréquentes lorsqu'il s'agit d'actes non incestueux: 69 % (9 agressions non incestueuses sur 13). Cependant, le faible nombre de cas considérés, dans notre étude, ne nous permet pas d'en tirer des conclusions significatives.

I - Le mode de révélation de l'abus sexuel :

Nous connaissons le mode de révélation de l'abus sexuel dans 51 cas sur 53. En effet, il nous a été impossible de trouver le mode de révélation des dossiers N°41 et 42 (fratrie).

A propos des 51 cas pour lesquels cet élément est connu, nous observons les modes de révélation suivants :

- le plus souvent, l'enfant révèle la situation à l'un de ses parents : 51 % des cas (26 enfants sur 51),
- à partir d'un cas d'inceste découvert dans une famille, l'enquête sociale ou judiciaire a permis de mettre à jour 10 nouveaux cas sur 51 : 19,5 % des cas.
- la révélation peut être faite par l'enfant à d'autres personnes : 21,5 % des cas (11 enfants sur 51):
 - . dans 3 cas : révélation à une assistante sociale
 - . dans 2 cas : révélation à une institutrice
 - . dans 2 cas : révélation à un membre d'une famille d'accueil
 - . 1 cas : à un surveillant d'internat
 - . 1 cas : à un voisin et ami
 - . 1 cas : à une grand-mère
 - . 1 cas : à un compagnon
- l'agresseur a été pris sur le fait dans 6 % des cas,
- une découverte fortuite lors de la mise en évidence d'une grossesse à la suite d'un examen médical : 1 enfant sur 51 (dossier N°6) soit dans 2% des cas .

Remarque :

Parmi les 40 dossiers d'inceste de notre étude, nous ignorons le mode de révélation des dossiers N°41 et 42. Dans 73 % des cas (28 enfants sur 38), l'enfant se confie à son parent non incestueux.

Synthèse des éléments recueillis sur l'agression :

Le plus souvent, dans 74 % des cas, l'agression se produit au domicile familial, mais de façon plus générale, dans 95 % des cas, elle survient dans un endroit connu de l'enfant et de ses parents.

L'enfant connaît son agresseur dans 92,5 % des cas. Il s'agit d'un homme dans 72,5 % des cas. La notion de violence est prédominante : elle apparaît dans 76 % des agressions sous forme de violences physiques et / ou psychiques.

L'absence des deux parents est la circonstance favorisante principale dans 38 % de l'ensemble des agressions sexuelles. Dans les situations incestueuses, ce pourcentage s'élève à 73 % : c'est l'absence du parent non incestueux qui favorise le passage à l'acte.

L'agression sexuelle le plus souvent rencontrée consiste en des contacts et tentatives de pénétration sexuels .

La durée moyenne des évènements abusifs (temps écoulé entre le début de l'agression et le moment de sa révélation), est de 1 an, 8 mois. Cette durée moyenne s'élève à 2 ans, 1 mois si nous ne considérons que les cas d'inceste.

Les agressions non incestueuses sont le plus souvent des actes uniques révélés le jour même, tandis que dans les situations incestueuses, le nombre d'épisodes est le plus souvent supérieur à 5 actes.

Dans 51 % des cas l'enfant préfère révéler à ses parents, l'abus dont il a été l'objet.

3 - Recueil des éléments médicaux concernant l'enfant :

A- Les antécédents médicaux et psychiatriques des enfants :

Nous constatons :

- un retard staturo-pondéral : 13 % des cas (7 enfants sur 53),
- une obésité : 4 % des cas (2 enfants sur 53),
- un syndrome de Sylverman : 4 % des cas (2 enfants sur 53),
- des tentatives d'autolyse et fugues : 2 % des cas (1 enfant sur 53),
- aucun antécédent : 77 % des cas (41 situation sur 53).

B - La notion de puberté au moment de la première agression :

Le statut pubertaire au moment de l'agression est un élément important à prendre en compte car il conditionne les capacités physiques de chaque individu à entretenir des rapports sexuels.

56,5 % des enfants examinés (30 cas sur 53) étaient non pubères au moment de leur première agression. 21 % des enfants présentaient des signes pubertaires (différents stades) et 22,5 % étaient post-pubères (signes pubertaires totalement installés / jeune fille réglée).

TABLEAU N°4 : REPARTITION DE LA POPULATION EN FONCTION DU DEVELOPPEMENT PUBERTAIRE AU MOMENT DE LA PREMIERE AGRESSION

CASN=53	PUBERTE	NON PUBERE	PUBERTE EN COURS	POST PUBERE (ou réglée)
INCESTE n = 40 Dossiers (n°)	25 (les autres)	7 (7.11.23.30.31.45.51)	8 (5.6.12.16.39.41.42.52)	
AUTRES n = 13 Dossiers (n°)	5 (3.9.18.19.33)	4 (22.25.35.40)	4 (44.49.50.53)	
Total	30 (56 %)	11 (21 %)	12 (22,5 %)	

C - Les signes fonctionnels apparus pendant ou suite à l'agression :

Aucun signe fonctionnel n'est retrouvé 21 % des cas (11 enfants sur 53).

Des signes fonctionnels secondaires liés à l'agression ont été retrouvés chez 79 % des enfants (42 cas sur 53).

Il s'agit :

- de douleurs génito-périnéales isolées : 38 % des cas (20 enfants sur 53),
- de douleurs génito-périnéales accompagnées de saignements gynécologiques : 23 % des cas (12 enfants sur 53),
- de signes fonctionnels urinaires (brûlures) : 9 % des cas (5 enfants sur 53),
- de troubles du comportement (anorexie, troubles du sommeil, modifications du caractère, fugue) : 6 % des cas (3 enfants sur 53),
- de signes fonctionnels proctologiques (douleurs anales, exonération douloureuse) : 11% des cas (6 enfants sur 53). Dans 4 cas, ces douleurs sont associées à des douleurs génito-périnéales avec saignement.

Les 12 enfants chez qui l'agression s'est accompagnée de douleurs génito-périnéales accompagnées de saignements gynécologiques, ont été victimes d'actes sexuels avec une pénétration vaginale.

D - La notion de prise en charge médicale entre la dernière agression et l'expertise gynécologique :

Suite à leur agression, 6 enfants sur 53 ont été amenés à consulter un médecin: généraliste, gynécologue ou pédiatre. Motivée par la survenue de signes fonctionnels proctologiques, génito-urinaires ou abdominaux, cette consultation a eu lieu entre la dernière agression et l'expertise gynécologique.

- 2 enfants ont été examinés par un gynécologue (Dossiers N°19 et 49),
- 2 enfants ont été examinés par un pédiatre (Dossiers 10 et 26),
- 2 enfants ont été examinés par un médecin généraliste (Dossiers 33 et 44).

Dans 1 cas (Dossiers N°44), l'enfant accompagné de ses parents a révélé son agression au médecin consulté qui a secondairement constaté des lésions anales lors de l'examen clinique.

Dans 1 cas (Dossier N°19), les résultats de l'examen clinique ont permis au gynécologue consulté d'évoquer le diagnostic d'abus sexuel qui a été secondairement confirmé par un interrogatoire " orienté " de l'enfant.

Dans 3 cas (Dossiers N° 33, 44, 49), l'examen clinique a abouti à la prescription d'un traitement : traitement local (Dossiers 33 et 44) ou oestro-progestatif (Dossier N°49). Dans 2 cas (Dossiers N°33 et 49), il s'agit d'un traitement institué en l'absence de tout diagnostic.

Remarque :

Une fillette (Dossier N°35) victime d'une agression sexuelle, initialement cachée à ses parents, et suivie d'un épisode de douleurs vulvaires a été traitée à l'initiative de sa mère par du NIFLURIL* pommade appliqué sur les organes génitaux externes. Ce traitement ayant entraîné une aggravation des signes fonctionnels locaux, a été spontanément interrompu .

E - Le délai écoulé entre la dernière agression et l'expertise médicale de l'enfant :

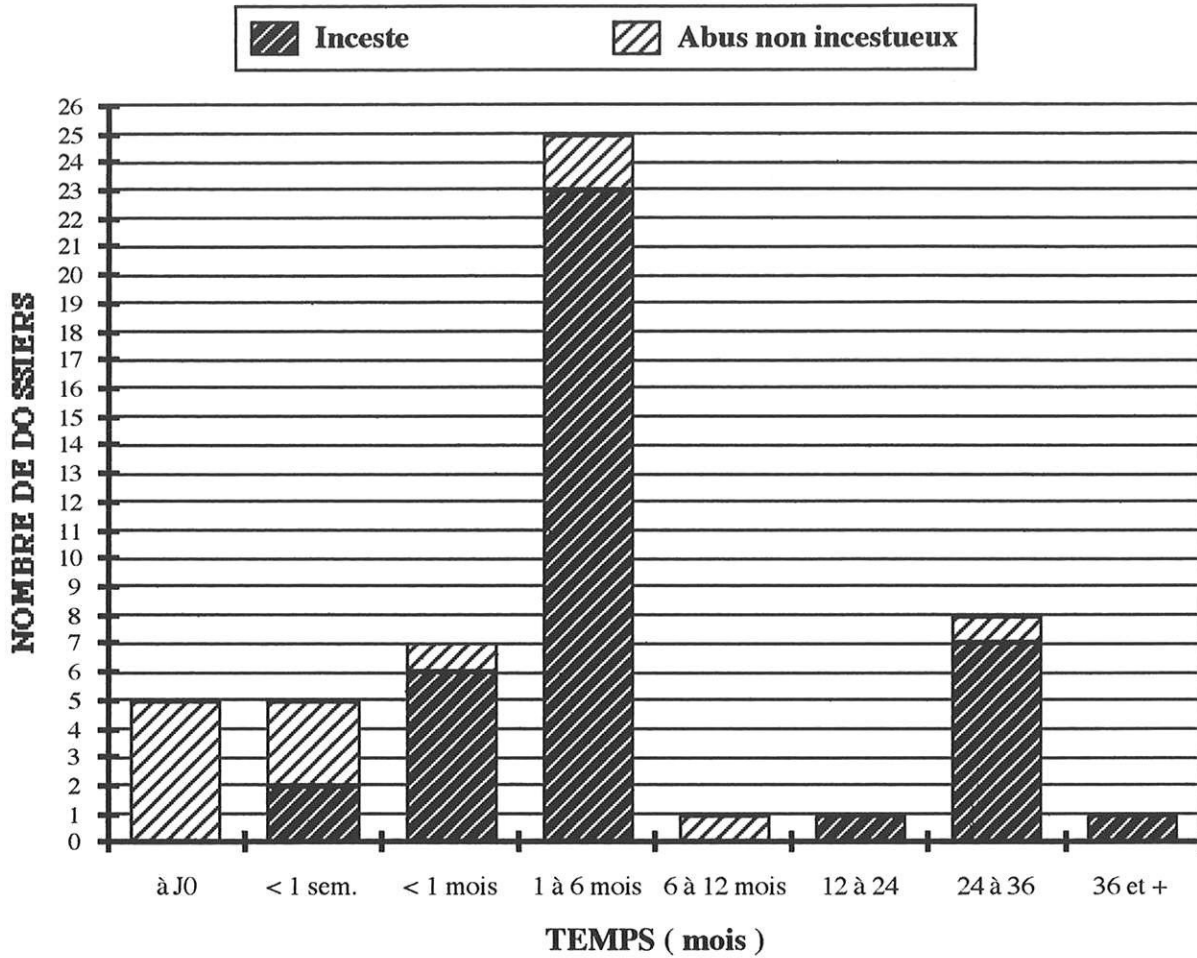
Le délai moyen entre la dernière agression et l'expertise médicale de l'enfant, calculé sur les 53 dossiers de notre étude, est de 6 mois. La répartition dans le temps est de 3 heures à plus de 3 ans. (*GRAPHIQUE N°4*)

Nous constatons que 73 % des enfants (42 cas sur 53) ont été examinés dans un délai inférieur à 6 mois.

La tranche correspondant à un intervalle de 1 à 6 mois est la plus représentée puisque 79 % des enfants (25 enfants sur 53) ont été examinés dans ce délai.

Les seuls cas examinés le jour même de l'agression correspondent à des situations où les enfants avaient subi un abus sexuel de nature non incestueuse.

GRAPHIQUE 4 : REPARTITION DU NOMBRE DE DOSSIERS EN FONCTION DE L'INTERVALLE DE TEMPS ECOULE ENTRE LA DERNIERE AGRESSION ET L'EXPERTISE MEDICALE



Synthèse des éléments médicaux recueillis concernant les enfants victimes d'abus sexuels de notre étude:

L'étude des éléments recueillis sur les enfants victimes d'abus sexuels montre qu'ils ne possèdent pas d'antécédents médicaux particuliers, le plus souvent ils sont non pubères (56,5% des cas) au moment de leur première agression.

L'abus a été suivi dans 85% des cas de signes fonctionnels d'intensité et de nature variables en fonction de son type mais ceux-ci ont rarement motivé une consultation médicale.

Enfin, l'enfant est vu en consultation pour expertise dans un délai moyen de 6 mois, ce qui entraîne malheureusement la disparition ou la cicatrisation de nombreuses lésions traumatiques et rend le diagnostic d'abus sexuel plus délicat.

III - EXAMEN SOMATIQUE DE L'ENFANT :

1 - Examen général :

A- La recherche de signes de violence :

Seuls 4 enfants sur 53 (7,5 %) sont porteurs de traces de violences corporelles :

(Dossiers N°12, 13, 40, 43)

Il s'agit d'ecchymoses de la face interne des cuisses ou des fesses (Dossiers N°12, 13, 43) et d'excoriations cutanées au niveau des membres supérieurs (Dossier N°40).

Ces 4 victimes ont été examinées rapidement, dans un délai de moins de 8 jours après leur agression. Ce court délai de prise en charge médicale permet de constater l'existence de ces lésions fugaces.

Chez l'un des enfants (Dossier N°21), la prise en charge médicale met en évidence une souffrance psychique importante se traduisant par des troubles du comportement alimentaire (anorexie), des troubles du sommeil et une régression des acquisitions.

Dans 90,5 % des cas (48 observations sur 53), la prise en charge médicale ne retrouve pas de signe de violence physique ou psychique. Cet élément est certainement lié à l'allongement du délai écoulé entre l'agression et l'expertise, qui facilite la disparition des éventuels symptômes.

B - L' appréciation du développement pubertaire de l'enfant :

Comme nous l'avons souligné auparavant, l'appréciation du développement pubertaire de l'enfant est importante car il conditionne, de part les variations hormonales qu'il induit, des modifications de la morphologie des appareils génitaux (orientation, taille, coloration, leur efficacité lors de pratiques sexuelles), mais aussi des modifications au niveau des muqueuses génitales et de leurs sécrétions.

Parmi les enfants, 47 % (25 cas sur 53) sont non pubères au moment de leur prise en charge médicale, 21 % (11 cas sur 53) voient leur puberté en cours d'installation, et 32 % des enfants (17 cas sur 53) sont post-pubères.

TABLEAU N°5 : REPARTITION DE LA POPULATION EN FONCTION DU DEVELOPPEMENT PUBERTAIRE AU MOMENT DE L'EXPERTISE MEDICALE :

CASN=53	PUBERTE	NON PUBERE	PUBERTE EN COURS	POST PUBERE (ou réglée)
INCESTE n = 40 Dossiers (n°)	20 (les autres)	7 (8.32.43.45.47.48.51)	13 (5.6.7.11.12.16.23.30. 31.39.41.42.52)	
AUTRES n = 13 Dossiers (n°)	5 (3.9.18.19.33)	4 (22.25.35.40)	4 (44.49.50.53)	
Total	25 (47 %)	11 (21 %)	17 (32 %)	

Si nous comparons les données de ce tableau, à celles du tableau N°4 relatant la notion de puberté au moment de l'agression, nous observons :

- la distribution est identique d'un tableau à l'autre en ce qui concerne la distribution de la population victime d'abus sexuels non incestueux (n = 13). Cette constatation peut être liée à deux raisons :

- . 11 enfants sur 13 ont été pris en charge très tôt après leur agression avant toute modification de leur statut pubertaire,
- . les 2 autres jeunes victimes qui ont été prises en charge plus tardivement étaient déjà post-pubères au moment de leur agression et n'ont donc pas changé de statut.

- en ce qui concerne les 40 dossiers d'inceste, la distribution est modifiée d'un tableau à l'autre :

25 % des enfants victimes d'incestes (10 cas sur 40) ont changé de statut pubertaire entre le moment de leur première agression et l'expertise médicale.

Ce changement est dû à l'allongement du délai de prise en charge médicale dans les situations incestueuses.

2 - Examen gynécologique :

A - Les conditions de l'examen :

Comme pour l'examen clinique général, l'examen gynécologique a été réalisé après avoir expliqué à l'enfant les objectifs de cet examen, ses modalités, les éventuelles explorations qui seront effectuées, et après avoir obtenu son consentement.

L'examen gynécologique a été facile à réaliser chez 52 enfants sur 53. Seule une enfant (Dossier N°36) a manifesté une opposition qui a gêné le bon déroulement de son examen.

Aucun de ces enfants n'a été examiné sous anesthésie générale ou sous une quelconque sédation.

B - La position d'examen :

Les enfants jeunes ou de petite taille ont été examinés en décubitus dorsal avec supination des membres inférieurs (avec écartement des grandes lèvres chez les filles).

La position gynécologique classique est utilisée pour des filles de plus grande taille ou de morphologie adulte.

C - L'examen des organes génitaux féminins :

Cet examen débute par une inspection minutieuse de la région périnéale et des organes génitaux externes.

Cette première phase de l'examen gynécologique est réalisée de façon méthodique en s'aidant au besoin d'un colposcope. Il est utilisé ici pour obtenir un agrandissement suffisant permettant une meilleure visualisation de la zone étudiée. Cet instrument est classiquement couplé à une source lumineuse unifocale et, au besoin, adapté à un appareil photographique. Son utilisation n'a pas été systématique : 79 % des enfants (38 cas sur 48) ont été examinés à l'aide d'un colposcope, aucun cliché photographique n'a été effectué à cette occasion. Il s'agissait là principalement de fillettes non pubères ou présentant des ébauches pubertaires.

Remarque :

La simple utilisation d'une loupe grossissante associée à une source d'éclairage suffisante peut remplacer le colposcope dans cette indication, (mais cette technique n'a pas été employée).

a - Examen de la vulve :

La vulve est examinée élément par élément :

- grandes lèvres
- petites lèvres
- vestibule
- fourchette postérieure.

Chez 92 % des filles examinées (44 enfants sur 48), la région vulvaire est indemne de toute lésion. Dans 8 % des cas (4 filles sur 48), des anomalies vulvaires sont retrouvées au niveau d'un ou plusieurs éléments anatomiques :

- lésions des grandes lèvres chez 3 filles sur 48 :
 - . dossier N°21 : tuméfaction isolée de la grande lèvre gauche,
 - . dossier N°22 : tuméfaction des grandes lèvres gauche et droite,
 - . dossier N°33 : grandes lèvres gauche et droite présentant un oedème.
- lésions des petites lèvres chez 1 filles sur 48 :
 - . dossier N°33: lésion au niveau de la partie postérieure de la face externe de la petite lèvre gauche, associée à une lésion punctiforme et à une plaie linéaire fine de 5 mm de long.
- lésions de la fourchette postérieure : chez 2 filles sur 48 :
 - . dossier N°22 :petite ligne d'excoriation étroite de 0,2 x 6 mm de long suintant légèrement le sang,
 - . dossier N°23 : fourchette inflammatoire et oedématiée.
- lésions vestibulaires : chez 3 filles sur 48 :
 - . dossier N°22 :vestibule légèrement élargi dans sa partie postérieure,
 - . dossier N°23 : vestibule inflammatoire
 - . dossier N°33 : vestibule oedématié.

b - Examen de l'hymen :

L'examen de cette cloison membraneuse incomplète qui sépare le conduit vaginal de la vulve, s'attachera à étudier :

- la forme ou configuration de l'hymen :

- . elle est précisée lors de l'examen de 19 % des filles (9 filles sur 48) : à chaque fois il s'agit d'un hymen circulaire,
- . dans un de ces cas (dossier N°50), cette précision morphologique est accompagnée d'une description des caractéristiques de l'anneau hyménéal qui est considéré comme peu développé par rapport à sa racine d'insertion.

- la taille de l'orifice hyménéal :

- . 33 % des dossiers étudiés (16 filles sur 48) fournissent des renseignements sur la taille de l'orifice hyménéal.
- . La taille de l'orifice est appréciée par un qualificatif : dans 6 cas l'orifice est qualifié de " large " ou " béant ", et dans 10 cas, de " petit ", " limité " ou " étroit ".
- . pour 3 de ces cas, l'orifice hyménéal a été mesuré sans préciser la méthode employée : dans les dossiers N°25 et 26, l'orifice est < 0,5 cm, dans le dossier N°33, l'orifice est < 1 cm.

- le bord libre de l'hymen :

L'examen du bord libre de l'hymen a été fait par l'inspection minutieuse aidée du déplissement digital (ou à l'aide d'un coton tige) de cette membrane.

Chez 58 % des filles (28 filles sur 48), l'hymen possède un bord libre continu.

Cet examen met en évidence chez 42 % des filles (20 filles sur 48) une ou des solutions de continuité (des incisures plus ou moins profondes pouvant atteindre la racine hyménéale, ou de simples encoches peu profondes) situées sur le bord libre de l'anneau hyménéal :

- . dans 13 de ces dossiers (13 filles sur 48 : 27 % des cas), il existe une description de l'incisure : nombre, profondeur, localisation par rapport au cadran horaire, aspect (traumatique, cicatriciel, constitutionnel, ancien, récent).

- . dans 5 de ces dossiers (5 filles sur 48 : 10 % des cas), les caractéristiques de la solution de continuité ne sont pas décrites. Ces dossiers portent la mention "hymen rompu".
- . dans 2 dossiers, l'existence d'encoches du bord libre de l'hymen a été noté.

c - Examen du vagin :

Il a pour but d'apprécier l'état de la muqueuse vaginale, à la recherche de signes d'imprégnation hormonale, de lésions internes d'origines traumatiques ou infectieuses.

Il a été impossible d'apprécier l'état de la muqueuse vaginale chez 33,5 % de la population féminine (16 filles sur 48), en raison de l'existence d'un orifice hyménéal trop étroit pour permettre une visualisation directe de la muqueuse ou pour réaliser la pose d'un spéculum. Il s'agit là de filles pré-pubères.

La muqueuse vaginale a pu être observée chez 66,5 % des filles (32 filles sur 48) :

- pour 16 filles, la muqueuse vaginale a pu être partiellement visualisée à travers un orifice hyménéal de taille suffisante permettant l'examen direct (seule méthode d'examen possible pour ces jeunes filles).
- pour les 16 autres filles, l'aspect de la muqueuse vaginale a été apprécié grâce à la pose d'un spéculum gynécologique dont le retrait se pratique lentement, valves entre-ouvertes, afin de vérifier l'état des parois vaginales. Deux types de spéculum ont été utilisés : le spéculum de vierge (largeur des valves de 16 mm) ou le spéculum taille adulte (largeur des valves de 25 mm).

*** Emploi du spéculum gynécologique dans l'exploration de la cavité vaginale :**

(*TABLEAU N°6*)

Cette exploration n'a pas été tentée chez 66,5 % de la population féminine (32 filles sur 48) : chez 22 fillettes non pubères, 9 des 10 fillettes présentant quelques signes pubertaires et chez une jeune fille post-pubère qui a refusé cet examen (dossier N°39).

En effet, cette manoeuvre est traumatisante :

- sur le plan physique : l'introduction d'un spéculum dans un orifice hyménéal étroit compte-tenu de l'âge de l'enfant, peut être douloureuse, induire des lésions muqueuses ou accentuer des lésions préexistantes, d'autant plus qu'un enfant jeune peut s'agiter lors de cette manoeuvre.
- sur le plan psychique : cet acte peut être mal compris par l'enfant jeune, et considéré comme une répétition du traumatisme sexuel déjà subi.

Cette exploration a été effectuée chez 33,5 % de la population féminine (16 filles sur 48) : chez 15 jeunes filles post-pubères et une autre présentant des signes pubertaires.

- parmi les 15 jeunes filles post-pubères :

. 7 d'entre elles qui présentaient des signes de défloration ancienne et banale, ont pu être explorées à l'aide d'un spéculum taille adulte.

. les 8 autres, d'âge moyen de 14 ans, 1 mois, ont été examinées grâce à la pose d'un spéculum de vierge. Leur orifice hyménéal était de taille plus réduite que dans le groupe précédent, et ne permettait pas la pose d'un spéculum de taille adulte.

Seules 3 de ces jeunes filles (dossiers N°30, 31 et 41) présentaient des signes de défloration. Parallèlement, l'examen notait chez elles un retard staturo-pondéral lié à leurs origines asiatiques (dossier N°41), ou à de mauvaises conditions de vie associées à un syndrome de Sylverman (dossiers N°30 et 31). Elles ont été victimes d'agresseurs de petite taille, ce qui laisse supposer qu'il n'existait pas de disproportion entre leurs organes génitaux.

- enfin, une fillette (dossier N°35) présentant des signes pubertaires a pu être explorée avec un spéculum de vierge, en raison d'une configuration hyménéale " complaisante " (anneau souple) permettant aisément et sans douleur la pose du spéculum.

Chez une seule jeune fille (dossier N°23), l'examen de la cavité vaginale a permis de mettre en évidence une muqueuse inflammatoire recouverte d'un enduit grisâtre épais. Il s'agissait là d'une infection à trichomonas.

**TABLEAU N°6 : UTILISATION DU SPECULUM GYNECOLOGIQUE
DANS L'EXAMEN DES ENFANTS VICTIMES D'ABUS SEXUELS,
EN FONCTION DE LEUR DEVELOPPEMENT PUBERTAIRE :**

UTILISATION DU SPECULUM	PUBERTE n = 22	PUBERTE EN COURS n = 10	POST PUBERE (ou réglée) n = 16	FILLES n = 48
SPECULUM / ADULTE Dossiers (n°)	0	0	7 (56.12.23.49.50.53)	7
SPECULUM / VIERGE Dossiers (n°)	0	1 (35)	8 (7.11.16.30.31.41.42.52)	9
EXPLORATION NON TENTEE Dossiers (n°)	22 (les autres)	9 (22.25.32.40.43.45.47.48.51)	1 (39)	32

*** Le toucher vaginal : (TABLEAU N°7)**

Le toucher vaginal est en général effectué après l'examen loco-régional et l'éventuelle pose d'un spéculum gynécologique. Il apprécie l'état de l'appareil génital haut (col utérin, mobilité utérine) et apprécie la capacité vaginale.

Cette exploration n'a pas été tentée chez 67 % de la population féminine (32 filles sur 48) :

- chez 22 fillettes non pubères et 8 des 10 fillettes présentant des signes pubertaires : cet examen n'a pas été effectué pour les mêmes raisons invoquées dans l'usage du spéculum vaginal,
- chez une jeune fille post-pubère (dossier N°52) et chez une fillette présentant des signes pubertaires (dossier N°35 : cet examen n'a pas été pratiqué en raison de son refus).Cependant, elles avaient accepté auparavant une exploration vaginale avec pose d'un spéculum de taille vierge.

En revanche, le toucher vaginal a été réalisé chez 33 % de la population féminine (16 filles sur 48) :

- chez 15 jeunes filles post-pubères : 7 d'entre elles ont subi un toucher vaginal unidigital et les 8 autres, un toucher vaginal bidigital,
- chez une fillette dont la puberté est en voie d'installation (dossier N°40), le toucher vaginal unidigital a été pratiqué sans difficulté et sans douleur.

**TABLEAU N°7 : PRATIQUE DU TOUCHER VAGINAL (T.V.)
DANS L'EXAMEN DES ENFANTS VICTIMES D'ABUS SEXUELS,
EN FONCTION DE LEUR DEVELOPPEMENT PUBERTAIRE :**

PRATIQUE DU T.V.	PUBERTE	NON PUBERE n = 22	PUBERTE ENCOURS n = 10	POST PUBERE (ou réglée) n = 16	FILLES n = 48
T.V.BIDIGITAL Dossiers (n°)		0	0	8 (5.6.12.23.41.49.50.53)	8
T.V.UNIDIGITAL Dossiers (n°)		0	1 (40)	7 (7.11.16.30.31.39.42)	8
T.V.NON PRATIQUE Dossiers (n°)		22 (les autres)	9 (22.25.32.35.43.45.47.48.51)	1 (52)	32

Si nous comparons la distribution de la population féminine en fonction des explorations subies (*TABLEAUX N°6 ET N°7*), nous remarquons :

- 7 des 8 jeunes filles post-pubères (dossiers N°5, 6, 12, 23, 49, 50, 53) qui ont subi une exploration vaginale avec pose d'un spéculum taille adulte, ont aussi toléré un toucher vaginal bidigital. La pratique de ces deux explorations affirme l'existence de relations sexuelles complètes et répétées, ce qui est confirmé chez ces jeunes filles par la présence de signes cliniques de défloration banale et ancienne.

- chez la 8 ème jeune fille post pubère (dossier N°41), un toucher vaginal bidigital douloureux a été réalisé alors que le toucher unidigital était aisé et indolore. Il s'agit là d'une jeune fille d'origine asiatique de petite taille constitutionnelle qui présentait des signes cliniques de défloration ancienne et banale suite à un abus sexuel perpétré par un individu de même corpulence et de même origine ethnique.

- 6 des 8 jeunes filles explorées par un spéculum de vierge, ont également subi un toucher vaginal unidigital :

. l'examen gynécologique de 2 de ces 7 jeunes filles (dossiers N°30 et 31) montrait des signes de défloration. Ces 2 soeurs présentant un retard staturo-pondéral d'origine carencielle avaient été victimes d'un inceste commis par leur père petite taille constitutionnelle,

. pour les 5 autres, l'examen gynécologique excluait la possibilité de rapport sexuel complet, mais dans 4 cas (dossiers N°7, 11, 16, 42), il n'éliminait pas la tentative de pénétration vaginale forcée.

Le toucher vaginal a permis de poser un diagnostic de grossesse chez deux jeunes filles (dossiers N°6 et 49), mais aussi de relier une douleur abdominale basse à son origine vésicale chez une autre jeune fille (dossier N°40).

D - L'examen des organes génitaux masculins :

La population masculine est composée de 5 garçons : dossiers N°8, 17, 18, 44, 46. L'examen du pubis, du périnée, de la verge et du scrotum de ces 5 garçons s'est avéré strictement normal.

E - L'examen de la région anale :

a - Inspection de la marge anale :

De même que pour l'inspection des organes génitaux externes, l'inspection de la marge anale peut être réalisée à l'aide d'un colposcope. L'utilisation de cet appareil n'a pas permis de déceler de lésion lors de l'examen de la région anale des enfants de notre étude.

Cet examen recherche des signes d'irritation (oedème, inflammation), saignement local, lésions, (fissures, érosions, plaies, hémorroïdes) et vérifie l'aspect des plis radiés de l'anus.

Dans notre étude, l'inspection de la marge anale a retrouvé chez une jeune fille (dossier N°42), une hémorroïde de petite taille située à 12 heures. L'origine de cette lésion ne peut être rattachée à l'unique épisode de sodomie perpétré sur cette victime.

b - Le toucher rectal :

Le toucher rectal n'est pas systématique. Il a été réalisé dans 20,75% des situations

(11 enfants sur 53) : dossiers N°8, 12, 15, 16, 17, 18, 41, 42, 44, 46, 48.

Lorsqu'il est effectué, c'est uniquement dans le but d'une étude proctologique, à la recherche de lésions sphinctériennes causées par un acte de sodomie ou en cas de suspicion d'une sodomie (ex: enfant issu d'une fratrie où l'un des enfants a été victime de ce type d'agression).

Chez un enfant (dossiers N°41), cet examen met en évidence un sphincter anal "complaisant ".
Chez un autre (dossier N°44), le sphincter anal externe est discrètement hypotonique sur son premier centimètre.

IV - PRELEVEMENTS EFFECTUES SUR L'ENFANT :

1 - Les prélèvements locaux :

Ces prélèvements sont effectués au niveau vaginal ou vulvaire chez la fille, ou au niveau des organes génitaux externes et de l'urètre chez les garçons.

Dans notre étude, ils recherchent :

- des germes responsables ou non de maladies sexuellement transmissibles, par des techniques de mise en culture et par examen direct du produit des prélèvements.

Cette recherche a été réalisée chez 75 % des enfants (40 cas sur 53),

- des spermatozoïdes, par méthode cytopathologique.

Cette recherche a été réalisée chez 35,5 % des filles (17 cas sur 48).

A - Les germes retrouvés :

- Mycoplasme : dans 3 prélèvements sur 40 (7,5 %),

- Trichomonas : dans 1 prélèvement sur 40 (2,5 %),

- Chlamydiae : dans 4 prélèvements sur 40 (10 %), par examen direct en Immunofluorescence et dans 1 prélèvement sur 40 (2,5 %), par culture sur milieu cellulaire.

- Staphylocoque epidermidis : dans 5 prélèvements sur 40 (12,5 %),

- Entérobactéries Gram - : dans 3 prélèvements sur 40 (7,5 %),

- Streptocoque non hémolytique : dans 2 prélèvements sur 40 (5 %),

- Streptocoque fecalis : dans 2 prélèvements sur 40 (5 %),

- Streptocoque B : dans 1 prélèvement sur 40 (2,5 %),

- E . Coli : dans 1 prélèvement sur 40 (2,5 %)

- Candida albicans : dans 1 prélèvement sur 40 (2,5 %),

- Papovavirus : dans 1 prélèvement sur 40 (2,5 %).

Remarques :

- résultats négatifs : dans 21 prélèvements sur 40 (62,5 %)

- dans 4 prélèvements, plusieurs germes ont été isolés (dossiers N°3, 12, 23, 47, 48).

B - Les résultats de la recherche de spermatozoïdes :

Pratiquée chez 35,5 % de la population féminine (17 filles sur 48), cette recherche est négative, pour tous les prélèvements effectués.

Remarque :

La notion de toilette locale (ou bain) éventuellement pratiquée sur l'enfant avant les prélèvements, n'est pas précisée dans les observations.

Cette recherche n'a pas été réalisée chez les filles qui n'ont pas eu de contact sexuel avec leur agresseur , ni chez celles qui ont été soumises à ce type de contact il y a plus d'un mois.

2 - Les prélèvements sanguins :

Deux types de prélèvements sont effectués :

A - Les sérologies :

Réalisées dans notre étude, le but de rechercher les maladies sexuellement transmissibles : syphilis, chlamydiae, hépatites B et C, mycoplasme, HIV 1 et 2 , elles pourront être contrôlées un mois plus tard en cas d'abus sexuel récent (abus datant de moins de 1 mois), sauf la sérologie HIV qui sera vérifiée à 3 mois.

Elles n'ont pas été pratiquées de façon systématique : elles ont été réalisées chez les enfants victimes d'attouchements sexuels (avec ou sans pénétration génito-vaginale), et chez les victimes de pénétration ou tentative de pénétration génito-anales, soit chez 68 % de la population étudiée (36 cas sur 53).

*** Les résultats :**

- sérologies négatives dans 59,5 % des cas (22 prélèvements sur 37),
- sérologies Chlamydiae positives à des titres différents, dans 35 % des cas (13 prélèvements sur 37),
- sérologies à Mycoplasme positives dans 5,5 % des cas (2 prélèvements sur 37).

Remarque :

Une sérologie à Herpès Virus, effectuée à la demande du gynécologue initialement consulté, s'est avérée positive chez une fillette (dossier N°19) présentant une présomption de rupture de l'anneau hyménéal lors de son examen gynécologique.

Parmi les dossiers pour lesquels nous connaissons les résultats des contrôles sérologiques, nous avons noté un seul cas de séroconversion (dossier N°12) : une sérologie positive à Mycoplasme est devenue négative lors de son contrôle à un mois, après traitement.

B - Le dosage des BHCG :

Ce dosage a été réalisé chez les filles post-pubères et / ou réglées, victimes d'attouchements sexuels avec ou sans pénétration, et qui n'ont pas eu de menstruations depuis leur agression.

Il a été effectué chez 7 jeunes filles sur 48, et s'est avéré positif dans un seul cas (dossier N°49).

Remarque :

Le second diagnostic de grossesse effectué dans notre étude (dossier N°6) était cliniquement évident et n'a pas nécessité de dosage des BHCG.

3 - Les autres prélèvements :

Aucun prélèvement au niveau anal ou buccal n'a été effectué chez les enfants de notre étude.

Une demande de prélèvement à la recherche de spermatozoïdes a été ordonnée au niveau des vêtements de la jeune fille qui avait perdu connaissance lors de son agression (dossier N°40) : les résultats de cette recherche nous sont inconnus.

Un examen cytobactériologique des urines a été réalisé chez 55 % des enfants (29 enfants sur 53). Ils avaient subi une agression avec contacts sexuels datant de moins d'un mois ou présentaient des signes fonctionnels urinaires.

Cet examen s'est avéré positif dans un seul cas (dossier N°10) : un staphylocoque epidermidis a été retrouvé, il s'agissait là d'une souillure probable.

V - RESULTATS DES PRELEVEMENTS EFFECTUES SUR L'AGRESSEUR :

Il est difficile de savoir si des prélèvements ont été effectués sur les agresseurs. Dans l'affirmative, il est encore plus difficile d'en connaître les résultats.

Nous avons retrouvé les résultats concernant :

- l'agresseur de la jeune fille du dossier N°6 : des prélèvements sanguins ont été effectués chez cet agresseur, sa victime et leur enfant, en vue d'une recherche en paternité. Les résultats de ces prélèvements ont confirmé une paternité probable à 99,96 %.
- l'agresseur de la jeune fille du dossier N°12 : un prélèvement sanguin à visée bactériologique a retrouvé une sérologie à chlamydiae positive (IgG positive, IgM négative) chez l'agresseur et sa victime, confirmant la transmission sexuelle de cette infection,
- l'agresseur de la jeune fille du dossier N°3 : un prélèvement effectué au niveau urétral de l'agresseur immédiatement après l'agression (et avant toute miction), a mis en évidence des spermatozoïdes, confirmant la survenue récente d'une éjaculation.

VI - CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE :

1 - Du point de vue clinique :

L'examen clinique retrouve :

A - Les lésions de défloration ancienne et banale :

Elles ont été notées chez 25 % de la population féminine (12 jeunes filles sur 48).
Ces jeunes filles ont rapporté des agressions sexuelles avec pénétration vaginale suivies de douleurs périnéales et de saignements.
2 de ces jeunes filles étaient enceintes au moment de l'expertise (dossiers N°6 et 49) : une de ces grossesses était consécutive à l'agression sexuelle (dossier N°6).
D'autres présentaient aussi des germes sexuellement transmissibles au niveau de leurs prélèvements.

B - L'examen gynécologique et anal normal :

Dans 58,5% des cas (31 enfants sur 53), l'examen gynécologique et anal s'est avéré strictement normal.

L'absence de lésion ne permet pas d'éliminer catégoriquement la survenue d'un abus sexuel. En effet, 5 enfants dont l'examen gynécologique était normal présentaient un germe sexuellement transmissible au niveau de leurs prélèvements :

- dossier N°3 : infections à Mycoplasme et à chlamydiae retrouvées au niveau du prélèvement local ,
- dossier N° 4 : sérologie à chlamydiae positive (+ 1 / 128 ème),
- dossier N°15 : sérologie à chlamydiae positive (+ 1 / 32 ème),
- dossier N°47 : sérologie à chlamydiae positive (+ 1 / 32 ème), et Ag Chlamydiae retrouvé à l'examen direct en IF.,
- dossier N°48 : sérologie à chlamydiae positive (+ 1 / 64 ème), et Ag Chlamydiae retrouvé à l'examen direct en IF.,

C - Les résultats " suspects " :

L'interprétation des résultats de l'examen clinique ne permet pas toujours d'apporter une conclusion satisfaisante permettant de trancher clairement en faveur ou non d'un abus sexuel :

- l'expertise de 10,5 % de la population féminine (5 filles sur 48) met en doute une tentative de défloration (dossiers N°19, 21, 22, 35, 42 et 51),
- pour 8,5 % de la population féminine (4 filles sur 48), elle conclut à l'absence de défloration sans exclure la possibilité de pénétration digito-vaginale (dossiers N°7, 11, 36, 33).

D - Les lésions anales :

Ces lésions permettent d'évoquer une pénétration anale : elles sont retrouvées chez 4% des enfants (2 enfants sur 53).

2 - Du point de vue bactériologique :

Parmi les enfants examinés, 26,5 % (14 enfants sur 53) présentaient des germes sexuellement transmissibles au niveau de leurs prélèvements (prélèvements locaux et / ou sérologies positives à un titre significatif).

