

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Blanc*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
Médicale**

—

**Volume 2003
publié le 27.11.2003**



*VINGT-SEPTIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2003*

Sévíces sexuels et adolescentes

O. GRAESSLIN*, L. DULIERE**,
J. JOUOT**, B. DIGEON**, C. QUEREUX*
(Reims)

Julie, 13 ans, a mal au ventre, souvent, toujours...

... Stress, mal du siècle ?

Amélie, 14 ans, est admise pour tentative de suicide aux benzodiazépines...

... Chagrin d'amour ?

7 fois sur 10 les sévíces sexuels se passent « en famille »...

ABUS OU SÉVICES SEXUELS ?

• **Le terme d'abus sexuel** est discutable, semblant sous-entendre qu'il pourrait y avoir une norme, un « usage sexuel ». L'expression « sévíces sexuels » paraît de ce fait plus pertinente. Toutefois, en France, c'est le terme d'abus sexuel qui a été retenu car de nombreux actes répréhensibles sont effectués sans violence physique. Sous ce terme, on entend « toute activité sexuelle à laquelle une victime est incitée ou contrainte à participer par

* Service de Gynécologie-Obstétrique (Pr Quereux) – Institut Mère Enfant Alix de Champagne – 45 rue Cognacq Jay – 51092 REIMS CEDEX

** Service de Pédiatrie A (Pr Motte) – Hôpital Américain – Rue Cognacq Jay – 51092 REIMS CEDEX

un agresseur, sur lui-même, sur elle-même ou sur une tierce personne et ce contre son gré par manipulation affective, physique, matérielle ou usage d'autorité » (21).

- **Une notion d'âge** entre dans cette définition : l'abus sexuel est constitué lorsqu'un mineur qui n'a pas l'âge du consentement est victime d'un adulte ou d'une personne plus âgée que lui. Cet âge varie de 14 à 18 ans selon les pays, il est de **15 ans en France**.

Dans la littérature anglo-saxonne, l'abus sexuel est défini comme l'implication d'enfants ou d'adolescents dans une activité sexuelle qu'ils ne comprennent pas et pour laquelle ils ne peuvent pas donner un consentement en fonction de leur développement.

- **Différentes situations** correspondent à ces définitions (21, 23) :

- *l'agression sexuelle* (art. 222-22 loi du 23.12.1980) : atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ;

- *le viol* (art. 222-23) : tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise ;

- *les abus sexuels sans contact physique* (art. 222-32) : harcèlement, contact téléphonique, exhibitionnisme ;

- *les abus sexuels avec contact corporel* : attouchements, baisers, caresses.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Les données chiffrées concernent surtout l'enfance en général.

- **En France, en 2001, 5 900 enfants ont été victimes** d'abus sexuels soit 23 % de plus qu'en 1999, mais il est difficile de savoir s'il y a une augmentation récente du phénomène d'abus ou s'il s'agit d'une augmentation du nombre d'enfants diagnostiqués (3). Mais il faut aussi se souvenir que les faits ne sont que très rarement rapportés spontanément par les adolescentes ou les femmes à leurs gynécologues (24).

Le ministère de la Solidarité rapportait en 1987 (12) que 1 fille sur 8 et 1 garçon sur 10 sont victimes d'un abus sexuel avant l'âge de 18 ans. En France, il existe, selon Messerschmitt (19), deux pics de fréquence d'abus vers 6 ans et vers 13-14 ans.

- **Aux États-Unis**, on évalue à **250 000 le nombre de nouveaux cas** d'enfants victimes d'abus par an (16). 1 % des enfants y seraient chaque année victime d'abus sexuel (4).

Selon la littérature internationale, 10 à 30 % des filles et 10 à 15 % des garçons de moins de 18 ans subissent des pratiques sexuelles non désirées (7). Chez les filles, il s'agit par ordre de fréquence décroissante d'attouchements, de rapports sexuels, d'exhibitionnisme, de rapports oro-sexuels ou de sodomie.

- Comme l'a très bien montré en 30 secondes le spot télévisé de l'association *Enfance et Partage*, récemment diffusé, ces actes délictueux se passent **7 fois sur 10** en famille. 72 % des abus sont en effet commis par l'entourage familial, 32,3 % par les pères, 9,5 % les beaux-pères, 5,1 % les grands-parents et 4,3 % les frères et sœurs (3).

Les familiers de l'enfant sont aussi volontiers en cause : baby-sitter, enseignant, éducateur, médecin...

