

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Epidémiologie et prise en charge des patients présumés victimes de
violence sexuelle aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier
Universitaire de Lille**

Présentée et soutenue publiquement le 27 novembre 2020 à 18 heures
au Pôle Formation
par **Marianne COINTE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Alain MARTINOT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur François DUBOS

Monsieur le Professeur François MEDJKANE

Madame le Docteur Anne MATTHEWS

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Diariatou DIALLO

ABRÉVIATIONS

AAP : American Academy of Pediatrics

AEMO : Aide Éducative en Milieu Ouvert

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CDC : Center for Disease Control

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM-10 : 10^e Classification Internationale des Maladies

CMF : Chirurgie Maxillo-Faciale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

CSF : Contexte de la Sexualité en France

HAS : Haute Autorité de la Santé

HCG : Hormone Chorionique Gonadotrope humaine

Ig : Immunoglobulines

INED : Institut National d'Études Démographiques

INSERM : Institut National et de la Santé et de la Recherche Médicale

IP : Information Préoccupante

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MDS : Maison de la Solidarité

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

PCR : Polymerase Chain Reaction (Réaction de Polymérisation en Chaîne)

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SANE : Sexual Assault Nurse Examiner

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

UPEA : Urgences Psychiatriques de l'Enfant et de l'Adolescent

UTPAS : Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	1
INTRODUCTION	3
1. Données démographiques	3
2. Conséquences des violences sexuelles sur la santé	6
3. Problématique aux urgences pédiatriques	7
MATÉRIEL ET MÉTHODES	11
1. Caractéristiques générales de l'étude	11
2. Population étudiée	11
3. Critères d'évaluation	13
4. Définitions	14
5. Protocole d'étude	17
5.1. Méthode de recueil des données	17
5.2. Évaluation du nombre de mineurs consultants pour allégation de violence sexuelle au CHU de Lille	19
5.3. Données recueillies (patients consultant aux urgences pédiatriques)	19
5.4. Évaluation du respect du protocole viol	23
6. Analyses statistiques	24
7. Aspects réglementaires	25
RÉSULTATS	27
I. Analyse descriptive de la population étudiée	27
1. Effectifs de l'étude	27
2. Consultations au Centre Hospitalier Universitaire de Lille pour violences sexuelles	29
3. Caractéristiques générales des patients de l'étude	30
3.1. Données épidémiologiques	30
3.2. Motif de consultation initial	36
3.3. Données médico-psycho-sociales	37

3.4.	Données anamnestiques	40
3.4.1.	Données anamnestiques concernant les enfants de moins de 7 ans	44
3.4.2.	Données anamnestiques concernant les enfants de plus de 7 ans	46
II.	Prise en charge aux urgences pédiatriques des patients présumés victimes de violence sexuelle	48
1.	Données générales	48
2.	Prise en charge somatique	50
2.1.	Examen clinique des patients suspects de viol	50
2.2.	Examen clinique des patients suspects d'une autre agression sexuelle	50
2.3.	Réalisation d'examens complémentaires	51
2.4.	Prise en charge infectieuse des patients présumés victimes de viol	53
2.5.	Prise en charge infectieuse des patients présumés victimes d'une autre agression sexuelle	53
2.6.	Prévention du risque de grossesse chez les patientes victimes présumées de viol	54
2.7.	Prévention du risque de grossesse chez les patientes victimes présumées d'une autre agression sexuelle	54
3.	Evaluation psychiatrique	55
3.1.	Prise en charge psychiatrique des patients consultant pour allégation de viol	55
3.2.	Prise en charge psychiatrique des patients consultant pour une allégation d'autre agression sexuelle	56
4.	Prise en charge sociale	57
4.1.	Prise en charge sociale des victimes présumées de viol	57
4.2.	Prise en charge sociale des victimes présumées d'une autre agression sexuelle	57
III.	Devenir et suivi des enfants présumés victimes de violence sexuelle à l'issue du passage aux urgences pédiatriques	58
1.	Devenir des patients au décours de la prise en charge aux urgences pédiatriques	58
1.1.	Devenir des patients présumés victimes de viol	58