De plus : (*TABLEAU N°8*)

- 5 d'entre eux présentaient des signes de défloration (dossiers N°5, 12, 23, 49, 50),
- l'examen de 3 autres enfants laissait un doute sur une tentative de défloration (dossiers N°19, 22, 35),
- un jeune garçon (dossier 46) appartenant à une fratrie ayant été victime des mêmes agresseurs que les enfants des dossiers N°15, 47, 48, présentait une sérologie positive à Chlamydiae (+ 1 / 32 à IgG),
- 3 enfants (dossiers N°3, 12, 23) présentaient simultanément plusieurs germes de maladies sexuellement transmissibles.

**TABLEAU N°8 : CORRELATIONS ENTRE LES M.S.T. RETROUVEES ET
LES RESULTATS DE EXAMENS GYNECOLOGIQUES
PRATIQUES SUR LES ENFANTS :**

EXAMEN DES FILLES MST.	ABSENCE DE SIGNE DE DEFLORATION n = 5	DOUTE n = 3	SIGNES DE DEFLORATION n = 5
CHLAMYDIAE Dossiers (n°)	5 (3.4.15.47.48)	1 (35)	3 (12.23.50)
MYCOPLASME Dossiers (n°)	1 (3)	1 (22)	2 (12.49)
TRICHOMONAS Dossiers (n°)	0	0	1 (23)
PAPOVAVIRUS Dossiers (n°)	0	0	1 (5)
HERPES VIRUS Dossiers (n°)	0	1 (19)	0

VII - TRAITEMENTS ET SURVEILLANCE INSTITUES SUITE A L'EXPERTISE :

1 - Traitements anti-infectieux :

Un traitement anti-infectieux a été prescrit chez 7 des 14 enfants qui présentaient une maladie sexuellement transmissible. Ce traitement est connu dans 4 cas seulement :

- chez une jeune fille (dossier N°23) qui présentait des infections à Trichomonas et à Chlamydiae Trachomatis, un traitement associant Polyginax* et Mynocine* a été institué sans que l'on en connaisse sa durée, ni sa posologie.
- chez 3 enfants (dossiers N°46, 47, 48) qui présentaient une infection à Chlamydiae Trachomatis, un traitement par Vibramycine* a été prescrit à raison d'un comprimé par jour pendant 20 jours.

2 - Surveillance de grossesse :

Deux grossesses ont été diagnostiquées lors de l'expertise (dossiers N°6 et 49) :

- la jeune fille (dossier N°6) dont la grossesse, résultant d'un inceste père-fille, a été découverte au cours du 5 ème mois, a fait une demande d' interruption thérapeutique de grossesse (ITG) sur le conseil de sa mère.

Une concertation à ce sujet entre gynécologue, pédiatre et psychiatre a récusé l'indication d' ITG. La grossesse a donc été suivie jusqu'à son terme sous contrôle médical mensuel et a abouti à un accouchement sous anonymat en vue d'un abandon immédiat d'enfant.

- la jeune fille (dossier N°49) dont la grossesse découverte au cours du premier mois d'évolution était désirée et ne résultait pas de l'agression sexuelle, a été suivie mensuellement par un médecin. Cette jeune fille présentait également une infection gynécologique à Mycoplasme dont le traitement nous est inconnu. De même, nous ignorons l'issue de cette grossesse .

VIII - LES CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE :

Sur 53 enfants expertisés devant la suspicion d'un abus sexuel (48 filles et 5 garçons), l'examen gynécologique a permis de conclure à :

*** des lésions de défloration ancienne :** retrouvées chez 12 jeunes filles sur 48.

Dossiers N°5, 6, 12, 16, 23, 30, 31, 39, 41, 49, 50, 53.

Ce sont des lésions de défloration ancienne et banale, sans signe de traumatisme ou violence associée.

Ces 12 jeunes filles ont rapporté des agressions sexuelles avec rapports sexuels et pénétrations génito-vaginales isolées ou associées à un autre acte. Cette agression a été suivie de signes fonctionnels : douleurs périnéales et saignements d'origine génitale.

Deux de ces jeunes filles (dossiers N°6 et 49) présentaient des signes de grossesse au moment de l'expertise. Cinq autres présentaient une maladie sexuellement transmissible (dossiers N°5, 12, 23, 49, 50).

*** l'absence de lésion gynécologique :** chez 25 filles sur 48.

Cette absence de lésion ne permet pas d'éliminer la survenue d'une agression sexuelle avec contacts sexuels, d'autant plus que parmi ces 25 filles, 5 d'entre elles présentent une maladie sexuellement transmissible (dossiers N°3, 4, 15, 47, 48).

*** au doute sur une éventuelle tentative de défloration :** chez 7 filles sur 48.

Dossiers N°19, 21, 22, 35, 42, 43, 51.

L'examen clinique a permis de suspecter une tentative de défloration ou de rapport sexuel strictement intra-vestibulaire chez 7 filles sur 48. Deux d'entre elles présentaient en outre, une maladie sexuellement transmissible (dossiers N°22 et 35).

*** l'absence de lésion de défloration mais possibilité de pénétration digito-vaginale :** chez 4 filles sur 48.

Dossiers N°7, 11, 33, 36.

*** l'absence de lésion génitale et anale** : chez 4 garçons sur 5.

Dossiers N°8, 17, 18, 46.

Le garçon du dossier N°46 présentait de plus une maladie sexuellement transmissible identique à celle retrouvée chez les membres de sa fratrie (dossiers N°47 et 48).

*** des lésions anales évoquant une sodomie ou tentative de sodomie** : chez 2 enfants sur 53.

Dossiers N°41, 44.

V . DISCUSSION

I - PRISE EN CHARGE MEDICALE DES ENFANTS VICTIMES D'ABUS SEXUELS :

1 - Les enjeux :

Tout médecin peut être amené à accueillir un enfant victime d'abus sexuel. Sa prise en charge poursuit un double but :

- médico-légal : le premier examen médical et ses constatations qui sont fondamentales peuvent aboutir à la rédaction d'un certificat initial signé et remis en mains propres au représentant légal de la victime lorsque celle-ci est mineure. En cas de réquisition, ce certificat est remis à l'autorité requérante.
- thérapeutique : il vise à réparer d'éventuelles lésions causées par l'agression, et à prévenir les risques (prévention d'une grossesse, d'une maladie sexuellement transmissible).

Comme le précisent **J.H.Soutoul**¹ et **F.Pierre** ainsi que **B.Blanc** et **L.Boubli**, que cette victime ou son entourage, si elle est mineure, décide ou non de porter plainte à "chaud", le praticien se doit d'établir un dossier détaillé sur les conditions physiques et psychologiques recueillies sur l'enfant au cours de cette consultation.

Ce souci de précision intervient dans le but d'armer la présumée victime en cas d'instruction judiciaire décidée par le Parquet ou le Juge d'Instruction à la suite d'un dépôt de plainte.

La défense ultérieure de la victime devra, grâce aux éléments recueillis dans le dossier, démontrer les effets de l'agression dont cette dernière a été victime. Elle devra aussi apprécier les bases de l'indemnisation du préjudice corporel et psychologique qui pourront justifier la constitution de partie civile. La richesse des arguments de la Défense dépendra en partie de la qualité des documents médicaux initiaux.

Tout particulièrement, le certificat médical descriptif permettra de mettre en évidence l'existence de lésions anatomiques significatives susceptibles de disparaître en quelques jours (petites lé-

sions récentes pouvant cicatriser rapidement, traces de sperme).

Sans un certificat précis, la victime resterait ensuite dans l'impossibilité d'apporter la preuve des conséquences de l'agression dont elle a été l'objet, lors des audiences judiciaires intervenant plusieurs mois après l'abus sexuel présumé.

2 - Les modalités de cette prise en charge :

Dans notre étude, cette phase de la prise en charge médicale de l'enfant victime d'abus sexuels a été assurée par Monsieur le Professeur TABASTE, Chef du Service de Gynécologie Obstétrique II au CHRU de Limoges, et Médecin Expert auprès des Tribunaux.

La prise en charge des enfants s'est déroulée dans un bureau médical équipé d'une salle d'examen. La présence ainsi que les noms et qualités des témoins éventuels de cette prise en charge ont été consignées (il peut s'agir d'assistants de gynécologie, d'auxiliaires médicaux, d'étudiants, des parents de la victime, d'éducateurs ou d'auxiliaires de justice).

Aucun document tant photographique que vidéo n'a été réalisé.

Pour **Hyden** et **Gallagher**, une prise en charge effectuée par une équipe pluridisciplinaire (gynécologue, pédiatre, pédopsychiatre, assistante sociale, avocat, auxiliaire de justice) est préférable afin d'éviter la répétition des interrogatoires et les risques de pressions (menaces, chantages) qui pourraient venir perturber le témoignage de l'enfant.

Ainsi, dans le meilleur des cas, une équipe composée de médecins, de policiers et de travailleurs sociaux pourraient participer activement à l'interrogatoire de l'enfant, sinon assister à celui-ci derrière une glace sans teint ou visionner son enregistrement vidéo.

Cette prise en charge immédiate par une équipe pluridisciplinaire est aussi souhaitée par **Kivlahan** et coll., leur étude montre que les résultats obtenus en matière de diagnostic et de thérapeutique par la création de réseaux d'état de professionnels spécialisés dans la gestion des victimes d'abus sexuels, sont supérieurs à ceux obtenus par des professionnels de niveaux et de formations équivalentes mais travaillant de façon indépendante.

Bien que tout médecin puisse être sollicité pour prendre en charge une jeune victime d'abus sexuels, il est souhaitable dans l'intérêt de cette dernière que l'examineur ait des connaissances suffisantes sur les modalités de l'interrogatoire d'un enfant, sur l'anatomie génitale de la fillette, sur les prélèvements à effectuer et sur les traitements préventifs à instituer.

Une étude réalisée en 1987 aux USA par **Hibbard** et **Zollinger** auprès de 902 professionnels de la santé, montre que seuls 48,9 % d'entre eux ont reçu un enseignement formel concernant le problème des abus sexuels commis sur les enfants et que 20 % ne possèdent pas les connaissances suffisantes pour identifier un cas de sévices sexuels.

II - INTERROGATOIRE DE L'ENFANT :

1 - Les différents intervenants :

Dans notre étude, l'interrogatoire des jeunes victimes a été conduit par le Professeur TABASTE, le plus souvent après avoir pris connaissance des faits auprès de l'accompagnateur de l'enfant.

Dans 73,6% des cas, la présence d'une tierce personne assistant à l'interrogatoire a été consignée dans le dossier médical. Il s'agissait le plus souvent d'un parent de la victime ou d'un autre accompagnateur.

Pour **Bittner** et **Newberger**, l'interrogatoire de l'enfant ne doit pas être séparé de celui de sa famille, afin de satisfaire à 5 objectifs :

- comprendre l'histoire de la famille et le rôle que l'enfant y joue,
- apprécier les dimensions du risque encouru de l'enfant au sein de sa famille en cas de situation incestueuse,
- prendre connaissance des antécédents médicaux de l'enfant et des membres de sa famille,
- entretenir précocement une relation médecin-famille et encourager la compréhension des parents et leur participation aux soins ultérieurs,
- expliquer à la famille les aspects du processus de protection développé autour de l'enfant et les droits de ce dernier.

Par contre, selon **Hyden** et **Gallagher** ainsi que pour les membres de l'**American Academy of Pédiatrics**, l'enfant doit être interrogé en dehors de la présence de tout autre intervenant, afin d'éviter toute auto-censure et pour limiter la fabrication de fausses dépositions ultérieures.

2 - Les techniques de l'interrogatoire :

La technique utilisée dans notre étude est celle du récit des évènements par l'enfant. Ce récit peut être interrompu par des questions simples et concrètes adaptées à l'âge de l'enfant et ses connaissances afin de lui faire préciser certains points importants. Cet interrogatoire est secondairement complété par des questions posées au fur et à mesure de l'examen clinique, en fonction des découvertes effectuées. Aucun support tel que le dessin ou les jeux de rôles à l'aide des poupées anatomiques n'a été employé.

Selon **Krugman, Chairman et Bays** de l'American Academy of Pediatrics, l'emploi de supports tels que des poupées, dessins ou films devrait être systématique afin de faciliter l'interrogatoire des enfants de 3 à 6 ans.

Cependant, les études menées par **Kendall-Tackett**², mais aussi par **Realmuto** et **Wescow**, suggèrent que l'emploi isolé de poupées anatomiques lors de l'interrogatoire, comme indicateur d'abus sexuel chez un enfant, est inadéquat pour fournir les informations susceptibles de faire suspecter la survenue de telles agressions. En effet, selon leur stade de développement, les jeunes enfants sont plus enclins à s'intéresser à certaines zones anatomiques plutôt qu'à d'autres.

Quelque soit l'âge et les acquisitions de l'enfant, rien ne peut se substituer à l'interrogatoire adapté :

Pour **Hyden et Gallagher**, l'interrogatoire doit débiter par des questions d'ordres divers sur l'environnement et le mode de vie de l'enfant, de manière à "démédicaliser" l'entretien. Des questions plus spécifiques seront secondairement posées, elles seront ciblées sur tout ce qui est susceptible de blesser le corps de l'enfant en passant en revue chaque zone corporelle, et en demandant systématiquement si quelqu'un a "touché" ou "violenté" cette zone.

Les membres de l'**American Committee on Child Abuse and Neglect** insistent sur le fait que les questions posées à l'enfant doivent être ouvertes et ne pas influencer ses réponses.

D'une façon générale, il faut s'abstenir de montrer toute émotion ou attitude pouvant

être interprétée par l'enfant comme du mépris ou de l'incrédulité.

De même, selon **Klein**, la peur de choquer et la gêne que l'on pourrait éprouver en parlant de sexualité à un petit enfant ou à une jeune fille en pleine puberté, aboutissent à un interrogatoire incomplet et mal compris ainsi qu'à des réponses elles mêmes gênées et imprécises.

3 - Les questions à aborder :

A - Les éléments concernant l'enfant :

a - Le sexe :

Parmi les 53 dossiers recueillis dans notre étude, 48 concernent des filles (90,5 % des dossiers) et 5 concernent des garçons (9,5 % des dossiers).

Ces enfants ont un âge moyen de 10 ans et demi au moment de leur prise en charge médicale.

La même répartition par sexe est retrouvée dans les études Anglo-saxonnes et Françaises :

- L'étude américaine de **Mannarino** et **Cohen** menée en 1986 à partir des cas adressés aux sévices médicaux de la ville de Durham retrouve une population composée de 86 % de filles et 14 % de garçons.

- **Lynch** et son équipe ont enquêté auprès de 1599 médecins (généralistes, légistes, pédiatres et pédopsychiatres) et ont analysé les cas d'abus sexuels survenus pendant un an : 85 % des victimes sont des filles.

- L'étude prospective de **Wild** menée à Leeds en Grande-Bretagne en 1986, à partir de cas adressés aux services de pédiatrie par les services sociaux de la ville, retrouve : une population de victimes composée de 93 % de filles et 7 % de garçons.

- En France, dans le service du Professeur **Courtecuisse**, les dossiers de prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels montrent une nette prédominance des filles représentant 86 % des cas recensés.

b - L'âge de l'enfant au moment de sa première agression :

Dans notre étude, l'âge moyen des filles lors de leur premier abus sexuel est de 8ans, 9 mois tandis qu'il s'élève à 9 ans, 6 mois chez les garçons.

De nombreux auteurs confirment que la fillette est plus précocement victime d'abus sexuels que le garçon, en raison de son développement pubertaire plus rapide :

- **Finkelhor**¹(et coll.) dans son étude en 1990 de la prévalence des caractéristiques et des facteurs de risques de l'abus sexuel, montrent que l'âge moyen de survenue du premier abus sexuel est de 9 ans, 6 mois chez les filles et de 9 ans, 9 mois chez les garçons. Ces auteurs mettent en évidence 2 classes d'âges dites "à risques" : celles des 6-8 ans et des 10-12 ans.

Dans notre étude, les classes d'âges les plus "à risques" sont celles des 7-8 ans et 12-13 ans (cf. *CHAPITRE IV: Résultats; GRAPHIQUE N°1*).

L'âge mais surtout le développement pubertaire au moment de son agression sont importants à connaître pour deux raisons :

- Du point de vue psychique, selon **Van Gijsegem**, enseignant à l'Université de Montréal, plus l'abus sexuel survient tôt dans la vie de l'enfant, plus il y a de risques que les blessures psychiques soient irréversibles, particulièrement au niveau de l'identité lorsqu'il s'agit d'un inceste.

Il en découle de fréquents phénomènes de somatisation chez le jeune enfant (malaises, énurésie, douleurs abdominales ...) et des troubles du comportement (anorexie, boulimie, troubles du sommeil, prise de produits toxiques et conduites délinquantes). Parfois même chez l'adolescent, des troubles psychiatriques peuvent apparaître (névroses, syndromes dépressifs, problèmes de sexualité, voire tentatives de suicide).

- Du point de vue gynécologique, d'après **Mathieu**, l'absence d'imprégnation hormonale et les éventuelles disproportions des organes génitaux entre l'agresseur et sa victime, ne permettent pas à la fillette de subir un rapport sexuel complet : ce dernier entraînerait des délabrements périnéaux importants.

Les lésions génitales constatées chez les fillettes sont le plus souvent en rapport avec

la tentative d'introduction de corps étrangers ou avec une tentative de pénétration digito-vaginale.

Classiquement, selon **Wilson, Chabert, Mathieu et Dargent**, on admet qu'avant l'âge de 12 ans chez la fille, l'introduction d'une verge adulte en érection nécessite une violence certaine et provoque des déchirures périnéales graves. Après l'âge de 12 ans et en cas d'imprégnation hormonale suffisante, il est admis que le coït est possible mais la disproportion potentielle des organes génitaux peut aussi être à l'origine de lésions périnéales si le rapport sexuel est complet.

c - Le niveau scolaire de l'enfant :

Tous les enfants de notre étude sont scolarisés mais 9 % d'entre eux présentent un retard scolaire d'au moins un an.

Des études menées sur des échantillons de la population générale montrent que l'âge et le niveau d'éducation peuvent influencer sur :

- le nombre de dénonciations de cas d'abus sexuels :

D'après l'**enquête Rhône-Alpes** réalisée en France en 1989 pour le PROMST (Projet Régional d'Observation des Maladies Sexuellement Transmissibles), il existe un "effet diplôme". Les personnes les plus diplômées de l'échantillon, déclarent davantage d'abus sexuels :

- . niveau inférieur au baccalauréat (50 sujets sur 955) : 5,2 % des cas d'abus sexuels déclarés,

- . niveau supérieur au baccalauréat (43 sujets sur 556) : 7,7 % des cas d'abus sexuels déclarés,

Cette observation est confortée par les résultats concordants des enquêtes étudiantes menées à Paris en 1988 par le CREA (Centre de Recherche sur L'Enfance et L'Adolescence) auprès d'un échantillon représentatif de 1000 étudiants, et à Grenoble en 1989 par le CIMD (Centre Inter-universitaire de Médecine Préventive) auprès de 720 étudiants.

Ces résultats indiquent que la partie "diplômée" de la population s'exprime plus facilement sur les abus subis durant l'enfance, grâce à une meilleure verbalisation et une

meilleure analyse et appréhension des situations abusives.

La prévention auprès des enfants et des adolescents devra tenir compte de cet élément d'inégalité.

- le taux de prévalence de l'abus sexuel :

Siegel, à Los Angeles, a évalué indépendamment l'effet de l'âge et de l'éducation sur le taux de prévalence de l'abus sexuel. La variable "éducation" (en nombre d'années d'étude) n'entraîne pas à elle seule un effet sur le taux de prévalence. Par contre, les personnes les plus jeunes révèlent plus d'abus sexuels survenus pendant leur enfance que les personnes âgées : il s'agit de l'"effet mémoire".

d - La structure familiale et le niveau socio-économique :

Les dossiers de notre étude nous ont permis de connaître la structure familiale entourant chaque enfant, cependant le peu d'éléments en notre possession concernant le niveau socio-économique des familles ne nous permet pas d'en tirer des conclusions.

Dans notre étude :

- 62 % des enfants vivent avec leurs 2 parents naturels mariés,
- 21 % des enfants vivent au sein d'une famille recomposée,
- 4 % des enfants vivent dans des familles où les parents sont séparés,
- 13 % des enfants connaissent d'autres situations familiales.

Il existe peu d'études qui examinent simultanément les variables familiales et socio-économiques.

Contrairement à ce que nous pourrions penser, selon **Wyatt, Finkelhor²⁻³, Kercher** et **Mac Shane**, il ne semble pas y avoir de différences significatives liées au niveau socio-économique dans la prévalence des abus sexuels.

En effet, les études basées sur des échantillons cliniques non représentatifs ont très souvent une sur-représentation des niveaux socio-économiques les plus défavorisés. Il s'agit là d'un biais de recrutement : les classes moyennes plus favorisées sont souvent à l'abri des enquêtes des services sociaux à partir desquels les études de prévalence sont réalisées.

Dans la première étude nationale américaine sur les abus sexuels publiée en 1990, **Finkelhor**¹ et coll. (**Hotaling, Lewis et Smith**), ont montré que les taux de maltraitance sont plus élevés chez les enfants qui ont été élevés chez des familles malheureuses (sur le plan sentimental), qui ont vécu un moment seul avec l'un des deux parents et qui n'ont pas reçu d'éducation sexuelle adéquate. Ces enfants sont plus vulnérables et sensibles aux manipulations des abuseurs qui leur offrent de l'"affection".

Dans la seconde étude nationale américaine publiée en 1992, **Jones et Mac Curdy** ont exploré le lien entre les types de maltraitance, la structure familiale, les caractéristiques démographiques de l'enfant et les variables économiques : parmi les 2814 enfants de cette étude, 17,2 % d'entre eux ont fait l'objet d'abus sexuels (84 % de filles et 16 % de garçons). Leurs caractéristiques :

- les victimes étaient issues dans 47,6 % des cas de familles biparentales (familles recomposées incluses),
- le revenu familial annuel est inférieur à 15000 \$ (82500 francs par an),
- dans 47,6 % des cas, les deux parents travaillent,
- dans 21 % des cas, les familles reçoivent une allocation d'aide sociale.

L'analyse des familles incestueuses montre qu'environ 75 % des abus surviennent dans des foyers défavorisés, selon **Bornstein, Pichot**¹ et coll . La promiscuité, le dysfonctionnement familial et l'absence d'interdit sont les caractéristiques essentielles des familles incestueuses. Différentes circonstances favorisantes vont lui permettre de s'exprimer, entre autre, une recombinaison familiale :

- dans notre étude, 37,5 % des cas d'inceste se produisent dans des familles recomposées,
- **Russell** retrouve 20 % des cas d'inceste survenant au sein de familles recomposées.

e - Alcool, drogue et violence dans les familles incestueuses :

Dans notre étude, la notion d'alcoolisation avouée est retrouvée dans 18 cas d'abus sexuel, il s'agit là uniquement de cas d'inceste (45 % des cas d'inceste).

Dans 40 % des cas d'inceste, nous retrouvons une forme de violence physique ou psychique au sein de la famille.

Il existe un rapport certain entre famille alcoolique et famille incestueuse : selon **Megal et Ali, Wolters, Strauss, Pichot²** et coll., la destruction du couple parental par l'alcool amène à l'inceste et à la violence par la détérioration des relations parentales (tant sur le plan sexuel que relationnel), et par le lever de l'inhibition provoquée par la prise d' alcool.

Swanson et Bornstein constatent également un pourcentage d'alcoolisme chez près de 50 % des auteurs d'abus sexuels (inceste ou non).

Grislain met l'alcoolisme au premier plan des facteurs parentaux favorisant les sévices à enfant. L'alcoolisme et / ou la violence sont notés dans 90 % des dossiers de déchéance de l'autorité paternelle.

B - Les éléments concernant l'agression :

a - Le lieu de l'agression :

Dans notre étude, 72 % des abus sexuels sont survenus au domicile familial de la victime, 22 % ont eu lieu au domicile de l'agresseur et 6 % dans un autre endroit.

Pour **De Jong**, 26 % des agressions ont lieu chez la victime et 21 % chez l'agresseur. Cependant, les filles de moins de 11 ans courent plus de risques d'agression au domicile familial que leurs aînés qui sont moins exposés aux risques d'inceste.

b - La notion de violence pendant l'agression :

Dans notre étude, aucun cas de violence physique isolée n'a été répertorié . Cependant, 40 % des agressions se sont produites sous l'effet d'une violence morale (menaces, chantages). Dans 41,5 % des cas, il existe une association des deux formes de violence, physique et psychique.

Dans 24,5 % des cas , les agressions sont commises sans aucune forme de violence.

Pour **De Jong**, les formes d'abus sexuel accompagnés de violence concernent 36 % des agressions. Pour **Russell**, ce pourcentage s'élève à 41 %. Des résultats similaires apparaissent dans l'étude de **Frappier et Ali** menée à Montréal.

Dans notre étude, 24 % des agressions ont été commises sans aucune notion de violence : nous pouvons alors nous demander, pour ces dernières, survenues en dehors de toute violence et dans un contexte affectif apparemment convenable, si le terme "agression" est approprié.

Ces situations ne peuvent-elles pas correspondre à une forme de jeu amoureux, dont le plus jeune des partenaires ne saisit pas toutes les implications, mais qu'il semble bien accepter dans le présent?

Cette hypothèse semble confirmée par les travaux de **Pichot**² et **Alvin** menés dans l'Unité de Médecine pour Adolescents qu'ils ont créée en 1982 à l'Hôpital Kremlin-Bicêtre à Paris:

- pour certaines jeunes filles victimes d'un inceste père-fille, il existe manifestement une relation de type amoureux entre le père et sa fille avec un vif sentiment d'attachement et d'appartenance. Nous pouvons néanmoins, comme les auteurs, nous demander si la contrainte morale exercée par l'abuseur sur sa victime n'est pas suffisante pour expliquer que l'emploi de violences morale ou physique ne soit pas nécessaire.

- en dehors des situations d'inceste, les agressions sexuelles perpétrées sans violence sont le plus souvent dirigées à l'encontre d'enfants très jeunes, dont l'immaturation ne peut pas leur permettre de prendre conscience de la situation ni de s'y opposer.

Alléon rejoint cette position montrant que l'absence de violence manifeste n'implique en aucune façon l'innocuité psychique de cet acte. Toute excitation externe qui ne correspond pas au degré d'évolution interne et aux possibilités d'intégrations physique et psychique de celui qui la vit est perturbatrice.

Criville reprenant les travaux de **Freud** et de **Ferenczi**, dans son étude de la maltraitance sexuelle, conclut que toute intrusion de l'adulte dans la sexualité de l'enfant, qu'elle soit brutale, apparemment sans violence ou dans le but d'une éducation "libre et sans tabou", par des actes ou des paroles qui véhiculent et imposent la sexualité de l'adulte, est un abus.

c - Les circonstances favorisantes :

Dans notre étude, les situations d'abus sexuel non incestueux sont favorisés par l'absence des parents, laissant l'enfant seul face à son agresseur. Dans les cas d'inceste, l'absence du parent non incestueux et le dysfonctionnement familial semblent favoriser le passage à l'acte dans 77,5% des cas.

Pour de nombreux auteurs : **Wyatt**, **Finkelhor**¹⁻²⁻³, **Kercher** et **Mac Shane**, il est important de souligner qu'il n'y a pas de différence significative liée aux niveaux socio-économiques. Toutes les couches sociales sont touchées par le fléau de l'inceste. De même, ils ne constatent pas de différence significative liée à l'ethnie du sujet.

Williams et **Finkelhor** ont examiné 30 études publiées sur les caractéristiques des pères incestueux. Ils soulignent les points suivants :

- les difficultés éprouvées par les pères incestueux à entretenir un rôle "paternant" envers leur fille,
- un isolement social,
- l'existence d'antécédents d'abus sexuels perpétrés à leur égard(1 cas sur 5),
- l'excitation sexuelle plus importante devant des enfants que devant des adultes (1 cas sur 3).

Les travaux de **Parker** et **Parker** sur les inter-actions précoces entre père et enfant démontrent que les pères incestueux participent moins (53 % versus 24 % dans le groupe témoin) aux soins de leur fille pendant leur petite enfance. Les auteurs suggèrent que la participation aux soins de l'enfant dès son plus jeune âge facilite l'attachement entre père et enfant et crée des inhibitions contre l'utilisation de l'enfant comme objet sexuel.

d - Les date et heure de l'agression, le nombre d'épisodes abusifs :

Dans notre étude, les agressions isolées correspondent le plus souvent à des actes non incestueux alors que dans les situations incestueuses, comme nous pouvions le prévoir, le nombre d'épisodes est le plus souvent supérieur à 5 actes (60,5 % des cas).

Ces constatations se retrouvent dans les travaux de **De Jong**, **Mian** et **Spencer**.

La précision des date et heure de l'agression est importante :

Pour les membres de l'**American Committee on Child Abuse and Neglect**, ainsi que pour **Hyden** et **Gallagher**, lorsque la victime d'un abus sexuel est prise en charge dans les 72 premières heures suivant son agression, l'équipe médicale doit scrupuleusement suivre les protocoles institués et effectuer les prélèvements locaux à la recherche de sperme. Quand plus de 72 heures se sont écoulées, l'examen n'est plus considéré par ces auteurs comme une urgence et par conséquent, il peut être programmé à un moment plus favorable pour l'enfant.

Par contre, pour **Soutoul¹** et **Pierre**, toute victime d'abus sexuel doit être examinée le plus tôt possible après son agression, quelles qu'en soient les date et heure. Cette prise en charge précoce peut permettre:

- la mise en évidence de lésions anatomiques minimales pouvant s'estomper en quelques jours,
- la réalisation de prélèvements locaux (recherche de sperme, de maladies sexuellement transmissibles) et sanguins (sérologies, dosage des BHCG à la recherche d'une grossesse),
- la prescription éventuelle d'une contraception (pilule du "lendemain").

e - Les rapports existant entre l'agresseur et sa victime :

Dans notre étude, l'agresseur est connu de sa victime dans 92,5 % des cas.

Si nous raisonnons en termes d'agressions intra-familiales et extra-familiales, nous obtenons les données suivantes :

- les agressions intra-familiales représentent 79 % des cas d'abus sexuels (40 cas d'incestes et 2 cas d'abus intra-familial non incestueux sur 53 cas):
 - . 21 % d'entre elles sont commises par le père seul,
 - . 19 % d'entre elles sont commises par le beau-père seul,
 - . les femmes interviennent dans 27,5 % des incestes (11 cas sur 40). Elles agissent rarement seules (dans 5 % des cas d'incestes) ,
- les agressions extra-familiales représentent 21 % des cas d'abus sexuels.

Les résultats publiés aux USA par le **Children Service Division** montrent que l'agresseur est connu de sa victime dans 80 à 90 % des cas.

L'étude de **Kendall-Tackett**¹ et **Simon** menée aux USA en 1987 confirme que les agressions intra-familiales sont les plus nombreuses (commises dans 36 % des cas par les pères, et dans 20 % par les beaux-pères) et que les agresseurs sont connus de leurs victimes dans près de 95 % des cas.

Ces chiffres sont semblables à ceux produits par **Finkelhor**³ aux USA en 1987, par **Mian** au Canada en 1986, et par **Conte** et **Schuerman** aux USA en 1987.

Les incestes représentent 75 % des agressions sexuelles de notre étude.

L'importance de phénomène est révélateur d'une situation courante confirmée dans tous les travaux: **Russell** en 1983, **Finkelhor**², **Pichot**², **Wyatt** en 1985, **Mian**, **Hobbs** et **Wynne** en 1986, et **Finkelhor**¹ et coll. en 1990.

Cependant, l'hypothèse soutenue par **Finkelhor**³ aux USA et **Bagley** au Canada laisse supposer que le nombre d'incestes est à la hausse. Pour étayer ce postulat, ces auteurs avancent deux faits :

- l'augmentation du taux de divorce et de remariage a favorisé l'apparition de familles recomposées où l'adulte "rapporté" apparaît comme un facteur de risque particulier en matière d'abus sexuel sur les enfants de cette famille.
- L'apparition dans les années 70 d'une idéologie prônant le droit de l'individu à satisfaire toutes ses envies sexuelles quels que soient les moyens employés.

Par contre, selon **Ydraut**, la fréquence de l'inceste est restée sensiblement la même dans notre civilisation. C'est l'accroissement du nombre de signalements, dû à une meilleure sensibilisation de la population vis à vis des abus sexuels, qui amplifie artificiellement ce phénomène.

f - Le type d'agression :

Dans notre travail, nous avons scindé les différents abus sexuels en trois types :

- abus sexuels sans contact corporel : aucun cas n'a été retrouvé dans notre étude,
- abus sexuels avec contact corporel mais sans pénétration : ce sont les plus nombreux et représentent 65,5 % des cas,

- abus sexuels avec pénétration vaginale ou anale : 34,5 % des cas.

Les études anglo-saxonnes de **Wild** en 1986 et de **Kendall -Tackett¹** en 1987, retrouvent des chiffres identiques. Ces auteurs remarquent en outre que les adolescents ont un risque beaucoup plus important de viol ou de tentative de viol que les enfants plus jeunes. Ces derniers sont plus susceptibles d'être victimes d'attouchements sans tentative de pénétration ou d'abus sexuels sans contact corporel que leurs aînés.

De plus, les pénétrations ou tentatives de pénétrations anales sont plus fréquentes que les attouchements chez le garçon. Elles sont moins fréquentes chez les filles.

g - Le nombre d'agression par victime :

Dans notre étude, le nombre d'agresseur varie de 1 à 4.

Parmi les 19 situations d'abus sexuels où l'enfant est victime de plusieurs agresseurs (36 % des cas d'abus sexuels), 17 correspondent à des situations d'inceste (42,5 % des incestes) alors que les agressions non incestueuses sont commises dans 85,5 % des cas par un agresseur seul. Cela semblerait supposer que les abus sexuels non incestueux sont le plus souvent des actes impulsifs et non prémédités contrairement aux incestes perpétrés par plusieurs agresseurs, qui paraissent organisés.

Pour **De Jong, Wilkins** et **Rimsza**, seuls 6 à 9 % des abus sexuels sont commis par plusieurs agresseurs. Il faut cependant souligner que dans leurs travaux, le nombre d'inceste est moins élevé que dans notre étude.

h - Le mode de révélation des faits :

L'agression subie par l'enfant peut être découverte grâce aux signalements de différents intervenants. Dans notre étude, nous avons pris connaissance du mode de révélation de 96 % des dossiers. Dans tous ces cas, les personnes qui ont pris connaissance de ces situations abusives en ont référé aux autorités judiciaires ou sociales avant de s'adresser à un médecin.

- dans 51 % des cas, l'enfant a révélé son agression à ses parents,
- dans 21,5 % des cas, l'enfant s'est confié à une tierce personne,
- dans 19,5 % des cas, une enquête sociale a mis à jour cette situation (inceste),

- dans 6 % des cas, l'agresseur a été pris sur le fait,
- dans 2 % des cas, la découverte a été fortuite lors d'un examen médical.

De même, les travaux de **Mannarino** et **Cohen** menés aux USA en 1986 à partir de cas adressés aux services médico-sociaux pour évaluation, indiquent que 56 % des enfants se sont confiés à leurs parents et 44 % ont préféré en parler à une tierce personne (médecin, institutrice, amis...).

Mian au Canada, a étudié le mode de révélation de l'abus sexuel en fonction du type d'agression intra ou extra-familiale :

- dans les agressions intra-familiales et plus particulièrement incestueuses, près de 51 % des cas sont révélés par l'enfant à un membre de sa famille, et 49 % sont dénoncés aux autorités par une tierce personne.

De notre côté, parmi les incestes que nous avons étudié, 73 % des révélations ont été faites par l'enfant à un membre non incestueux de sa famille, tandis que 26 % ont été découverts par une enquête sociale,

- les agressions extra-familiales : 75 % des situations abusives sont révélées par l'enfant à sa famille et 25 % le sont par une tierce personne (famille, témoin, dénonciation anonyme).

Kendall-Tackett¹ et **Simon** qui ont étudié une population d'enfants d'écart d'âges plus important montrent que les plus jeunes sont moins enclin que leurs aînés à se confier aux autorités tant sociales que judiciaires. S'agit-il ici de la "peur du gendarme", d'un problème de langage ou des deux ?

Une enquête effectuée par **Courtecuisse** montre que la personne qui a reçu les confidences de l'enfant dénonce secondairement les faits à la Brigade des Mineurs dans 61 % des cas et / ou au Juge des Enfants dans 57 % des cas. Le corps médical est le plus souvent sollicité par les autorités judiciaires dans le cadre d'une expertise, plutôt que par les victimes elles-mêmes.

Nous constatons avec étonnement, aux vues de ces différents chiffres, qu'il existe un manque de communication et de confiance évident entre parents et enfants. Dans le meilleur des cas, seulement la moitié de ces enfants choisissent un de leurs parents comme confident lorsqu'ils décident de parler de leur agression. Est-ce la peur des réactions parentales qui les ont habitués à des réponses inadaptées à leurs besoins ? Est-ce une honte ou une peur des faits eux-mêmes ?

i - Le délai moyen entre la première agression et le moment de la révélation de l'abus sexuel :

Sur l'ensemble de nos dossiers, nous retrouvons une durée moyenne de 1 an, 8 mois entre la première agression et le moment de sa révélation. 52 % des révélations s'effectuent dans la première année.

Cette durée s'accroît à 2 ans, 1 mois dans les cas d'inceste alors que les agressions non incestueuses sont le plus souvent révélées le jour même.

Pour **Finkelhor**¹ et coll., 42 % des révélations se font au cours de la première année et 19 % dans les années suivantes. Cependant, ils remarquent au cours de leur enquête que 38 % des sujets n'ont jamais osé parler de leur expérience auparavant.

C - Les éléments médicaux concernant les enfants :

a - Les antécédents médicaux et psychiatriques :

77 % des enfants de notre étude, ne présentent aucun antécédent particulier, 13 % présentent un retard statur pondéral, 4 % un syndrome de Sylverman, 4 % sont obèses et 2 % ont fait des fugues et des tentatives d'autolyse (une jeune fille).

La maladie mentale et le handicap semblent favoriser la survenue des abus sexuels. La fréquence des incestes commis sur des fillettes présentant une déficience mentale ou physique est supérieure à celle des incestes commis sur des fillettes normales, selon **Ydraut**.

Pour **Tomkiewicz** qui a étudié les abus sexuels survenant dans les institutions spécialisées pour enfants et adolescents et commis par le personnel d'encadrement :

- les polyhandicapés et déficients mentaux profonds ne sont qu'exceptionnellement victimes d'abus sexuels. Lorsqu'ils le sont, c'est avec une grande violence physique associant sadisme et cruauté. Le diagnostic est alors posé devant le constat de lésions génitales et / ou anales traumatiques, voire une grossesse ou une maladie sexuellement transmissible.

- dans les populations de débiles moyens, la séduction et la violence psychologique sont le plus souvent utilisées par les agresseurs.

- dans les institutions pour "cas sociaux" (enfants caractériels, délinquants), la forme d'agression sexuelle la plus fréquente est la sodomisation des enfants âgés de 8 à 14 ans. La violence utilisée est plus psychologique (abus d'autorité, menaces) que physique. Le viol des filles semble plus rare et les victimes sont aussi plus âgées que dans la population générale : ceci résulte du fait que les filles sont moins représentées dans cette population de cas sociaux et que, traditionnellement, le personnel d'encadrement reste en majorité féminin.

L'abus sexuel peut aussi rentrer dans le cadre des différentes maltraitances que peuvent subir les enfants au sein de leur famille.

17 % des enfants (9 sur 53) que nous avons étudiés ont subi à la fois un abus sexuel et des mauvais traitements :

- retard staturo-pondéral d'origine carencielle (autant nutritionnelle qu'affective) chez 7 d'entre eux,
- syndrome de Sylverman (traces de coups) chez 2 autres.

L'association entre abus sexuel et une autre forme de maltraitance est classique. Une analyse des liens existants entre les différents types de maltraitance et les caractéristiques démographiques des enfants, effectuée par **Jones et Mac Curdy**, montre des similitudes de terrain. Le plus souvent, ces enfants sont issus de familles recomposées, de niveaux socio-économiques bas, et qui connaissent des problèmes relationnels intra et extra-familiaux.