LES SYMPTÔMES RÉVÉLATEURS, LES CIRCONSTANCES (9, 21, 23)

I. Les circonstances

L'adolescente peut consulter ou être amenée par la police « **en urgence** » après une agression physique ou une tentative de viol : c'est le cas habituel quand l'agresseur n'est pas un proche. Elle consulte plus souvent ou est adressée **en différé**, parfois longtemps après les faits, quand l'agresseur est du cercle familial ; la honte ou la culpabilité de ce qui s'est passé explique ce retard à la révélation. Celle-ci est souvent faite par le jeune en milieu scolaire (infirmière, assistante sociale, camarade de classe...), parfois après une information sur ce sujet.

La rétractation ultérieure est alors très fréquente, sous l'influence de sentiments ambigus et pressions familiales ; il faut savoir que les fausses allégations sont une large minorité et qu'il convient donc d'accorder beaucoup de crédit aux dires initiaux, sans oublier que chez l'adolescente, l'affabulation est quand même plus fréquente que chez la petite fille.

Il faut être plus méfiant quand l'accusation est portée par un parent contre l'autre, enjeu d'une situation de conflits, pour nuire.

L'agression peut avoir eu lieu sous influence toxique (alcool, psychotrope) et être le fait de plusieurs agresseurs (viol en réunion, tournante, « *date rape drug* »...).

2. Les signes cliniques révélateurs

– En dehors de l'urgence que constitue la réquisition pour constat de viol, il peut s'agir d'un *traumatisme* des organes sexuels détecté lors d'une visite de médecin mais mal expliqué par les dires de l'entourage.

– Une *maladie sexuellement transmissible* peut provenir de relations consenties avec un jeune mais doit toujours attirer l'attention surtout si l'agent isolé est du chlamydia, du gonocoque ou l'HPV de condylomes acuminés.

– Une demande de contraception chez une très jeune fille, d'IVG ou une grossesse chez une adolescente peuvent éveiller un doute si l'adolescente est accompagnée d'un adulte « inattendu » ou si elle refuse d'évoquer le géniteur présumé.

– Les troubles fonctionnels digestifs sont très banals chez l'adolescente stressée qu'il s'agisse de *douleurs abdominales*, de céphalées ou malaises. La colopathie fonctionnelle, en particulier, est un des modes d'expression du stress ressenti par les adolescentes victimes d'abus sexuel (27). Il en est de même de la dysménorrhée (13). C'est parfois une main tendue qui prend de la valeur si l'on perçoit un contexte particulier.

– Les *troubles du comportement* peuvent attirer l'attention : troubles du sommeil, repli sur soi, dépression, altération des résultats scolaires ou changement d'établissement sont parfois dus à un abus sexuel.

– Il faut insister sur la relative fréquence avec laquelle des *troubles du comportement alimentaire* sont révélateurs, qu'il s'agisse d'anorexie, d'obésité ou de boulimie et de conduites addictives (alcool, drogue). On constate que les partenaires d'hommes toxicomanes ont également été plus fréquemment victimes d'abus sexuels (10).

– Il en est de même des fugues et des tentatives de suicide : les ados victimes d'abus font 5 fois plus de *tentatives de suicide* que les ados n'ayant pas subi de sévices (29, 15). Il est également fréquent dans ce type de situation de voir les tentatives de suicide se répéter dans l'année qui suit l'abus sexuel (29).

SÉVICES SEXUELS ET ADOLESCENTES

– La *sexualité* des adolescentes victimes d'abus sexuel se construit différemment et a des particularités qu'il faut souligner (22, 25) car les comportements sont à risques : rapports consentis plus précoces, partenaires multiples, recours moins fréquents aux moyens de contraception, grossesses plus fréquentes dans l'adolescence, et sentiment d'ambivalence (la sexualité est à la fois une préoccupation et une grande source de répugnance).

L'EXAMEN CLINIQUE

Il a pour but général d'établir un constat des blessures physiques et psychologiques, de leur gravité et des conséquences médicales et juridiques.

I. L'accueil

Il se doit d'être chaleureux et empathique dans le cadre de l'urgence après agression sexuelle unique. Il faut privilégier l'unité de lieu qui peut être un service de pédiatrie avant 15 ans, un service de gynécologie-obstétrique ou les urgences médico-judiciaires après 15 ans. Cela permet de disposer sur site de toutes les compétences requises (pédiatre, gynécologue, psychologue, infectiologue, proctologue...), sans avoir à constituer plusieurs dossiers. Le travail en partenariat avec les psychologues ou pédopsychiatres est particulièrement important (11).

Dans cette situation, il y a par ailleurs nécessité de faire vite afin de pratiquer des prélèvements conservatoires d'usage et de pouvoir constater des signes d'agression parfois fugaces.

2. L'interrogatoire

Il est bien sûr essentiel, mais il faut le concevoir comme un **entretien**.