Cependant, deux différences apparaissent au niveau de cette étude :

- l'âge : les enfants les plus jeunes sont plus exposés aux violences physiques que leurs aînés tandis que ces derniers sont plus exposés aux abus sexuels,
- le sexe : les garçons sont plus exposés aux violences physiques alors que les filles sont le plus souvent victimes d'abus sexuels.

b - Les signes fonctionnels apparus après l'agression :

Ils sont parfois à l'origine de consultations médicales sans pour autant que l'abus sexuel ne soit évoqué par l'enfant pendant la consultation. Nous retrouvons deux types de signes fonctionnels apparus pendant ou dans les suites immédiates de l'agression (dans 79 % des cas d'abus sexuels) :

- dans 73 % des cas d'abus sexuels, des signes fonctionnels de la sphère génito-urinaire et anale apparaissent sous forme de saignements d'origine génitale, de douleurs abdomino-pelviennes, de brûlures urinaires, de douleurs anales,
- dans 6 % des cas, des troubles du comportement surviennent sous forme de troubles du sommeil, modification du caractère, fugues.

Seuls 15 % de ces signes fonctionnels persistent jusqu'au jour de l'expertise (8 cas sur 53).

Les signes fonctionnels sont fréquents dans les suites d'un abus sexuel (qu'il y ait pénétration ou seulement attouchement) mais ne sont pas spécifiques :

- **l'hémorragie** : sa signification a une valeur symbolique exagérée.
Ce saignement ne dépasse en général pas quelques gouttes de sang mais dans de rares cas, il peut prendre la forme d'une véritable hémorragie. Il est classiquement dû à la rupture de l'hymen lors de la première pénétration pénienne. Il peut se reproduire discrètement lors des rapports suivants si la cicatrisation hyménéale n'est pas assez avancée. Il peut être absent lorsque l'hymen dit "complaisant" se distend sans se rompre.
- **la douleur** : le plus souvent constituée d'une sensation de déchirure et de brûlure, elle correspond à la rupture de l'hymen et à la distension de l'anneau vulvaire parfois trop étroit. Cette douleur est accentuée par la contracture réflexe des muscles du périnée superficiel péristibulaire. Si elle persiste ou réapparaît plus tardivement, elle peut être due à une infection ou à une lésion tissulaire plus profonde voire même à une grossesse.
- **les signes fonctionnels urinaires** : apparaissant sous forme de brûlures mictionnelles ou de fuites urinaires, ils peuvent être dus à une irritation du méat urétral lors du rapport sexuel (qu'il soit vaginal ou vestibulaire) ou lors d'attouchements digitaux. Ils peuvent apparaître plus tardivement lorsqu'ils sont liés à une infection urinaire ou locale.
- **les signes proctologiques** : ils sont en rapport avec des manoeuvres de sodomisation (pénétrations digito-anale, génito-anale ou instrumentale). Les signes précoces

peuvent être des douleurs , des sensations d'exonération impérieuse, liées à une dilatation du sphincter anal inférieur qui disparaissent généralement en quelques jours. Leur persistance doit faire rechercher des lésions fissuraires de la muqueuse anale. Lorsque les épisodes de sodomisation se répètent, la fragilisation sphinctérienne peut aboutir à une incontinence anale plus ou moins associée à une béance du sphincter anal externe.

Les signes fonctionnels comportementaux sont eux aussi non spécifiques des abus sexuels mais ils ont le pouvoir d'alerter l'entourage de l'enfant, contrairement aux signes fonctionnels de la sphère génito-urinaire et anale qui peuvent être plus facilement cachés par l'enfant.

L'étude "Ontario" menée au Canada, citée par **M.Rouyer**, met en évidence que les deux tiers des enfants victimes d'abus sexuels présentent des réactions psychosomatiques et des troubles du comportement . Parmi eux, 18 % présentent des troubles du comportement sexuel (masturbation excessive, introduction d'objets dans le vagin ou dans l'anus, demande de stimulation sexuelle).

Une étude américaine menée à Portland , citée par l'auteur précédent, confirme les résultats de l'étude canadienne en précisant cependant que seuls les troubles du comportement sexuel semblent spécifiques aux victimes d'abus sexuels, alors que les autres troubles du comportement sont retrouvés dans tous les types de maltraitance.

Pour de nombreux auteurs : **Hyden, Gallagher et Krugman**, ainsi que pour les membres de L'American Committee on Child Abuse and Neglect, l'apparition de tels troubles comportementaux chez un enfant doit alerter les médecins sur l'éventualité d'une maltraitance.

c - L'éventuelle prise en charge médicale de l'enfant entre le moment de son agression et l'expertise gynécologique :

Certains enfants peuvent être amenés à consulter un médecin gynécologue, pédiatre, généraliste suite à l'apparition de signes fonctionnels directement liés à l'abus sexuel dont ils ont été victimes et dont ils cachent la survenue au médecin.

Dans notre étude, 6 enfants sur 53 ont été examinés par un médecin (2 par un gynécologue, 2 par un pédiatre et 2 par un médecin généraliste) avant l'expertise gynécologique. Seul 1 de ces enfants a révélé son agression au médecin consulté avant son examen clinique (dossier N°44). Seul un gynécologue a évoqué le diagnostic d'abus sexuel uniquement sur la constatation de lésions gynécologiques, ce diagnostic a secondairement été confirmé par l'enfant lors de la reprise de son interrogatoire (dossier N°19).

En 1991, **Brayden et coll.** ont testé la capacité de cliniciens de formations et niveaux différents, à appréhender des signes cliniques et le diagnostic d'abus sexuel à partir de photographies colposcopiques issues de l'examen de fillettes pré-pubères :

- l'appréciation de ces éléments par les professionnels formés dans le domaine des abus sexuels commis sur les enfants est significativement plus correcte que celle des pédiatres, des internes de pédiatrie, des médecins généralistes ou des étudiants en médecine,
- les critères capables de prédire la concordance avec les diagnostics de référence de ces photographies colposcopiques sont : la bonne connaissance de l'anatomie péri-néale féminine et le niveau professionnel.

Par conséquent, en cas de doute sur la survenue d'un éventuel abus sexuel, mieux vaut adresser la victime à un médecin formé en la matière, et pour optimiser cette prise en charge, une formation universitaire ouverte à tous les médecins devrait être incluse dans le cursus des études médicales.

d - Le délai moyen écoulé entre la dernière agression et l'expertise médicale :

Il est logique de penser que plus la prise en charge médicale est précoce après le dernier abus sexuel, plus les signes cliniques et les prélèvements locaux seront susceptibles d'apporter les preuves de l'agression subie. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi : le délai moyen entre la dernière agression et l'expertise médicale calculé dans notre étude est de 6 mois.

L'allongement de ce délai de prise en charge permet à de nombreuses lésions de cicatriser voire disparaître, de même les traces de sperme s'effacent au delà de trois jours selon **Vandeven et Emans, Heger, Mac Cann²** et coll..

4 - Les pièges de l'interrogatoire :

Dans les dossiers examinés au cours de notre étude, l'examineur responsable de la prise en charge médicale de l'enfant suspecté d'être victime d'un abus sexuel n'a pas été confronté directement aux difficultés de l'interrogatoire.

En effet, les enfants qui lui ont été confiés pour expertise médicale par les autorités judiciaires, avaient reconnu auparavant avoir été victimes d'abus sexuels. Le dépôt de plainte en justice avait donné lieu à une enquête de police ou de gendarmerie et à une enquête sociale confirmant ou apportant de sérieuses suspicions d'abus sexuels.

Cependant, il arrive que le médecin soit le premier intervenant amené à conduire l'interrogatoire du jeune enfant suspecté d'avoir subi un abus sexuel. Des pièges sont à reconnaître :

A - Les fausses allégations d'abus sexuels :

Elles peuvent être graves de conséquences dans la mesure où elles peuvent déboucher sur des plaintes injustifiées pouvant porter atteinte à l'honneur d'un innocent.

Selon **Krugman, Mikelsen et Faller**, les fausses allégations d'abus sexuels sont rares (respectivement 3 %, 2 % et 3 % des allégations) mais lorsqu'elles existent et qu'elles sont détectées, on se rend compte qu'elles sont le plus souvent fabriquées par des adultes plutôt que par les enfants eux mêmes.

Cette constatation est confirmée par **Green et Schetky** qui montrent que les fausses allégations surviennent le plus souvent dans les situations suivantes :

- chez l'enfant influencé par un parent trompeur qui projette ses propres fantasmes sexuels inconscients sur son conjoint ou sur une tierce personne.
- chez l'enfant conditionné par un parent vindicatif (problèmes de divorce en cours, de droit de garde l'enfant). Néanmoins, **Paradise et coll.** dans leur étude sur la signification des allégations d'abus sexuels survenant dans le cadre de séparation parentale, montrent que de nombreuses allégations sont justifiées et servent de point de départ au divorce et légitiment la procédure de séparation.

Plus rarement :

- chez un adolescent ou pré-adolescent montrant des traits de personnalité hystérique, qui invente de fausses allégations d'abus sexuels basés sur des fantasmes plutôt que sur la réalité,
- chez des adolescents accusant un parent ou une personne ayant autorité (professeur, éducateur ...) à des fins de revanche ou de représailles.

B - Les rétractations :

Les enfants sont plus enclins à réviser une vraie allégation d'abus sexuel plutôt qu'à en fabriquer une fausse, selon **Goodman** et **Summit** . Pour ces auteurs, la rétractation est un phénomène très fréquent qui échappe semble-t-il aux statistiques et qui doit être considéré comme l'adaptation extrême de l'enfant à une situation d'abus sexuel le plus souvent incestueux. Ce syndrome d'adaptation décrit par **Summit** en 1983, tend à reconstruire la situation familiale antérieure à l'abus, connue par l'enfant.

En conclusion, nous soulignerons l'absolue nécessité de considérer avec soin le témoignage de l'enfant qui se dit victime d'abus sexuel. Nous souhaiterions à l'enfant qui a livré ce lourd secret au prix d'un formidable travail intérieur, qu'un relais convenable lui soit offert par la société à laquelle il s'est adressé.

III - EXAMEN SOMATIQUE DE L'ENFANT :

Afin d'accélérer l'examen somatique de l'enfant, il est conseillé de disposer d'une trousse d'urgence après agression sexuelle comportant le matériel minimum avec lequel le médecin peut intervenir utilement et rapidement.

La liste ci-dessous non limitative a été suggérée dans la brochure diffusée par le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi chargé de la Santé et de la Famille:

- spéculum d'adulte et de vierge (2 de chaque),
- gros spéculum d'oreille,
- doigtiers,
- écouvillons stériles pour prélèvements bactériologiques (avec milieu de transport),
- quelques lames et porte-lames,
- sonde urinaire à ballonnet,
- loupe et / ou colposcope,
- une plaquette de contraceptifs oraux dosés à 50 microgrammes d'Ethinyl Estradiol,
- sacs plastiques (pièces à conviction éventuelles),
- un crayon , un feutre, des étiquettes auto-collantes,
- serviettes hygiéniques,
- modèle de certificat,
- quelques adresses utiles (commissariat, préfecture, Procureur de la République, PMI).

1 - L'examen général de l'enfant :

Il n'est effectué qu'avec le consentement de la victime et obéit à deux objectifs :

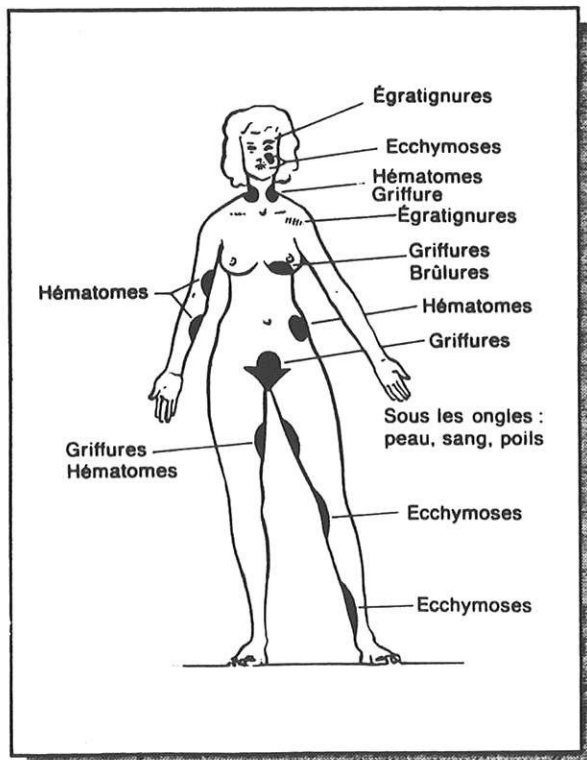
- rechercher les signes de violence physique et / ou psychique,
- préciser le statut pubertaire actuel de l'enfant.

A - La recherche de signes de violence :

Dans notre étude, 7,5 % des enfants (4 sur 53) étaient porteurs de traces de violence corporelle sous formes d'ecchymoses de la face interne des cuisses, des fesses, ou d'excoriations des bras. Ces 4 victimes ont été examinées dans un délai inférieur à 8 jours après leur agression. Il apparaît évident que plus le délai de prise en charge est court, plus les chances de découvrir des lésions évocatrices de violence physique sont importantes : c'est ainsi, par exemple, que les ecchymoses cutanées disparaissent spontanément en deux semaines. Aucun schéma ou prise de cliché photographique de ces lésions n'a été effectué.

Les auteurs s'accordent sur le fait que le corps de l'enfant doit être entièrement examiné à la recherche de signes de lutte ou de violence, même les plus discrets. Les excoriations, griffures, morsures, ecchymoses, hématomes, brûlures ainsi que les lésions plus graves (traumatismes abdominaux ou crâniens, fractures, délabrements cutanés) doivent être décrits de façon minutieuse en notant leur topographie, leur nombre et leurs dimensions, en essayant de les dater de la façon la plus précise possible. Il faut examiner tout particulièrement certaines zones corporelles fréquemment sollicitées lors des abus sexuels : la bouche, le cou, les seins, les fesses, la face interne des bras et des cuisses, selon Soutoul ¹.

SCHEMA N°1 : LOCALISATIONS PRINCIPALES DES LESIONS TRAUMATIQUES EN CAS D'AGRESSION SEXUELLE : (J.H.Soutoul et F.Pierre)



Les lésions découvertes doivent être reproduites sur un schéma et photographiées au besoin comme le préconisent les différents protocoles de prise en charge des victimes d'abus sexuels, tels que ceux du Jackson Memorial Hospital, et de l'Ecole de Médecine de l'Université de Miami, mais aussi l'excellent modèle français conçu par **J.H.Soutoul** ² et **E.Froge**.

B - La précision du statut pubertaire :

Comme nous l'avons évoqué auparavant, les variations hormonales responsables des changements des statuts pubertaires, entraînent des modifications :

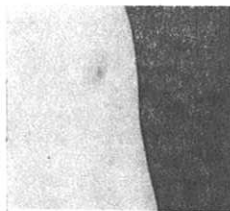
- de la morphologie générale de l'enfant avec l'apparition des caractères sexuels secondaires (développement mammaire chez la fille, pilosité axillaire et pubienne dans les deux sexes) (*DOCUMENTS N°1 et 2*) ,
- de la morphologie des organes génitaux dans les deux sexes (orientation, taille, couleur),
- de l'efficience des organes génitaux mâles et femelles en matière de sexualité;

C'est ainsi que selon **Mathieu, Dargent, Wilson et Chabert**, il est admis qu'après l'âge de 12 ans chez la fille, l'imprégnation hormonale et l'augmentation de taille des organes génitaux sont suffisantes pour permettre un rapport sexuel complet.

DOCUMENT N°1 : STADES DU DEVELOPPEMENT MAMMAIRE CHEZ LA FILLE :

*D'après JC.Van Wieringen et coll.,
conformément à la classification de JM.Tanner.*

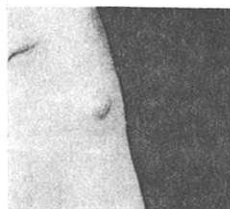
Stade M1 : préadolescence. Saillie simple du mamelon.



M - 1



Stade M2 : apparition du bourgeon mammaire, soulèvement du sein et de l'aréole. Le diamètre de celle-ci augmente.



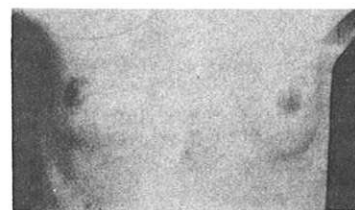
M - 2



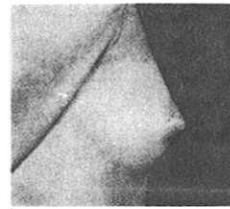
Stade M3 : l'élargissement et la saillie du sein et de l'aréole s'accroissent, mais leurs contours ne sont pas distincts.



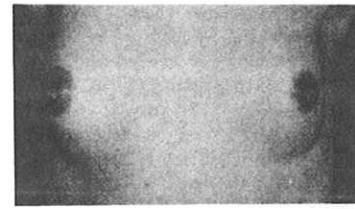
M - 3



Stade M4 : projection en avant de l'aréole et du mamelon qui forment une saillie en avant et distincte de celle du sein.



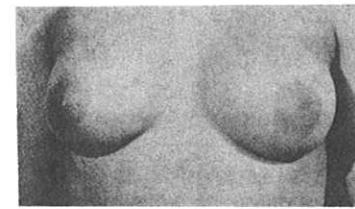
M - 4



Stade M5 : maturité. Seul le mamelon fait saillie, l'aréole se confond avec le contour général du sein.



M - 5

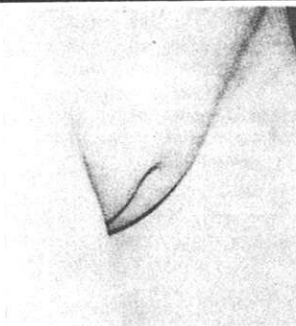


**DOCUMENT N°2 : STADES DU DEVELOPPEMENT DE LA PILOSITE PUBIENNE
CHEZ LA FILLE : D'après JC.Van Wieringen et coll.,
conformément à la classification de JM.Tanner.**

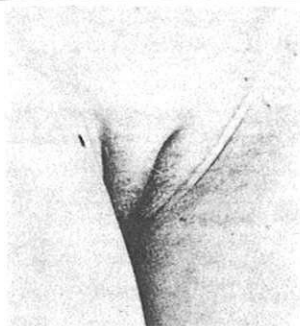
Stade P1 : duvet pubien semblable à celui de l'abdomen. Absence de pilosité pubienne.

Stade P2 : apparition de quelques poils épars, longs, un peu pigmentés, droits ou à peine bouclés, surtout sur les grandes lèvres.

P-1



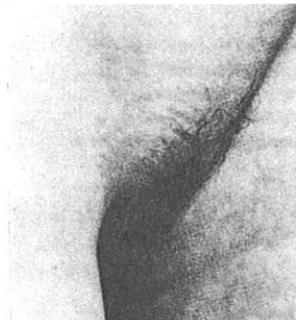
P-2



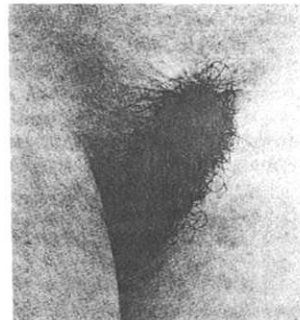
Stade P3 : poils plus denses, plus épais et bouclés, s'étendant peu au-dessus de la symphyse pubienne.

Stade P4 : aspect ressemblant à la pilosité adulte, mais moins étendue, sans extension à la cuisse.

P-3



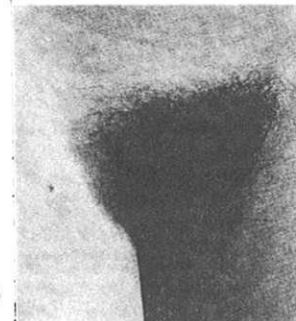
P-4



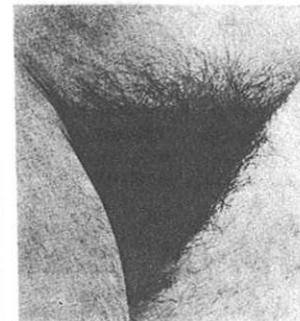
Stade P5 : aspect adulte à topographie horizontale. Extension à la partie interne des cuisses.

Stade P6 : extension encore plus marquée latéralement et en haut vers l'ombilic.

P-5



P-6



De même, l'imprégnation hormonale induit aussi des modifications au niveau de l'aspect des muqueuses génitales et de leurs propriétés :

a - l'aspect macroscopique des muqueuses génitales :

Vandeven, Gardner¹, Berenson¹⁻² et Mac Cann³ et coll., grâce à leurs travaux sur l'anatomie génitale du nouveau-né de sexe féminin et de la fillette pré-pubère indemne de toute expérience sexuelle, ont noté un changement de la configuration et des dimensions hyménales en fonction de l'imprégnation hormonale et de la croissance de l'enfant :

Bien que la fille nouveau-née soit sous l'influence des hormones maternelles pendant ses premières semaines de vie, son axe hypothalamo-hypophysaire-ovarien est déjà actif : il en résulte une sécrétion stéroïdienne gonadique qui peut subsister pendant ses deux premières années de vie. Par conséquent, le tissu mammaire peut persister jusqu'à cet âge et les hymens peuvent apparaître épaissis, de couleur rosée et de configuration plissée voire boursouflée ou bien de configuration annulaire (avec un orifice étroit parfois peu visible), comme ils se rencontrent aussi chez la fille post-pubère possédant une sécrétion hormonale endogène.

Après l'âge de 2 ans environ, lorsque l'axe hypothalamo-hypophysaire-ovarien est supprimé, la privation d'oestrogène modifie la configuration hyménales. Le type d'hymen le plus fréquemment visualisé chez les fillettes non pubères est l'hymen à bords postérieurs (ou semi-lunaires) de couleur rouge vif, gardant le plus souvent un orifice étroit inférieur à 3 mm.

Avec le retour des sécrétions stéroïdiennes gonadiques lors de la puberté, l'hymen retrouve un aspect épaissi et rosé, mais le diamètre de son orifice peut être supérieur à 3 mm sans que ce soit pathologique, en raison de la croissance des organes génitaux.

b - les propriétés des muqueuses génitales :

Selon **Jenny**, les caractères histologiques, chimiques et bacillifères normaux de la muqueuse vaginale varient avec l'imprégnation hormonale des tissus. Les modifications de ces différentes propriétés induisent des conséquences essentiellement bactériologiques au niveau des muqueuses génitales. (*TABLEAU N°9*)

**TABLEAU N°9 : VARIATIONS DES PROPRIETES DES MUQUEUSES GENITALES
EN FONCTION DE L'IMPREGNATION HORMONALE :**

STATUT CARACTERES	ADULTE/FILLE POST-PUBERE	L'ENFANT NON-PUBERE	LES CONSEQUENCES
pH vaginal	< 4,5 (acide)	6,5 à 7,5 (alcalin)	Le vagin présente une flore différente en f° du pH: un pH alcalin est hostile au développement des levures. Les mycoses seront donc rares chez l'enfant non pubère.
Histologie de la muqueuse vaginale	épithélium stratifié à cellules squameuses	épithélium en colonne à cellules cuboïdales	Les germes pathogènes comme N.Gonorhea et C.Trachomatis infectent facilement les épithéliums à colonnes responsables de vaginites chez l'enfant au lieu de cervicites (chez l'adulte).
Glandes à mucus du vagin	présentes	absentes	Le vagin des fillettes est un milieu hostile aux germes pathogènes tels que les trichomonas en raison de l'absence de mucus.
Flore vaginale normale	lactobacilles	cocci G+ anaérobie G-	Les cocci G+ et les anaérobies G- peuvent entraîner des réactions croisées dans les tests d'I.F.recherchant C. Trachomatis à l'examen direct.
Longueur du vagin	11 à 12 cm	4 à 5 cm fonction de l'âge	La muqueuse vaginale à cellules cuboïdales proche des organes génitaux externes pourrait accroître le risque de MST pouvant être transmises sans pénétration pénienne obligatoire chez la fillette.
Anatomie génitale	p. et G. lèvres épaisses, tissus élastiques faciles à distendre sans rupture pdt R.S.	p. et G. lèvres fines, tissus rigides avec parois vaginales fines et fragiles	L'activité sexuelle est responsable de plus de saignements et de ruptures des barrières muqueuses chez l'enfant / l'adulte, augmentant le risque d'infection à HIV et à Hépatite B et C de l'enfant après exposition aux virus par voie génitale.

2 - L'examen gynécologique de la fille :

A - Les conditions de l'examen :

Les conditions dans lesquelles l'examen gynécologique est réalisé, sont importantes à préciser dans la mesure où elles peuvent influencer les résultats de cet examen.

En effet, un enfant peu coopérant et manifestant de l'opposition peut gêner le travail de l'examineur. De même, le degré de relaxation de l'enfant durant l'examen peut influencer la configuration de l'hymen, mais aussi modifier les mesures des diamètres verticaux et horizontaux de l'orifice hyménéal comme le soulignent **Mac Cann¹**, **Woodling** et **Heger**.

Mac Cann¹ préconise quelques petits moyens pour maintenir l'enfant dans un état de relaxation maximale : il consiste essentiellement à détourner l'attention de l'enfant en lui racontant des fables ou en lui proposant de résoudre des petits problèmes mathématiques ou des énigmes.

Pour **Jaude** ainsi que pour les membres de l'**American Academy of Pediatrics**, le recours à l'examen sous anesthésie générale doit parfois être employé chez les enfants effrayés et non coopérants chez qui l'examen gynécologique pourrait être ressenti comme un second abus sexuel. Cependant, le risque et le coût de cette méthode en réduisent l'usage.

Le meilleur moyen pour obtenir une coopération efficace de l'enfant reste par dessus tout sa bonne compréhension des objectifs et des modalités de l'examen afin d'obtenir son consentement éclairé.

Dans notre étude, cet examen a été facile chez 52 enfants sur 53. Seule une enfant de 6 ans et demi a manifesté de l'opposition, mais l'examineur n'a pas eu recours à l'anesthésie générale ou à d'autres moyens de sédation.

B - La position d'examen :

Là aussi, il est important de signaler la position dans laquelle est installée l'enfant lors de son examen gynécologique. En effet, la jeune fille post-pubère est examinée en position gynécologique classique alors que chez l'enfant jeune et de petite taille, trois positions d'examen sont classiquement décrites : (*SCHEMA 2*)

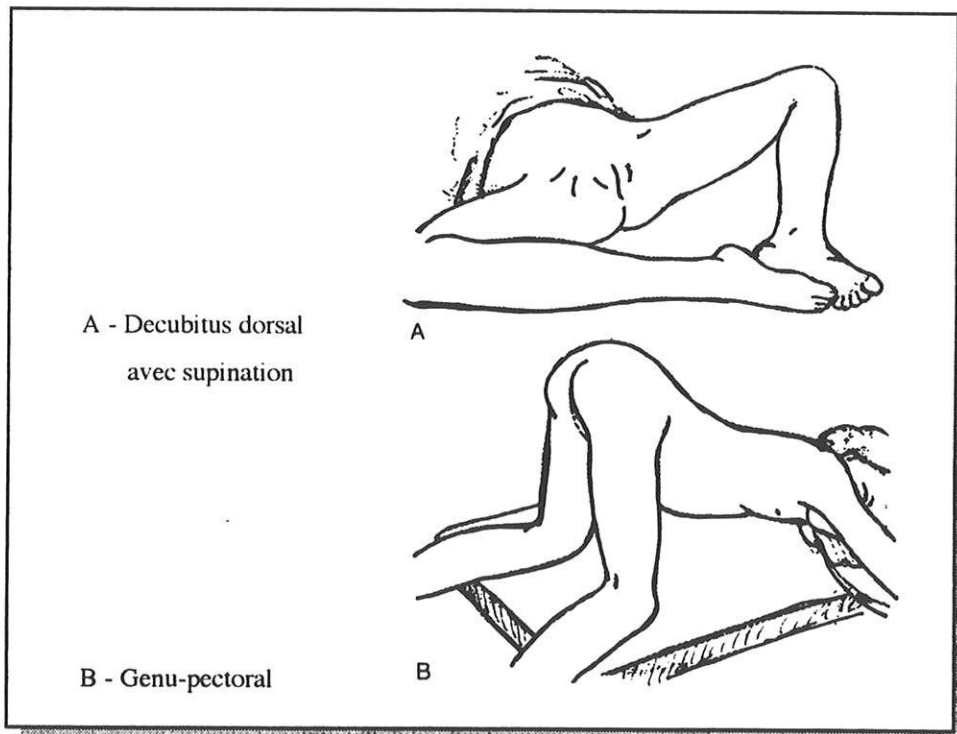
- en **supination-écartement** (en décubitus dorsal avec supination des jambes et simple écartement labial) : entre sa pince pouce-index, l'examineur sépare sans traction les grandes lèvres et les écarte jusqu'à ce que l'orifice hyménéal apparaisse.

- en **supination-traction** (en décubitus dorsal avec supination des jambes et traction labiale): l'examineur saisit la partie inférieure des grandes lèvres entre sa pince pouce-index en leur imprimant une traction vers le haut et en dehors.

- en position **genu-pectoral**: l'enfant est placé dos à l'examineur, à genoux, poitrine plaquée sur la table, genoux écartés de 15 à 20 centimètres et en flexion de 90 °. L'examineur place ensuite son pouce au niveau de la commissure postérieure de la vulve et lui imprime un mouvement ascendant qui a pour effet d'exposer l'orifice vaginal.

SCHEMA N°2 :

POSITIONS D'EXAMEN:



Ces trois techniques ont été décrites et comparées par **Mac Cann**¹.

Les résultats obtenus diffèrent significativement d'une technique à l'autre:

- En effet, l'évaluation comparative des capacités de chaque méthode à ouvrir l'introïtus vaginal montre une supériorité de la position genu-pectorale et de la supination-traction par rapport à la position en supination-écartement labial.
- De même, les mesures du diamètre de l'orifice vaginal sont influencées par la technique utilisée: le diamètre vertical trans-hyménéal le plus important est obtenu en position genu-pectoral tandis que, le diamètre horizontale plus grand est obtenu par la méthode en supination-traction labiale.
- La configuration hyménéale semble elle aussi influencée par la position de l'examen: de nombreux hymens apparaissant épaissis et plissés lors de l'examen en position de supination, se défroissent et s'affinent lors de l'examen en position genu-pectoral qui apparaît comme la position de référence en matière d'étude de la configuration hyménéale.
- Les particularités anatomiques des lèvres, de la fourchette postérieure et du vestibule sont aussi plus facilement identifiées lors de l'examen en position de supination, plutôt qu'en position genu-pectoral (sauf pour deux exceptions: zone avasculaire médiane de la fourchette postérieure et friabilité de la fourchette postérieure).

Dans notre étude, l'examen gynécologique a été réalisé en position de décubitus dorsal avec supination des jambes et simple écartement labial pour les enfants de petite taille, alors que la position gynécologique classique a été utilisée pour les enfants plus grands. De plus, l'examineur s'est aidé d'un colposcope pour obtenir un agrandissement des zones étudiées chez les enfants jeunes. Les différents auteurs ayant étudié l'anatomie génitale de l'enfant, préconisent systématiquement l'emploi d'une technique d'agrandissement des zones étudiées: par colposcope, loupe ou othoscope avec une source lumineuse suffisante.

C - l'examen de l'anatomie génitale :

L'interprétation exacte des éléments anatomiques retrouvés au cours de l'examen gynécologique suppose de la part de l'examineur une excellente connaissance de l'anatomie génitale normale (*SCHEMA N°3*) et de ses variations.

L'approche de l'anatomie génitale de la fillette a été initialement réalisée au travers de l'étude de l'anatomie des enfants victimes d'abus sexuels :

Vandeven, Gardner¹, Berenson¹⁻² et Mac Cann³, ont initialement étudié l'anatomie des fillettes victimes d'abus sexuels et en ont répertorié les différentes variations retrouvées.

Dans un second temps, ces mêmes auteurs se sont intéressés à l'anatomie génitale des enfants de sexe féminin indemnes de toute pratique sexuelle. Pour ce faire, ils ont mené plusieurs études de l'anatomie normale et de ses variations à partir de l'examen de fillettes prépubères n'ayant pas subi d'abus sexuel, et chez les nouveaux-nés de sexe féminin.

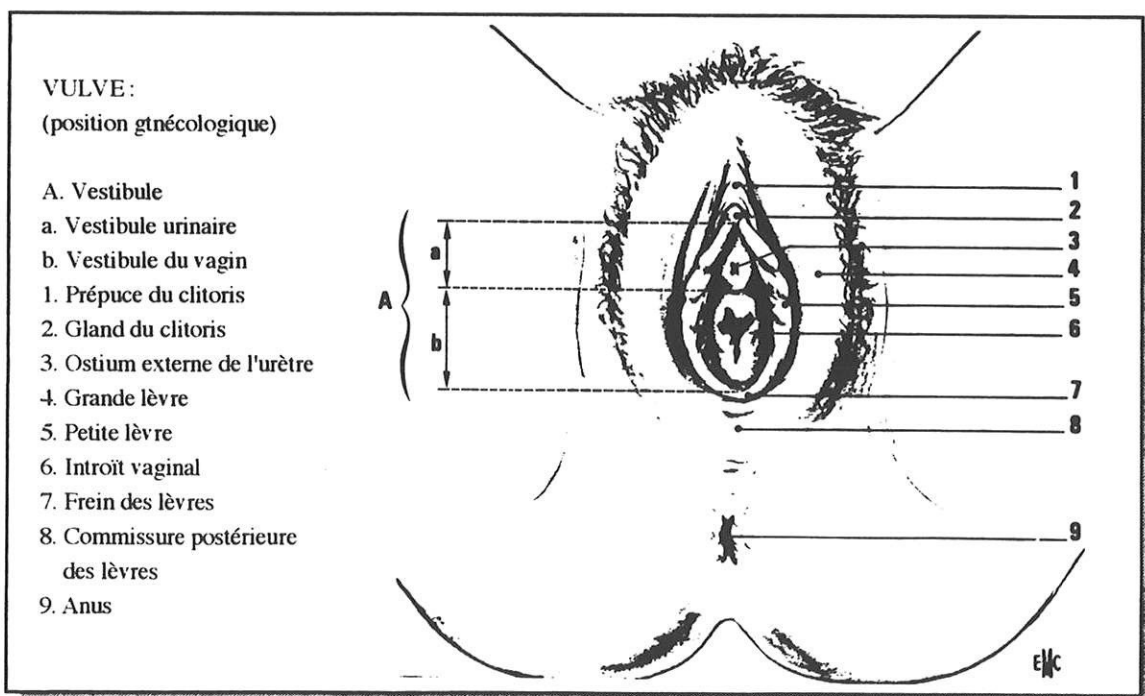
Ils ont retrouvé les mêmes variations anatomiques dans les deux populations d'enfants victimes ou non d'abus sexuels: la distribution de ces variations anatomiques en fonction de l'âge de l'enfant est comparable d'une population à l'autre (sauf en ce qui concerne la configuration hyménéale, selon **Gardner**), et seules leur localisation et leur aspect semblent être un indicateur d'abus sexuel. En outre, l'examen gynécologique d'une jeune victime d'abus sexuel peut s'avérer strictement normal.

Il est donc imprudent de croire que les résultats de l'examen gynécologique interprétés isolément peuvent permettre de porter à eux seuls un diagnostic fiable.

Nous nous proposons d'étudier chaque élément anatomique, ses variations normales ainsi que les éventuels signes indicateurs d'abus sexuel pouvant se rencontrer à son niveau:

SCHEMA N°3 :

ANATOMIE GENITALE FEMININE :

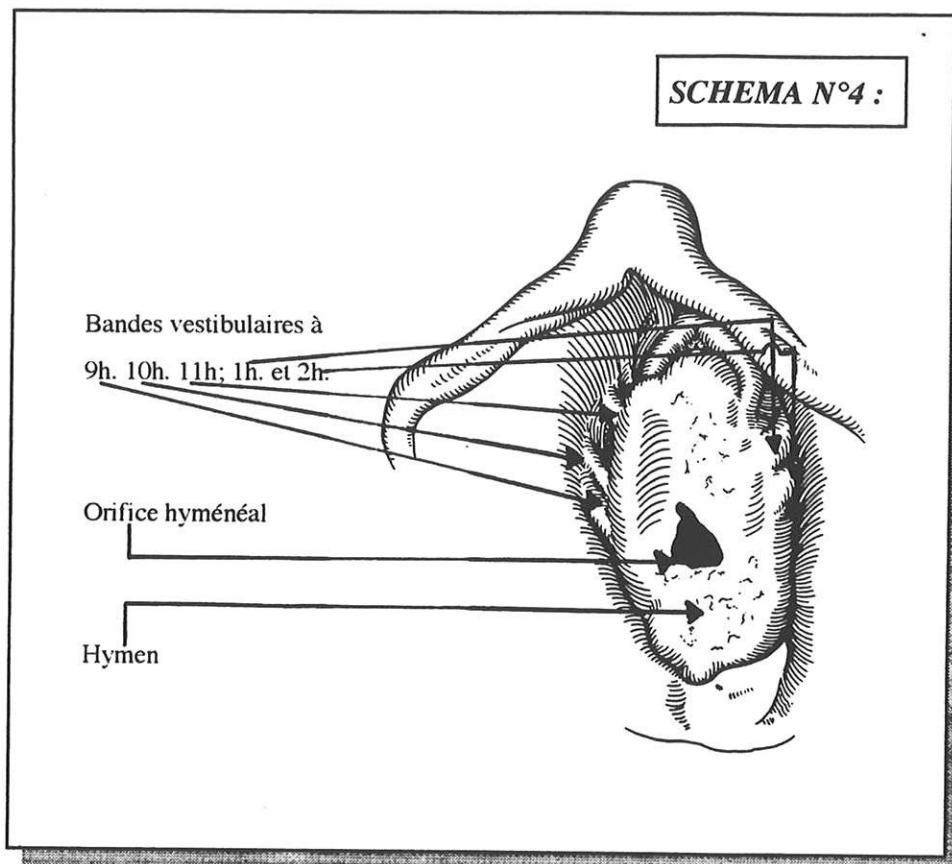


a - La vulve :

La vulve (*pudendum feminum*) comprend l'ensemble des organes génitaux de la femme: Mont de Vénus, vestibule, grandes et petites lèvres, clitoris, corps caverneux, bulbe vestibulaire et glandes de Bartholin.

Les études de l'anatomie normale menées auprès d'enfants indemnes de tout abus sexuel (fillettes pré-pubères ou nouveaux-nés de sexe féminin), par **Mac Cann**³, **Berenson**¹⁻² et **Gardner**¹ montrent l'existence de façon classique des variations anatomiques suivantes:

- **des adhérences labiales:** zones de fusion retrouvées au niveau de la partie postérieure des petites lèvres (retrouvé par **Mac Cann**³ chez 38,9 % des filles pré-pubères),
- **un érythème du vestibule:** rougeur des muqueuses due à la congestion des vaisseaux capillaires (retrouvé par **Mac Cann**³ chez 56 % des fillettes pré-pubères),
- **des bandes vestibulaires :** fines bandes de tissu s'étendant de la périphérie de l'hymen jusqu'au vestibule. Elles ont la même couleur et le même aspect que les tissus environnants (retrouvées par **Berenson**¹⁻² chez 87% des nouveaux-nés et chez 98% des filles pré-pubères). (*SCHEMA N°4*)
- **des bandes péri-urétrales:** fines bandes de tissu disposées classiquement de façon symétrique de part et d'autre de l'urètre et rattachées au mur vestibulaire. Elles ont la même couleur et le même aspect que les tissus environnants. Elles sont parfois désignées par le terme de ligament (retrouvé par **Mac Cann**³ chez 56 % des filles pré-pubères),
- **les follicules du vestibule:** petites vésicules translucides de 1 à 2 mm de diamètre qui paraissent contenir une sérosité claire,
- **des dilatations urétrales:** élargissement le plus souvent régulier du méat urétral (retrouvé par **Gardner**¹ chez 28 % des fillettes pré-pubères).



Ces variations anatomiques sont aussi retrouvées chez les enfants qui ont subi un abus sexuel. Elles peuvent être alors associées à des lésions traumatiques qui ne sont pas classiquement retrouvées à l'état normal chez l'enfant.

Pour **Gardner**¹ et **Muram**³, ces lésions traumatiques peuvent être des ecchymoses, des pétéchies, des abrasions de la muqueuse, des plaies, ou oedèmes. Elles prennent toute leur importance dans le diagnostic d'abus sexuel lorsqu'elles sont corrélées à une allégation d'abus sexuel et / ou à la découverte simultanée d'une maladie sexuellement transmissible.

Prises isolément, elles ne sont pas spécifiques de l'abus sexuel:

- Selon **Gardner**¹ et **Paul**¹, les ecchymoses, oedèmes et pétéchies de la région vulvaire localisées sur les grandes lèvres sont parfois rencontrées lors de l'examen de fillettes pratiquant des sports traumatisants pour la région périnéale, tels que la gymnastique et l'équitation.
- De même, d'après **Mac Cann**³ les abrasions des muqueuses, les oedèmes et tumé-

factions vulvaires peuvent survenir suite à l'emploi local de topiques irritants ou allergisants (savons, pommades ...). Ces lésions peuvent aussi se rencontrer au cours d'infections de la sphère génitale.

Dans notre travail, l'examen gynécologique retrouve une région vulvaire indemne de toute lésion chez 91,5 % des filles (44 sur 48). Dans les autres cas, il retrouve:

- des lésions vestibulaires:

- . 1 cas où le vestibule est oedématié (dossier N°33),
- . 1 cas où il est inflammatoire (dossier N°23),
- . 1 cas où il est élargi dans sa partie postérieure (dossier N°22),

Remarque: Cependant, **Gardner**¹ précise dans ses travaux sur les enfants indemnes de tout sévice sexuel, qu'un vestibule qui semble normal ou asymétrique est fréquemment associé à une autre anomalie (dans 11 % des cas): accroissement de la vascularisation, épaissement et aspect déchiqueté des bords de l'hymen, fourchette postérieure érodée ou hymen non perforé.

- des anomalies des grandes lèvres dans :

- . 2 cas de tuméfactions localisées (dossiers N°21 et 22),
- . 1 cas d'important oedème labial (dossier N°33),

- des anomalies des petites lèvres dans un cas: petite plaie exsudative de la face externe de la petite lèvre gauche (dossier N°33).

Nous pouvons constater que dans les dossiers N°21, 22 et 33, l'examen met en évidence une association lésionnelle:

Chez la fillette du dossier N°33, un topique local avait été employé sur prescription médicale avant l'expertise et pouvait être à l'origine de l'oedème labial et vestibulaire. Cependant, le fait que cette découverte soit associée à une plaie de la petite lèvre, et ce dans un contexte d'abus sexuel, laisse penser que ces lésions sont compatibles avec l'agression alléguée.

Chez la fillette du dossier N°22, la tuméfaction labiale et l'élargissement vestibulaire associés à une lésion de la fourchette postérieure, en dehors de la pratique de sport traumatisant pour le périnée et de l'usage de topiques locaux, sont des signes cliniques devant faire évoquer la survenue d'un abus sexuel, hormis le fait qu'ici la mère a été témoin de l'agression.

Chez la fillette du dossier N°21, la tuméfaction vulvaire associée comme nous le

verrons à des lésions hyménéales découvertes chez une enfant présentant depuis peu des troubles du comportement, doivent évoquer la survenue d'un abus sexuel.

Chez la jeune fille du dossier N°23, l'important oedème de la région vulvaire était la conséquence d'une maladie sexuellement transmissible (infection à *Trichomonas*).

Comme nous pouvons le constater à notre tour, la mise en évidence de signes cliniques prend toute sa signification lorsqu'elle est corrélée à la découverte d'une maladie sexuellement transmissible et / ou lorsqu'elle survient dans un contexte d'allégation d'abus sexuel.

b -La fourchette postérieure ou commissure postérieure de la vulve :

Elle se situe à l'union de l'extrémité postérieure des deux grandes lèvres.

L'étude de la fourchette postérieure chez les enfants indemnes de tout abus sexuel (fillette pré-pubère et nouveau-né de sexe féminin) a permis de mettre en évidence les variations anatomiques suivantes:

- **une zone avasculaire médiane:** zone étroite d'apparence lisse et pâle, localisée sur la ligne médiane de la fourchette postérieure (retrouvée par **Mac Cann**³ chez 25,6% des filles pré-pubères),
- **une vascularisation isolée de la fourchette postérieure:** due à un vaisseau sanguin possédant un calibre deux fois supérieur aux vaisseaux normalement rencontrés au niveau de cette région,
- **une friabilité de la fourchette postérieure:** petite déhiscence tissulaire irrégulière de la fourchette postérieure, donnant à cette région un aspect friable. Elle peut être occasionnellement le siège de saignements surtout lors des examens locaux parfois traumatiques (retrouvé par Gardner chez 18 % des fillettes pré-pubères).

Mac Cann³ et **Gardner**¹ précisent que des micro-adhérences labiales postérieures peuvent être à l'origine de ces trois éléments de très petites tailles (< 2 mm) qui sont le plus souvent détectés grâce à l'amplification des images au colposcope.

Selon ces mêmes auteurs, il semble que l'apparition de ces éléments puisse être induite lors de l'examen par des manoeuvres de tractions labiales qui appliquées sur les micro-adhérences entraîneraient le blanchissement de la fourchette lui donnant un aspect de zone avasculaire centrale. De même, une traction exagérée peut produire à ce niveau une déhiscence tissulaire pleurant le sang.

Ces variations anatomiques de la fourchette postérieure sont aussi retrouvées chez les enfants victimes d'abus sexuels. Elles peuvent alors être associées à d'autres lésions traumatiques telles que des plaies, oedèmes, contusions, délabrements, inflammations rarement rencontrées à l'état normal chez l'enfant.

Contrairement aux lésions vulvaires qui peuvent être provoquées par des sports traumatiques, **Gardner**¹ et **Heger** ne signalent pas de modification au niveau de la fourchette postérieure et de l'hymen, susceptibles d'être causées par ces activités. Cependant, les oedèmes et inflammations de la fourchette postérieure peuvent aussi être retrouvés lors de l'emploi de topiques locaux irritants ou allergisants ou lors d'infections locales. Ces deux signes ne sont donc pas spécifiques des abus sexuels, mais prennent cependant toute leur importance sémiologique lorsqu'ils sont associés à une maladie sexuellement transmissible ou lorsqu'ils sont découverts dans un contexte d'allégation d'abus sexuel.

Dans notre étude, deux fillettes sur 48 présentaient des lésions de la fourchette vulvaire (dossiers N°22 et 23):

Il s'agissait dans un cas d'une excoriation de 0,2 x 6 mm suintant le sang (dossier N°22) et dans l'autre cas, d'une fourchette très inflammatoire et oedématiée (dossier N°23).

Dans la mesure où, comme nous l'avons vu auparavant, ces deux enfants ont fait une déposition précise d'abus sexuel, que l'une d'entre elle est porteuse d'une maladie sexuellement transmissible (dossier N°23), et que la mère de la seconde a pris l'agresseur sur le fait, nous pouvons conclure ici que les lésions retrouvées au niveau de la fourchette postérieure sont bien des conséquences de l'abus sexuel.

c - L'examen de l'hymen :

*** Définition :**

L'hymen est une cloison membraneuse incomplète formée par un repli de la muqueuse vaginale et insérée sur le pourtour de l'orifice vaginal.

Nous étudierons successivement sa configuration, les caractéristiques de son orifice et l'état du bord libre et de la surface de cette membrane:

*** La configuration hyménéale :**

Elle s'élabore bien avant la naissance de l'enfant au cours de l'embryogénèse, selon **Pokorny**¹. Pour **Kistner**, l'hymen se forme à l'endroit où le canal de Muller rejoint le sinus uro-

génital et sa perforation pourrait relever du même processus embryologique que la recanalisation vaginale.

Des études portant sur la configuration hyménéale effectuées par **Gardner**¹, **Berenson**¹⁻², **Pokorny**¹⁻² et **Mac Cann**¹⁻³, ont abouti à une classification des différents types d'hymen en fonction de la distribution prédominante du tissu hyménéal.

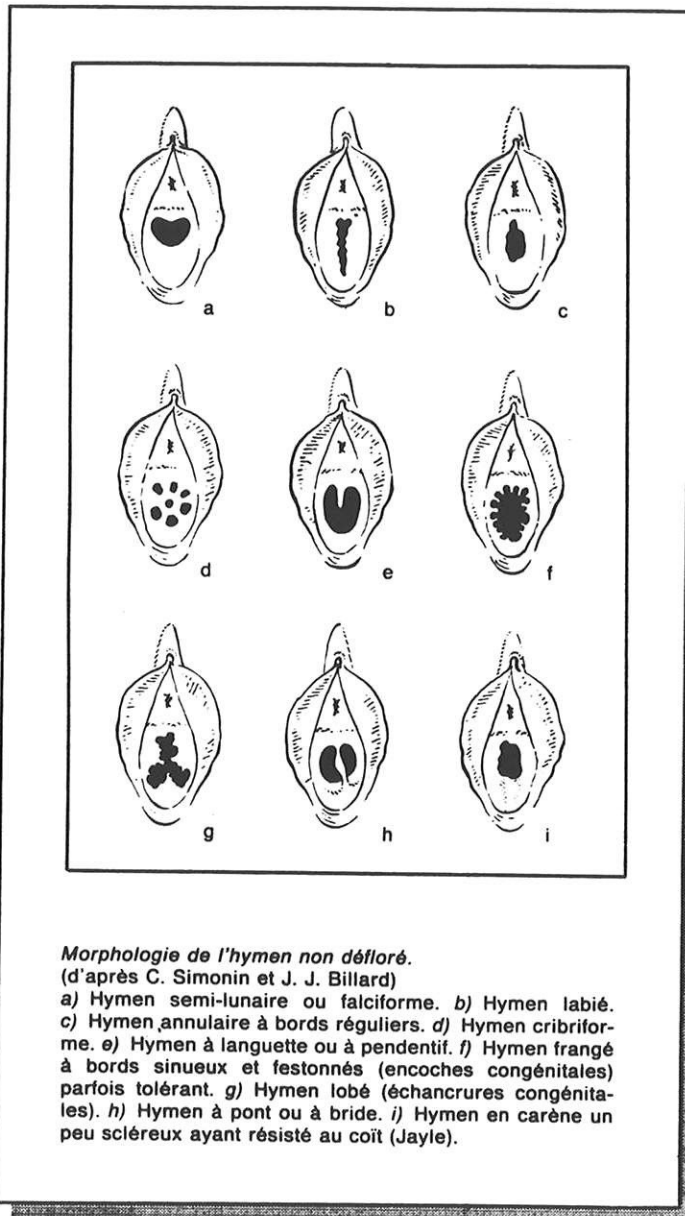
Les terminologies employées par ces auteurs anglo-saxons diffèrent de la terminologie et de la classification française de **Simonin** (*SCHEMA N°5*) ou de **Testut** et **Latarget** qui prennent aussi en compte l'aspect du bord libre de l'hymen. Des équivalences peuvent cependant se retrouver entre ces différentes classifications:

TABLEAU N°10 : LES DIFFERENTES MORPHOLOGIES D'HYMENS :
Classifications Anglo-saxonne et Française

CLASSIFICATION ANGLO-SAXONNE	CLASSIFICATION FRANÇAISE	DESCRIPTION DES HYMENS (H)
H. à bord postérieur (<i>posterior rim</i>)	H.1/2 lunaire ou falciforme (Simonin et Testut)	H dont le bord libre évoque un croissant à concavité antérieure dont les cornes se pendent à droite et à gauche du vestibule vaginal et arrivant parfois au contact l'une de l'autre.
H.annulaire ou circonférentiel (<i>annular / circumferential</i>) H.résiduel (<i>remnant</i>)	H.annulaire ou circulaire (Simonin et Testut) ----->	H en forme de diaphragme perforé d'un orifice le + souvent central, parfois excentré. L'orifice peut être réduit à 1 ou 2 mm ou large, réduisant la membrane à un simple feston muqueux disposé en anneau sur le pourtour de l'orifice béant.
H.imperforé (<i>imperforate</i>)	H.imperforé (Simonin) H.membraniforme (Testut)	L'imperforation de l'hymen constitue une cloison étanche malformative responsable d'une rétention pathologique des menstrues (hémato-colpos).
H.plissé (<i>fimbriated</i>)	non décrit, se rapprocherait de l'H.lobé de Simonin	Membrane plissée d'aspect charnu possédant des berges épaisses et frangées masquant généralement l'orifice hyménéal.
H.cribriforme (<i>Cribriform</i>) Berenson	H.cribriforme (Simonin et Testut)	H annulaire perforé de plusieurs orifices lui donnant un aspect de membrane criblée.
H. septé (<i>septated</i>)	H.à pont (Simonin) H.biperforé (Testut)	H présentant 2 orifices disposés de part et d'autre d'une bande tissulaire verticale.

SCHEMA N° 5 : MORPHOLOGIE DE L'HYMEN NON DEFLORE

D'après C.Simonin et J.J.Billard

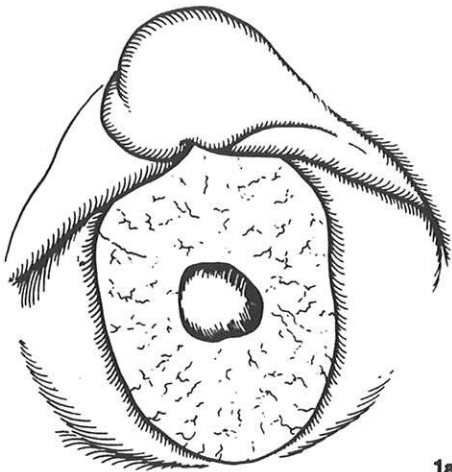


Morphologie de l'hymen non défloré.
(d'après C. Simonin et J. J. Billard)

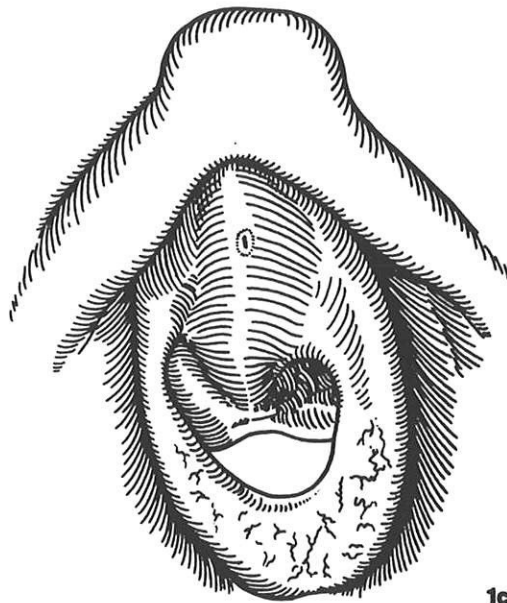
- a) Hymen semi-lunaire ou falciforme. b) Hymen labié.
c) Hymen annulaire à bords réguliers. d) Hymen cribriforme. e) Hymen à languette ou à pendentif. f) Hymen frangé à bords sinueux et festonnés (encoches congénitales) parfois tolérant. g) Hymen lobé (échancrures congénitales). h) Hymen à pont ou à bride. i) Hymen en carène un peu scléreux ayant résisté au coït (Jayle).

**SCHEMA N° 6 : MORPHOLOGIE DE L'HYMEN NON DEFLORE
LES PLUS FREQUENTES CHEZ L'ENFANT**

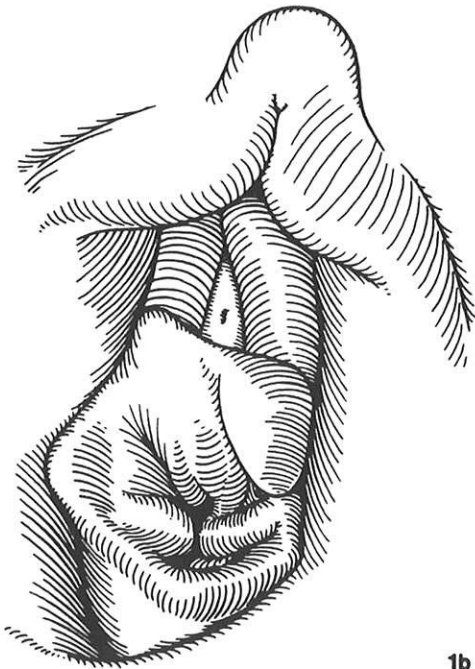
D'après Berenson



1a



1c



1b

1a. Hymen annulaire ou circonférentiel
(annular ou circumferential)

1b. Hymen plissé
(fimbriated)

1c. Hymen 1/2 lunaire ou falciforme
(crescentic)

La configuration hyménéale est influencée par des facteurs hormonaux et les techniques d'examen :

- influence de l'imprégnation hormonale sur la configuration hyménéale :

Comme nous l'avons évoqué dans le paragraphe consacré à l'intérêt de l'étude du stade pubertaire, la configuration hyménéale varie avec le degré d'oestrogénisation de l'enfant, selon **Pokorny**¹, **Berenson**¹⁻², **Gardner**¹ et **Mac Cann**³.

Cette imprégnation hormonale est surtout d'origine maternelle chez le très jeune enfant jusqu'à ses deux ans environ, puis s'éteint pour réapparaître sous forme d'une synthèse endogène au moment de la puberté.

Les travaux de **Berenson**¹ effectués chez les nouveaux-nés de sexe féminin, décrivent une surabondance du tissu hyménéal qui apparaît sous un aspect "plissé" chez tous les nouveaux-nés. Les deux configurations d'hymen les plus souvent rencontrés sont les hymens annulaires (80%) et les hymens "plissés" (19%). De plus, la configuration varie significativement selon la race mais ne semble pas être influencée par l'âge gestationnel ou le poids de naissance.

Secondairement, la répartition des configurations hyménéales se modifie:

Berenson² et **Gardner**¹ dans leurs études effectuées auprès de fillettes pré-pubères n'ayant jamais connu d'expérience sexuelle, retrouvent une prédominance des formes semi-lunaires (environ 70%) et annulaires (environ 25%) dans la classe d'âges des 3 à 10 ans.

Berenson¹ émet l'hypothèse que les nouveaux-nés possédant un hymen annulaire encoché à 12 heures, développent plus tard une configuration hyménéale semi-lunaire lorsque leur niveau d'imprégnation oestrogénique décroît.

A partir de l'âge de 10 ans, la forme semi-lunaire est la plus fréquente mais la forme "plissée" initialement observée lors de la petite enfance réapparaît au détriment de la forme annulaire, sous l'effet de la production endogène des oestrogènes.

Dans notre étude, ces constatations se vérifient : la configuration hyménéale est précisée pour 10 filles sur 48, et l'examineur retrouve dans tous les cas des hymens circulaires chez 6 filles (de 3 ans, 5 mois à 8 ans, 10 mois) sans imprégnation oestrogénique et chez 4 filles (de plus de 10 ans) possédant une imprégnation oestrogénique d'origine endogène.

La forme d'hymen "résiduel" décrite par les anglo-saxons est retrouvée chez 6% des fillettes pré-pubères étudiées par **Gardner**¹, contre 5% chez **Berenson**² (toutes classes d'âges confondues).

Selon ce dernier auteur, la race ne semble plus influencer les modifications de la configuration hyménéale après la naissance.

- influence des différentes techniques d'examen sur la configuration hyménéale:

La configuration hyménéale est aussi influencée significativement par la technique d'examen utilisée:

Les travaux de **Berenson**¹⁻² et **Mac Cann**¹⁻³ montrent que la majorité des hymens qui apparaissent plissés et boursoufflés lors de l'examen en position de supination-séparation labiale, se défroissent et s'affinent lors de l'examen en supination-traction labiale ou en position genu-pectoral. Ils prennent alors la forme d'hymens circulaires ou semi-lunaires.

Lors de l'évaluation clinique d'un enfant suspecté d'avoir été victime d'un abus sexuel, seule la configuration hyménéale dite "résiduelle", décrite par **Pokorny**¹ semble associée à la notion d'abus sexuel. De nombreux auteurs tels qu'**Emans**¹, considèrent cette forme d'hymen à berges étroites comme résultant d'une perte du tissu hyménéal liée à un traumatisme. Cependant, cette configuration "résiduelle" est aussi retrouvée chez les enfants indemnes de toute agression sexuelle par **Berenson**¹⁻² et **Gardner**¹ (5 à 6% des cas). Bien que cette variante soit considérée comme congénitale, elle doit néanmoins attirer toute l'attention de l'examineur qui doit s'appliquer à rechercher d'éventuels signes cliniques associés, évocateurs d'abus sexuels.

Dans notre travail, l'examineur a noté une *faible largeur de l'anneau hyménéal, inférieure à 2mm* (largeur mesurée du bord libre de l'hymen jusqu'à son insertion vaginale), chez deux des fillettes dont la configuration hyménéale avait été précisée (dossiers N°21 et 50). Cette configuration circulaire à bord libre étroit peut être considéré comme le type "résiduel" décrit par les auteurs anglo-saxons.

De plus, dans ces deux dossiers, cette configuration déjà hautement suspecte d'être d'origine traumatique (selon Emans) était associée à des lésions du bord libre et / ou à une maladie sexuellement transmissible, et s'incluait dans un contexte d'abus sexuel. Il est donc fort probable que cette configuration résulte ici de l'abus sexuel plutôt que d'une variation anatomique congénitale.

* étude de l'orifice hyménéal :

Remarque préliminaire:

Comme le précise **Paradise**, la terminologie employée pour parler du diamètre de l'orifice hyménéal varie selon les auteurs. Ainsi les termes "diamètre de l'introitus vaginal" employés par **White** et **Cantwell**¹, ne désignent pas le diamètre vaginal ou celui de l'hymen mais le diamètre horizontal transverse de l'orifice hyménéal.

White et **Cantwell**¹ se sont attachés à démontrer l'intérêt de la mesure du diamètre transverse horizontal de l'orifice hyménéal dans le diagnostic d'abus sexuel. Leurs mesures ont été effectuées indirectement à partir de photographies prises au colposcope sur un enfant installé en position de supination-écartement labial. Le colposcope, muni d'une réglette millimétrique intégrée, était couplé à un appareil photo.

L'étude de **White** menée sur des fillettes de 1 à 12 ans exposées aux risques d'abus sexuels, montre qu'un orifice hyménéal de diamètre supérieur à 4 mm se retrouve :

- chez 94% des filles victimes d'abus sexuels (abus sexuels incluant des contacts sexuels avec pénétration vaginale et des attouchements digitaux avec pénétration digitale),
- chez 5% des filles sans anamnèse de contact sexuel mais à risques positifs ,
- chez aucun des enfants non exposés aux risques sexuels.

Dans une analyse de régression logarythmique, la plus grande proportion des filles possédant un diamètre orificiel supérieur à 4 mm, a été retrouvée dans le groupe des enfants ayant eu un contact sexuel avec pénétration. Ce test n'est pas très sensible mais il est très spécifique.

En conclusion, pour cet auteur, un orifice hyménéal de diamètre supérieur à 4 mm signifie avec un degré de probabilité très élevé qu'il y a eu contact sexuel chez la fillette de moins de 13 ans.

Cependant, l'intérêt de la mesure de l'orifice hyménéal comme élément de diagnostic d'abus sexuel, reste controversé par certains auteurs :

Ainsi, les travaux de **Cantwell**¹ effectués en 1983, montraient qu'un diamètre orificiel supérieur à 4 mm était dans 80% des cas corrélé à un abus sexuel avec pénétration vaginale. Ce même auteur (**Cantwell**²), en 1987, lors de son étude de l'évolution du diamètre orificiel dans le temps, menée sur la même population de fillettes initialement examinées en 1983, constataient que le diamètre horizontal de l'orifice hyménéal tend à décroître, voire à se normaliser après l'agression sexuelle dans la mesure où celle-ci ne se reproduit pas. Ce phénomène découle d'un processus de cicatrisation de l'hymen lié à ses propriétés élastiques.

Ces constatations ont été confirmées par **Mac Cann**³. Ainsi le temps écoulé entre l'agression sexuelle et l'examen clinique peut modifier dans le sens de la normalisation le diamètre d'un orifice hyménéal initialement dilaté.

De même, **Adams** a observé que le diamètre de l'orifice hyménéal augmente avec l'âge et le degré de contact sexuel subi par l'enfant, suggérant que ces deux variables pouvaient se confondre dans leurs conséquences sur la taille de l'orifice.

Pour leur part, **Emans**¹ et **Vandeven** notent que les fillettes ayant subi des abus sexuels avec pénétration vaginale présentaient un orifice hyménéal dont le diamètre horizontal était en moyenne supérieur de 1,6 mm seulement à celui des fillettes d'âge égal et indemne de tout abus sexuel. Cette différence minime peut aussi être liée à des erreurs de mesure et / ou à un biais technique.

Pour **Gardner**¹, **Pokorny**¹⁻² et **Mac Cann**³, seul un diamètre orificiel supérieur à 1 cm doit être pris en compte (1 cm équivaut environ à une largeur d'index mesurée sur la première phalange). Pour ces auteurs, de trop nombreux facteurs, en dehors des contacts sexuels, influencent la taille de cet orifice pour en faire un indicateur d'abus sexuel lorsqu'il est inférieur à 1 cm. Ces facteurs sont :

- le type d'hymen :

Il est classique d'observer un orifice hyménéal large dans les cas d'hymens dits "résiduels". Cette association est statistiquement prouvée dans l'étude de **Gardner**¹.

A l'opposé, certains hymens circulaires peuvent présenter un orifice très réduit laissant à peine le passage nécessaire à l'écoulement des menstrues.

- le degré de relaxation de la musculature hyménéale :

Selon les constatations de **Woodling**, l'hymen connaît des phases de contraction et de relaxation tout au long de l'examen clinique. Ces différentes phases entraînent

des variations de diamètre au niveau de l'orifice hyménéal, rendant toute prise de mesure aléatoire. Seul l'examen sous anesthésie générale pourrait garantir un degré de relaxation maximal et constant.

- la position d'examen :

Mac Cann¹, dans sa comparaison des différentes techniques d'examen montre que le plus grand diamètre horizontal est obtenu lorsque les prises de mesures sont effectuées en position de supination-traction labiale, alors que le plus grand diamètre vertical est obtenu en position genu-pectoral.

- l'imprégnation tissulaire en oestrogènes :

L'imprégnation oestrogénique provoque au niveau de la musculature périnéale et au niveau de la membrane de l'hymen, une plus grande élasticité tissulaire qui se traduit par une plus importante distensibilité de l'orifice lors de la prise de mesures.

- les variations selon l'âge de l'enfant :

Les travaux de **Mac Cann³** et **Berenson²** effectués à partir d'enfants indemnes d'abus sexuel, examinés par groupes d'âges et par les trois méthodes définies auparavant, démontrent que les mesures des diamètres trans-hyménaux (verticaux et horizontaux) s'accroissent avec l'âge de l'enfant. Cependant, le diamètre vertical augmente plus vite dans chaque groupe d'âges que le diamètre horizontal.

**TABLEAU N°11: TABLEAU INDICATIF DU DIAMETRE TRANS-HYMENEAL
CHEZ LA FILLETTE PRE-PUBERE PAR CLASSES D'AGES :**

Mesures effectuées en supination-traction labiale

D'après Berenson ²

DIAMETRES	AGE	AGE (mois)				PROBABILITE
		1 à 12	13 à 24	25 à 48	49 à 81	
DIAMETRE HORIZONTAL (mm)						
n = 113		35	26	27	25	0,03
diamètre moyen +/- D.S.(mm)		2,5 +/- 0,8	2,9 +/- 1,2	2,9 +/- 1,0	3,6 +/- 1,2	(significatif)
distribution (mm)		1,0 à 3,5	1,5 à 6,5	1,0 à 6,5	2,0 à 4,8	
DIAMETRE VERTICAL (mm)						
n = 39		11	8	14	6	
diamètre moyen +/- D.S.(mm)		3,4 +/- 1,4	3,5 +/- 1,0	3,6 +/- 1,2	3,9 +/- 2,7	non significatif
distribution (mm)		1,8 à 6,0	1,0 à 4,3	1,0 à 6,0	1,0 à 8,8	

Dans notre étude, parmi les 48 dossiers concernant des filles, seuls 16 fournissent des renseignements concernant la taille de l'orifice hyménéal :

- dans 10 cas, l'examineur retrouve un orifice hyménéal qu'il qualifie d' "étroit" ou de "petite taille" sans préciser sa mesure ou les normes d'appréciation utilisées :

- . 6 fillettes sont non pubères (de 4 ans, 5 mois à 9 ans, 2 mois),
- . 3 filles présentent des signes pubertaires (de 10 ans, 11 mois à 13 ans),
- . 1 jeune fille post-pubère de morphologie adulte (âgée de 14 ans, 2 mois).

Toutes présentaient une anamnèse d'abus sexuel sans pénétration pénienne, cependant 2 d'entre elles alléguaient une pénétration digitale. Le reste de leur examen gynécologique ne mettait pas en évidence de signe de défloration.

- dans 6 cas, l'orifice est qualifié de "béant" ou "large":

- . 2 cas concernent des fillettes non pubères (dossiers N°28 et 38).

La fillette du dossier N°21 possède un hymen de type résiduel selon la classification de Pokorny, d'origine traumatique dans la mesure où l'on retrouve chez elle d'autres signes gynécologiques évocateurs d'abus sexuel (oedème des grandes lèvres, 2 incisures des berges à 11 h et 2 h) découvert dans un contexte d'abus sexuel.

Pour la fillette du dossier N°28, déclarant avoir été victime d'attouchements digitaux, l'examineur retrouve un élargissement isolé de l'orifice hyménéal et élimine le diagnostic de tentative de défloration. Cet hymen peut correspondre à une forme "résiduelle" d'origine constitutionnelle, d'après **Gardner**¹.

- . 2 dossiers concernent des filles présentant des signes pubertaires (dossiers N°40 et 43) et ne dénonçant pas de pénétration vaginale.

L'examineur retrouve chez elles un hymen souple qualifié de complaisant. Sous l'effet de l'imprégnation oestrogénique, ces hymens se laissent aisément déformer sans lésion. Ils sont considérés comme constitutionnels par **Monroziés**.

- . 2 dossiers concernant deux soeurs d'origine asiatique (dossiers N°41 et 42), post-pubères dénonçant une anamnèse d'abus sexuel avec plusieurs épisodes de pénétration pénienne. L'examineur retrouve chez elles un élargissement de l'orifice hyménéal associé à d'autres signes évocateurs d'abus sexuels. Cet élargissement est dû aux traumatismes sexuels subis.

*** les bords et la surface de la membrane hyménéale :**

L'examen minutieux des bords et de la surface de l'hymen, revêt un intérêt important dans le diagnostic d'abus sexuel. En effet, l'hymen est encore considéré comme une fragile membrane, dernier rempart de la vertu, dont l'intégrité est le sceau de la virginité ou encore une frontière pénale.

Dans la presque totalité des cas, le premier rapport sexuel avec pénétration vaginale est responsable de la défloration en provoquant la déchirure de l'hymen. Seuls les hymens "complaisants" peuvent se laisser dilater lors d'un rapport sexuel, sans se déchirer.

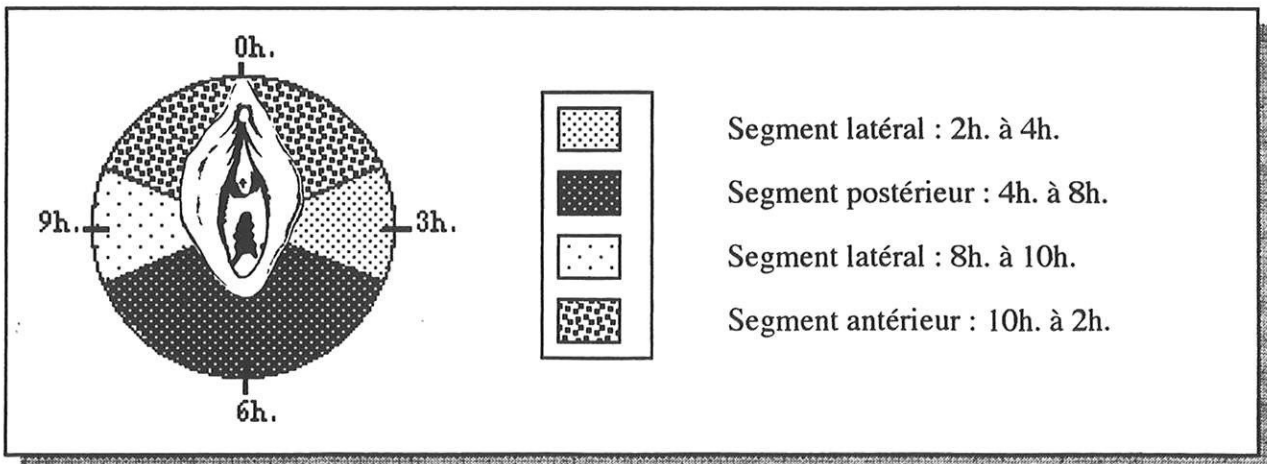
Etude de la membrane hyménéale :

L'étude de la membrane hyménéale des enfants indemnes d'abus sexuel (fillettes pré-pubères indemnes de toute activité sexuelle et nouveaux-nés de sexe féminin) a permis de mettre en évidence, à ce niveau, l'existence de nombreuses irrégularités constitutionnelles. Néanmoins, ces mêmes irrégularités anatomiques ont été retrouvées lors de l'examen d'enfants victimes d'abus sexuels : elles revêtaient cependant certains caractères morphologiques ou topographiques spécifiques de lésions traumatiques.

Les différents auteurs qui ont étudié l'anatomie génitale féminine, font référence au cadran d'une horloge pour localiser les différentes anomalies observées sur patiente installée en décubitus dorsal. Deux points de repère sont fixés : l'orifice urétral est situé à 0 h et la fourchette postérieure à 6 h. Secondairement, le cadran est divisé en 4 segments :

- le segment antérieur : de 10 h à 2 h,
- 2 segments latéraux : de 8h à 10 h et de 2 h à 4 h,
- le segment postérieur : de 4 h à 8 h.

GRAPHIQUE N°5 : REPERAGE DES LESIONS SUR UN CADRAN HORAIRE :



Gardner¹, Mac Cann³ et Berenson¹⁻² ont établi une liste de ces irrégularités constitutionnelles et en ont donné une définition :

- La projection hyménéale:

C'est une projection triangulaire développée à partir du bord libre de l'hymen qui fait protrusion dans l'orifice hyménéal (retrouvé par **Mac Cann³** chez 33,3% des filles pré-pubères).

- Des éleveures de l'hymen : (SCHEMA N°7)

Ce sont des épaissements tissulaires de forme nodulaire, localisés sur les berges de l'hymen. Ils peuvent apparaître à côté de sections du bord libre entre 3 et 9 h (retrouvés par **Mac Cann³** et **Gardner¹**, respectivement chez 33,8% et 21% des filles pré-pubères indemnes de toute expérience sexuelle) .

Pour **Berenson¹**, l'intersection d'un pont intra-vaginal et de la berge hyménéale peut prendre l'apparence d'une éleveure de l'hymen chez les enfants examinés en position de supination. Seul un examen comparatif effectué en position genu-pectorale, permet de rattacher cette éleveure à son origine réelle.

Pour **Pokorny², Emans¹ et Vandeven**, cette localisation entre 3 et 9 h considérée comme normale, peut aussi être rencontrée chez des enfants ayant des antécédents d'abus sexuels ou d'infection génitale. Ces éleveures sont alors le résultat d'une réaction inflammatoire chronique.

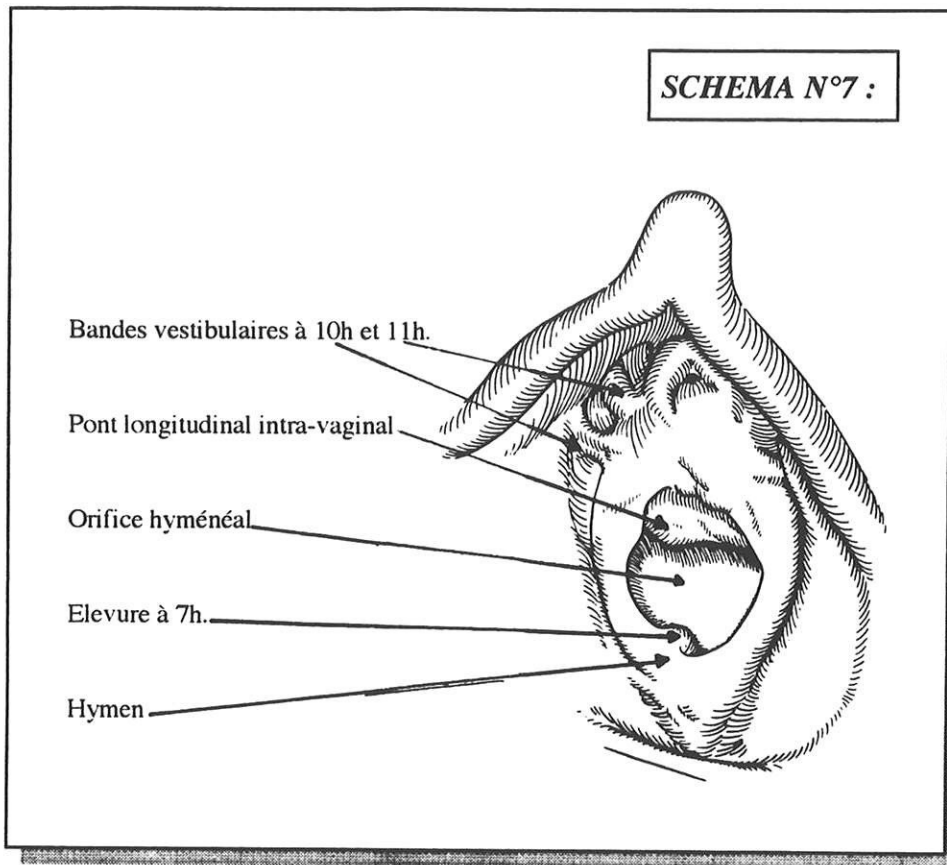
- Une configuration angulaire des bords de l'hymen ou hymen à bord tranchant (retrouvé par **Mac Cann³** chez 7,5% des fillettes pré-pubères).

L'aspect angulaire associé ou non à d'autres irrégularités du bord libre de l'hymen est souvent lié à une histoire de contact sexuel : dans 7,23% des cas, il s'agit d'irrégularités du cadran postérieur de l'hymen, selon l'étude de **Kerns**.

A l'opposé, l'aspect lisse et arrondi du bord libre de l'hymen apparaît comme une variation d'origine congénitale, le plus souvent associé à des irrégularités du cadran antérieur.

- Pendentif ou appendice hyménéal médian :

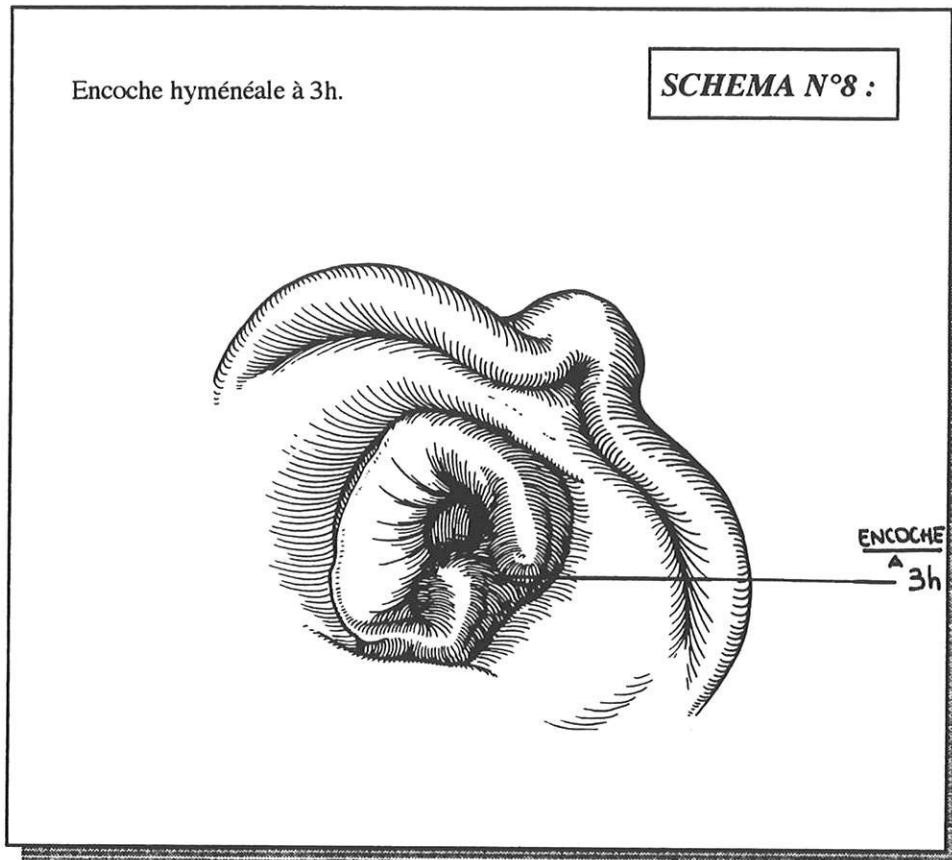
C'est un petit appendice de 1 mm de long , appendu au bord libre de l'hymen. Il est situé dans 50% des cas entre 11 h et 1 h (retrouvé par **Mac Cann³** chez 18,5% des filles pré-pubères et par **Berenson¹** chez 13% des nouveaux-nés de sexe féminin).