Il a plusieurs buts :

– *Favoriser l'abréaction*, « décharge émotionnelle par laquelle un sujet se libère d'un événement oublié qui l'a traumatisé » (28).

C'est par la parole que la victime peut le faire. Il faut lui permettre de redevenir sujet et d'évacuer le sentiment d'avoir été un objet.

– *Écouter et laisser parler* avec patience et respect. Soyons conscients que l'interrogatoire est une forme d'agression, qu'il ne faut pas compter son temps et savoir respecter interruptions, pleurs, silence et mutisme.

– *Laisser un écrit dans le dossier des mots utilisés*, ses mots propres.

– *Dire à l'enfant qu'on le croit, qu'il n'est pas coupable* mais victime et que tout va être fait pour l'aider.

Cet entretien, idéalement, doit se faire avec l'adolescente seule mais en présence, si possible, d'une tierce personne du monde médical pour éviter quelque affabulation médico-légalement dangereuse ultérieurement.

L'entretien se doit aussi de revenir sur les faits :

En aigu après une agression, l'anamnèse se rapproche de celle d'une adulte sexuellement agressée.

On en rappellera simplement les grandes lignes :

- déroulement des faits :
 - mode d'agression, site de la pénétration, par le sexe ou par un objet, avec ou sans préservatif ;
 - signes fonctionnels : saignements, douleurs ;
 - changement de vêtements depuis l'agression, toilette ?
- contexte émotionnel :
 - alcool, drogue ;
 - nombre d'agresseur(s) connu (s) ?
 - menace ou violence ?
 - heure des faits.
- anamnèse de l'état gynécologique antérieur :
 - déroulement de la puberté ;
 - utilisation habituelle de protections internes ?
 - éventuelle activité sexuelle antérieure.

En cas d'abus sexuels répétés et anciens, on essaiera de définir surtout :

- le(s) site(s) de pénétration et leur mode, digital, sexuel ou par objet ;
- l'ancienneté et la fréquence des faits ;
- l'existence de signes fonctionnels après la première agression (saignements, douleurs).

3. L'examen (23)

Il est d'abord corporel

– En cas d'agression récente, on examinera plus particulièrement les zones décrites comme agressées ou douloureuses : visage, cou, seins, masses fessières, cuisses, poignets, chevilles, cuir chevelu, bouche...

On recherchera des anomalies cutanéomuqueuses, plaies ou contusions, qui seront consignées sur un schéma.

– En cas d'agression ancienne, on recherchera des indices de maltraitance associés. L'utilisation de la force physique est plus fréquente dans les agressions commises par des personnes étrangères à l'enfant qu'en cas d'inceste.

Il sera ensuite génital

Soulignons la nécessité d'expliquer ce qui va être fait et pourquoi il faut le faire.

Chez l'adolescente comme chez l'enfant, **l'examen de l'hymen** est le temps essentiel car **c'est la frontière médico-légale du viol**. Il y a plusieurs façons d'examiner, selon le cas présenté et les difficultés rencontrées à l'examen :

- écartement en bas et en arrière des lèvres ;
- traction douce sur les grandes lèvres, entre pouce et index ;
- on peut aussi utiliser une sonde à ballonnet type Foley n° 14 dont on notera le volume insufflé et mesurera avec un pied à coulisse le diamètre pouvant ressortir sans douleur : la perméabilité inattendue de l'orifice est parfois le seul signe d'abus sexuel itératif.

Si la jeune fille est trop tendue ou opposante, il peut lui être proposé de faire l'examen sous dérivé halogéné.

Rappelons la nécessité de décrire :

- la forme de l'hymen ;
- l'intégrité ou non du bord libre en s'aidant d'un coton-tige pour le déplisser ;
- les incisures :
 - leur forme, ronde plutôt physiologique ou aiguë habituellement traumatique ;
 - leur profondeur, jusqu'à la base d'implantation (défloration) ou de quelques millimètres seulement (physiologique) ;

faire un schéma horaire : les lésions sont plutôt sur le rayon de 5 ou 7 heures en cas de défloration récente et antérieure si la défloration a été digitale.

Les lésions les plus fréquentes chez l'adolescente (1, 2) sont les déchirures dans la région de la fossette naviculaire (surtout chez les patientes préalablement vierges), un érythème des petites lèvres, de l'hymen, du col ou de la fourchette vulvaire, un œdème hyménéal. Ces lésions sont d'autant plus facilement retrouvées que le délai entre l'agression et l'examen est court.

Quoi qu'il en soit, l'interprétation reste souvent malaisée à cause des variantes de la normale et de la méconnaissance de l'anatomie génitale de l'adolescente (8), qui doit rendre prudente l'interprétation. Par ailleurs, un hymen intact ne réfute pas la présomption d'abus : dans la majorité des cas d'abus sexuels intra-familial où l'attouchement est l'agression la plus commune, il n'y a pas de lésion anatomique.

Dans une série portant sur plus de 2 300 enfants victimes d'abus sexuel (14), l'examen anatomique est normal plus de 9 fois sur 10, même en cas de pénétration, et c'est souvent l'histoire racontée par l'enfant ou l'adolescente qui est le point crucial du diagnostic.

Si l'hymen est facilement perméable, l'examen pourra être complété par la mise en place d'un spéculum dont on notera le diamètre, puis par le toucher vaginal à un doigt (2 cm) ou deux doigts (4 cm) en notant la difficulté ou l'impossibilité de pénétration et le caractère perceptible ou non de l'anneau hyménéal.

... buccal et anal

– Après une agression, il ne faut pas oublier de regarder la bouche et le voile du palais à la recherche de pétéchies.

– L'examen anal comporte l'inspection et le déplissement de la marge en recherchant des marques de violence, une dilatation anale spontanée, des fissures dépassant les plis radiés, puis éventuellement le toucher rectal appréciera le tonus du sphincter. Les anomalies en seront consignées sur un schéma horaire précisant la position dans laquelle l'examen a été conduit, gynécologique ou gynu-pectorale. Comme pour l'examen vaginal, un examen anal normal n'élimine pas la possibilité de sodomie ou de sévices.

4. Les prélèvements

Ils sont fonction du caractère aigu ou non des abus et surtout utiles en cas de viol ou tentative de viol (pour recherche d'empreinte génétique) ou si une MST est évoquée :

- comme chez l'adulte, **les prélèvements locaux** recherchent une trace laissée par l'agresseur au niveau des différents sites (vagin, bouche, anus) et visent à cerner une infection sexuellement transmissible (ECBV avec recherche de chlamydiae) ;

- les **prélèvements sanguins** : selon la réquisition et l'ancienneté des faits, on recherche une grossesse (hCG), la consommation de toxique (alcool, drogue) et on vérifie les sérologies bactériennes et virales de MST classiques, ce qui sera à recommencer trois mois plus tard.

5. Un traitement

Si l'agression est caractérisée, très récente, avec pénétration ou contact possible avec du sperme, il reste à donner :

- la contraception post-coïtale par Norlevo®, 2 comprimés en 1 prise si l'agression remonte à moins de 72 heures ;

- la prophylaxie VIH avec recueil du consentement écrit du responsable de l'autorité parentale. Les protocoles ne sont pas clairement établis pour les adolescentes mais une prise biquotidienne est souhaitable pour favoriser la compliance. La mauvaise tolérance de ces traitements doit également conduire à l'évaluation rapide du niveau de risque de séroconversion par l'infectiologue (18) ;

- une prophylaxie MST type Zythromax® monodose : 4 comprimés en 1 prise ;

- la mise à jour de l'hépatite B doit être envisagée.

Prise en charge ultérieure : reconforter, signaler, protéger.

Il faut d'abord apprécier l'urgence, de soins parfois, mais surtout de mettre l'adolescente à l'abri de la répétition en cas d'inceste.

L'hospitalisation dans un service de pédiatrie qui accueille souvent les jeunes jusqu'à 18 ans est une bonne solution d'accueil si l'ado ne peut être mise à l'abri à coup sûr dans sa famille. Cela permet une évaluation des paramètres physiques et psycho-affectifs

sur quelques jours. Il est aussi possible d'hospitaliser la fratrie si celle-ci est en danger.

L'adolescente peut être hospitalisée avec l'accord d'un des parents mais il faut parfois prendre prétexte de bilans de douleurs abdominales, de fièvre pour obtenir cet accord. S'il n'est pas possible d'obtenir l'accord parental et que l'hospitalisation apparaît indispensable au corps médical, on pourra procéder à un signalement au procureur de la République ou à son substitut, ce qui sera suivi d'un signalement écrit avec *demande d'ordonnance de placement provisoire* (OPP).

Le signalement

C'est la révélation aux autorités de mauvais traitements constatés probables, d'abus sexuels dans le cas particulier. Le signalement **doit surtout être judiciaire**, au Procureur de la République ou à son substitut, au Parquet des Mineurs. Il peut aussi être **administratif**, à l'Aide sociale à l'enfance qui a en charge la protection des enfants en danger.