- Les encoches hyménéales : (SCHEMA N°8)

Ce sont de petites indentations concaves du bord libre n'atteignant jamais la racine de l'hymen (retrouvées par **Mac Cann³** et **Berenson²**, respectivement chez 6% et 8% des filles pré-pubères et par **Berenson¹** chez 35% des nouveaux-nés de sexe féminin).

Dans notre étude, quel que soit le nombre et la localisation des encoches, elles n'ont jamais été à l'origine d'un diagnostic de défloration.



- Les lacets :

Ce sont de fines bandes de tissu accompagnant les vaisseaux. Elles sont tendues de la région péri-hyménéale jusqu'au bord libre de l'hymen (retrouvés par **Gardner**¹ chez 14% des fillettes pré-pubères).

- Des modifications de la vascularisation hyménéale :

La vascularisation peut être discrète, constituée de fins réseaux capillaires ou très accentuée, faite de petits vaisseaux dilatés (respectivement dans 53% et 47% des cas selon **Mac Cann**³).

Cependant, dans leurs études contrôlées, **Emans**² et **Paul**¹ ont aussi retrouvé une accentuation de la vascularisation de la membrane hyménéale chez les enfants présentant des symptômes génitaux (signes fonctionnels infectieux, allergiques), mais aussi chez les victimes d'abus sexuels. Une interprétation médico-légale de l'accentuation de la vascularisation hyménéale est donc injustifiée quand il s'agit d'un signe clinique isolé.

- **Des incisures hyménéales :**

Ce sont des ruptures profondes du bord libre, situées normalement à la partie antérieure de l'hymen entre 11 h et 1 h (retrouvées par **Mac Cann**³ chez 1,2% des filles pré-pubères et par **Berenson**¹ chez 35% des nouveaux-nés de sexe féminin). Elles peuvent atteindre sa racine d'insertion vaginale.

Elles ne sont jamais retrouvées entre 4 et 8 heures chez les enfants indemnes de toute agression sexuelle et chez les nouveaux-nés de sexe féminin, selon **Berenson**¹.

Remarque:

Avant l'application de la loi du 23 décembre 1980, qualifiant de viol toute pénétration d'ordre sexuel d'une personne, quelque soit la nature de l'agent pénétrant et de l'orifice naturel pénétré, il était classique de schématiser les situations en retenant seulement comme ayant une valeur médico-légale les atteintes situées dans la moitié postérieure de l'anneau hyménéal. Seul un rapport sexuel complet pouvait rompre et traumatiser l'hymen, en particulier au niveau de la zone privilégiée de la défloration médico-légale située entre 4 et 8 heures. Comme le soulignent **Soutoul**¹ et **Pierre**, compte tenu de la nouvelle définition du viol et des multiples types d'agressions sexuelles perpétrées à l'encontre des enfants, il sera nécessaire d'être plus nuancé dans l'interprétation des lésions antérieures.

. les incisures postérieures ou postéro-latérales situées entre 4 et 8 h :

Classiquement, seul un membre viril en érection, de calibre moyen peut déchirer la base d'insertion vulvo-vaginale de l'hymen vers l'arrière, selon **Soutoul**¹, **Berenson**², **Mac Cann**² et **Berkowitz**.

Dans notre étude, parmi les 20 filles sur 48 (soit 42%) qui présentent des irrégularités du bord libre de leur hymen, 8 d'entre elles présentent au moins une incisure dans la moitié postérieure de l'hymen.

Ces solutions de continuité ont été découvertes lors de l'examen clinique de 7 filles déclarant avoir été victime d'abus sexuel avec pénétration génito-vaginale. L'examineur a posé le diagnostic de défloration.

L'examen de la 8ème jeune fille (dossier N°31) mettait en évidence 2 incisures

profondes à 4h. et 6h., alors qu'elle avait nié toute pénétration vaginale malgré la survenue d'un saignement d'origine génitale constaté immédiatement après son agression. Un second interrogatoire, effectué après la découverte de ces incisures hautement suspectes, ne l'a pas amené à modifier ses déclarations qui sont en contradiction avec les constatations de l'examen. Cette contradiction peut avoir deux origines :

- . 1/ la non révélation de la totalité des faits par crainte ou honte,
- . 2/ cette jeune fille ne s'est peut-être pas rendue compte de ce qui lui est réellement arrivé. Cette hypothèse semble la plus probable dans la mesure où la victime déclare avoir remarqué un saignement secondaire à l'agression. Le diagnostic de défloration a été retenu par l'examineur sur cette base.

Remarque:

Dans 5 dossiers de notre étude, les caractéristiques de la solution de continuité de l'anneau hyménéal ne sont pas précisées. Ils portent la mention "hymen rompu, défloration banale".

. les incisures antérieures situées entre 10h et 2h :

initialement considérées comme constitutionnelles chez 1,2% des enfants pré-pubères examinés par **Berenson**², elles ne sont jamais provoquées par un rapport sexuel imposé avec pénétration d'un membre viril en érection.

Pour **Soutoul**¹ et **Berkowitz**, elles sont le plus souvent la conséquence d'un atouchement digital ou d'une pénétration instrumentale. C'est l'index pénétrant de force et en crochet qui provoque le plus souvent ces déchirures hyménales antérieures. Elles peuvent parfois être très hémorragiques, associées à des ecchymoses sous-urétrales ou clitoridiennes, avec ou sans déchirure de la muqueuse vaginale.

Dans notre étude, dans les 5 autres cas, les incisures retrouvées ont une localisation antérieure (entre 11h. et 2h.) et sont le plus souvent incomplètes :

Deux de ces filles (dossiers N°11 et 36) prétendent avoir subi des pénétrations digito-vaginales. Ces manoeuvres peuvent être à l'origine de ces incisures antérieures incomplètes. Le diagnostic de défloration digitale a été posé.

Les 3 autres déclarent avoir été victimes de tentatives de pénétration pénienne: La découverte de ces incisures antérieures complètes chez la fillette du dossier N°21 ne permet pas d'éliminer la survenue d'un rapport sexuel car elles sont

associées à une béance hyménéale dont les berges postérieures sont érodées et étroites (hymen résiduel décrit par les auteurs anglo-saxons), ainsi qu'à un œdème de la grande lèvre gauche.

Chez la fillette du dossier N°51, la découverte isolées d'incisures antérieures incomplètes rend peu vraisemblable une éventuelle pénétration vaginale dans la mesure où l'orifice hyménéal est étroit. Ces incisures sont considérées ici par l'examineur comme étant d'origine constitutionnelle (selon la théorie de **Berenson**¹).

Chez la fillette du dossier N°19, une incisure localisée à 12h., initialement ecchymotique, découverte par le Gynécologue qui a posé le diagnostic d'abus sexuel avec rupture de l'anneau hyménéal, évoque plutôt une lésion causée par des attouchements digitaux, l'utilisation de corps étrangers ou de grattage mais ne permet pas d'éliminer catégoriquement une pénétration génito-vaginale.

. les incisures latérales ou antéro-latérales situées entre 2 et 4h et, 8 et 10h : elles sont le plus souvent d'origine instrumentale selon **Soutoul**¹.

La manipulation d'un objet pénétrant dans le vagin par la seule volonté de la victime, ne peut entraîner des lésions traumatiques importantes en raison de la douleur provoquée. Il sera toutefois nécessaire d'analyser de près ces lésions pour rechercher leur origine et l'éventuelle intervention d'un tiers : c'est en évoquant la possibilité d'une défloration par un objet manié par une main criminelle, que l'examineur pourra expliquer les déchirures latérales de l'hymen.

Facteurs influençant l'aspect des bords et de la surface de l'hymen :

Comme nous l'avons mentionné dans l'étude de la configuration hyménéale, l'aspect du bord libre de l'hymen varie aussi en fonction de l'imprégnation hormonale des tissus et de la technique d'examen employée.

Ainsi l'imprégnation oestrogénique existant chez les enfants de moins de 2 ans et chez les enfants au moment de leur puberté, induit un épaississement de l'hymen et de son bord libre mais n'intervient pas au niveau des différentes irrégularités anatomiques citées ci-dessus.

La technique d'examen employée lors de l'examen de l'enfant influence l'aspect des irrégularités anatomiques des berges de l'hymen , selon **Gardner¹** et **Mac Cann¹⁻³** :

- Les élevures et projections de la ligne médiane du bord de l'hymen, visualisées lors de l'examen en supination, prennent un aspect allongé en pendentif médian en position genu-pectoral.
- La membrane hyménéale s'affine et voit sa surface se lisser en position genu-pectoral .Un hymen plissé et épais rencontré lors de l'examen en position de supination peut aussi se transformer en hymen circulaire.
- De même, la vascularisation hyménéale apparaît plus irrégulière et accentuée lors de l'examen en position genu-pectoral et en supination-traction labiale par rapport à la position de supination-écartement labial.

En conclusion de l'étude des bords libres et de la surface de l'hymen, nous constatons que les multiples irrégularités anatomiques décrites initialement chez les enfants victimes d'abus sexuels sont retrouvées chez les enfants indemnes de toute expérience sexuelle mais aussi, pour certaines d'entre elles, chez les enfants qui ont des antécédents d'infection génitale.

De plus , l'aspect de ces irrégularités est significativement influencé par le statut hormonal de l'enfant et par la position dans laquelle il est examiné.Ces éléments contribuent à rendre leur découverte isolée non spécifique des abus sexuels .

Seules les incisions des berges de l'hymen, situées entre 4h. et 8h., sont spécifiques des abus sexuels avec pénétration génito-vaginale. Les autres localisations semblent liées aux autres modes de défloration (instrumentale ou digitale) cependant, leurs aspects : hémorragique, ecchymotique , cicatriciel ou irrégulier, en font ici un bon indicateur d'abus sexuel.

d - L'examen du vagin :

L'état de la muqueuse vaginale est le plus souvent apprécié chez la fillette non pubère sans l'usage de spéculum ou d'un toucher vaginal. En effet, ces méthodes invasives peuvent être mal comprises et ressenties comme un nouveau traumatisme par l'enfant jeune qui a déjà subi un abus sexuel.

De plus, selon **Pokorny**² et **Kozinetz**, les manoeuvres endo-vaginales réalisées dans une cavité de dimensions restreintes, peuvent être responsables de lésions tissulaires au niveau de l'hymen et du vagin. Ces lésions peuvent être secondairement confondues avec celles qui sont causées par l'agression sexuelle.

Enfin, les différentes techniques d'examen comparées par **Mac Cann**¹ et coll., permettent une observation directe du canal vaginal à travers l'anneau hyménéal. La position d'examen en supination-traction labiale, permet dans 66% des cas de voir les 2/3 antérieurs du canal vaginal, tandis que la position genu-pectoral permet de visualiser dans 69% des cas l'intégralité du vagin jusqu'au col utérin, sans l'usage du spéculum.

Dans notre travail, l'appréciation de l'état de la muqueuse vaginale (environ ses 2/3 inférieurs) a été possible chez 16 filles sur 48 (33%) à travers l'orifice hyménéal lors de l'examen direct en position supination-écartement labiale.

Cependant chez la fillette pré-pubère, l'examen gynécologique avec emploi de spéculum possède ses propres indications, mais doit, dans la majorité des cas, être réalisé sous sédation :

- devant un saignement gynécologique d'origine haute,
- en cas de lacération vaginale nécessitant une suture,
- en cas de suspicion de corps étranger introduit dans le vagin.

Quelle que soit la technique employée pour observer la cavité vaginale, des irrégularités de la muqueuse ont été mises en évidence chez les enfants indemnes de tout traumatisme sexuel grâce aux études de **Berenson**¹⁻². Néanmoins, ces mêmes irrégularités sont aussi retrouvées par le même auteur chez les enfants victimes d'abus sexuels. Ce sont donc des éléments anatomiques non spécifiques :

- les ponts longitudinaux intra-vaginaux :

Ce sont des bandes étroites d'aspect fibreux s'étendant de la face interne de la mem-

brane hyménéale, jusqu'au mur postéro-latéral ou latéral du vagin. Leur nombre varie habituellement de 1 à 6.

Initialement décrits chez les enfants victimes d'abus sexuels, ils sont considérés par **Adams, Steiner, Claytor et Seidel**, comme des synéchies muqueuses post-traumatiques.

Ils sont aussi retrouvés chez les enfants indemnes de tout traumatisme sexuel : pour **Mac Cann**¹ et **Berenson**² chez respectivement 90% et 25% des filles pré-pubères, et chez 56% des nouveaux-nés (**Berenson**¹). Classiquement, ces ponts longitudinaux constitutionnels sont disséminés sur le pourtour du vagin sauf entre 11h et 1h.

- les colonnes intra-vaginales :

ce sont des colonnes muqueuses disposées longitudinalement sur les murs antérieurs (à 12h) et postérieurs (à 6h). Elles sont retrouvées indifféremment chez les enfants indemnes ou victimes d'abus sexuels.

Selon **Mac Cann**³ et **Pokorny**¹, les seuls éléments spécifiques des traumatismes sexuels retrouvés au niveau du vagin, sont les plaies longitudinales plus ou moins profondes, les saignements, les ecchymoses, les inflammations, les pétéchies et les érosions de la muqueuse, constatés en dehors d'un contexte infectieux local et pouvant être éventuellement associés à d'autres lésions de l'appareil génital.

Chez les filles présentant des signes pubertaires ou post-pubères, l'examen vaginal peut comporter un examen au spéculum et un toucher vaginal dans la mesure où la jeune patiente accepte ces manoeuvres :

*** l'examen vaginal effectué à l'aide d'un spéculum gynécologique :**

Technique:

Petites lèvres écartées entre pouce et index, le spéculum est introduit parallèlement à la vulve, le bord inférieur déprimant la fourchette, puis après avoir franchi l'orifice vulvaire, enfoncé en bas et en avant en le faisant tourner à 90°, et ouvert avant de toucher le col.

Il répond à deux objectifs :

- un objectif anatomo-pathologique : pour visualiser la muqueuse vaginale à la recherche des lésions que nous avons déjà évoquées.

Dans notre travail, la seule anomalie retrouvées lors de cet examen est une inflammation de la muqueuse vaginale associée à des sécrétions épaisses grisâtres dues à une infection à *Trichomonas* chez la jeune fille du dossier N°23 qui présentait en outre, des signes de défloration banale lors de son examen clinique.

- un objectif médico-légal : pour **Soutoul**¹, la possibilité de mise en place d'un spéculum de calibre moyen signifie qu'un rapport sexuel classique est réalisable.

Dans notre étude, 15 filles sur 48 ont bénéficié d'un examen vaginal avec pose d'un spéculum.

Dix d'entre elles, de morphologie adulte, présentaient à l'examen gynécologique des signes de défloration ancienne et banale corroborant leurs déclarations:

. parmi elles, 7 ont pu être explorées grâce à la pose d'un spéculum taille adulte, ce qui confirme la corrélation anatomo-clinique et médico-légale décrite par **Soutoul**¹

. les 3 autres (dossiers N°30, 31 et 41) ont été explorées grâce à un spéculum de vierge. Ces 3 jeunes filles présentaient un retard staturo-pondéral lié, pour 2 d'entre elles, à des conditions carencielles (N°30 et 31), et à son origine asiatique pour l'autre.

Pour les 5 dernières, explorées grâce à la mise en place d'un spéculum de vierge :

. 2 d'entre elles ne présentaient pas de signe de défloration (dossiers N°7, 52),

. 1 présentait des signes de défloration digitale (dossier N°11),

. 2 présentaient des signes compatibles avec une défloration (dossiers N°16,42).

En conclusion, l'exploration vaginale effectuée à l'aide d'un spéculum doit être réservée aux filles pubères acceptant les modalités de cet examen et dont la taille de l'orifice hyménéal permet l'introduction du spéculum sans induire de lésion tissulaire.

Il faut éviter l'emploi de cette méthode d'exploration chez les enfants non pubères, sauf dans les cas où il existe une présomption de lésion interne ou de corps étranger. Dans ces dernières situations, l'examen doit être réalisé sous sédation.

*** l'examen du vagin par le toucher vaginal :**

Technique:

Petites lèvres écartées entre le pouce et l'index, le ou les deux doigts (index et majeur) de la main controlatérale sont introduits dans le plan de la fente vulvaire en bas et en avant jusqu'au contact du col et des culs-de-sac vaginaux.

Le toucher vaginal répond lui aussi à deux objectifs :

- un objectif anatomo-pathologique : le toucher vaginal explore la paroi vaginale, les culs-de-sac latéraux, la mobilité du col utérin, le corps utérin et les annexes.

Dans notre travail, le toucher vaginal a permis de découvrir deux grossesses (chez les jeunes filles des dossiers N°6 et 49) et de relier une douleur pelvienne basse à son origine vésicale chez la jeune fille du dossier N°40.

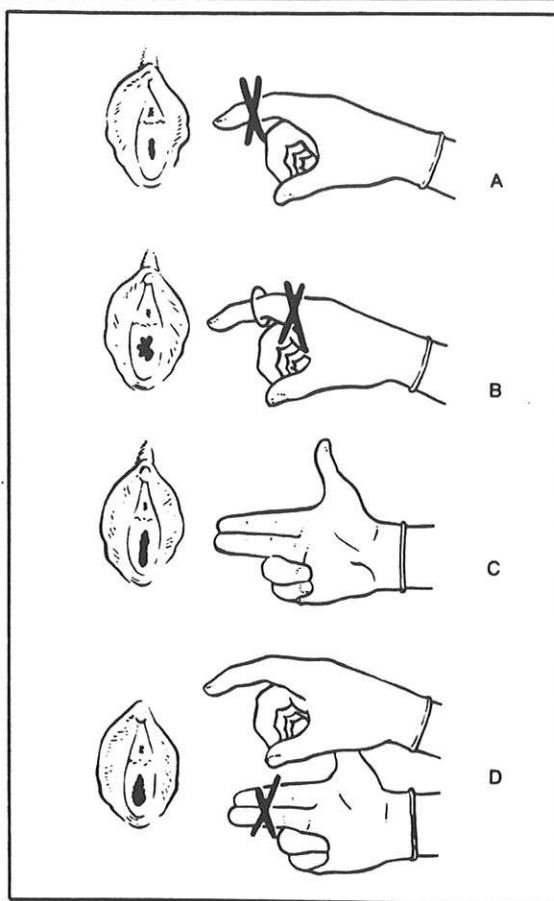
- un objectif médico-légal : **Soutoul¹** et **Pierre**.(*SCHEMA N°9*) ont établi une relation anatomo-clinique et médico-légale entre, les possibilités de réalisation d'un toucher vaginal et de la réalisation d'un rapport sexuel:

. si le franchissement de l'orifice hyménéal par un seul doigt (index) est impossible, il n'y a certainement pas eu d'intromission pénienne et donc pas de coït complet.

. si les deux premières phalanges du doigt sont introduites à l'exclusion de la troisième, les conclusions sont les mêmes que précédemment.

. par contre, la pratique de relations sexuelles complètes et répétées est probable si le toucher vaginal est réalisé avec deux doigts.

. dans le cas où l'index peut être introduit facilement mais où le toucher bidigital est impossible, il existe un doute sur la possibilité de rapport sexuel isolé, complet ou non, mais ce dernier ne peut pas être considéré comme régulier.

SCHEMA N°9 :

A - Pas de défloration légale

B - Pas de défloration légale

C - Défloration médico-légale
(sauf si absence totale congénitale d'hymen
en arrière)

D - Bien examiner le bord libre de l'hymen
peut être de type tolérant

INTERPRETATION DU TOUCHER VAGINAL : d'après J.H.Soutoul et coll.

Dans notre étude, 16 jeunes filles sur 48 ont bénéficié d'un toucher vaginal :

- 11 d'entre elles, post-pubères, présentaient lors de leur examen gynécologique des signes de défloration ancienne corroborant leur déclaration.

. parmi elles, 8 ont pu être explorées par un toucher vaginal bidigital, ce qui confirme la corrélation anatomo-clinique et médico-légale décrite par **Soutoul et Pierre**.

. les 3 autres ont subi un toucher vaginal unidigital: il s'agit de 2 jeunes filles présentant un retard staturo-pondéral (dossiers N°30, 31, victimes d'un agresseur de petite corpulence), explorées auparavant par un spéculum de vierge, et d'une jeune fille (dossier N°39) qui avait refusé la pose d'un spéculum.

- pour les 5 autres, présentant des signes pubertaires, un toucher vaginal unidigital a été réalisé :

- . 1 d'entre elles avait subi une défloration digitale (dossier N°11),
- . 2 d'entre elles présentaient des signes cliniques compatibles avec une défloration (dossiers N°42 et 16),
- . les 2 autres présentaient un hymen complaisant sans lésion traumatique.

Le fait que ces 5 filles puissent être explorées par un toucher vaginal unidigital sans avoir été victimes d'une agression avec rapport sexuel complet, est en accord avec la corrélation de **Soutoul** et **Pierre**, mais n'infirme en aucun cas qu'elles puissent avoir été l'objet d'un abus sexuel.

En conclusion, l'exploration réalisée par le toucher vaginal doit être réservée aux jeunes filles post-pubères qui acceptent les modalités de cet examen et dont la taille de l'orifice hyménéal permet cette exploration sans induire de lésion tissulaire.

*Seule la seule réalisation d'un toucher vaginal bidigital signifie qu'un rapport sexuel complet est possible d'après **Soutoul**, cependant notre étude montre que trois jeunes filles ayant subi une défloration par pénétration pénienne, n'ont pu être examinées que par un toucher unidigital en raison de leur retard staturo-pondéral ou de leurs craintes.*

*Cette corrélation anatomo-clinique et médico-légale émise par **Soutoul** ne tient pas compte :*

- de la taille de l'enfant qui peut être en "harmonie" avec celle de son agresseur mais disproportionné par rapport au calibre des instruments utilisés lors de l'examen vaginal.
- des réticences éventuelles que peuvent exprimer certains enfants à l'égard de cette exploration.

D -Les pièges du diagnostic clinique d'abus sexuel chez la fille:

a - Les phénomènes de cicatrisation:

La cicatrisation tissulaire provoque une modification de l'aspect voire une disparition complète des lésions génitales causées par l'agression sexuelle, rendant leur observation et leur interprétation difficiles lorsque l'examen gynécologique est différé.

La cicatrisation des lésions superficielles de l'épithélium progresse au rythme de 1 mm. par 24h. selon **Kaissane**: ainsi une cicatrisation macroscopique est généralement obtenue dans les premières 48 à 72h., cependant la différenciation des cellules épithéliales de surface demande 5 à 7 jours.

Les lésions profondes cicatrisent en formant un tissu de granulation qui prend l'aspect d'une cicatrice rougeâtre et hypertrophique dans un premier temps, puis pâle et atrophique en près de 60 jours.

D'après les travaux de **Cantwell**² et **Berkowitz**, ce phénomène peut être à l'origine d'un rétrécissement cicatriciel de l'orifice hyménéal initialement dilaté par le rapport sexuel, allant même jusqu'à simuler une imperforation de l'hymen par synéchies des berges.

Selon **Cantwell**², ce rétrécissement peut aussi exister en dehors de tout phénomène de cicatrisation, il est alors lié aux propriétés élastiques du tissu hyménéal qui reprend sa taille initiale après sa dilatation : ce phénomène peut apparaître dès les premières heures et se poursuivre pendant plusieurs mois. Pour ce même auteur, les variations anatomiques les plus persistantes sont les irrégularités des berges hyménéales et les hymens à bord étroit ("résiduels" pour les auteurs anglo-saxons).

b - Les autres causes de traumatismes génitaux:

Ce sont :

- les chutes à califourchon,
- les empacements,
- les mutilations génitales rituelles,
- la pratique de sports traumatiques pour le périnée: gymnastique, équitation.
- la masturbation : elle s'accompagne classiquement de signes d'irritation modérés

des organes génitaux externes (vulve, clitoris chez la fille et étui pénien, gland chez le garçon).

Plus rarement, une masturbation violente peut être à l'origine chez la fille de lésions antérieures ou antéro-latérales de l'anneau hyménéal, identiques à celles provoquées par des attouchements digitaux mais d'importance moindre dans la mesure où elles deviennent rapidement douloureuses. Chez le garçon elle peut parfois induire un début de désinsertion prépuçiale.

Ces traumatismes peuvent provoquer les mêmes lésions génitales que les agressions sexuelles. L'interrogatoire de l'enfant et de ses accompagnateurs prend ici toute son importance.

c - Les maladies dermatologiques :

En dehors des maladies infectieuses, certaines dermatoses localisées au niveau de la sphère génitale peuvent faire évoquer à tort le diagnostic d'abus sexuel:

- les tâches mongoloïdes, selon **Saulsbury**,
- les phytophotodermatoses, selon **Owen**,
- le syndrome d'Ehler-Danlos, selon **Coffman**,
- les pemphygoïdes bulleux et les autres dermatoses bulleuses, selon **Levine**,
- le lichen scléro-atrophique, selon **Handfield-Jones** et **Priesly**,
- les dermatoses allergiques, varicelle et maladies de Crohn, selon **Herman-Giddens**.

E - Conclusions sur les données de l'examen gynécologique de la fille :

L'étude de l'anatomie génitale des enfants victimes d'abus sexuels a mis en évidence des signes cliniques initialement attribués à l'agression, mais rapidement considérés comme non spécifiques car retrouvés chez les enfants indemnes de tout abus sexuel.

Cependant, certaines caractéristiques rendent ces signes plus évocateurs voire spécifiques du diagnostic d'abus sexuel. **Muram**³ a classé ces différents signes cliniques observés

lors de l'examen gynécologique en fonction de leur degré de spécificité dans le diagnostic clinique d'abus sexuel:

CATEGORIE 1: apparence normale de l'appareil génital.

CATEGORIE 2: signes cliniques non spécifiques pouvant être rencontrés à différentes occasions en dehors des cas d'abus sexuel:

- pétéchies , oedème, inflammation, rougeur, érosion, fissure, éraillure au niveau de la vulve et de la fourchette postérieure,
- accentuation de la vascularisation vestibulaire et labiale,
- agglutination des petites lèvres,
- élevures hyménéales situées entre 3h. et 9h.,
- petites encoches hyménéales,
- orifice hyménéal de diamètre inférieur à 1cm.

Ces différents signes cliniques prennent toute leur signification sémiologique dans le diagnostic d'abus sexuel lorsqu'ils sont associés à:

- une maladie sexuellement transmissible,
- et/ou à des lésions génitales spécifiques,
- et/ou lorsqu'elles sont découvertes dans le cadre d'une anamnèse d'abus sexuel.

CATEGORIE 3: signes cliniques spécifiques :

- incisures postérieures situées entre 4h. et 8h. sur l'anneau hyménéal,
- plaies, lacérations, déchirures récentes ou cicatricielles de l'hymen,
- orifice hyménéal de diamètre supérieur à 1 cm.,
- plaies vulvaires en coup d'ongle avec perte de substance,
- procto-épisiotomie,
- plaies vaginales.

CATEGORIE 4: diagnostic certain quelque soit la lésion retrouvée si elle est associée à:

- la présence de sperme,
- une maladie sexuellement transmissible: gonococcie, syphilis.

3 - L'examen génital du garçon:

L'examen des organes génitaux du garçon est généralement mieux accepté que celui de la fille car il s'intègre plus facilement dans le cadre d'un examen clinique classique. Il peut être effectué sur un enfant debout ou en décubitus dorsal avec les jambes fléchies.

La découverte de toute lésion doit s'accompagner d'une description précise de son aspect, de ses dimensions, de sa topographie. Un schéma ou des clichés photographiques de la lésion peuvent être réalisés.

L'examen intéresse:

A - Le pubis :

L'examen recherche des lésions cutanées: ecchymoses, hématomes, griffures et plaies dûs à des attouchements appuyés ou traumatiques .

B - La verge :

Dans un premier temps elle est examinée calottée , puis décalottée afin d'examiner :

- **les faces antérieures et postérieures du gland**, en notant la présence éventuelle de plaies , pétéchies, ecchymoses, oedèmes, griffures, traces de morsure.

- **l'orifice urétral** est examiné à la recherche de petites déchirures orificielles, de saignements extériorisés évoquant la possibilité d'une introduction instrumentale ou de corps étrangers à l'intérieur de l'urètre.

- **le sillon ballano-prépuce et le frein du prépuce** à la recherche de signes de dés-insertion prépuce apparaissant sous forme de fissures, de plaies du fond du sillon ballano-prépuce ou d'une déchirure du frein inférieur du prépuce.

Ces lésions sont généralement dues à des décalottages violents et traumatiques, associés ou non à des attouchements génitaux appuyés .

C- Le scrotum :

Il est examiné à la recherche d'ecchymoses, de plaies, de griffures.

Les testicules sont palpés pour mettre en évidence une douleur ou une sensibilité anormale .

De même, sont recherchés d' éventuels épanchements hématiques d'origine traumatique développés sous l'albuginée.

Les lésions génitales retrouvées chez les garçons sont plus rares (respectivement 22% et 7% chez **Roane** et **Spencer**) que chez les filles car ils sont inégalement exposés aux différents types d'abus sexuels.

Selon les travaux de **Roane** et **Spencer** , les garçons sont victimes d'abus sexuels peu traumatiques au niveau génital, ils retrouvent respectivement :

- des fellations effectuées sur les victimes représentent : 37% et 46% des abus sexuels,
- des attouchements digitaux : 36,4% et 11% des abus sexuels,
- des pénétrations anales: 32,5% et 68% des abus sexuels,
- des tentatives de pénétration anale: 14,3% et 9% des abus sexuels.

Selon ces mêmes auteurs, les lésions génitales causées chez le garçon par les pénétrations génito-anales ou génito-vaginales pratiquées sur l'agresseur à la demande de ce dernier, sont très rares du fait de:

- la pauvreté de la demande (respectivement : 3,9% et 1,3% de tous les abus sexuels commis sur les garçons),
- la fréquente immaturité sexuelle des jeunes victimes qui les rend incapables de réaliser une érection,
- la sidération psychique de l'enfant lors de son agression qui bloque l'érection.

Dans notre étude comportant uniquement 5 dossiers concernant des garçons , l'examen de ces derniers n'a pas mis en évidence de lésion génitale.

4 - L'examen de la région anale des enfants :

L' examen de la région anale de la fille et du garçon doit être systématique et doit rechercher des signes de pénétration anale (sodomie génito-anale, digito-anale ou instrumentale).

L' examen est réalisé classiquement en position genu-pectoral , cependant, il peut être effectué en décubitus dorsal avec les jambes fléchies lorsque la première position n'est pas acceptée par l'enfant. Il se pratique sous un bon éclairage, éventuellement à l'aide d'un colposcope permettant le grossissement de la zone anale.

Selon **Paul**, les signes cliniques retrouvés, tant lors de l'inspection de la marge anale que du toucher rectal, après une pénétration peuvent varier en fonction de plusieurs facteurs:

- la taille de l'objet pénétrant (verge en érection, doigt, instruments divers),
- la taille de l'enfant,
- l'usage de la force lors de la pénétration,
- le degré de contraction du sphincter anal lors de la pénétration,
- l' usage de lubrifiants.

A- Les signes cliniques pouvant être retrouvés à l'inspection :

a- Les lésions d'aspect récent:

Elles sont retrouvées si la pénétration a eu lieu dans les 72h. . D'après l'étude de **Spencer**:

- Les érythèmes de la marge et de la muqueuse anale :

Ils sont dus à une hypervascularisation locale. Ils sont retrouvés dans 37% des cas.

- Les abrasions de la muqueuse:

Ce sont des pertes localisées de l'épithélium superficiel qui donnent un aspect irrégulier à la surface de la muqueuse anale. Elles sont retrouvées dans 30% des cas.

- Les lacérations et fissures de la marge anales :

Ce sont des lésions radiées plus ou moins profondes dont les berges sont exsudatives, hémorragiques, ou inflammatoires. Elles sont retrouvées dans 23% des cas.

- Les contusions de la marge anale sont retrouvées dans 17% des cas.

b - Les lésions évocatrices de traumatismes répétés ou anciens :

- L' hyperpigmentation de la marge anale:

C' est un signe de pénétration anale fréquente, noté par **Reinhart, Balk et Hobbs**, et retrouvé par **Spencer** chez 17% des enfants ayant subi plusieurs épisodes de pénétration anale.

- Les cicatrices de la marge anale :

Ce sont des lésions radiées plus ou moins rétractiles évoquant un traumatisme anal ancien. Elles sont retrouvées dans 20% des cas.

- L'incontinence anale:

Il s'agit d' une perte du contrôle du sphincter anal par destruction locale de ce dernier. Elle existe chez 19% des enfants étudiés par **Spencer**. Ce signe est fréquemment à l'origine de consultations médicales et de suspicion d'abus sexuel lorsqu'il réapparaît chez un enfant qui a déjà acquis un contrôle sphinctérien normal. Cette incontinence est parfois réversible au prix d'une longue rééducation sphinctérienne.

- Les irrégularités et élargissements de la marge anale:

Elles donnent à l'anus un aspect béant en entonnoir. Ils sont retrouvés dans 50% des cas.

- Les atténuations et effacements des plis radiés de l'anus :

Elles donnent à la marge anale un aspect lisse.

- Les hémorroïdes et les épaissements cutanés sont rarement retrouvés : dans moins de 1% des cas.

c - Les diagnostics différentiels :

- la constipation chronique peut provoquer une dilatation sphinctérienne,

- la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique s'accompagnent d'érosions plus ou moins hémorragiques de la muqueuse anale ainsi que d'une pigmentation de la marge anale.

- les myopathies peuvent s'accompagner d'incontinences anales ainsi que d'une dilatation sphinctérienne,
- les diarrhées chroniques peuvent entraîner des pigmentations de la marge anale.

L'inspection de la région anale de tous les enfants de notre étude retrouve chez une des 6 enfants victimes de sodomie (dossier N°42) une petite hémorroïde située à 12h. sans autre signe associé. Cette lésion ne semble pas due à l'unique épisode de pénétration anale subi par cette jeune fille.

B - Le toucher rectal :

Le toucher rectal peut être réalisé dans deux objectifs:

- tester le tonus du sphincter anal externe,
- étaler la cloison recto-vaginale.

a - Le test du sphincter anal externe:

D'après les travaux de **Paul², Reinhart, Hoobs**, le toucher rectal peut retrouver une diminution du tonus du sphincter anal externe suite à un abus sexuel par sodomie.

Si l'examen clinique est effectué dans les 4 premières heures suivant la pénétration anale, **Paul²** a noté dans son étude que, dans un premier temps l'anus apparaît béant et relâché, puis secondairement, un important oedème réactionnel se développe au niveau de la marge anale, provoquant un spasme du sphincter externe lors du toucher rectal.

Quand les épisodes de pénétration anale ont été répétés, le toucher rectal retrouve une diminution du tonus du sphincter anal externe. Le premier contact de l'index de l'examineur sur l'anus provoque une certaine résistance puis brutalement, le sphincter externe se relâche en permettant la réalisation aisée du toucher.

Dans notre travail, le toucher rectal n'a pas été systématique: il a été effectué chez 11 enfants sur 53:

- de manière systématique chez les 5 garçons, victimes ou non de sodomie,

- chez les filles victimes de sodomie (dossiers N° 12, 16, 41, 42),
- chez la fillette du dossier N° 15, non victime de sodomie, membre d'une fratrie dont les autres enfants avaient subi ce type d'abus (dossiers N° 16 et 17), de même que chez la fillette du dossier N° 48, victime des mêmes agresseurs.

Ces enfants ont été victimes d'un seul épisode de sodomie. Dans deux cas, l'examineur a mis en évidence un sphincter anal externe " complaisant ", se laissant facilement traverser par l'index (dossier N° 41 et 44) tandis qu'une discrète hypotonie du premier centimètre sphinctérien a été retrouvée chez le garçon sodomisé à l'aide d'une pièce de bois (dossier N° 44) .

b - L'étalement de la cloison recto-vaginale: (SCHEMA N° 10)

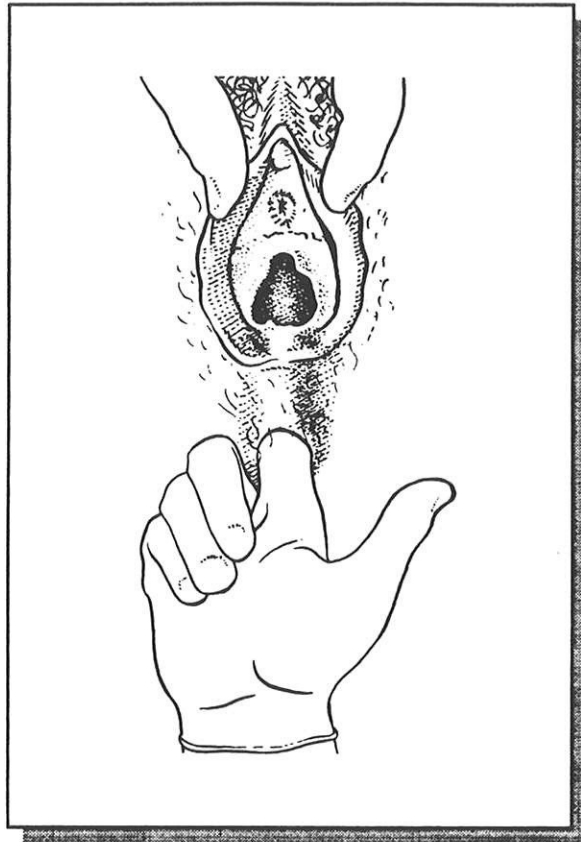
Le toucher rectal peut être aussi effectué chez la fille dans le but d'étaler la cloison recto-vaginale lors d'un examen bimanuel:

La main non fonctionnelle écartant entre la pince pouce-index les grandes lèvres et les petites lèvres, le toucher rectal réalisé avec l'index de la main opposée faisant bomber et étalant la cloison recto-vaginale en montrant parfaitement l'intégrité ou non de la zone d'insertion postérieure de l'anneau hyménéal.

Cette manoeuvre n'est pas décrite dans les techniques d'examen employées par les auteurs anglo-saxons en raison du caractère traumatisant des touchers pelviens qu'ils récusent chez les jeunes victimes d'abus sexuels.

En revanche, cette technique est décrite en France par **Soutoul**¹ et coll., et trouve son indication chez les filles post-pubères victimes de pénétration ou de tentatives de pénétration vaginale.

**SCHEMA N°10 : ETALEMENT DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE
PAR L'EXAMEN BIMANUEL
D'après Soutoul et coll.**



C - Les prélèvements au niveau anal :

Les prélèvements locaux peuvent être réalisés au niveau de la marge anale et dans l'ampoule rectale afin d'isoler :

- des traces de sperme (recherche de spermatozoïdes, phosphatases acides) si la pénétration anale a eu lieu dans les 72 heures avant l'examen,
- des maladies sexuellement transmissibles.

Dans notre étude, aucun prélèvement local n'a été effectué car la seule pénétration anale datant de moins de 72 heures était uniquement digitale (dossier N°18) Les autres pénétrations qui dataient toutes de plus de 72 heures n'ont pas motivé de recherches locales.

IV - PRELEVEMENTS :

Ils sont effectués chez les enfants suspectés d'avoir été victimes d'abus sexuels afin de rechercher :

- des traces de sperme,
- des maladies sexuellement transmissibles,
- une grossesse.

1 - Les prélèvements locaux :

Ils peuvent être effectués aux niveaux vaginal, buccal, anal, mais aussi urétral . Ils sont réalisés dans deux buts :

A - La recherche de sperme :

Cette recherche doit être effectuée au niveau de tous les orifices pouvant avoir fait l'objet d'une pénétration pénienne (bouche, organes génitaux féminins, anus), mais aussi au niveau du revêtement cutané et des vêtements des victimes.

Elle doit être effectuée dans les 72 premières heures suivant l'agression pour optimiser les chances de découverte de sperme. Si cette recherche s'avère positive, elle constitue un élément définitif dans le diagnostic d'abus sexuel. Aussi est-il important en cas d'agression sexuelle, que la victime ne fasse pas l'objet de toilette avant les prélèvements.

La recherche des différents composants du sperme :

Les résultats des différentes méthodes de recherche des composants du sperme ont été comparées dans les travaux de **Gabby**. (*TABLEAU N°12*)

a - La détection initiale des traces de sperme :

Selon **Pollack**, la recherche initiale de traces de sperme est réalisée au niveau du revêtement cutané et des vêtements grâce à un examen effectué sous la lampe de Wood: en cas de positivité, la présence de sperme apparaît sous la forme de tâches vert-jaune fluorescent.

Il existe des faux positifs : l'urine donne aussi au niveau de la peau une fluorescence de couleur identique à celle de sperme sous la lampe de Wood.

Cependant, la fluorescence du sperme apparaît irrégulière, alors que celle de l'urine est régulière, de plus, la fluorescence du sperme décroît plus vite dans le temps que celle de l'urine : pour **Gabby**, 55% des résultats sont positifs lorsqu'il s'agit d'urine, contre 0% pour le sperme à 72h.

Les zones de fluorescence doivent être secondairement prélevées et analysées par des examens de laboratoire afin de rechercher les différents composants du sperme.

b - La détection de spermatozoïdes en microscopie :

Les prélèvements locaux déposés entre lame et lamelle sèches sont étudiés au microscope.

Cette technique est généralement considérée comme la plus spécifique et la plus sensible des techniques de détection du sperme selon **Gaensslen**, **Pollack** et **Gabby**. Cependant, les résultats obtenus décroissent rapidement avec le temps, selon **Gabby** :

- 54% de résultats positifs à la 28^{ème} heure,
- 0% de résultats positifs à la 72^{ème} heure.

c - La recherche des phosphatases acides :

Les phosphatases acides sont des enzymes d'origine prostatique, retrouvées dans le liquide séminale et entrant dans la composition du sperme. Leur découverte au niveau des différents prélèvements est habituellement considérée comme la preuve d'un contact sexuel.

Les résultats obtenus dans la recherche des phosphatases alcalines déclinent avec le temps, selon **Gabby** :

- 91% de résultats positifs à h = 0,
- 73% de résultats positifs à la 28 ème heure.

Pour **Sensabaugh** et **Wojcieszyn**, ce test est peu spécifique car les phosphatases acides sont aussi retrouvées à un taux faible dans les sécrétions vaginales et au niveau de l'urine des femmes. Cependant, selon **Kirk**, il n'existe pas de publication faisant état de la présence de phosphatases acides au niveau des sécrétions de la fillette pré-pubère alors qu'elles sont retrouvées à un taux très faible dans l'urine du garçon pré-pubère.

d - La recherche des Antigènes Spécifique de Prostate (ou P.S.A., ou P 30) :

Cet antigène est retrouvé au niveau du liquide séminal et des urines de l'homme mais absent de ses autres sécrétions. De même, il n'est pas présent chez la femme d'après les études de **Graves** et **Baechtel**.

Deux méthodes sont employées pour détecter les P.S.A. au niveau des prélèvements locaux :

- la Contre-Immuno-Electrophorèse:

les résultats de cette méthode déclinent avec le temps : 26% de résultats positifs à la 28 ème heure , selon **Gabby**.

- E.L.I.S.A. : (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay)

cette technique semble la plus sensible selon **Gabby** : 100% de résultats positifs avant la 28 ème heure et 91% de positifs après la 28 ème heure.

Le protocole Californien d'examen des enfants victimes d'abus sexuels (California Medical Protocol, Sacramento) recommande d'effectuer une première détection de sperme par l'examen cutané de l'enfant sous la lampe de Wood et de confirmer l'origine génitale des éventuelles zones d'immunofluorescence par un test de laboratoire.

La positivité des tests de laboratoire en microscopie ou technique E.L.I.S.A. est un élément diagnostic de contact sexuel.

**TABEAU N°12 : COMPARAISON DE LA SENSIBILITE DES TESTS DANS LA
DETECTION DES DIFFERENTS COMPOSANTS DU SPERME
SELON GABBY :**

TECHNIQUES \ RESULTATS (%)	DETECTION POSITIVE quand WOODS POSITIF	DETECTION POSITIVE quand WOODS NEGATIF	RESULTATS POSITIFS à la 28 ème heure
E.L.I.S.A. (P 30)	97 %	100 %	91 %
C.I.E. (P 30)	72 %	34 %	36 %
MICROSCOPIE	82 %	56 %	54 %
PHOSPHATASES ACIDES	91 %	69 %	73 %

Dans notre étude, la recherche de sperme a été effectuée à partir d'un prélèvement local, vaginal ou vulvaire, et examiné au microscope afin de mettre en évidence d'éventuels spermatozoïdes.

Cette recherche a été réalisée uniquement chez les 16 filles qui ont été victimes d'une agression avec contact sexuel commise depuis moins d'un mois et chez une jeune fille qui présentait un écoulement vaginal (dossier N°23): tous les résultats se sont avérés négatifs :

- 9 prélèvements ont été effectués dans un délai de 8 jours à 1mois après l'agression: ce délai est considéré comme trop tardif pour mettre en évidence des spermatozoïdes au niveau des prélèvements,
- 7 prélèvements ont été réalisés dans un délai inférieur à 72 heures : seule une des victimes (dossier N°12) dénonçait une pénétration vaginale avec éjaculation intra-vaginale. Il n'a pas été mentionné si les victimes avaient pris des bains avant d'être examinées.

Comme nous l'avons observé dans la comparaison de la sensibilité des différents tests de **Gabby**, la microscopie ne met en évidence que 54% de résultats positifs à la 28 ème heure, cette perte de sensibilité pouvant expliquer la négativité des résultats obtenus dans notre étude. Cette recherche en microscopie aurait pu être optimisée par un couplage avec la technique E.L.I.S.A. qui est la plus sensible.

B - La recherche des maladies sexuellement transmissibles :

La recherche des maladies sexuellement transmissibles est importante tant du point de vue médico-légal; leur découverte chez l'enfant devant faire évoquer la survenue d'un abus sexuel, que du point de vue gynécologique car certaines d'entre elles peuvent être à l'origine d'une stérilité chez la fillette.

Chez la fillette, selon **Hammerschlag**¹, ces maladies sont le plus souvent muettes ou se manifestent parfois par des vulvo-vaginites isolées.

Cependant, les études de **Jenny** et **Gardner**² montrent que de nombreuses pathologies infectieuses ou non peuvent être à l'origine de vulvo-vaginites en dehors des maladies sexuellement transmissibles : elles sont retrouvées tant chez les enfants indemnes que victimes d'abus sexuels.

Elles sont donc non spécifiques :

- les infections bactériennes :
 - . Streptocoque Pyogène,
 - . Hemophilus Influenzae,
 - . Streptocoque Pneumoniae,
 - . Shigella Sonnei,
 - . Bacteroides Species,
 - . E.Coli,
 - . Klebsiella Pneumoniae,
 - . Corynebacterium Diphtheriae.
- les infections parasitaires (Helminthioses) :
 - . Enterobius Vermicularis,
 - . Ascaris Lumbricoides,
 - . Trichuris Trichiura.
- les infections virales :
 - . Poxvirus.
- les autres pathologies :
 - . les corps étrangers,
 - . les irritations chimiques,
 - . les irritations d'origine mécanique (frottements),

- . les allergies,
- . les traumatismes locaux,
- . le manque d'hygiène,
- . les urètres ectopiques,
- . les fistules recto-vaginales.

Les maladies sexuellement transmissibles retrouvées dans les prélèvements locaux :

a - Les infections à Gonocoques :

*** Épidémiologie :**

Dues à *Neisseria-gonorrhoea*, germe strictement humain.

Dans les années 70, les infections génitales à gonocoques retrouvées chez les enfants étaient considérées comme étant transmises accidentellement lors de contacts non sexuels. Cette hypothèse a été rapidement récusée par **Ingram** qui démontre que la voie sexuelle est le seul mode de contamination de ce germe.

*** Clinique:**

Pour **Rey-Stockler**, cette infection est possible chez la fillette en raison de la capacité du germe à se multiplier en milieu alcalin et sur des muqueuses atrophiques. Elle se manifeste au niveau génital par des leucorrhées jaunâtres abondantes et nauséabondes associées à des brûlures mictionnelles parfois discrètes.

L'examen clinique met en évidence classiquement une vulve oedématiée et une muqueuse vaginale rouge-framboise. A la puberté, le gonocoque disparaît du vagin en raison de l'acidité ambiante et se dirige vers l'appareil génital haut et les annexes dont le pH lui est favorable.

Chez le garçon, elle est responsable d'urétrite le plus souvent muette.

Selon le siège de l'atteinte muqueuse, elle peut être responsable de proctite avec ténesme et écoulement anal, mais aussi de pharyngite purulente .

Les infections disséminées sont rares chez l'enfant : elles se manifestent par des arthrites, septicémies (endocardite, méningite), syndrome de Fitz-Hugh Curtis (périhépatite).

Les Gonococcies peuvent être responsables de stérilité chez la fillette.

*** Diagnostic :**

L'isolement du gonocoque est effectué au niveau de prélèvements oropharyngés, vaginaux, urétraux ou au niveau de l'anus, immédiatementensemencés ou placés dans un milieu de transport. La culture reste la méthode de référence pour le diagnostic bactériologique, selon les travaux de **Hook, Stamm¹** et **Fari**.

*** Traitement :****- Pénicilline:** Extencilline*:

.enfant: 0,6 à 1,2 M.UI en 1 injection IM stricte / j., pendant 4 jours.

.adulte: 2,4 M.UI en 1 injection IM stricte / j., pendant 4 jours.

-Tétracycline: Doxy.*100 ou Vibramycine* :

.enfant > 8ans : 4 mg / kg / en une prise par jour, pendant 15 jours.

.adulte : 500 mg en une prise / j. le premier jour puis 200 mg / j. pendant 4 jours (contre-indication femme enceinte).

- Macrolide : Erythrocline*:

.enfant : Erythrocline* 500 : 50 mg / kg / j., pendant 15 jours.

.adulte : Erythrocline* 1000 : 1 sachet 2 fois / j., pendant 15 jours.

Ce traitement doit être suivi d'un contrôle bactériologique une semaine après l'arrêt du traitement.

b - Les infections à Chlamydiae Trachomatis :*** Epidémiologie :**

Ce germe est strictement humain. Les sérotypes L1, L2, L3 sont les agents de la Lympho-granulomatose de Nicolas Favre, les sérotypes de D à K sont responsables de la forme oculo-génitale.

Bell a mis en évidence la présence de Chlamydiae Trachomatis au niveau de prélèvements effectués sur des nourrissons nés de mères porteuses de ce germe. Ces germes persistent au maximum pendant 866 jours après la naissance.

Au-delà de l'âge de 3 ans, tout enfant porteur de Chlamydiae Trachomatis retrouvé par culture cellulaire doit être considéré comme l'ayant acquis par contact sexuel.

*** Clinique:**

Les souches de A à K ont une affinité très nette pour les cellules épithéliales des tissus cylindriques ou des zones de transition, et sont responsables d'endocervicite chez la jeune fille pubère.

Selon **Jenny** et **Fuster**, on ignore si chez la fillette pré-pubère les infections à Chlamydiae peuvent atteindre l'utérus et les trompes et causer des infections silencieuses responsables de stérilité comme chez la fille post-pubère et chez la femme adulte.

Au contraire, les souches L1, L2, L3 ont une affinité plus prononcée pour les cellules squameuses de la sphère génito-anale où elles provoquent des micro-chancres cutanés. Selon **Fuster**, cette infection peut se manifester par des urétrites dans les deux sexes, des cervicites chez les filles, ou peuvent être strictement asymptomatiques.

Elles peuvent se compliquer chez la fille post-pubère par une stérilité tubaire post-salpingite, et dans les deux sexes par des manifestations systémiques : syndrome de Fissinger-Leroy-Reiter, de périhépatites.

*** Diagnostic :**

Le C.Trachomatis doit être recherché au niveau des muqueuses susceptibles d'être infectées lors d'un rapport sexuel (vagin, vulve, urètre, anus, oropharynx) mais pas au niveau des urines ou des écoulements purulents. Le prélèvement est effectué à l'aide d'un écouvillon en dacron ou en plastique qui emporte des cellules épithéliales par rotation prolongée et appuyée.

Son isolement se fait à partir de :

- **cultures réalisées sur système cellulaire : c'est la méthode de référence** reconnue par tous les auteurs en raison de sa sensibilité > 96% et de sa spécificité = 100%. La sensibilité de cette technique peut être améliorée par un double ensemencement, l'addition de Dextrane, le repiquage, et surtout l'utilisation d'anticorps monoclonaux pour la mise en évidence des inclusions à C.Trachomatis au niveau des cellules.

- **recherches directes des antigènes (Ag.) de Chlamydiae Trachomatis** dans les prélèvements : cette méthode fait appel soit :

- . soit à des anticorps monoclonaux se fixant préférentiellement sur les inclusions à C.Trachomatis intra-cellulaires. La lecture est faite en Immunofluorescence directe,

- . soit à des techniques Immuno-Enzymatiques (E.L.I.S.A.).

Les travaux de **Schachter, Stamm², Hauger et Porder** montrent que l'inconvénient majeur de ces techniques de recherche d'Ag. réside dans leurs faibles sensibilités de l'ordre de 70%, de plus, des faux négatifs sont observés dans les infections peu prononcées (moins de 10 inclusions observées après culture cellulaire) et dans les infections asymptomatiques. De même, **Hammerschlag³** a retrouvé des faux positifs sur des cultures cellulaires négatives.

*** Traitement :**

- **Tétracycline:** Doxy.*100 ou Vibramycine*:

.enfant > 8ans : 4 mg / kg / en une prise par jour, pendant 15 jours.

.adulte : 200 mg en une prise / j. pendant 15 jours (contre-indication femme enceinte).

. - **Macrolides:** Erythrocline*:

. enfant : Erythrocline*500 : 50 mg / kg / j. pendant 15 jours.

. adultes : Erythrocline* 1000 : 2 sachets / jour pendant 15 jours.

La femme enceinte doit être traitée impérativement afin d'éviter la contamination de son enfant à la naissance:

- Erythrocline* 1000 : 2 sachets / jour pendant 15 jours, ou

- Rovamycine* : 4 comprimés / jour pendant 15 jours.

Dans notre étude : la mise en évidence de C.Trachomatis au niveau des prélèvements (vulvaires, vaginaux ou méatiques) a été effectuée par la recherche directe des Ag. de Chlamydiae en Immunofluorescence. Les prélèvements locaux effectués chez 40 des 53 enfants a permis de retrouver 4 sujets infectés.

La recherche réalisée par cette technique auprès de l'agresseur de la fillette du dossier N°12 s'est avérée positive (ainsi que le contrôle sérologique), alors que le résultat était négatif chez la victime. Cependant, un contrôle par isolement sur culture cellulaire s'est révélé positif chez cette fillette.

Ce manque de concordance confirme la faible sensibilité de la recherche d'Ag. par Immunofluorescence, l'existence de faux négatifs et la nécessité d'avoir recours à un diagnostic par isolement sur système cellulaire.

La découverte d'une infection à C.Trachomatis chez l'enfant doit toujours faire soupçonner l'éventualité d'un abus sexuel bien que la voie sexuelle ne soit pas le seul mode de contamination.

c - Les infections à Mycoplasmes :

* Epidémiologie :

Parmi les nombreuses espèces de Mycoplasmes retrouvées dans le tractus génito-urinaire, *Ureaplasma Urealyticum* et *Mycoplasma Hominis* sont les plus souvent isolés et les seuls dont le pouvoir pathogène soit certain. Ce sont des germes sexuellement transmissibles à l'origine de vaginites chez les filles victimes d'abus sexuels, respectivement dans 22% des cas de vaginite dans l'étude de **Gardner**², 29% pour **Hammerschlag**² et 43% pour **Schafer**.

Leur mode de transmission est sujet à controverse parmi les auteurs: La colonisation par les Mycoplasmes est exclusivement corrélée à l'activité sexuelle pour **Gardner**² et **Schafer**, alors qu' **Hammerschlag**¹ et **Bump** ont aussi isolé ces germes chez 6 à 17% des sujets indemnes de toute activité sexuelle, de même **Foy** retrouve ces germes chez les jeunes enfants de moins de deux ans infectés par un mode de transmission vertical (accouchement par voie basse).

Les travaux de **Fari** et **Hammerschlag**² montrent que ces germes sont fréquemment retrouvés chez les sujets présentant une vaginose bactérienne, une vaginite à *Trichomonas*, une endocervicite gonococcique ou à *Chlamydiae*, et dans les vaginites non spécifiques pour **Mac Cormack** et **Hill**.

* Diagnostic :

Il comprend l'isolement par culture du germe dans les prélèvements génitaux et l'identification de la souche de Mycoplasme.

Bien que ce germe à tropisme génital puisse apparemment être acquis par un autre mode de contamination que la voie sexuelle classique (génito-génitale), la découverte de Mycoplasme sur l'enfant doit faire évoquer la possibilité d'abus sexuel.

* Traitement :

- **Tétracycline:** Doxy.*100 ou Vibramycine*:

.enfant > 8ans : 4 mg / kg / en une prise par jour, pendant 15 jours.

.adulte : 200 mg en une prise / j. pendant 15 jours (contre-indication femme enceinte).

- **Macrolides:** Erythrocline* ou Rovamycine*:

. enfant : Erythrocline*500 : 50 mg / kg / j. pendant 15 jours.

. adultes : Erythrocline* 1000 : 2 sachets / jour pendant 15 jours.
ou Rovamycine* : 4 comprimés / j. pendant 15 jours.

Dans notre étude, nous avons retrouvé de nombreux Mycoplasmes Hominis dans les prélèvements locaux vulvo-vaginaux de 3 jeunes filles (dossiers 3, 12 et 49). Ces germes étaient associés à des Ureaplasma-Urealyticum.

d - Les infections à Trichomonas Vaginalis :

*** Epidémiologie :**

C'est la seule espèce de Trichomonas considérée comme pathogène : ces parasites anaérobies sont fréquemment associées aux infections à Mycoplasmes et aux vaginoses bactériennes.

Ces parasites sont transmis classiquement par voie sexuelle, cependant, ils peuvent être retrouvés au niveau du naso-pharynx et du vagin des enfants nés de mère infectée : ces infections acquises par transmission verticale guérissent spontanément avant l'âge de deux ans.

La découverte de Trichomonas chez un enfant plus âgé est synonyme de contact sexuel pour **Hammerschlag¹, Jones et Gardner²**.

*** Clinique :**

Ces infections se traduisent chez la fille par des vaginites avec leucorrhées abondantes, mal odorantes et de couleur verdâtre accompagnée de brûlures et de prurit génitaux. Chez le garçon, elles se traduisent par des urétrites associées à un écoulement méatique.

Dans 40 à 45% des cas, cette infection est asymptomatique.

*** Diagnostic :**

La recherche des Trichomonas Vaginalis s'effectue à partir de prélèvements vaginaux ou urétraux.

L'examen microscopique extemporané est la technique de référence pour mettre en évidence le protozoaire flagellé: l'étude des sécrétions génitales diluées avec une solution de bleu de Crésyl à 1% dans du sérum physiologique permet de reconnaître les formes trophozoïtes et les formes non flagellées de Trichomonas.

Les examens des frottis génitaux après coloration de Giemsa ou de Papanicolaou présentant une sensibilité et une spécificité faibles devraient être abandonnés.

Dans notre étude, la recherche des Trichomonas a été effectuée par examen direct des frottis au microscope après coloration. Un seul cas de Trichomonase a été identifié chez la jeune fille du dossier N°23, cette infection a directement été rattachée à l'abus sexuel dont elle avait été victime.

*** Traitement :**

- **Antifongiques:** Flagyl* ou Fasiqyne*500 :
 - . enfant : Flagyl*250: 30 à 40 mg / kg / j. pendant 10 jours.
 - . adulte : Flagyl*500: 2 comprimés / j. pendant 10 jours.
ou Fasiqyne*500 : 4 comprimés en 1 seule prise.

e - Les infections à Gardnerella :

Comme pour le Mycoplasme, l'isolement de ces bacilles Gram négatif dans les prélèvements locaux effectués chez des enfants susceptibles d'avoir été victimes d'abus sexuels a une valeur très controversée. En effet, d'après **Hammerschlag**², **Emans**⁴ et **Muram**², ces germes sont retrouvés chez les jeunes filles ayant été victimes d'abus sexuels.

Schafer, **Hammerschlag**¹, **Gardner**², **Bump** et **Bartley** retrouvent des Gardnerella chez les enfants indemnes de tout contact sexuel présentant un manque d'hygiène ou un déséquilibre de leur flore vaginale ainsi que dans des groupes témoins, dans 4 à 32% des cas. Cependant, il est difficile de tirer des conclusions de ces dernières études dans la mesure où il existe des biais dans la sélection des groupes témoins.

Pour **Amsel**¹⁻² et **Blakwell**, ces infections sont néanmoins corrélées à l'activité sexuelle, comme en témoigne la fréquence d'isolement (environ 80%) de ces germes à partir des partenaires sexuels des sujets infectés, et la rareté de ces germes chez les sujets sexuellement inactifs. La présence de ces germes dans le sperme peut expliquer cette transmission lors des rapports sexuels.

*** Clinique :**

Ces infections se manifestent chez la fillette par des leucorrhées filantes, glaireuses, d'odeur aliacé. Elles peuvent être asymptomatiques dans 50 à 60% des cas selon **Blakwell**. Chez le garçon, elles peuvent être à l'origine d'urétrites mais le plus souvent elles restent asymptomatiques.

*** Diagnostic :**

- **l'étude des sécrétions génitales à l'état frais** permet d'effectuer le "sniff test" : il consiste en un mélange des sécrétions avec une solution aqueuse de potasse à 10% qui provoque la libération d'une odeur caractéristique (poisson pourri) due à la libération d'amines aromatiques.

- **l'examen sur lame colorée par la méthode de Gram** met en évidence la présence de "clue-cells" (= cellules vaginales superficielles agglutinées en amas, recouvertes d'une multitude de bactéries). Leur présence constitue une forte présomption d'infection à Gardnerella mais cette technique est très peu sensible et ne doit plus être employée.

- **la recherche par culture est la méthode diagnostique de référence** qui permet à la fois d'étudier les caractères morphologiques et biochimiques des souches isolées et de déterminer leur sensibilité in vitro aux antibiotiques.

*** Traitement :**

- **Antifongiques: Flagyl*:**

. enfant : Flagyl*250: 30 à 40 mg / kg / j. pendant 7 jours.

. adulte : Flagyl*500: 2 comprimés / j. pendant 7 jours.

Dans notre étude, la recherche de Gardnerella n'a pas été pratiquée, cependant, compte-tenu de la forte présomption de contact sexuel lors de la découverte de ce germe au niveau génital chez un enfant, cette recherche devrait être systématiquement effectuée par la mise en culture des prélèvements locaux.

f - La recherche d'autres maladies sexuellement transmissibles :

La découverte de lésions génitales ou anales lors de l'examen d'un enfant susceptible d'avoir été victime d'abus sexuel, doit inciter l'examineur à pratiquer d'autres prélèvements bactériologiques à leur niveau, dans le but d'établir leur origine infectieuse éventuelle.

*** Devant la découverte de lésions vésiculaires ou érosives :**

Un prélèvement local doit être pratiqué à la recherche de *Trépomema pallidum*, agent infectieux de la Syphilis devant toute lésion érosive plus ou moins surélevée de la sphère génito-anales. Le diagnostic est réalisé par examen du frottis en immunofluorescence directe ou indirecte.

De même, un prélèvement local doit aussi être effectué à la recherche du virus de l'Herpès (HSV1 et HSV2).

Ce virus est responsable de l'Herpès génital se manifestant par des lésions vésiculo-ulcéraives, inflammatoires et douloureuses, et présentant des récurrences. Il est sexuellement transmissible en dehors de la période néonatale.

Les auto-inoculations sont néanmoins possibles : en effet, **Nahmias** a retrouvé HSV1 et HSV2 au niveau du pharynx d'enfants présentant des lésions herpétiques génitales.

Pour **Kaplan**, la découverte d'un Herpès génital chez un enfant doit toujours faire suspecter un abus sexuel.

Le diagnostic est effectué par culture cellulaire du produit du prélèvement. L'identification du virus se fait par fixation du complément, Immunofluorescence ou neutralisation. La distinction entre HSV1 et HSV2 se fait par l'utilisation des anticorps monoclonaux (technique d'IF. ou E.L.I.S.A.).

Traitement local:

- **Eosine aqueuse** sur les lésions.
- **Pommades anti-virales locales** :
 - . Zovirax* crème: 5 applications / j. pendant 10 jours.
 - . Cuterpes* crème: 3 à 10 applications / j. pendant 10 jours.

Dans notre étude, la recherche du virus Herpétique n'a pas été réalisée.

*** Devant la découverte de végétations génitales ou anales :**

La découverte de telles lésions doit orienter la recherche vers les Papilloma Virus humains (HPV6 à HPV11), responsables de condylomes acuminés ano-génitaux.

Chez les enfants, ces virus peuvent être transmis selon **Koutsky** lors de l'accouchement par voie basse soit par auto-contamination (**Jennison**) car le Papilloma Virus peut aussi être isolé au niveau de la cavité buccale.

Cependant, les travaux de **Boyd** montrent que la découverte de ces lésions chez l'enfant est corrélée, comme chez l'adulte, à une transmission par contact sexuel dans 25% des cas.

Le diagnostic peut être effectué par différentes méthodes :

- le test à l'acide acétique appliqué sur la lésion produit un blanchissement du condylome visible à l'oeil nu.
- l'étude d'un frottis cellulaire au microscope électronique met en évidence un virion de 55nm de diamètre à capsid e icosaédrique non enveloppé.
- **la méthode de référence fait appel à des techniques d'hybridation de l'acide nucléique identifiant le DNA viral.**

Traitement local :

- destructions des végétations vénériennes par électrocoagulation ou laser au CO2 sous anesthésie générale.

Dans notre étude, un cas d'infection à Papilloma Virus a été détecté par l'examen d'un prélèvement vaginal au microscope chez la jeune fille du dossier N°5 présentant des signes de défloration mais sans lésion condylomateuse macroscopique à l'examen gynécologique. Une surveillance régulière a été conseillée à cette jeune fille en raison du risque de dégénérescence de ces lésions en cancer du col utérin.

2 - Les prélèvements sanguins :

Ils sont effectués à la recherche de maladies sexuellement transmissibles et d'une grossesse.

A - Le sérodiagnostic de maladies sexuellement transmissibles :

Dans notre étude, ces sérodiagnostics ont été réalisés chez les enfants ayant subi une agression avec contact sexuel (attouchement sexuel, pénétration ou tentative de pénétration génito-vaginale ou génito -anale).

Bien entendu, il faut, si l'agresseur est retrouvé, conseiller à la victime de faire réclamer par le Juge d'Instruction un contrôle par des prélèvements locaux et sérologiques qui pourrait s'il est positif, engager la responsabilité de l'abuseur dans la contamination de sa victime.

a - Le sérodiagnostic de la Syphilis :

La Syphilis est due au *Treponema Pallidum*, bactérie mobile hélicoïdale flagellée. Selon **Ginsburg**, toute infection qui n'est pas d'origine congénitale doit être considérée comme d'origine sexuelle.

En dehors de la présence fugace de lésions génitales évocatrices (chancre, papule érosive périnéo-génitale) qui peuvent faire l'objet d'un prélèvement local, le sérodiagnostic est le seul moyen de dépistage de la Syphilis. Les anticorps apparaissent dès le 8ème jour jusqu'au 45ème jour après l'apparition du chancre. Le dépistage sérologique des formes primo-secondaires repose sur une réaction cardiolipidique non spécifique (VDRL) et sur deux tests tréponémiques spécifiques (TPHA et FTA).

Traitement :

- **Pénicilline:** Extencilline* ou Biclinocilline*:

.enfant: 0,6 à 1,2 M.UI en 1 injection IM stricte / j., pendant 8 jours.

.adulte: 2,4 M.UI en 1 injection IM stricte / j., pendant 8 jours.

-**Tétracycline:** Doxy.*100 ou Vibramycine* :

.enfant > 8ans : 4 mg / kg / en une prise par jour, pendant 15 jours.

.adulte : 200 mg en une prise / j., pendant 15 jours (contre-indication femme enceinte).

- **Macrolide :** Erythrocline*:

.enfant : Erythrocline* 500 : 50 mg / kg / j., pendant 15 jours.

.adulte : Erythrocline* 1000 : 1 sachet 2 fois / j., pendant 15 jours.

Dans notre étude, les sérologies de la Syphilis (VDRL, FTA et TPHA) se sont toutes avérées négatives. En cas d'agression récente datant de moins de 15 jours, elles ont été contrôlées à un mois.

b - Le sérodiagnostic d'infection à *Chlamydiae Trachomatis* :

La Micro-Immunofluorescence Indirecte (MIF) selon la méthode de **Wang et Grayston** constitue la technique de référence.

Cependant, du fait de la faible sensibilité de la recherche des IgM sériques spécifiques et de la faible spécificité des IgG sériques spécifiques, ce sérodiagnostic a peu d'utilité pour affirmer la

présence d'une infection génitale basse mais il garde toute sa valeur dans le diagnostic des infections profondes (salpingites, endométrites, périhépatites).

Les anticorps anti-*C. Trachomatis* peuvent être recherchés dans le sérum et dans les sécrétions génitales : récemment, la recherche des IgG et IgM spécifiques s'accompagne également d'une recherche des IgA spécifiques dont la présence et les titres sont en rapport avec une infection active.

Ces sérologies doivent être obligatoirement contrôlées 15 jours à 3 semaines plus tard afin d'apprécier d'éventuelles modifications du taux d'anticorps.

Les titres $<$ ou $=$ à $1 / 16$ ne sont pas significatifs d'une infection mais doivent aussi être contrôlés 3 semaines plus tard.

Dans notre étude, le sérodiagnostic a été effectué par la technique de MIF; 13 résultats positifs (IgG positif / IgM négatif) ont été retrouvés à des titres différents :

- 6 résultats positifs à $1 / 16$ (contrôle à 1 mois ?),
- 3 résultats positifs à $1 / 32$, dont 1 corrélé à la découverte à l'examen direct en IF d'inclusions à *Chlamydiae* (contrôle à 1 mois ?),
- 2 résultats positifs à $1 / 64$, dont 1 corrélé à la découverte à l'examen direct en IF d'inclusions à *Chlamydiae* (contrôle à 1 mois ?),
- 1 résultat positif à $1 / 128$ (contrôle à 1 mois ?),
- 1 résultat positif à $1 / 1024$, titre stable lors du contrôle à 1 mois.

c - Le sérodiagnostic d'infection à Mycoplasme :

Il est réalisé par la technique de Contre-Immunoélectrophorèse (CIE).

Une infection récente sera suspectée lors de l'ascension significative du taux d'anticorps à 15 jours d'intervalle.

Cependant, ce sérodiagnostic n'est pas spécifique des *Mycoplasma Hominis* et *Ureaplasma Urealyticum* car il existe des faux positifs.

Dans notre étude, le sérodiagnostic s'est avéré positif chez deux jeunes filles :

- chez la jeune fille du dossier N°12 : sérodiagnostic positif à 1 / 4 (avec culture et examen direct positifs) qui s'est négativé 1 mois plus tard après traitement.
- chez la jeune fille du dossier N°22 : sérodiagnostic positif à 1 / 8 (avec culture et examen direct négatifs). S'agit-il d'un faux positif ? Le résultat du contrôle sérologique n'est pas connu.

d - Les sérodiagnostics d'infections à HIV et Hépatites B / C :

Bien que la voie sexuelle ne soit pas à ce jour leur premier mode de transmission, leur dépistage chez les enfants susceptibles d'avoir été victimes d'un abus sexuel doit devenir systématique dans la mesure où ces deux maladies mettent en jeu le pronostic vital de l'enfant et imposent une surveillance médicale accrue ainsi que des mesures d'hygiène et de prévention quotidiennes.

*** L'infection à HIV :**

Les travaux de **Gutman** et **Jenny** ont mis en évidence que ces virus peuvent être transmis aux enfants par des contacts sexuels établis lors d'un seul épisode d'abus sexuel. Les micro-traumatismes muqueux causés par les tentatives de pénétration anale et vaginale ou par les fellations permettent aux virus d'atteindre rapidement le réseau sanguin sous-muqueux de l'enfant.

L'étude de **Gutman** menée auprès d'enfants séropositifs montre que le mode de contamination par voie sexuelle intervient dans 14,6% des cas de contamination. Le sérodiagnostic s'effectue par la technique E.L.I.S.A. avec confirmation des résultats par Western-Blot.

Dans notre étude, les sérologies effectuées chez les enfants victimes de contacts sexuels (attouchements sexuels, tentatives ou pénétrations génito-génitales, génito-anales ou génito-orales) se sont toutes avérées négatives. Elles ont été contrôlées 3 mois plus tard dans les cas d'abus sexuels récents (< 1mois).

*** Les sérodiagnostics d'Hépatites B et C :**

Les modes de contamination des hépatites B et C sont identiques à ceux du HIV. Les micro-traumatismes muqueux causés par les contacts sexuels sont des portes d'entrée des virus de l'hépatite. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude sur la prévalence des hépatites B et C chez les enfants victimes d'abus sexuels.

Dans notre étude, ces sérologies (Ag Hbs, Ac anti-Hbc, Ac anti HCV) ont été effectuées chez les enfants ayant subi une agression avec contact sexuel. Les résultats tous négatifs ont été contrôlés un mois plus tard en cas d'abus sexuel récent (< 1 mois) afin de saisir toute séroconversion. Les résultats de ces deuxièmes prélèvements sanguins ne sont pas connus.

TABLEAU N°13 : IMPLICATION DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES COMMUNEMENT RENCONTREES DANS LE DIAGNOSTIC D'ABUS SEXUEL CHEZ LES ENFANTS :

D'après l'American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect

GERMES	MODE DE TRANSMISSION	DIAGNOSTIC DE REFERENCE	SUSPICION D'ABUS SEXUEL
GONOCOQUE	voie sexuelle périnatale (accouchement)	culture	diagnostic certain
SYPHILIS	voie sexuelle périnatale (accouchement)	sérodiagnostic examen direct en IF.	diagnostic certain sauf transmission périnatale
CHLAMYDIAE TRACHOMATIS (sérotypes de D à K)	voie sexuelle auto-inoculation périnatale (accouchement)	culture sur milieu cellulaire	forte suspicion chez les enfants > 2ans
MYCOPLASME VAGINALIS et U.UREALYTICUM	voie sexuelle périnatale (accouchement) contact non sexuel -----	culture	suspicion chez les enfants > 2 ans. ----->controversé
TRICHOMONAS	voie sexuelle périnatale (accouchement)	ex.microscopique à l'état frais	forte suspicion chez les enfants > 2ans
GARDNERELLA	voie sexuelle contact non sexuel -----	culture	suspicion ----->controversé
HERPES GENITAL (HSV1 et HSV2)	voie sexuelle périnatale (accouchement) auto-inoculation	culture sur milieu cellulaire sérodiagnostic ?	suspicion ++ si HSV2 suspicion + si HSV1
PAPILLOMA VIRUS (sérotype de 6 à 11)	voie sexuelle périnatale (accouchement) auto-inoculation contact non sexuel	hybridation de des acides nucléiques	suspicion +
HIV (I et II)	transfusion materno-foetale voie sexuelle toxicomanie	sérologies ELISA et Western Blot	suspicion
HEPATITE VIRALE (B et C)	transfusion materno-foetale voie sexuelle toxicomanie	sérologies	suspicion

B - Le dosage sanguin des BHCG dans le diagnostic de grossesse :

Un consensus est noté chez tous les auteurs : ce dosage doit être systématique chez toutes les filles pubères et réglées ayant été examinées après un abus sexuel avec tentative ou pénétration vaginale.

Si la victime est examinée dans les 72 premières heures après son agression sexuelle, le dosage des BHCG plasmatiques revêt un grand intérêt médico-légal car il est susceptible de diagnostiquer une grossesse préexistante qui ne pourrait être rattachée à l'acte criminel.

En cas de négativité de ce premier test et si la jeune fille n'utilise pas de contraception efficace, il est nécessaire de prescrire une pilule dite "du lendemain" avec l'accord de la jeune victime et de son représentant légal, et de vérifier 12 jours plus tard la négativité persistante du taux des BHCG par un deuxième dosage sanguin. Dans le cas où l'on noterait une positivité de ce deuxième test, la grossesse serait alors attribuable à l'agression, selon **Soutoul**¹.

Quand les victimes sont prises en charge plus tardivement, le dosage plasmatique des BHCG doit aussi être réalisé à la recherche d'une grossesse débutante dans la mesure où la victime n'a pas eu de menstruation depuis la dernière agression.

Dans notre étude, ce dosage a été réalisé chez 16 jeunes filles sur 48, pubères et qui n'avaient pas eu de menstruation depuis leur dernière agression :

Ce dosage s'est avéré positif dans un seul cas (jeune fille du dossier N°49). Cette grossesse désirée n'était pas la conséquence de l'abus sexuel, ce qui a été confirmé secondairement par l'échographie pelvienne de datation gestationnelle.

Remarque :

La seconde grossesse diagnostiquée dans notre étude (jeune fille du dossier N°6) était cliniquement évidente car découverte lors du 5ème mois, sa confirmation par un dosage des BHCG était alors inutile.

C - Autre prélèvement : ECBU

L'examen cyto bactériologique des urines n'a pas d'indication dans le diagnostic d'abus sexuel, pour **Jenny, Hyden** et **Gallagher** : il doit être réservé au dépistage d'infections urinaires chez les enfants présentant des signes fonctionnels urinaires apparus dans les suites de leur agression.

Dans notre étude, ces prélèvements ont été effectués chez 29 enfants sur 53 qui avaient été victimes d'une agression datant de moins de un mois, ou présentant des signes fonctionnels urinaires.

Dans un seul cas, l'ECBU a retrouvé un Staphylocoque Epidermidis isolé : il s'agissait là d'une souillure probable (dossier N°10).

V - COMPLICATIONS SECONDAIRES AUX ABUS SEXUELS :

En dehors des répercussions psychologiques constantes que nous n'évoquerons pas, certaines complications peuvent conduire à une prise en charge médicale et être à l'origine du diagnostic d'abus sexuel :

1 - Les infections :

Certaines infections gynécologiques peuvent être à l'origine d'une stérilité tubaire à l'âge adulte: Gonocoque, Chlamydiae Trachomatis.

D'autres peuvent être responsables de néoplasies du col utérin : Herpès Virus II, Papilloma Virus.

D'autres enfin, mettent le pronostic vital en jeu : HIV, Hépatites B et C.

2 - Les lésions génitales graves :

A - Les délabrements de la sphère génitale :

Des délabrements plus ou moins étendus peuvent résulter d'une pénétration vaginale par un membre viril en érection : selon **Soutoul¹**, **Mathieu** et **Dargent**, ces plaies sont d'autant plus fréquentes qu'elles sont produites dans un contexte de violence ou par une disproportion entre les organes génitaux :

- Les déchirures hyménales peuvent se prolonger vers l'arrière soit sur la ligne médiane vers le sphincter anal, soit le plus souvent en arrière et latéralement en dilacérant les plans musculaires profonds (faisceaux antérieurs des muscles releveurs de l'anus) et superficiels du périnée antérieur, en ouvrant parfois la fosse ischio-rectale très vascularisée.

- Une trop grande disproportion entre les organes génitaux peut provoquer une véritable désinsertion du canal vulvo-vaginal avec rupture de ses attaches urétrales en

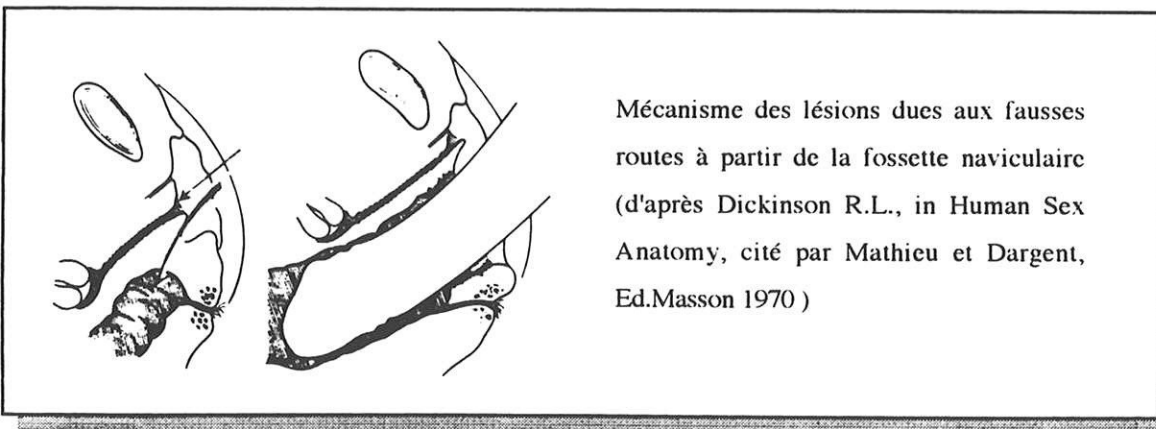
avant et rectales en arrière, ainsi qu'une destruction associée du périnée antérieur et du sphincter anal.