Un signalement se doit d'être précis, renseignant sur :

- l'identité de l'adolescente, l'adresse et la composition de la famille ;
- les raisons du signalement en utilisant les guillemets et un style indirect pour rapporter ce qui a été dit et dont on n'a pas été le témoin ;
- les données de l'examen physique et psychologique incitant au signalement ;
- les mesures qui semblent souhaitables : séparation du milieu familial ou maintien dans la famille avec assistance éducative.

Deux idées président au signalement : il doit rester la révélation d'un fait sans commentaire ni imputation de ce fait, et il n'est pas nécessaire pour faire un signalement d'avoir la certitude de l'abus.

Signalement et secret médical (21)

Tout médecin est attaché au secret médical et sait « *que la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire* » est sévèrement punie de 1 an de prison et 15 000 euros d'amende (article 226-13). Mais cet article 226-13 n'est pas applicable dans le cas où la loi **impose** ou **autorise** la révélation du secret :

SÉVICES SEXUELS ET ADOLESCENTES

– « à celui qui informe les autorités de sévices dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de 15 ans... » ;

– « au médecin, qui, avec l'accord de la victime, porte connaissance au procureur de la République des sévices qu'il a constatés... et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles ont été commises ».

Toutefois, le médecin est exclu de l'article 434-3 qui prévoit une obligation de dénonciation. Ainsi, le médecin **peut** (mais n'est pas obligé de) signaler les suspicions d'abus sexuels contre une adolescente de moins de 15 ans. Après cet âge, il peut le faire, mais **avec l'accord de la victime**.

En cas de non-dénonciation des faits supposés, la jurisprudence fait état de poursuites de médecins pour « non-assistance à personne en danger » (comme pour tout citoyen) et doit donc rendre le praticien très prudent. Confronté à un dilemme douloureux (signalement ou maintien du secret médical), le médecin devra souvent dépasser sa répugnance naturelle à transgresser le secret médical, et ce pour protéger une victime et d'autres victimes potentielles.

Mais il doit le faire avec prudence et circonspection et en ne s'adressant qu'à l'autorité compétente et surtout pas à la famille, à laquelle il ne faut pas remettre de certificat ou d'attestation d'abus sexuel. Ce médecin pourrait en effet être alors victime d'une plainte disciplinaire devant une juridiction ordinaire (une certaine de plaintes connues fin 2002 en France)... par un membre de la famille mécontent. Le danger pour le médecin n'est pas de signaler aux autorités mais d'affirmer, par maladresse ou esprit partisan, sur un certificat des faits qu'il n'a pas lui-même constatés (17).

Suivi du signalement

Il est prévu dans les textes que le professionnel qui transmet un signalement soit informé de la suite qui a été donnée. Ces mesures sont malheureusement rarement pratiquées, ce qui est préjudiciable à l'évaluation de l'action.

- Le dépôt de plainte (6)

Le médecin pourra conseiller à la victime de porter plainte ce qui aura plusieurs intérêts :

– Sûrement celui de permettre à l'adolescente de *se reconstruire* et c'est le plus important. La reconnaissance par la société du statut de victime et la désignation du coupable sont fondamentales ;

– Le dépôt de plainte permet l'obtention d'une provision auprès d'une commission d'indemnisation des victimes d'infraction et d'être partie civile ;

– Seuls les prélèvements effectués sur réquisition sont mis sous scellés et acquièrent donc une force probante en cas d'agression récente.

- La prescription (6)

- **Au pénal :**

Pour les victimes mineures, la loi 96-468 du 17/6/98 élargit les délais de prescription. Ainsi, les victimes mineures peuvent porter plainte jusqu'à 10 ans après leur majorité en cas de viol (28 ans), et jusqu'à 3 ans en cas d'agression sexuelle autre que le viol (21 ans). Toutefois, s'il y a des circonstances aggravantes, le délai de prescription passe de 3 à 10 ans après la majorité, ce qui est le cas quand l'agression est le fait d'ascendant légitime ou de personne ayant autorité (beau-père) ou abusant de l'autorité conférée par les fonctions (enseignant, médecin) ou de viol en réunion...

- **Au civil :**

La mineure a 20 ans après la majorité pour entreprendre une action au civil en indemnisation de leur préjudice.

UNE EXPÉRIENCE DE TERRAIN

- En 6 mois, du 1^{er} janvier 2003 au 1^{er} juillet 2003, le service de pédiatrie du CHU de Reims a reçu pour agressions sexuelles 43 adolescentes âgées de 12 à 18 ans et seulement 5 garçons. La moyenne d'âge des filles était de **14 ans**. Elles étaient toutes pubères (36) ou avaient démarré leur puberté (7).

- Trente-six de ces jeunes filles avaient été adressées sur réquisition de la Brigade des Mineurs ou de la Brigade de Gendarmerie avoisinante. Sept se sont présentées spontanément ou dans les suites d'une tentative de suicide ou sur les conseils d'un médecin de famille, voire d'une assistante sociale de quartier. Pour **vingt et une** d'entre elles, il s'agissait de **violences sexuelles anciennes** dont elles n'avaient encore jamais osé parler. Vingt-deux adolescentes rapportaient une **agression sexuelle récente** justifiant une consultation en urgence.

- L'évaluation sociale faisait état de **nombreuses familles disloquées** (17/43). **Huit** adolescents étaient, au moment de

l'examen, **placés** en foyer ou en famille d'accueil, seuls 16 enfants vivaient dans une famille dont les parents n'étaient pas séparés. Deux jeunes filles vivaient avec leur mère seule, le père étant décédé. Douze de ces adolescentes suivaient une scolarité normale, les autres étant en difficulté (redoublements multiples) ou en véritable échec (IME, SEGPA).

- Les signes fonctionnels classiques souvent notés chez l'enfant que sont l'obésité, l'énurésie, l'encoprésie étaient peu souvent retrouvés, par contre les troubles du comportement étaient nombreux qu'il s'agisse des tentatives de suicide (5) uniques ou répétées, les fugues (5), et l'alcoolisation aiguë (2). Le diagnostic reposait essentiellement sur **l'entretien psychologique**.

- L'examen gynécologique a été réalisé chaque fois que la jeune fille l'acceptait. Il ne l'était pas si l'on pensait qu'il ne serait pas utile au dépôt de la plainte. C'est ainsi que pour 3 d'entre elles qui révélaient des sévices très anciens et qui déclaraient avoir une sexualité active, il n'a pas été réalisé. Sur **39** examens :

- **12** étaient **normaux**, compatibles avec les gestes rapportés par l'adolescente (caresses, relations oro-génitales...) ;

- **8 normaux**, permettant de corroborer les dires de la jeune fille ;

- **3 anormaux**, contraires à ce que déclarait l'adolescente, faisant supposer qu'elle avait une sexualité volontaire dont elle ne voulait pas parler, ou qu'elle n'osait pas révéler toutes les violences qu'elle avait subies ;

- les autres examens étaient non contributifs.

- Au terme de notre évaluation, nous avons conclu qu'il y avait bien eu **violence sexuelle pour 30 adolescentes**. **Six** nous ont semblé faire de **fausses allégations**. Elles ont alors été orientées vers la psychiatrie comme des adolescentes en souffrance psychologique. Pour **sept** d'entre elles, nous n'avons **pas pu conclure de façon formelle**.

- L'auteur incriminé était presque toujours connu de la jeune fille : père (7), beau-père (2), oncle (4), adulte ami de la famille (6), frère ou cousin mineur (10), autre mineur (10), grand-père (1), tournante ou prostitution (2). Seuls quatre auteurs étaient des inconnus. 2 jeunes filles ont révélé des sévices anciens perpétrés par plusieurs hommes successivement. Aucun des auteurs dans ces dossiers n'était de sexe féminin. Il ne faut cependant pas perdre de vue que cela est possible, bien que rare.

... ET QUELQUES COMMENTAIRES

- **Les fausses allégations** concernaient soit des inconnus, soit un « ex-petit copain ». Les adolescentes en cause avaient 15 ans en moyenne et une sur deux était une ancienne victime au terrain psychologique fragile.

Une jeune fille a été vue à 4 reprises pour « viol », l'un ayant entraîné une grossesse. La question s'est alors posée d'une véritable **prostitution** de la jeune fille qui entraînait avec elle d'autres adolescentes placées dans le même foyer.

- **Le mineur auteur** des sévices sexuels sur un autre mineur est un chapitre peu souvent développé dans la littérature française. Cette situation représente pourtant 20 cas sur 43 dans nos dossiers ; c'est parfois un mineur de la fratrie (frère, fils du nouveau conjoint...). Les chiffres sont maintenant connus en France, les mineurs (garçons dans plus de 95 % des cas) représentant 18 % des individus mis en cause pour harcèlement et autres agressions sexuelles.

Par définition, sont bien sûr exclus les « jeux de découverte sexuelle » entre enfants du même âge et ne sont retenues comme des agressions que les situations dans lesquelles sont en cause un enfant pubère et un non pubère ou ayant une différence d'âge de 5 ans au minimum.

Ces agressions ne doivent certainement pas être banalisées ou minimisées. Elles sont maintenant reconnues par tous comme étant très sévères. En effet, l'auteur mineur, n'ayant pas de position d'autorité sur la victime, utilise très fréquemment la force physique, voire des menaces de mort aux répercussions psychologiques majeures. Une question mérite alors d'être posée : **l'auteur mineur n'est-il pas lui-même une ancienne victime ?** d'où l'importance de réaliser si possible une évaluation de ceux-ci bien que, dès l'âge de 13 ans, ils soient responsables au pénal et donc susceptibles de subir une garde à vue.