- Les pénétrations instrumentales créant le plus souvent des lésions hyménales latérales ou antéro-latérales peuvent se prolonger sur les parois du vagin, atteignant jusqu'à l'insertion du dôme vaginal dans l'un des culs-de-sac péri-cervicaux.

- La brutalité de l'acte sexuel peut aussi être à l'origine de "fausses routes" qui peuvent dédoubler la cloison recto-vaginale en arrière en pénétrant à travers la fossette naviculaire, ou plus rarement en avant vers les voies urinaires réalisant ici un "coït intra-urétral". (*SCHEMA N°11*)

Ces lésions peuvent imposer une laparotomie exploratrice avec dérivation digestive et / ou urinaire et une chirurgie gynécologique reconstructrice.

***SCHEMA N°11 : MECANISME DES LESIONS DUES AUX FAUSSES ROUTES
A PARTIR DE LA FOSSETTE NAVICULAIRE :***



B - Les rétrécissements cicatriciels du vagin :

Selon Soutoul, ils peuvent être consécutifs à une rétraction d'une cicatrice irrégulière post-coïtale du vagin passée jusqu'alors inaperçue ou à une intervention chirurgicale réparatrice des délabrements gynécologiques causés par l'abus sexuel.

Ces rétrécissements cicatriciels peuvent parfois bénéficier d'une chirurgie plastique dont les performances sont très aléatoires : c'est ainsi que la certitude d'une atrésie vulvo-vaginale ou d'une sclérose péri-vaginale devra faire ménager des réserves quant à la réussite d'une intervention plastique après la puberté, alors qu'une atrésie cervico-vaginale opérée pourra faire redouter une infécondité qui se surajouterait à une impossibilité de mener une vie sexuelle normale.

C - Les lésions en rapport avec un acte sodomique :

Une tentative ou une pénétration anale violemment imposée peut être à l'origine d'une rupture des sphincters de l'anus ainsi que d'un délabrement important de la paroi antérieure pouvant imposer une laparotomie exploratrice et une dérivation digestive provisoire.

D - Les hémorragies :

Elles peuvent se rencontrer au décours de tout délabrement de la sphère génitale ou anale, mais aussi lors de la défloration banale d'une membrane hyménéale épaisse et richement vascularisée.

Ces hémorragies peuvent être accentuées par des troubles de la coagulation méconnus jusqu'alors. L'hémostase peut se faire par simple tamponnement en cas de saignement en nappe, peu abondant, tandis que la découverte d'une rupture artériolaire saignant en jet impose une hémostase chirurgicale et une exploration de l'appareil génital haut sous anesthésie générale.

Un bilan complet de la coagulation devra être réalisé dans tous les cas.

E - Les problèmes médico-légaux liés à la grossesse :

La grossesse peut être une des graves conséquences d'un abus sexuel, soit par viol ou inceste, comme nous l'avons vu dans notre étude à propos du cas N°6.

La jeune fille enceinte se trouve alors devant un douloureux dilemme : doit-elle oui ou non laisser évoluer cette grossesse imposée par la violence?

Quelle que soit la décision de la jeune fille, le médecin doit obéir à deux principes :

- le respect de la décision de l'enfant,
- le respect des règles de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) énoncées dans l'article L.162 .10 du Code de la Santé Publique.

Le problème devient plus complexe pour le médecin lorsque la jeune fille demande une interruption de grossesse alors que le délai légal permettant l'IVG est dépassé (> 12 semaines d'aménorrhée) : il faut alors discuter l'indication d'une interruption thérapeutique de grossesse (ITG).

Pour éclairer les droits et devoirs des médecins pouvant être confrontés à cette demande, nous avons repris les argumentations de **J.H.Soutoul³** et **Dorsner-Dolivet** qui ont étudié ce délicat problème.

Si les effets de l'agression déclenchent une névrose accentuée par l'état de grossesse ou s'il s'agit d'une enfant mineure dont la constitution pelvienne et la résistance peuvent faire craindre le pire en cas d'évolution de la grossesse, la décision d'ITG peut alors être fondée dans le cadre du texte légal applicable.

Dans le cas où la grossesse évolue dans de bonnes conditions (comme dans le cas de la jeune fille du dossier N°6), et après avoir été constatée à un terme qui donne une gravité statistiquement reconnue à l'ITG dont les risques de mortalité et de morbidité s'ajoutent à ceux liés au jeune âge de la victime, il sera nécessaire d'apprécier les risques d'ITG par rapport à ceux de l'évolution de la gestation.

Dans notre étude, la grossesse incestueuse imposée à la jeune fille mineure du dossier N°6 a été menée jusqu'à son terme car les risques vitaux de l' ITG au 5ème mois de gestation ont été considérés comme supérieurs à ceux de la poursuite de la grossesse.

Il existe actuellement un vide législatif concernant l'indication de l' ITG face à une grossesse imposée par violence sexuelle et dont le délai légal d' IVG est dépassé. Lors des travaux préparatoires de la Loi Veil du 17 janvier 1975, la proposition de Loi Peyret avait prévu cette alternative : ce projet prévoyait que l'interruption de grossesse pouvait être demandé avec le consentement de la mineure, en cas d'acte criminel caractérisé (inceste ou viol) et qu'une commission composée d'un magistrat et d'un médecin expert prendraient la décision d'interruption de grossesse.

Ce projet de Loi déposé par le gouvernement de l'époque, et qui devait aboutir à la loi Veil, n'a pas repris les suggestions du docteur Peyret.

Le problème de la relation causale entre l'abus sexuel et la grossesse constitue aussi un des écueils pour le médecin sollicité par la victime présumée ou son entourage familial, afin que soit interrompu un état de grossesse rattaché à un crime sexuel présumé et souvent tardivement reconnu. En effet, la corrélation entre la grossesse et le crime sexuel, de même que la réalité de l'abus sexuel ne sont pas toujours démontrés.

Le médecin sollicité pour accomplir cet acte doit respecter scrupuleusement la procédure légale de l' ITG (art. L 162.12 du Code de la Santé Publique) qui impose un examen et les réflexions de deux autres praticiens. Au terme de leurs investigations, les médecins doivent avoir recours à "la théorie de l'apparence" utilisée dans certaines situations litigieuses soulevant des problèmes de droit non écrits (appréciation de la situation de détresse de la victime, de l'authenticité de l'agression sexuelle, dépôt d'une plainte...).

Aucune jurisprudence française ne fait état d'une décision contestée d' ITG chez une victime présumée d'agression sexuelle mais cette absence de référence doit toutefois inciter à la prudence.

Dans tous les cas où l' ITG et l' IVG sont pratiquées, le produit de la conception doit être recueilli afin d'être étudié du point de vue morphologique, radiologique, hématologique, mais surtout génétique dans le cas où lors de l'instruction judiciaire, des doutes apparaîtraient sur la relation entre grossesse et crime ou si une filiation avec le prévenu pouvait être démontrée.

Dans notre étude, au moment de la naissance de l'enfant de la jeune fille du dossier

N°6, des prélèvements sanguins en vue d'une recherche de paternité ont été réalisés : 2 tubes EDTA (violet) ont été prélevés sur la mère, 2 sur le sang du cordon de l'enfant et 2 autres sur le père présumé.

Ces tests effectués dans le cadre d'une recherche de paternité déterminent :

- les Ag de groupe érythrocytaire dans les systèmes ABO, Rh, MNSs, Kell, Duffy et Kidd,
- les enzymes érythrocytaires phosphoglucomutase (PGM) et phosphatases acides érythrocytaires,
- l'analyse en biologie moléculaire, pour étude des systèmes à HLA DQ Alpha et D1S80.

Dans notre étude, la paternité a été confirmée avec une probabilité de 99,96%.

VI - CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE :

Basées sur les données de l'interrogatoire de l'enfant, sur les résultats de l'examen clinique minutieux et des différents prélèvements effectués à cette occasion, les conclusions de l'expertise donnent lieu à la rédaction d'un certificat médical initial.

1 - Les conclusions :

Les conclusions de l'expertise ne sont pas toujours évidentes à l'issue de la prise en charge médicale.

Pour **Jaude, Krugman et Muram³**, le diagnostic d'abus sexuel est initialement basé sur l'interrogatoire de l'enfant, de plus, l'examineur doit garder en mémoire qu'un examen clinique normal ne doit jamais éliminer ce diagnostic, et que les signes cliniques anormaux ne sont pas pathognomoniques d'abus sexuel.

C'est dans le but d'aider à l'élaboration du diagnostic que l'**American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect** a établi un tableau décisionnel repris par tous les auteurs qui se sont intéressés au problème du diagnostic d'abus sexuel chez l'enfant. Ce tableau décisionnel reprend les différentes situations rencontrées et donne pour chacune d'entre elles un degré de suspicion d'abus sexuel allant de 0 à 4 (4 correspondant à un abus sexuel certain).

Les signes cliniques pris comme critères dans l'examen physique de l'enfant sont ceux de **Muram³**. Ils sont classés par cet auteur en 4 catégories, en accord avec la classification effectuée par la clinique de gynécologie pédiatrique de l'Université du Tennessee:

Catégorie 1 : examen normal de l'appareil génital,

Catégorie 2 : les signes cliniques non spécifiques, retrouvés chez les enfants victimes ou non d'abus sexuels (inflammation, érosion, erythème, augmentation de la vascularisation vestibulaire et labiale, petite fissure ou lacération de la fourchette postérieure, agglutination des petites lèvres),

Catégorie 3 : signes cliniques spécifiques : présence d'un ou plusieurs signes cliniques suggérant la survenue d'un abus sexuel (lacération, plaie récente ou cicatricielle de l'hymen et du vagin, orifice hyménéal > 1cm, procto-épisiotomie, plaie vulvaire en coup d'ongle),

Catégorie 4 : diagnostic définitif : toute présence de sperme ou de maladies sexuellement transmissibles (Gonocoques, Syphilis), quelques soient les lésions anatomiques retrouvées.

TABLEAU N°14 : **TABLEAU DECISIONNEL :**
(De l'American Academy of Pediatrics ,
Committee on Child Abuse and Neglect, et D. Muram)

ALLEGATION D'ABUS SEXUEL	EXAMEN PHYSIQUE	LABORATOIRE	NIVEAU DE SUSPICION
Aucune	examen normal	normal	0
Changement de comportement	examen normal	normal	1 (faible suspicion)
Aucune	signes cliniques non spécifiques	normal	1 (faible suspicion)
Non spécifique	signes cliniques non spécifiques	normal	2 (situation suspecte)
Aucun	signes cliniques spécifiques	normal	3 (abus sexuel probable)
Allégation d'abus sexuel	examen normal	normal	3 (abus sexuel probable)
Changement de comportement	signes cliniques non spécifiques	autres MST	3 (abus sexuel probable)
Allégation d'abus sexuel	signes cliniques spécifiques	normal	3 (abus sexuel probable)
Aucune	toute situation clinique	bactériologie + : gonocoque ou syphilis et / ou sperme	4 (abus sexuel certain)

Nous constatons que dans ce schéma décisionnel, **Muram**³ ne conclut pas à un abus sexuel certain (score 4) lorsqu'il retrouve à l'examen des signes cliniques spécifiques (catégorie 3) en dépit d'une allégation d'abus sexuel contrairement aux autres auteurs tels que **Emans**¹⁻³, **Berenson**², **Mac Cann**³.

2 - Le certificat médical initial :

A l'issue de l'examen, un certificat médical initial détaillé mais prudent doit être rédigé et remis au représentant légal de la victime mineure ou à l'autorité judiciaire en cas de réquisition.

Cette pièce est essentielle car elle servira à la défense ultérieure de la victime si elle dépose plainte.

L'importance de ce document impose à son rédacteur des obligations mais aussi des interdictions comme le soulignent **Soutoul**¹ et **Blanc** mais aussi la circulaire du Ministère de la Santé éditée à l'initiative de M.Barzach à l'attention des médecins.

A - Les obligations :

Le certificat doit mentionner :

- l'identité, les titres et fonctions du médecin signataire, ainsi que la date et l'heure de l'examen,
- l'identité de la victime et des personnes assistant à l'examen ainsi que leurs qualité et adresse,
- les déclarations de la victime concernant son agression y sont consignées en employant le *conditionnel* (date, heure, nombre d'agressions, nombre d'agresseurs, les faits, la souffrance et les signes fonctionnels éprouvés pendant et après l'agression),
- les résultats de l'examen somatique, tant sur le plan général que périnéal, sans oublier d'insister sur la répercussion psychologique apparente qu'il faut apprécier lors de l'entretien,
- les documents réalisés lors de l'examen en précisant leur nombre et leur nature (photographies, radiographies, schémas),

- les prélèvements effectués, leur nombre, leur nature et leurs résultats s'ils sont connus.
- les examens prescrits à distance, leur nombre, leur nature,
- les traitements éventuellement prescrits,
- la durée de l'arrêt de scolarité pour le mineur : c'est l'équivalent de l' Incapacité Totale de Travail Personnel (ITTP).

Ce certificat signé et remis en mains propres au représentant légal de l'enfant mineur ou à l'autorité requérante en cas de réquisition.

Un double du certificat ainsi que tout le dossier de consultation et tous les documents qui peuvent s'y rapporter doivent être soigneusement conservés dans un dossier confidentiel sous la responsabilité du médecin.

B - Les erreurs à ne pas commettre :

Le médecin examinateur ne doit pas :

- prendre les déclarations de la victime à son propre compte en interprétant les faits rapportés par la victime,
- se limiter à un unique examen gynécologique ou anal sans examiner l'ensemble du corps qui présente parfois des traces de violence (traces d'écartement ou de maintien forcé) et oublier de pratiquer des prélèvements locaux ou sanguins.

Dans le but de prévenir ces regrettables omissions pouvant être préjudiciables à la victime, **Soutoul**¹ a mis au point des dossiers types d'interrogatoire et d'examen récapitulants les modalités de prise en charge de la victime. (*DOCUMENTS N°3 et 4*)

- minimiser le traumatisme psychique et ses conséquences,
- conclure à l'absence d'agression sexuelle lorsque l'examen clinique ne montre aucune lésion,
- conclure à la qualification de viol alors que l'emploi de ce terme appartient seulement aux Magistrats alors que le médecin doit se contenter de certifier les résultats de son interrogatoire et de son examen.

n° du dossier : 19 1^{re} partie FICHE INDIVIDUELLE

INTERROGATOIRE :

Date - lieu de l'examen - heure
 Nom - prénom
 Date de naissance
 Adresse actuelle
 Adresse des parents

— Mode d'accès au centre
 personnel
 médecin
 autorité judiciaire
 réquisition (conserver l'original)

— Les faits :
 heure
 lieu
 délai de consultation
 circonstances
 violences ou sévices associés
 armes ou objets utilisés

— Antécédents médicaux et gynéco-obstétricaux
 groupe sanguin

— Selon les circonstances et l'âge de la victime
 à sa connaissance y-a-t-il eu réellement pénétration
 et/ou un saignement, des douleurs
 y-a-t-il eu éjaculation ?
 y-a-t-il eu tentative de félicitation ?
 dans ce cas, la victime s'est-elle lavée la bouche ou
 a-t-elle bu ou mangé quelque chose depuis l'agres-
 sion ?
 la victime a-t-elle exonéré depuis l'agression ?
 la victime sait-elle si elle est atteinte d'une MST ?
 interroger sur la vie sexuelle habituelle, sur l'existence
 d'une contraception, d'une grossesse en cours, la date
 des dernières règles

EXAMEN :

A détailler ci-contre et à reproduire sur schémas,
 si possible.

PRÉLÈVEMENTS ET RÉSULTATS :

TPHA et VDRL
 LAV
 5 HCG sanguin
 Prélèvement vaginal à la recherche de :
 — spermatozoïdes (o/+)
 — cellules sanguines (o/+)
 Prélèvement anal (o/+)
 Prélèvement pharyngé (o/+)
 Autres prélèvements à préciser
 Vêtements etc...
 Alcoolémie
 PHOTOGRAPHIES NOMBRE
 à agrafier au dossier

DOCUMENT N°3

TRAITEMENT

— LOCAL
 — GÉNÉRAL : VAT/SAT...
 prophylaxie des MST
 contraception post-coïtale

— HOSPITALISATION
 ORDONNANCE POUR TPHA et VDRL (à 3 semaines) LAV
 (à 4 mois)
 PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE IMMÉDIATE PAR :

NÉCESSITÉ DE PRÉVOIR PRISE EN CHARGE
 PSYCHOLOGIQUE
 DATE DU RDV POUR CONSULTATION AVEC :

CENTRE D'ACCUEIL :
 TIMBRE OU ADRESSE

MÉDECIN INTERVENANT :
 TITRES-FONCTIONS

TÉMOINS DE L'EXAMEN :
 TITRES-FONCTIONS

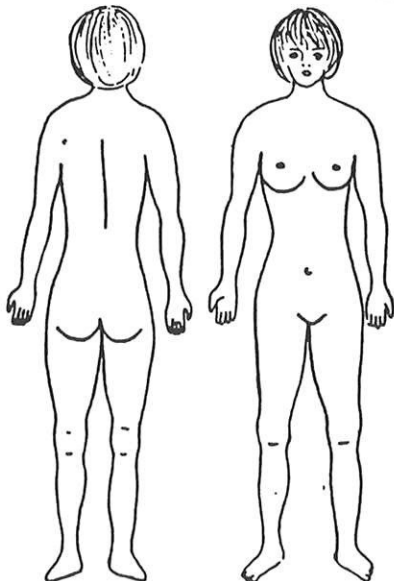
*Observations particulières sur le dossier et
 éventuellement conclusions médico-légales
 avec suggestions d'explorations complémentai-
 res ou de traitements, et de prise en charge
 psycho-sociale ou judiciaire.*

LIEU DE CONSERVATION DU DOSSIER :

Copie remise à l'autorité requérante/
 à la victime ou son représentant

CERTIFICAT FAIT : oui/non
 Remis à : nom, qualité de la personne

SIGNATURE DE L'INTERVENANT PRINCIPAL
 Ne pas omettre de compléter le 2^e feuillet

n° du dossier : 19 2^e partie FICHE INDIVIDUELLE

EXAMEN GÉNÉRAL :

- tête
- cou
- seins
- tronc
- membres supérieurs
- membres inférieurs

EXAMEN GÉNITAL :

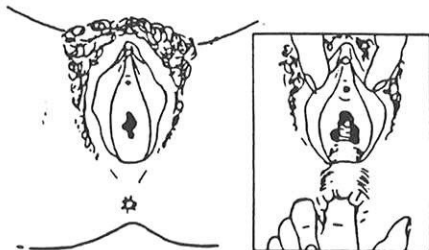
- face interne des cuisses
- petites lèvres
- grandes lèvres
- hymen : type
 déchirure ancienne
 déchirure récente
 (aspect - siège)
- région sous-urétrale
- ex. du col au spéculum
- toucher vaginal
 1 doigt possible - impossible
 2 doigts possible - impossible
- examen avec sonde à ballonnet du
 bord libre de l'hymen
- appareil génital interne
 (utérus - annexes)

ANUS :

- Inspection
- aspect des plis radiés
 respectés
 irritation récente
 fissures
 - T.R.
 tonicité
 saignement
 étalement de la cloison recto-vaginale
 par l'examen bimanuel (cf schéma)

BILAN PSYCHOLOGIQUE IMMÉDIAT :
 Par qui :

RESULTATS DE L'EXAMEN :



n° du dossier : 19 1^{re} partie FICHE INDIVIDUELLE**INTERROGATOIRE :**

Date - lieu de l'examen - heure
 Nom - prénom
 Date de naissance
 Adresse actuelle
 Adresse des parents

- Mode d'accès au centre
 personnel
 médecin
 autorité judiciaire
 réquisition (conserver l'original)
- Les faits :
 heure
 lieu
 délai de consultation
 circonstances
 violences ou sévices associés
 armes ou objets utilisés
- Antécédents médicaux
 groupe sanguin
- Selon les circonstances et l'âge de la victime
 à sa connaissance y-a-t-il eu réellement pénétration
 anale ?
 y-a-t-il eu éjaculation ?
 y-a-t-il eu tentative de fellation ?
 dans ce cas, la victime s'est-elle lavée la bouche ou
 a-t-elle bu ou mangé quelque chose depuis l'agres-
 sion ?
 la victime a-t-elle exonéré depuis l'agression ?
 la victime sait-elle si elle est atteinte d'une MST ?
 interroger sur la vie sexuelle habituelle et la pratique de
 l'homosexualité, sa date.

EXAMEN :

A détailler ci-contre et à reproduire sur schémas,
 si possible.

PRELEVEMENTS ET RESULTATS :

TPHA et VDRL
 LAV
 Prélèvement prépuce à la recherche de :
 - cellules vaginales (o/+)
 - spermatozoïdes (o/+)
 - cellules sanguines (o/+)
 Prélèvement anal (o/+)
 Prélèvement pharyngé (o/+)
 Autres prélèvements à préciser
 Vêtements etc...
 Alcoolémie
 PHOTOGRAPHIES NOMBRE
 à agraffer au dossier

DOCUMENT N° 4**CENTRE D'ACCUEIL :**

TIMBRE OU ADRESSE

MEDECIN INTERVENANT :

TITRES-FONCTIONS

TEMOINS DE L'EXAMEN :

TITRES-FONCTIONS

*Observations particulières sur le dossier et
 éventuellement conclusions médico-légales
 avec suggestions d'explorations complémentai-
 res ou de traitements.*

LIEU DE CONSERVATION DU DOSSIER :

Copie remise à l'autorité requérante
 A la victime ou son représentant

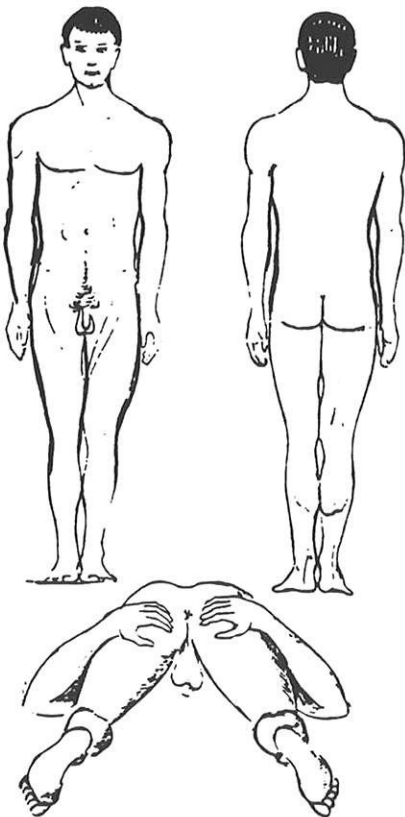
CERTIFICAT FAIT : oui/non

Remis à : nom, qualité de la personne

SIGNATURE DE L'INTERVENANT PRINCIPALNe pas omettre de compléter le 2^e feuillet**TRAITEMENT**

- LOCAL
- GENERAL : VAT/SAT...
 prophylaxie des MST
- HOSPITALISATION
- ORDONNANCE POUR TPHA et VDRL (3 semaines)
 ET POUR LAV (4 mois)
- PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE IMMEDIATE PAR :

NECESSITE DE PREVOIR PRISE EN CHARGE
 PSYCHOLOGIQUE
 DATE DU RDV POUR CONSULTATION AVEC :

n° du dossier : 19 2^e partie FICHE INDIVIDUELLE**EXAMEN GENERAL :**

- Tête
- Bouche pharynx
- Cou
- Thorax
- Abdomen
- Membres inférieurs
- Membres supérieurs
- Signes de toxicomane

EXAMEN GENITAL :

- Pubis
- Verge et scrotum
- Verge décollée face antérieure et postérieure
 phimosis paraphimosis
 lésion de l'orifice urétral déchirure, corps étranger
 déchirure du frein prépuce
 présence de sang
 œdème du prépuce ou de tout le pénis
 prélèvements
- Scrotum face antérieure et postérieure
 douleur à la palpation
 hématomes et plaies
- Anus
 inspection y compris en genu pectoral
 présence d'ulcérations
 de condylomes acuminés
 aspect des plis radiaux
 respectés ou non
 marge anale lisse
 irritation récente présence de sang ou zone inflamma-
 toire
 fissures
 hémorroïdes localisation et aspect
 béance anale spontanée
- Examen de l'anus (se reporter aux schémas légendés)
 épreuve du pincé de la marge anale
 toucher rectal
 tonicité du sphincter
 dilatation initiale ou secondaire
 introduction d'un doigt ou de deux doigts
 hémorroïdes abondance
 présence de sang sur le doigtier ou autre corps étran-
 ger
 anoscopie
 érosions localisation aspect
 prélèvements

BILAN PSYCHOLOGIQUE :**RESULTATS DE L'EXAMEN :**

C - Modèle de certificat médical initial :

Ce modèle a été fourni par le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi chargé de la Santé et de la Famille (en 1989).

Date

Heure.....

Je soussigné, Dr. X..... certifie avoir examiné ce jour mademoiselle Y..... née le, à la demande de

Elle déclare avoir été victime d'une agression sexuelle..... le à ... heures de la part d'un inconnu à (lieu de l'agression).

Depuis, elle présente un état de prostration avec phénomènes de peur, difficultés d'endormissement, remémorations incessantes de la scène de violence.

A l'examen :

- état dépressif réactionnel avec difficultés de contact et pleurs,
- examen corporel :
 - . traces ecchymotiques au niveau de la base du cou, de la face interne des poignets et des bras (nombre, topographie et documents éventuels),
 - . traces de griffures au niveau de la face interne des cuisses (nombre, topographie et documents éventuels).
- examen gynécologique :
 - . signes de défloration récente avec rupture de l'anneau hyménéal à 6 et 8 heures.
- examen anal : pas de lésion traumatique décelable.
- prélèvements effectués :
 - . des prélèvements vaginaux ont été effectués à la recherche de spermatozoïdes et de maladies sexuellement transmissibles (liste),
 - . des prélèvements sanguins (nombre de tubes) à la recherche de maladies sexuellement transmissibles (liste) et d'une grossesse.

Un traitement préventif lui a été prescrit :
afin de prévenir un risque de grossesse et de maladie sexuellement transmissible.
Un contrôle des sérologies ... devra être effectué.

En conclusion, Mademoiselle Y..... présente des traces de violence et de défloration récentes compatibles avec ses déclarations et associées à une réaction psychique secondaire à l'agression qu'elle dit avoir subie.

Signature: @

Certificat établi à la demande de et remis en mains propres.

3 - Les traitements préventifs :

Dans notre étude, aucun traitement préventif n'a été institué.

A - La prévention des Maladies Sexuellement Transmissibles :

Tous les auteurs s'accordent sur la nécessité de prévenir la survenue de toute infection secondaire chez l'enfant victime d'abus sexuel, en particulier la prévention des Gonococcies et Chlamydias dont les conséquences sur la fertilité ultérieure de la fillette sont redoutables.

Il est préférable de traiter immédiatement les enfants suspectés d'avoir été victimes d'un abus avec contact sexuel par une antibiothérapie efficace sans attendre le résultat des prélèvements bactériologiques:

Par exemple, un traitement par Tétracyclines peut être institué à doses efficaces pendant 8 jours chez l'enfant de plus de 8 ans et en l'absence de grossesse antérieurement connue.

Ce traitement préviendra à la fois les Chlamydias, Gonococcies et Syphilis débutante. En cas d'allergies ou de contre-indications, un traitement par Macrolide peut être instauré.

Ce traitement antibiotique sera éventuellement adapté en fonction des résultats bactériologiques obtenus.

B - La prévention de la grossesse :

Si l'agression sexuelle avec pénétration ou tentative de pénétration vaginale a eu lieu dans les 72 heures avant la consultation chez une jeune fille pubère ou post-pubère, la prescription d'une "pilule du lendemain" associée éventuellement à la prise d'un antiémétique est conseillée :

- soit 2 comprimés d'une pilule à 50 microgrammes d'Ethinyl Estradiol (exemple: Stédiril*) immédiatement absorbé, suivi de 2 comprimés 12 heures plus tard. Cette méthode connaît environ 10% d'échecs,

- soit 25 milligrammes par jour d'Ethinyl Estradiol pendant 5 jours.

L'efficacité de ces méthodes est d'autant moins grande que l'horaire de la première prise s'éloigne de celle de l'acte sexuel.

C - Le suivi médico-social de l'enfant :

Le dépistage ou la suspicion d'abus sexuel sur la personne d'un mineur, dans le cadre d'un examen non requis par la police ou la justice, appelle toujours la mise en place de mesures de protection notamment lorsque l'auteur supposé de l'abus est un membre de la famille ou une personne proche de l'enfant.

Ces mesures de protection sont adoptées tant sur le plan national sous l'influence du Ministère de la Santé, du Conseil National de l'Ordre des médecins et des divers Services Sociaux, mais aussi au plan international sous l'égide de l'ONU (H.Bosterud, ancien Ministre de la Justice de Norvège, rapporteur d'une commission d'étude sur les procédures d'enquêtes concernant les abus sexuels).

Si la gravité ou l'urgence le justifient, le praticien de ville pourra toujours recourir à l'hospitalisation de l'enfant. Cette mesure assure d'une part la sauvegarde immédiate et la prise en charge thérapeutique (tant sur le plan somatique que psychique), elle donne d'autre part le temps d'évaluer les dysfonctionnements familiaux et d'examiner les conditions possibles d'un retour de l'enfant dans sa famille.

Dans tous les cas, et pour s'assurer que les mesures seront prises pour sauvegarder la santé, la sécurité et le droit de l'enfant, il est nécessaire que le médecin initialement consulté établisse rapidement une liaison avec les services médico-sociaux chargés de la protection de l'enfance :

- soit au médecin responsable de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) si l'enfant n'a pas plus de 6 ans,
- soit à la conseillère technique responsable du service social,
- soit à l'inspecteur responsable de l'Aide Sociale à l'enfance.

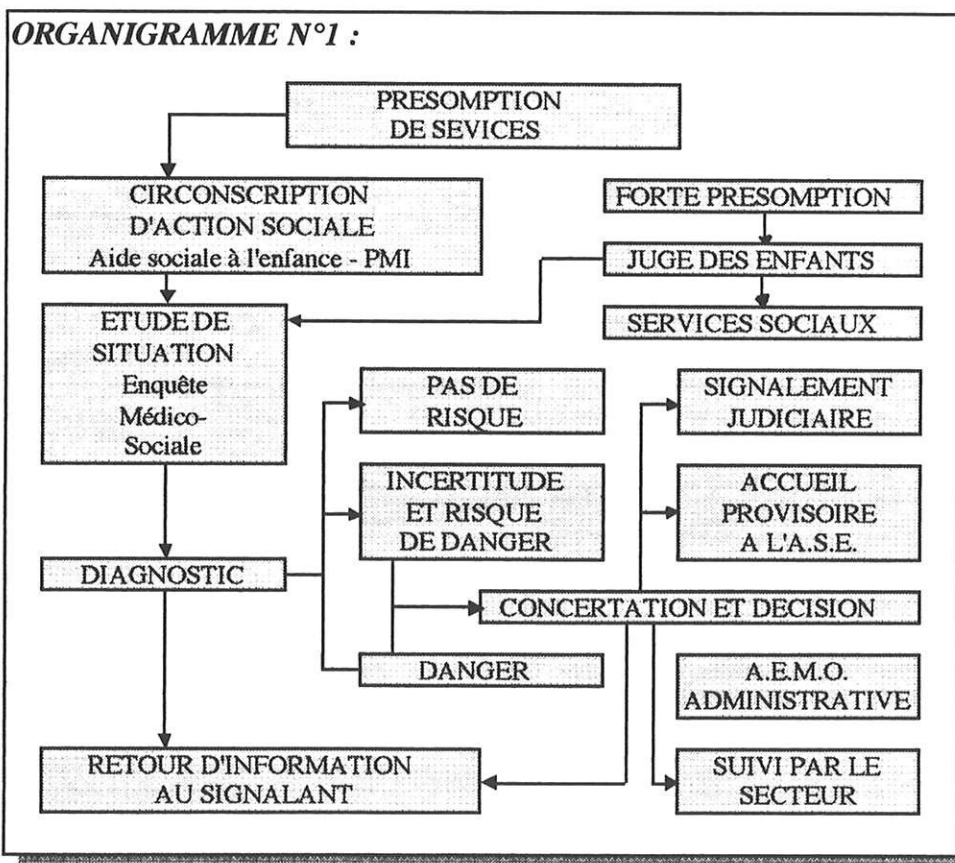
Cette procédure permet une concertation des différents intervenants (médecin traitant, médecin

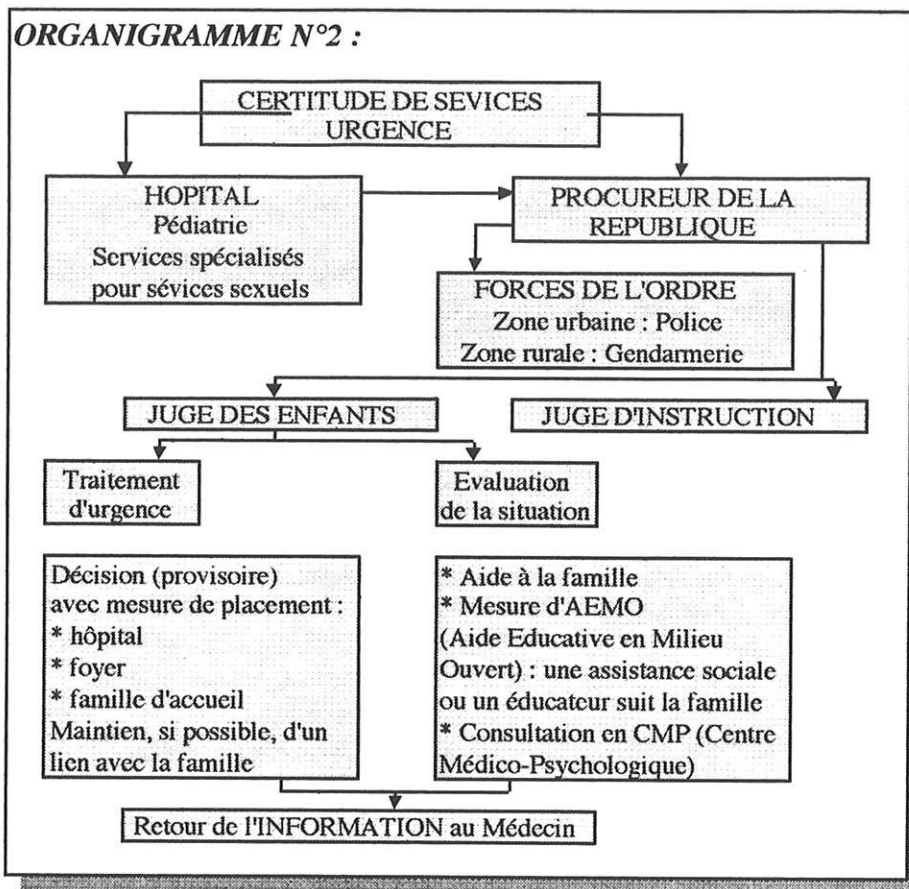
hospitalier, pédopsychiatre, thérapeute, et responsables chargés de la protection de l'enfance) garantissant une meilleure évaluation du danger encouru par le mineur.

Comment procéder au signalement ?

Selon le Docteur Y. Gilbert du Conseil National de l'Ordre des Médecins, il existe deux éventualités :

- il y a présomption d'abus sexuel : il est indispensable de faire une évaluation correcte et réfléchie de la situation (*ORGANIGRAMME N°1*) ,
- il y a certitude d'abus sexuel : si la famille est jugée inapte à assurer la sécurité et les soins de l'enfant victime d'abus sexuel, l'hospitalisation paraît souhaitable pour la sauvegarde de l'enfant (*ORGANIGRAMME N°2*).





4 - Le coût médical de la prise en charge :

Lorsque la victime est présentée au médecin sur réquisition du Parquet, la prise en charge de la consultation et des différents examens prescrits est effectuée sur les frais de Justice après présentation d'un mémoire de frais et honoraires à l'autorité requérante.

Si aucune plainte n'a été déposée, et si la victime et sa famille s'adresse directement au médecin, la prise en charge financière de la consultation et des explorations est à la charge de la victime et lui est remboursée par les organismes de la Caisse d'Assurance Maladie selon les barèmes en vigueur.

Pour mémoire (en 1992 au CHRU de Limoges):

- honoraires correspondant à une expertise gynécologique : 225 francs
- examens de laboratoires (analyse des prélèvements locaux à l'examen direct et en culture, ECBU, sérologies : Chlamydiae, Syphilis, HIV, Mycoplasmes, Hépatites B et C) : 1183 francs

VI . CONCLUSION

Etre victime d'abus sexuel, c'est être soumis à la force destructrice d'un agresseur qui ne veut voir ni entendre le refus et la plainte de sa victime.

L'abus sexuel apparaît encore plus odieux lorsqu'un enfant en est l'objet.

Un des rôles les plus nobles du médecin est d'être le défenseur de l'enfant malade lorsqu'il estime que l'intérêt de celui-ci est mal compris ou mal servi par l'entourage (Article 44 du Code de Déontologie Médicale).

Délivré de l'obligation du secret médical (par l'Article 226.14 du nouveau Code Pénal), tout médecin confronté à la prise en charge d'un enfant victime d'abus sexuel devra non seulement lui assurer les soins tant physiques que moraux que son état impose, prévenir les éventuelles complications infectieuses ou de grossesse. Le médecin doit aussi se comporter comme un auxiliaire de justice à qui il appartient de consigner les constatations objectives de son examen clinique dans un certificat médical utile lors de la défense ultérieure de l'enfant en justice.

Les points forts de la consultation et de l'accueil de l'enfant présumé victime d'un abus sexuel, quelque soit son sexe, sont :

- la notion d'urgence permettant des constatations précoces (lésions physiques récentes, présence de sperme) utile sur le plan médical mais aussi pour satisfaire à la manifestation de la vérité lors de l'instruction judiciaire.
- l'importance d'un certificat médical détaillé mais prudent, sans interprétation personnelle de son rédacteur, à remettre au représentant légal du mineur ou à l'autorité requérante s'il y a lieu, tout en sachant qu'un examen clinique normal ne signifie pas absence d'abus sexuel, que l'élaboration du diagnostic quel qu'il soit est délicate car devant reposer à la fois sur les données de l'interrogatoire de la victime, sur celles de son examen clinique dont l'interprétation est complexe et sur les résultats des différents prélèvements effectués.

Enfin rappelons que dans l'intérêt de la présumée victime, en dehors des situations d'urgence vitale, mieux vaut que sa prise en charge médicale soit supervisée sans délai par un médecin compétent formé dans le domaine de l'aide aux enfants victimes d'abus sexuels.

VII . BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Adams J A., Ahmad M., Phillips P. : *Anogenital findings and hymeneal diameter in children referred for sexual abuse examination* . Adolescent and Pediatrics Gynecology 1:123-127.
- 2 - Agostini D. : *Du délit d'initié à l'internalisation de la contrainte par le corps : inceste*. Adolescence, 1990; 8 : 51-59.
- 3 - Alléon AM.: *Quelques remarques psychologiques sur la genèse et les conséquences psychologiques d'un abus sexuel* . Revue de Pédiatrie. 1987; 7 : 311-312.
- 4 - American Academy of pediatrics, Committee on Adolescence: *Rape and the adolescents*. Pediatrics . 1988; 81: 595-597.
- 5 - Amsel R.1, Totten PA. et coll. : *Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations* . Am. J. Med. 1983; 74: 14-22.
- 6 - Amsel R.2, Totten PA, Spiegel GA.: *Nonspecific Vaginitis* Am . J. Med. 1982; 74: 14-22.
- 7 - Baechtel FS.: *The identification and individualisation of semen on stains* . In: Saferstein R. ed. Forensic Science Handbook, Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall. 1988;2: 347-392.
- 8 - Bagley C. , Ramsey R.: *Sexual abuse in childhood: psychological outcomes and implications for social work practice* . J. Social Work Human Sexuality.1986; 4: 33-47
- 9 - Balk SJ., Dreyfus NJ., HarrisP. : *Examination of genitalia in children : The remaining taboo* . Pediatrics, 1982; 70: 751-753.
- 10 - Bartley DL., Morgan L., Rimsza ME.: *Gardnerella vaginalis in Prepubertal girls* . Am. J. Dis. Child. , 1987; 141: 1014-1017
- 11 - Bell Ta., Stamm We., Wang SP., Kuo Cc., HolmsKk., Grayston TJ.: *Chronic chlamydiae trachomatis infections in infants* . JAMA., 1992; 15: 400-402.
- 12 - Benoit G.: *Approche de l'inceste* . Neuropsychiatrie de l' enfance, 1985; 33 (6): 212-216.