- Certains éléments sont maintenant bien connus :
 - les jeunes filles sont souvent issues de familles disloquées : d'une part parce qu'elles sont plus fragilisées et d'autre part parce qu'en cas de séparation, la révélation à l'autre adulte est souvent plus aisée ;
 - sont également plus vulnérables les jeunes filles qui ont un potentiel intellectuel amoindri (seulement 12 enfants ont une scolarité normale : cause ou conséquence ?).

- **Sont moins bien connus :**

- Les « *date rape* » : viol ou tentative de viol à l'occasion d'un rendez-vous accepté par la jeune fille. Il en va de même des agressions qui ont lieu quand l'adolescente s'est mise ou a été mise en situation de danger (alcool, drogue (Rohypnol®, GHB...), tenue vestimentaire excitante...). Il faut rappeler que commettre une imprudence ne permet pas à autrui de l'agresser. *Elle est victime et non coupable.*

- Le **sentiment de culpabilité** qui est toujours présent. Le but de la prise en charge psychologique est de le gommer, et cela dès le premier entretien. Ce sentiment s'explique par le fait que la plupart du temps l'adolescente s'est laissée faire dans un climat insidieux, voire en l'échange de cadeaux ou d'argent. « L'enfant qui accepte le cadeau se trouve ainsi transformé en complice et devient coupable » (20). Dans le cadre de l'inceste, la victime, qui a toujours l'espoir d'un amour idéalisé, refuse d'attaquer son abuseur et préfère endosser seule la responsabilité de l'acte (5).

- **L'auto-accusation** : l'adolescente retourne sur elle-même les sentiments de haine évoqués vis-à-vis de l'agresseur, ce qui ne fait que renforcer le sentiment de culpabilité.

- Parmi les conséquences, il faut évoquer la **prostitution de l'enfant** (1 dans notre étude) et sa mise en danger secondaire : nombreuses sont les anciennes victimes à nouveau agressées. La victime, à travers l'acte, s'est trouvée humiliée, elle a perdu son honneur et l'estime de soi. Elle s'est vue réduite à une chair sans esprit, sans parole. C'est dans ce contexte que la jeune fille continue à se détruire en se mettant en danger. À l'extrême, la prostitution lui permet de retrouver une apparente maîtrise de son corps.

CONCLUSION

Dans notre pratique médicale, nous sommes tous confrontés à ces violences. Il faut savoir repérer certains « clignotants » et avoir la tournure d'esprit d'y penser, sans toutefois accorder à son intuition une valeur de preuve. Il importera, en équipe pluridisciplinaire, d'aller de l'intuition à l'évaluation. Cette suspicion conduit le plus souvent à une procédure judiciaire dont les médecins doivent connaître les mécanismes afin d'éviter les erreurs qui pourraient être préjudiciables.

Résumé

Un abus (ou sévice) sexuel est constitué quand un mineur de moins de 15 ans est victime de la part d'un adulte ou d'une personne plus âgée que lui d'une agression sexuelle, d'un viol ou d'un abus avec ou sans contact corporel (harcèlement, exhibition, attouchement...).

5 900 enfants en sont victimes chaque année en France, la fille plus souvent que le garçon et une fille sur huit est victime d'abus avant l'âge de 18 ans. Sept fois sur dix ces actes délictueux se passent « en famille ».

La révélation est souvent différée et la circonstance révélatrice est très variable : troubles du comportement, en particulier alimentaire, tentatives de suicide, une grossesse...

*L'accueil de ces adolescentes doit bénéficier d'une unité de lieu avec participation de psychologue, pédiatre, gynécologue... L'interrogatoire est, bien sûr, essentiel pour révéler au plus juste les faits mais il doit se concevoir comme un **entretien** où l'écoute est essentielle, avec l'objectif d'essayer de gommer d'emblée un sentiment de culpabilité toujours présent.*

Il y a souvent urgence à mettre l'adolescente à l'abri et l'hospitalisation est une bonne solution pour permettre en même temps l'évaluation physique et psycho-affective.

*Un **signalement judiciaire** au Procureur de la République s'impose le plus souvent avec demande d'ordonnance de placement provisoire.*

La patiente a tout intérêt à porter plainte, ne serait-ce que parce que c'est pour elle une chance d'aider à sa reconstruction en se faisant reconnaître par la société un statut de victime. Elle peut porter plainte jusqu'à 10 ans après sa majorité en cas de viol.

Il faut insister enfin sur la possibilité de fausses allégations, plus fréquentes chez l'adolescente que chez l'enfant, sur la fréquence avec laquelle un mineur est souvent l'auteur des sévices, sur certaines circonstances « modernes » comme les « date-rape » et les tournantes ainsi que sur le danger ultérieur de prostitution.

Apprenons à repérer certains clignotants.

Bibliographie

1. Adams JA, Girardin B, Faugno D. Adolescent sexual assault: documentation of acute injuries using photocolposcopy. *J. Pediatr Adolesc Gynecol* 2001; 14: 175-180.
2. Adams J. Knudson S. Genital findings in adolescent girl referred for suspected sexual abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150, 850-857.
3. Anonyme. Abus sexuels envers les enfants, gare à la famille. *Quotidien du Médecin* 24.04.03 – N°7322.
4. Berkowitz CD. Child sexual abuse. *Pediatr Rev* 1992; 13: 443-452.
5. Bigourdon P. Viol à domicile, la loi du silence. Lachaux et Niestlé édit. 1989.
6. Collectif féministe contre le viol. Les femmes victimes de viol. Parimage Automedon édit.
7. Dellestable M. Les enfants victimes de sévices sexuels, l'expérience du CHU de Reims, à propos de 122 cas. Thèse Méd Reims 1996.
8. Edgardh K, Ormstad K. The adolescent hymen. *J Reprod Med* 2002; 47: 710-714.
9. Fohet C. Les abus sexuels, comment les entendre chez le gynécologue. *Genesis*, 13 septembre 2002.
10. Freeman RC, Parillo KM, Collier K, Rusek RW. Child and adolescent sexual abuse history in a sample of 1490 women sexual partners of injection drug-using men. *Women health* 2001; 34: 31-49.
11. Fremy D. Improving the medical treatment of minors who are victims of sexual assault or physical abuse: a receiving center and partnership between a psychiatric hospital and university hospital. *Santé Publique* 2003; 15: 179-184.
12. Gabel M. Les abus sexuels sur enfants : un essai d'approche épidémiologique. *Rev Pediatr* 1987; 7: 277-280.
13. Golding JM, Taylor DL, Menard L, King MJ. Prevalence of sexual abuse history in a sample of women seeking treatment for premenstrual syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000; 21: 69-80.
14. Heger A, Tison L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl* 2002; 26: 645-659.
15. Hibbard RA, Ingersoll GM., Orr DP. Behavioral risk, emotional risk, and child abuse among adolescents in a nonclinical setting. *Pediatrics* 1990; 86: 896-901.
16. Krugman R.D. Recognition of sexual abuse in children. *Pediatr Rev*, 1986, 8, 25-30.
17. Langlois J. Sévices à enfants, parlons clair. *Bulletin de l'ordre des médecins* 16 juin 2003.
18. Merchant RC, Keshavarz R. Human immunodeficiency virus postexposure prophylaxis for adolescents and children. *Pediatrics* 2001; 108: E 38.
19. Messerschmitt P. Les sévices sexuels de l'enfant. *Réal Pediatr* 1996; 11: 4-10.
20. Miller A. L'enfant sous la terreur. Aubier édit. 1986.
21. Nathanson M. La suspicion de sévices sexuels chez l'enfant et l'adolescent. Mise au point FMC. *Le Quotidien du Médecin* 2000; 6689, pages spéciales.
22. Noll JG, Trickett PK, Putnam FW. A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 575-586.
23. Ouvrage collectif. Le praticien face aux violences sexuelles. Ministère de l'emploi et de la solidarité édit. 2000.
24. Peschers UM, Dumont J, Jundt K, Pfurtner M, Dugan E, Kindermann G. Prevalence of sexual abuse among women seeking gynecologic care in Germany. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 103-108.
25. Raj A, Silverman JG, Amaro H. The relationship between sexual abuse and sexual risk among high school students: findings from the 1997 Massachusetts Youth Risk Behavior Survey. *Matern Child Health J* 2000; 4: 125-134.
26. Riggs S, Alario AJ, Mchorney C. Health risk behaviors and attempted suicide in adolescents who report prior maltreatment. *J Pediatr* 1990; 116: 815-821.
27. Salmon P, Skaife K, Rhodes J. Abuse,

GRAESSLIN & COLL.

dissociation, and somatization in irritable bowel syndrome: towards an explanatory model. *J Behav Med* 2003; 26: 1-18.

28. Venier P, Negrier-Dormont L. Rôle du médecin face à une victime d'agression.

Wyeth France édit. 1995, 1-21.

29. Vajda J, Steibeck K. Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents. *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34: 437-445.