- 13 - Berenson A.¹, Heger A., Andrews S.: *Apparence of the hymen in newborns* . Pediatrics, 1991; 87: 458-465.
- 14 - Berenson A.², Heger A., Hayes JM., Bayley RK., Emans SJ.: *Apparence of the hymen in prepubertal girls*, 1992; 89: 387-394.
- 15 - Berkowitz CD.: *A simulated "acquired" imperforate hymen following the genital trauma of sexual abuse*. Clin. Pediatr., 1987;26: 307-309.
- 16 - Bittner S., Newberger HE. : *Pediatric understanding of child abuse and neglect* . Pediatr. Rev., 1987; 2: 198-199.
- 17 - Blanc B.: *Pathologie de la vulve et du vagin* . Ed. Vigot, 1992.
- 18 - Blackwell A., Barlow D.: *Clinical diagnosis of anaerobic vaginosis*. Br. J. Vener. Dis., 1982; 58: 387-393.
- 19 - Bornstein S., Perego H., Vacola G., Gayoa M. : *A propos de 33 cas d'incestes*. Journal de médecine légale, Droit médical, 1985; 28: 225-228.
- 20 - Bosterud H. : *Les abus sexuels sur les enfants , un délit des plus graves* . Interpol, Revue Internationale de Police Criminelle, 1991; 428: 41-44.
- 21- Boyd AS. : *Condylomata acuminata in pediatric population* . Am. J. Dis. Child., 1990; 144: 817-824.
- 22 - Brayden RM. , Altemeier WA., Yeager T., Muram D.: *Interpretations of colposcopic photographs: evidence for competence in assessing sexual abuse?* . Child abuse and neglect, 1991; 15: 69-76.
- 23 - Bump RC., Sachs LA., Bueschling WJ.: *Sexually transmissible infections agents in sexually active and vaginal asymptomatic adolescent girls* . Pediatrics, 1986; 77: 488-494.
- 24 - *California Medical Protocol for the examination of sexual assault and child sexual abuse victims* . Sacramento, Californy : State of California, Office of Criminal Justice Planning, 1987: 17-26.

- 25 - Cantwell HB.¹ : *Vaginal inspection as it relates to child sexual abuse in girls under thirteen* . Child abuse and neglect, 1983; 7: 171-176.
- 26 - Cantwell HB.² : *Update on vaginal inspection as it relates to child sexual abuse in girls under thirteen* . Child abuse and neglect, 1987; 11: 545-546.
- 27- Chabert P., Racinet C., Benssaba A.: *Traumatismes non obstétricaux de la vulve et du vagin* . Revue Française de Gynécologie, 1972; 67 (5): 303-314.
- 28 - Clayton RN., Barth KL., Shubin CI. : *Evaluating child sexual observations regarding ano-genital injury* . Clin. Pediatr., 1989 : 419-422.
- 29 - Coffman K., Boyce WT., Hansen RC.: *Phytophotodermatis simulating child abuse* . Am. J. Dis. Child., 1985; 139: 239-240.
- 30 - Committee on child abuse and neglect : *Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children* . Pediatrics , 1991; 87: 254-259.
- 31 - Conte JR., Schuerman JR. : *Factors associated with an increased impact of child sexual abuse* . Child abuse and neglect, 1987; 11: 201-211.
- 32- Courtecuisse V.: *L'inceste aujourd'hui. A propos de 21 cas en 24 mois* . Gynécologie Obstétrique, 1985: 125-131.
- 33 - Criville A. : *Un acte sexuel d'un adulte avec un enfant est-il toujours un acte de maltraitance?* . Perspectives de psychiatrie, 1988; 14: 259-262.
- 34 - De Jong AR., Emmet F., Hervada A. : *Sexual abuse of children , Epidemiologic variations in childhood sexual abuse* . Child abuse and neglect, 1983; 7: 155-162.
- 35 - Dorsner-Dolivet AM., Scemama A. : *Le droit médical*. Jus. Medicum, 1984; 9: 211-218.
- 36 - Edwards LC., Dunphy JE. : *Wound healing in injury and normal repair* . N.Engl. , J.Med., 1985; 259: 224-232.

- 37 - Emans SJ.¹: Sexual abuse in girls: *What have we learned about genital anatomy ?*. The journal of pediatrics, 1990; 120: 258-260.
- 38 - Emans SJ.², Woods ER., FlaggNT., Freeman A. : *Genital findings in sexually abused, symptomatic and asymptomatic girls* . Pediatrics, 1987; 79: 778-785.
- 39 - Emans SJ.³ : *Vulvovaginitis in child and adolescent* . Pediatr. revue, 1986; 8: 12-19.
- 40 - Enquêtes Rhône-Alpes, Paris , Grenoble de 1989, In : *Les enfants victimes d'abus sexuels* de M. Gabel; PUF; 1992.
- 41 - Fadier-Nisse M., Gruyer F. : "*Mon corps, c'est mon corps*", *Abus sexuels à l'égard des enfants : la thérapie et la loi* . Education et pédagogie, 1992: 73-78.
- 42- Faller B. : *Child sexual abuse: An interdisciplinary manual for diagnosis, case management and treatment*. N.Y. Columbia University Press. 1988.
- 43 - Fari A. : *Maladies sexuellement transmissibles*, in *Maladies de la vulve et du vagin*, B. Blanc, Ed.Vigot , 1992: 89-113.
- 44- Ferenczi S. : *Confusion de langue entre les adultes et l' enfant : Le langage de la tendresse et de la passion* . In *Psychanalyse, oeuvres complètes*, Psychanalyse IV, Paris Payot, 1983.
- 45 - Finkelhor D.¹, Hotaling G., Lewis IA., Smith C. : *Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors* . Child abuse and neglect, 1990; 14: 19-28.
- 46 - Finkelhor D.² : *Child sexual abuse: new theory and research* . New York, Free press; 1984.
- 47- Finkelhor D.³: *The sexual abuse of children: current research reviewed* . Psychiatric Annals, 1987; 17 (4): 233-241.
- 48 - Foy HM., Kenny EM., Grayston JT.: *Acquisition of mycoplasma and T. stains during infancy*. J. Infect. Dis., 1970; 121: 579-587.

- 49 - Frappier JY., Gagne F., Lalonde S.: *Les offenses sexuelles à l'adolescence. Une expérience de 5 ans auprès des victimes* . Union médicale du Canada, 1986; 112: 693-695.
- 50 - Freud S. : - *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris, Gallimard, 1988 .
 - *Les théories sexuelles infantiles. La vie sexuelle* . Paris, PUF., 1969.
 - *Totem et tabou. Interprétation par la psychanalyse de la vie sociale des peuples primitifs* . Paris, Payot, 1973.
- 51 - Fuster CD., Neinstein LS. : *Vaginal chlamydiae trachomatis prevalence in sexually abused prepubertal girls* . Pediatrics, 1987; 79: 235-238.
- 52 - Gabby T., Winkleby MA., Boyce T., Lancaster A., Sensabaugh GF., Crim D. : *Sexual abuse of children the detection of semen on skin*. Am. J. Dis. Child., 1992; 146: 700-703.
- 53 - Gabel M. : *Les enfants victimes d'abus sexuels* . P.U.F., 1992.
- 54 - Gaensslen RE. : *Identification of semen and genital secretions* . Ed.Sourcebook in forensic serology / immunology and biochemistry. Washington DC: U.S. Dept.of justice, 1983; document J 28.2: F 76/2: 149-181.
- 55 - Gardner JJ.¹ : *Descriptive study of genital variation in healthy, nonabused premenarchal girls*. The journal of pediatrics, 1992; 120 (2): 251-257.
- 56 - Gardner JJ.² : *Comparison of the vaginal flora in sexually abused and nonabused girls*. The journal of pediatrics, 1992; 120 (6): 872-877.
- 57 - Gilbert Y., René L. : *Maltraitance de L'enfant: Brisons le silence* . Conseil National de l'Ordre des Médecins , Bulletin de l'Ordre des Médecins, 1992; 3: 7-8.
- 58 - Ginsburg CM. : *Acquired syphilis in prepubertal children* . Pediatr. Inf. Dis. J., 1983; 2: 232-233.
- 59 - Goff CW., Burke KR., Rickenbach C., Buebendorf DP. : *Vaginal opening measurement in prepubertal girls* . AM. J. Dis. Child., 1989; 143: 1366-1368.

- 60 - Goodman GS., Helgeson VS. : *Children as witnesses : what do they remember ?* . in Walker L. Ed.: Handbook on sexual abuse of children. N.Y., Springer publishing Co., 1988; 109-136.
- 61 - Graves HCB., Sensabaugh GF., Blake ET. : *Postcoital detection of a male specific protein* . New England J. Med., 1985; 312: 338-343.
- 62 - Green AH., Schetky DH. : *True and false allegations of child sexual abuse*. In Schetky DH., Green AH. Ed. Child sexual abuse: A handbook for health care and legal professionals. N.Y., Brunner / Mazel, 1988: 104-124.
- 63 - Grislain JR., Mainard A., De Berranger P., De Ferron C., Brelet G.: *Les sévices commis sur les enfants : problèmes sociaux et juridiques* . Ann. Pediatr., 1968; 15 (6-7) : 440-448.
- 64 - Gutman LT., Saint Clair KK., Weedy C., Herman-Giddens PA., Lane BA., Niemeyer JG.: *Human immunodeficiency virus transmission by child sexual abuse*. Am. J. Dis. Child., 1991; 145: 1337-1341.
- 65 - Hammerschlag MR.¹ , Alpert S., Rosner I. : *Microbiology of the vagina in children : normal and potentially pathogenic organisms*. Pediatrics , 1978; 62: 57-62.
- 66- Hammerschlag MR.² , Cumming SM., Doraiswamy B., Cox P., Mac Cormack WM. : *Nonspecific vaginitis following sexual abuse in children* . Pediatrics, 1978; 62: 57-62.
- 67 - Hammerschlag MR.³ , Retting JP., Shields ME. : *False positive results with the use of chlamydiae Ag. detection test in the evaluation of suspected sexual abuse in children* . Pediatr. Inf. Dis. J., 1988, 7; 11-14.
- 68- Handfield-Jones SE., Hinde FR., Kennedy CTC. : *Lichen sclerosus, atrophicus in children misdiagnosed as sexual abuse* . British Med. J., 1987; 294: 1404-1405.
- 69 - Hauger SB., Brown J., Agre F. : *Failure of direct fluorescent antibody staining to detect chlamydiae trachomatis infection in infants* . JAMA., 1992; 15: 400-402.
- 70 - Hegger A., Emans SJ. : *Introital diameter as the criterion for sexual abuse* . Pediatrics, 1990; 85: 222-223.

- 71 - Herman-Giddens ME., Berson NL.: *Dermatologic conditions misdiagnosed as evidence of child abuse*. JAMA., 1989; 261: 3547-3548.
- 72 - Hibbard RA., Zollinger TW. : *Patterns of sexual abuse knowledge among professionals*. Child abuse and neglect, 1990; 14: 347-355.
- 73 - Hill LH., Moller BR., Mardh PA. : *Nonspecific vaginitis and other genital infections in three clinic populations* . Sex. Transm. Dis., 1983; 10: 114-118.
- 74 - Hobbs CJ., Wynne JM.: *Burggery in childhood : a common syndrome of child abuse* . Lancet, 1986; 2: 792-796.
- 75 - Hook WE., Holmes KK. : *Gonococcal infections* . Ann. Intern. Med., 1985; 102: 229-243.
- 76 - Hyden PW., Gallagher TA. : *Child abuse intervention in the emergency room* . Pediatric Emergency Medicine, 1992; 39 (5): 1053-1081.
- 77 - Ingram DL., White ST., Durfee MF., Pearson AW. : *Sexual contact in children with gonorrhoea* : Am. J. Dis. Child., 1982; 136: 994-996.
- 78 - Jaudes P., Zimo DA. : *Problems for phisicians dealing with sexual abuse evaluations* . Clinical Pediatrics , Dec.1992; 731-741.
- 79 - Jennison SA.: *Evidence of prevalent genital type human papillomavirus infections in adults and children*. J. Inf. Dis., 1990; 62: 60.
- 80 - Jenny C. : *Sexually transmitted diseases and child abuse* . Pediatric annals, 21(12): 497-503.
- 81 - Jones JG., Yamachi T., Lambert B. : *Trichomonas vaginalis infestation in sexually abused girls* . Am. J. Dis. Child., 1985; 139: 846-847.
- 82 - Judson FN. : *Infections syphilis : primary, secondary, and early latent* . In Felmany M., Sexually transmitted diseases. Churchill Livingstone Inc., 1986: 23-37.

- 83 - Kaissane JM. : *Inflammation and healing*. In Kaissane JM., Ed. *Anderson's Pathology*, 8th. Ed. Saint Louis ; MO; CV. Mosby, 1985: 147-153.
- 84 - Kaplan KM., Fleicher GR., Paradise JE., Friedman HN.: *Social relevance of genital herpes simplex in children* . *Am. J. Dis. Child.*, 1984; 138: 872-874.
- 85 - Kempe CH. : *Approaches to preventing child abuse*. The health visitor concept, *Am. J. Dis. Child.*, 1976; 130 : 941-947.
- 86 - Kendall-Tackett MA.¹ , Simon AJ. : *Perpetrators and their acts: data from 365 adults molested as children* . *Child abuse and neglect*, 1987; 11: 237-245.
- 87 - Kendall-Tackett MA.² : *Professional's standards of "normal " behavior with anatomical dolls and factors that influence these standards* . *Child abuse and neglect*, 1992; 16 (5): 727-733.
- 88 - Kercher GA., Mac Shane M.: *The prevalence of child sexual abuse victimization in an adult sample of Texas residents* . *Child abuse and neglect*, 1984; 8: 495-501.
- 89 - Kerns DL., Ritter ML., Thomas RG. : *Concave hymeneal variations in suspected child sexual abuse victims* . *Pediatrics*, 1992; 90: 265-272.
- 90 - Kirk JE., Eisenstein A., Mac Bryde CM. : *The acid phosphatase concentration of the prostatic exproimate during normal puberty*. *J. Clin. Endocr. Metab.*, 1952; 12: 338-345.
- 91 - Kistner RW. : *Gynecology principes and practice* . 3 Rd. Ed. Chicago, year book medical, 1964: 18-20.
- 92 - Kivlahan C., Kruse R., Futnell D.: *Sexual assault examinations in children: the role of a statewide network of health care providers* . *Am. J. Dis. Child.*, 1992; 146: 1365-1370.
- 93 - Klein P. : *Les jeunes victimes d'agressions sexuelles, une préoccupation d'actualité pour les médecins* . *Médecine et Enfance* , 1988; 10: 399-407.
- 94 - Koutsky LA., Galloway DA., Holmes KK. : *Epidemiology of genital human papillomavirus infection*. *Epidemiol. Rev.*, 1988; 10: 122-163.

- 95 - Krugman DI. : *Recognition of sexual abuse in children*. *Pediatr. Rev.*, 1986; 8: 25-30.
- 96 - Lafferty WE., Coombs RW., Benedetti J., Cristchlow C., Corey L. : *Recurrences after oral and genital herpes simplex virus infection influence of site of infection and viral type* . *N. Engl. J. Med.*, 1986; 316: 1444-1449.
- 97 - Levine V. : *Localized vulvar pemphigoid in child misdiagnosed as sexual abuse* . *Arch. dermatol.*, 1992; 128: 804-806.
- 98 - Luger A. : *Diagnostic de la syphilis*. *Bull. OMS.*, 1982; 60: 117-124.
- 99 - Lynch MA. : *Les abus sexuels sur les enfants : un essai d'approche épidémiologique*. In MGabel, *Reue de pédiatrie*, 1987; 7: 277-280.
- 100 - Mac Cann J.¹, Voris J., Simon M., Wells R. : *Comparition of genital examination techniques in prepubertal girls* . *Pediatrics*, 1990; 85: 182-187.
- 101 - Mac Cann J.², Voris J., Simon M. : *Genital injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study* . *Pediatrics*, 1992; 89: 307-310.
- 102 - Mac Cann J.³, Voris J., Simon M., Wells R. : *Genitals findings in prepubertal girls selected for nonabuse : a descriptive study*. *Pediatrics*, 1990; 86: 428-439.
- 103 - Mac Cormack WD., Moller BR., Mardh PA. : *Mycoplasma hominis, a human pathogen* . *Sex. transm. Dis.*, 1983; 10: 160-165.
- 104 - Manciaux H., Strauss P. : *L'enfant maltraité*. Paris, Ed. Fleurus, 1982.
- 105 - Mannarino AP., Cohen JA. : *A clinical-demographic study of sexually abused children*. *Child abuse and neglect*, 1986; 10: 17-23.
- 106 - Mathieu J., Dargent D. : *Les lésions traumatiques non obstétricales de la vulve*. *Pathologies de la vulve*, Ed. Masson, Paris 1970:309-328.
- 107 - Megal F., Alii : *Incest and physician responsibility* . *Southern medical journal*, 1984; 77: 1109-1114.

- 108 - Mian M., Wehrspann W., Klajner-Diamond H. : *Review of 125 childrens 6 years of age and under who were sexually abused* . Child abuse and neglect, 1986; 10: 223-229.
- 109 - Mikelsen EJ., Gutheil TG., Emens M. : *False sexual abuse allegations by children and adolescents : contextual factors and clinical subtypes* . American Journal of Psychoterapy, 1992; 4: 556-569.
- 110 - Ministère des Affaires Sociales, de l'Emploi et de la Santé: *Conditions de l'intervention du Médecin en matière d'abus sexuel*, 1989.
- 111 - Monrozies X., Monrozies M. : *Les traumatismes vulvo-vaginaux*. In Pathologies de la vulve et du vagin, de B.Blanc, Ed.Vigot, 1992 : 147-158.
- 112 - Montès de Oca M. : *Revue critique des travaux épidémiologiques anglo-saxons sur l'abus sexuel à l'égard des enfants*. In : Les abus sexuels à l'égard des enfants, publications du CTNERHI, PUF., 1990; 7-65.
- 113 - Morel P. : *La syphilis récente aujourd'hui*. Mal. Sex. Transm., 1987; 37:861-866.
- 114 - Muram D.¹, Buxton BH. : *Gardnerella vaginalis in children : an indicator of sexual abuse* . Adolescent and pediatric Gynecology, 1984; 2: 197-200.
- 115 - Muram D.² : *Child sexual abuse : Relationship between sexual acts and genital findings* .Child abuse and neglect, 1989; 13: 211-216.
- 116 - Muram D.³ : *Child sexual abuse: Relationship between sexual acts and genital findings* . Child abuse and neglect, 1989; 13: 221-216.
- 117 - Nahamias AJ., Dowdle WR., Naib ZM., Josey WE., Luce CF.: *Genital infection with Herpèsvirus hominis types 1 and 2 in children* . Pediatrics, 186; 42: 659-666.
- 118 - Neinstein LS., Gondering J., Carpenter S. : *Nonsexual transmission of sexually transmitted diseases: an in frequent occurrence* . Pediatrics, 1984; 74: 67-76.
- 119 - Owen SM., Durst RD. : *Ehlers Danlos syndrome simulating child abuse* . Arch. Dermatology, 1984; 120: 97-101.

120 - Paradise JE., Rostain AL., Nathanson M. : *Substantiation of sexual abuse charges when parents dispute custody or visitation* . Pediatrics, 1988; 81: 835-839.

121 - Parker H., Parker S. : *Father- daughter sexual abuse : An emerging perspective*. American journal of Orthopsychiatry, 1986; 56 (4) : 532-549.

122 - Paul DM.¹ : *The pitfalls witch may be encountered during an examination for signs of sexual abuse* . Med. Sc. and Law, 1990; 30: 3-11.

123 - Paul DM.² : *The medical examination in sexual offences against children* . Med. Sc. and Law, 1977; 17 (4): 251-258.

124 - Pichot F.¹, Levy-Leblond E., Courtecuisse V. : *Sevices à l'adolescence. L'inceste. A propos de 21 observations* . Arch. Fr. de Pédiatrie, 1986; 43: 427-431.

125 - Pichot F.², Alvin P. : *L'inceste père-fille. Expérience clinique à partir de vingt cas dans une unité de médecins pour adolescents* . Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1985; 33 (6) : 235-240.

126 - Pokorny SF.¹ : *Configuration of the Prepubertal hymen* . Am. J. Obst. and Gynecology, 1987, 157 (4): 950-956.

127 - Pokorny SF.², Kozinetz CA. : *Configuration and other anatomic details of the prepubertal hymen* . Adolescent and pediatric gynecology, 1988; 1: 97-103.

128 - Pollack OJ. : *Semen and seminal stains* . Arch. Pathol., 1943; 35: 140-196.

129 - Porder K., Sanchez N., Roblin PM. : *Lack of specificity of chlamydiazyme for detection of vaginal chlamydial infection in prepubertal girls* . Pediatr. Inf. Did. J.,1989; 8:358-360.

130 - Priesly BL., Bleehen SS. : *Lichen sclerosus et atrophicus in misdiagnosed as sexual abuse* . Britnish Med. J., 1987: 295-211.

131 - Realmuto GM., Wescoe S. : *Agreement among professionals about a child's sexual abuse status: interviews with sexually anatomically correct dolls as indicator of abuse* . Child abuse and neglect, 1992; 16 (5) : 719-725.

- 132 - Reinhart MA.: *Sexually abused boys* . Child abuse and neglect, 1987; 11: 229-235.
- 133 - Rey-Stocker I. : *Les infections des organes génitaux chez le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent* . Rev. Med.Suisse Rom., 1977; 97 (9): 295-303.
- 134 - Rimsza ME., Niggeman MS. : *Medical evaluation of sexually abused children: a review of 311 cases* . Pediatrics , 1982; 69: 8-14.
- 135 - Roane TH. : *Male victims of sexual abuse: a case review within a child protective team* . Child Welfare, 1991;3: 231-239.
- 136 - Rosenfeld A., Bailey R., Siegel B. : *Determining incestuous contact between parent and child : frequency of children touching parents' genitals in a nonclinical population*. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 1986; 25, 4, 481-484.
- 137 - Rouyer M. : *Les enfants victimes, conséquences à court et moyen terme* . In: Les enfants victimes d'abus sexuels de M.Gabel, PUF, 1992: 79-91.
- 138 - Rush F. : *Le secret le mieux gardé: l'exploitation sexuelle des enfants* . Paris, Ed. Denoël, 1983: 290-291.
- 139 - Russell DEH.: *The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children* . Child abuse and neglect, 1983; 7: 133-146.
- 140 - Saulsbury FT;, Hayden GF. : *Skin conditions simulating child abuse* . Pediatr. Emerg.Care, 1985; 1: 147-150.
- 141 - Schachter J., Moncada J. : *Nonculture methods for diagnosing Chlamydiae infection in patients with trachoma: a clue to the pathogenesis of disease?* . J. Infect. Dis., 1988; 158: 1347-1352.
- 142 - Schafer MA., Sweet RL., Ohm-Smith MJ., Shalwitz J., Beck BA.: *Microbiology of the lower genital tract in post menarchal adolescent girls : differences by sexual activity, contraception, and presence of nonspecific vaginitis* . J. Pediatr., 1985;107 : 974-981.

- 143 - Seidel JS., Elvik SL., Berkowitz CD., Day C. : *Presentation and evaluation of sexual misure in the emergency department* . *Pediatr. Emerg. Care*, 1986; 2: 157-164.
- 144 - Sensabaugh GF. : *Isoenzymes in forensic science* . In : Rattazzi MC., Scandalios JG., Whitt GS., Ed., *Isoenzymes : Current topics in biological and medial research*, N.Y. Alan R. Liss inc., 1982; 6 : 247-282.
- 145 - Siegel JS., Sorenson SB., Golding JM. : *The prevalence of childhood sexual assault* . *American Journal of Epidemiology*, 1987; 126 (6) : 1141-1153.
- 146 - Soutoul JH.¹, Pierre F.: *La responsabilité médicale et les problèmes médico-légaux en Gynécologie et Reproduction* . Ed. Maloine, 1989.
- 147 - Soutoul JH.², FrogeE.: *Responsabilité médico-légale en Gynécologie-Obstétrique. Col-lège National des Gynécologues-Obstétriciens Français* . Ed.Vigot, Paris, 1982.
- 148 - Soutoul JH.³ : *Conduite à tenir devant la grossesse après viol ou inceste au-delà du ter-me de l'IVG* . *La lettre du Gynécologue* , 1991;152: 2-6.
- 149 - Spencer MJ., Dunklee P. : *Sexual abuse of boys* . *Pediatrics*, 1988; 1: 133-138.
- 150 - StammWE.¹ : *Diagnosis of Neisseria gonorrhoea and Chlamydiae trachomatis infections using antigen detection methods* . *Diagn. Microb. Infect. Dis.*, 1986; 4: 593-599.
- 151 - Stamm WE.² : *Diagnosis of Chlamydiae trachomatis genitourinary infections* . *Ann. In-tern. Med.*, 1988; 108: 710-717.
- 152 - Steiner H., Taylor M. : *Description and recording of phisical signs in suspected child sexual abuse* . *Br. J. Med.* , 1988; 40: 348-351.
- 153 - Strauss P. : *Données épidémiologiques sur l'inceste* . *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, 1985; 3: 35-40.
- 154 - Summit RC. : *The child sexual abuse accomodation syndrom* . *Child abuse and neglect*, 1983; 7 :177-193.

155 - Swanson MS., Biaggio MK.: *Therapeutic perspectives on father- daughter incest* . Am.J. Psychiatry, 1985; 142: 6.

156 - Thomas E. : *Le viol du silence* . Ed. Aubier, 1986.

157 - Tomkiewicz S. : *Violences et abus sexuels dans les institutions pour enfants et adolescents* . In : " Les enfants victimes d' abus sexuels " de M. Gabel, PUF., 1992: 107-117.

158 - Van Gijsegem H. : *Autre regard sur les conséquences de l' inceste père-fille* . Revue Canadienne de psycho- éducation, 1985; 14 (2): 138-145.

159 - Van Wieringen JC., Waffelbakker F., Verbrugge HP., De Haas JH. : *Growth diagrams*. Wolters-Noordhoff Publ., 1971: 40-43.

160 - Vandeven AM., Emans SJ.: *Sexual abuse of children and adolescents* . Adolescent and pediatric gynecology, 1992; 4: 843-848.

161 - White ST., Ingram DL.: *Vaginal introital diameter in the evaluation of sexual abuse* . Child abuse and neglect, 1989; 13: 217-224.

162 - Wild NJ.: *Sexual abuse of children in Leeds* . Br. Med. Journal, 1986; 292: 1113-1116.

163 - Wilkins J., Berard-Giasson M., Gagne R. : *Les assauts sexuels chez les enfants et adolescents: étude de 125 cas* . Union Médicale du Canada, 1979; 108: 1304-1308.

164 - Williams LM., Finkelhor D. : *Les caractéristiques des pères incestueux , une revue des études récentes* . WL. Marshall, Laws DR.and Barbaree HE., N.Y.Plenum, 1988.

165 - Wilson F., Swartz DP : *Traumatismes vaginaux du col* . Obst. Gyneco., 1972; 39 (2): 182-184.

166 - Wojcieszyn JW., Wang MC., Lee CL., Murphy GP., Chu TM.: *Purification and characterisation of a human urinary acid phosphatase* . J. Appl. Bioch., 1979; 1: 223-234.

167 - Wolters WHG. : *Le couple à trois, l'inceste* . Neuropsychiatrie de l'enfance, 1985; 33 (6) : 241-249.

168 - Woodling BA., Hegar AH. : *The use of the colposcope in the diagnosis of sexual abuse in the pediatric age group* . Child abuse and neglect, 1986; 10 :111-114.

169 - Wyatt GE., Peters SD. : *Issues in definition of child sexual abuse in prevalence research*. Child abuse and neglect, 1986; 10: 231-241.

170 - Ydraut C.: *Regard sur l'inceste père-fille: Les abus sexuels a l'égard des enfants* . PUF., 1990.

VIII . TABLE DES MATIERES

PLAN	page 1
I - INTRODUCTION	page 10
II - GENERALITES	page 12
I - DEFINITIONS	page 14
1 - Définition du terme " enfant "	page 14
2 - Définition du terme " victime "	page 14
3 - Définition du terme " abus sexuel "	page 15
4 - Définitions légales	page 17
A - Le viol : Art. 222. 23 à 222. 26 du Code Pénal	page 17
B - Les agressions sexuelles autres que le viol :	
Art. 222. 27 à 222. 32 du Code Pénal	page 18
C - Les remarques concernant les définitions légales	page 19
II - HISTORIQUE DE L'APPROCHE DES ABUS SEXUELS COMMIS SUR L'ENFANT	page 20
1 - Historique des abus sexuels	page 20
A - Dans les peuplades primitives	page 20
B - Dans les civilisations Perse et Egyptienne	page 20
C - Dans la Bible	page 20
D - Dans les civilisations antiques	page 21
E - Au Moyen-Age en France	page 21
F - A l'époque de la Renaissance	page 22
G - Aux XVIII ème et XIX ème Siècles	page 22
H - Au XX ème Siècle	page 22
2 - Historique de la prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels	page 23
A - La prise en charge sociale	page 23

III - QUELQUES DONNEES CHIFFREES page 27

- 1 - La querelle des chiffres page 27
- 2 - Les données épidémiologiques page 27
 - A - Les études épidémiologiques réalisées à l'étranger page 28
 - B - Les études épidémiologiques françaises page 30
 - C - Conclusion des études épidémiologiques page 31

III - CAS CLINIQUES page 33**I - METHODE D'ETUDE DES CAS CLINIQUES** page 34

- 1 - Le recueil des données page 34
- 2 - Plan d'étude des dossiers page 35
 - A - Eléments recueillis sur l'enfant et sa famille page 35
 - a - Sur l'enfant (au moment de l'expertise)
 - b - La famille
 - B - Eléments recueillis sur l'agression page 36
 - C - Examen de l'enfant page 36
 - a - Circonstances de l'examen
 - b - Signes fonctionnels actuels
 - c - Examen somatique
 - d - Examens de laboratoire
 - e - Conclusion de l'expertise gynécologique
 - f - Examen psychiatrique
 - g - Traitement
 - D - Eléments concernant l'agresseur page 37
 - a - Examen clinique
 - b - Examens biologiques
 - E - Le suivi médical de l'enfant page 37

II - DOSSIERS page 38

IV - RESULTATS	page 92
I - RECUEIL DES DONNEES ADMINISTRATIVES	page 93
II - INTERROGATOIRE DE L'ENFANT	page 94
1 - Recueil des éléments concernant l'enfant victime	page 94
A - La population étudiée	page 94
a - Répartition des âges lors de la prise en charge médicale	
b - Age de l'enfant lors de sa première agression	
B - La scolarité des enfants	page 97
C - La structure familiale	page 97
D - L'utilisation de toxiques (alcool, drogue) dans le milieu familial	page 98
E - La violence intra-familiale	page 98
2 - Recueil des éléments concernant l'agression	page 99
A - Le lieu	page 99
B - Les circonstances favorisantes	page 99
C - La notion de violence pendant l'agression	page 99
D - Le type d'agression	page 100
a - Définition des différents types d'agression	
b - Classification des différents types d'agression	
E - L'étude des rapports existant entre agresseur et victime	page 101
F - Le nombre d'agresseur par victime	page 104
G - La durée des évènements : délai entre le début de l'agression et le moment de la révélation des faits	page 104
H - Le nombre d'épisodes d'abus sexuels	page 105
I - Le mode de révélation de l'abus sexuel	page 106
3 - Recueil des éléments médicaux concernant l'enfant	page 109
A - Les antécédents médicaux et psychiatriques des enfants	page 109
B - La notion de puberté au moment de la première agression	page 109
C - Les signes fonctionnels apparus pendant ou suite à l'agression	page 110
D - La notion de prise en charge médicale entre la dernière agression et l'expertise gynécologique	page 110

E - Le délai écoulé entre la dernière agression et l'expertise médicale de l'enfant	page 111
---	----------

III - EXAMEN SOMATIQUE DE L'ENFANT

page 114

1 - Examen général	page 114
A - La recherche de signes de violence	page 114
B - L'appréciation du développement pubertaire de l'enfant	page 114
2 - Examen gynécologique	page 116
A - Les conditions de l'examen	page 116
B - La position d'examen	page 116
C - L'examen des organes génitaux féminins	page 116
a - Examen de la vulve	
b - Examen de l'hymen	
c - Examen du vagin	
D - L'examen des organes génitaux masculins	page 123
E - L'examen de la région anale	page 123
a - Inspection de la marge anale	
b - Le toucher rectal	

IV - PRELEVEMENTS EFFECTUES SUR L'ENFANT

page 125

1 - Les prélèvements locaux	page 125
A - Les germes retrouvés	page 125
B - Les résultats de la recherche de spermatozoïdes	page 126
2 - Les prélèvements sanguins	page 126
A - Les sérologies	page 126
B - Le dosage des BHCG	page 127
3 - Les autres prélèvements	page 127

V - RESULTATS DES PRELEVEMENTS EFFECTUES SUR L'AGRESSEUR

page 128

VI - CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE page 129

- 1 - Du point de vue clinique page 129
 - A - Les lésions de défloration ancienne et banale page 129
 - B - L'examen gynécologique et anal normal page 129
 - C - Les résultats "suspects " page 130
 - D - Les lésions anales page 130
- 2 - Du point de vue bactériologique page 130

VII - TRAITEMENTS ET SURVEILLANCE INSTITUES SUITE A L'EXPERTISEpage 132

- 1 - Traitements anti-infectieux page 132
- 2 - Surveillance de grossesse page 132

VIII - LES CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE page 133**V - DISCUSSION**page 135**I - PRISE EN CHARGE MEDICALE DES ENFANTS VICTIMES D'ABUS SEXUELS** page 136

- 1 - Les enjeux page 136
- 2 - Les modalités de cette prise en charge page 137

II - INTERROGATOIRE DE L'ENFANT page 139

- 1 - Les différents intervenants page 139
- 2 - Les techniques de l'interrogatoire page 140

3 - Les questions à aborder	page 141
A - Les éléments concernant l'enfant	page 141
a - Le sexe	
b - L'âge de l'enfant au moment de sa première agression	
c - Le niveau scolaire de l'enfant	
d - La structure familiale et le niveau socio-économique	
e - Alcool, drogue et violence dans les familles incestueuses	
B - Les éléments concernant l'agression	page 146
a - Le lieu de l'agression	
b - La notion de violence pendant l'agression	
c - Les circonstances favorisantes	
d - Les date et heure de l'agression, le nombre d'épisodes abusifs	
e - Les rapports existants entre l'agresseur et sa victime	
f - Le type d'agression	
g - Le nombre d'agression par victime	
h - Le mode de révélation des faits	
i - Le délai moyen entre la première agression et le moment de la révélation de l'abus sexuel	
C - Les éléments médicaux concernant les enfants	page 153
a - Les antécédents médicaux et psychiatriques	
b - Les signes fonctionnels apparus après l'agression	
c - L'éventuelle prise en charge médicale de l'enfant entre le moment de son agression et l'expertise gynécologique	
d - Le délai moyen écoulé entre la dernière agression et l'expertise médicale	
4 - Les pièges de l'interrogatoire	page 158
A - Les fausses allégations d'abus sexuels	page 158
B - Les rétractations	page 159

III - EXAMEN SOMATIQUE DE L'ENFANT

1 - L'examen général de l'enfant	page 160
A - La recherche de signes de violence	page 161

B - La précision du statut pubertaire	page 162
a - L'aspect macroscopique des muqueuses génitales	
b - Les propriétés des muqueuses génitales	
2 - L'examen gynécologique de la fille	page 166
A - Les conditions de l'examen	page 166
B - La position d'examen	page 167
C - L'examen de l'anatomie génitale	page 169
a - La vulve	
b - La fourchette postérieure ou commissure postérieure de la vulve	
c - L'examen de l'hymen	
d - L'examen du vagin	
D - Les pièges du diagnostic clinique d'abus sexuel chez la fille	page 199
a - Les phénomènes de cicatrisation	
b - Les autres causes de traumatismes génitaux	
c - Les maladies dermatologiques	
E - Conclusions sur les données de l'examen gynécologique de la fille	page 200
3 - L'examen génital du garçon	page 202
A - Le pubis	page 202
B - La verge	page 202
C - Le scrotum	page 203
4 - L'examen de la région anale des enfants	page 204
A - Les signes cliniques pouvant être retrouvés à l'inspection	page 204
a - Les lésions d'aspect récent	
b - Les lésions évocatrices de traumatismes répétés ou anciens	
c - Les diagnostics différentiels	
B - Le toucher rectal	page 206
a - Le test du sphincter anal externe	
b - L'étalement de la cloison recto-vaginale	
C - Les prélèvements au niveau anal	page 208

IV - PRELEVEMENTS

1 - Les prélèvements locaux	page 209
-----------------------------------	----------

A - La recherche de sperme	page 209
a - La détection initiales des traces de sperme	
b - La recherche de spermatozoïdes en microscopie	
c - La recherche de phosphatases acides	
d - La recherche des antigènes spécifiques de prostate	
B - La recherche des maladies sexuellement transmissibles	page 213
a - Les infections à Gonocoques	
b - Les infections à Chlamydiae Trachomatis	
c - Les infections à Mycoplasmes	
d - Les infections à Trichomonas Vaginalis	
e - Les infections à Gardnerella	
f - La recherche d'autres maladies sexuellement transmissibles	
2 - Les prélèvements sanguins	page 223
A - Le sérodiagnostic de maladies sexuellement transmissibles	page 223
a - Le sérodiagnostic de la Syphilis	
b - Le sérodiagnostic d'infection à Chlamydiae Trachomatis	
c - Le sérodiagnostic d'infection à Mycoplasmes	
d - Les sérodiagnostics d'infections à HIV et Hépatites B / C	
B - Le dosage sanguin des BHCG dans le diagnostic de grossesse	page 228
C - Autres prélèvement : ECBU	page 229

V - COMPLICATIONS SECONDAIRES AUX ABUS SEXUELS

1 - Les infections	page 230
2 - Les lésions génitales graves	page 230
A - Les délabrements de la sphère génitale	page 230
B - Les rétrécissements cicatriciels du vagin	page 232
C - Les lésions en rapport avec un acte sodomique	page 232
D - Les hémorragies	page 232
E - Les problèmes médico-légaux liés à la grossesse	page 233

VI - CONCLUSIONS DE L'EXPERTISE GYNECOLOGIQUE

1 - Les conclusions	page 236
---------------------------	----------

2 - Le certificat médical initial	page 238
A - Les obligations	page 238
B - Les erreurs à ne pas commettre	page 239
C - Modèle de certificat médical initial	page 242
3 - Les traitements préventifs	page 243
A - La prévention des Maladies Sexuellement Transmissibles	page 243
B - La prévention de la grossesse	page 243
C - Le suivi médico-social de l'enfant	page 244
4 - Le coût médical de la prise en charge	page 246

VI - CONCLUSION	page 248
------------------------------	----------

VII - BIBLIOGRAPHIE	page 250
----------------------------------	----------

VIII - TABLE DES MATIERES	page 266
--	----------

IX - SERMENT D'HIPPOCRATE	page 276
--	----------



IX . SERMENT D'HIPPOCRATE

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

ORDONNANCE A IMPRIMER N° 18

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

Résumé

Les abus sexuels commis sur des enfants mineurs de moins de 15 ans sont une forme de maltraitance qui doit être prise en charge aux niveaux médical, social et judiciaire.

Les tableaux cliniques rencontrés sont variés : ce polymorphisme entrave souvent la détection de ces situations abusives.

Le diagnostic médical d'abus sexuel repose à la fois sur les données de l'interrogatoire de l'enfant, de son examen clinique et des prélèvements réalisés.

Les signes cliniques rencontrés lors de l'examen gynécologique sont non seulement d'interprétation délicate, mais leur caractère fugace souligne l'intérêt d'examiner ces enfants dans les plus brefs délais après leur agression.

Une prévention des complications infectieuses et de grossesse doit être systématiquement instituée.

Un certificat médical détaillé et prudent est rédigé à l'issue de l'examen clinique : il servira à la défense ultérieure en justice de la victime.

Une coordination des actions menées par les services médicaux, sociaux et judiciaires est nécessaire pour la bonne prise en charge des jeunes victimes d'abus sexuels.

Mots clés :

- abus sexuel
- enfant
- examen gynécologique
- hymen
- maladie sexuellement transmissible
- certificat médical