1.2.	Devenir des patients victimes présumées d'une autre agression sexuelle	60
2.	Suivi au décours du passage aux urgences pédiatriques	61
2.1.	Suivi des enfants victimes présumées de viol	62
2.2.	Suivi des enfants victimes présumées d'une autre agression sexuelle	62
IV.	Respect du protocole existant pour la prise en charge des enfants présumés victimes de viol	63
1.	Respect de chaque axe du protocole	63
2.	Facteurs favorisant le respect des axes du protocole	65
	DISCUSSION	69
1.	Résultats principaux, confrontation à la littérature et forces de l'étude	69
2.	Limites de l'étude	73
3.	Perspectives	75
3.1.	Mise à jour du protocole et promotion	75
3.2.	Création de scores d'identification	75
3.3.	Formation des soignants	77
	CONCLUSION	81
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	83
	ANNEXE	89

RÉSUMÉ

Introduction : Les violences sexuelles contre les enfants sont une violation grave et insupportable de leurs droits. En France, on estime que 130 000 filles et 35 000 garçons sont victimes de viols et de tentatives de viol chaque année. L'objectif était de décrire l'épidémiologie et la prise en charge des enfants suspects de violence sexuelle consultant aux urgences pédiatriques.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude descriptive, rétrospective, monocentrique portant sur les mineurs de moins de 15 ans et 3 mois, présumés victimes de violence sexuelle, ayant consulté aux urgences pédiatriques du CHU de Lille entre le 01/01/2018 et le 31/12/2019.

Résultats : Au total, 92 passages aux urgences pédiatriques sur une période de 24 mois, concernaient des violences sexuelles, soit 0,16% des consultations. On dénombrait 44 enfants présumés victimes de viol, 48 d'une agression sexuelle autre. Les enfants concernés étaient majoritairement de sexe féminin (79%). L'agresseur présumé était connu de l'enfant dans 70% des cas. Un tiers environ des enfants (36%) était évalué par l'équipe de psychiatrie, un état de stress aigu était diagnostiqué chez 20% des enfants consultant pour une allégation de viol. Tous les enfants présumés victimes de viol ne recevaient pas les soins et examens complémentaires recommandés par le protocole existant. Les points les mieux suivis du protocole étaient : la réalisation du dosage des HCG chez la jeune fille en âge de procréer (100%) et l'introduction d'une contraception d'urgence dans les 72 heures suivant l'agression présumée (96%). Les points les moins bien suivis étaient la réalisation d'une vaccination VHB en cas de vaccination douteuse ou incomplète (48%) et la réalisation d'un bilan complet d'IST (79%). Le fait d'être une fille (OR : 15,5, IC95% [2,13-100] ;

p : 0,0019) et l'âge supérieur à 11 ans (OR : 10,11, IC95% [1,45-89,09] ; p : 0,007) étaient significativement liés à la réalisation d'un bilan d'IST complet. Les suivis proposés en pédiatrie sociale ou infectiologie pédiatrique au décours de l'évaluation initiale aux urgences étaient insuffisamment réalisés pour les enfants suspects de viol.

Conclusion : Tous les huit jours environ, un enfant consultant aux urgences pédiatriques est présumé victime d'une violence sexuelle. Notre étude plaide pour une meilleure formation des équipes médicales et paramédicales à la prise en charge de ces patients et pour l'accès à la formation initiale et continue en protection de l'enfance.

INTRODUCTION

Les violences sexuelles contre les enfants sont une violation grave et insupportable des droits de l'enfant. La Convention Internationale des Droits de l'enfant, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1989, stipule ainsi dans son article 34 que « chaque enfant a le droit d'être protégé contre toute forme d'exploitation et de violences sexuelles » (1).

La violence sexuelle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme suit : « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail ». Par coercition, il faut entendre le recours à la force physique, l'intimidation psychologique, le chantage et les menaces. Tout acte lié à la sexualité et réalisé sans le consentement de la personne est considéré comme une violence sexuelle (2).

1. Données démographiques

Plusieurs points méthodologiques rendent difficile l'estimation de la prévalence mondiale de la violence sexuelle chez l'enfant : selon les pays, l'âge de consentement mais aussi les actes considérés comme violence sexuelle peuvent varier.

L'OMS estime qu'une fille sur cinq et un garçon sur 13 ont subi des agressions sexuelles

et des viols dans le Monde (3).

En 2011, une revue systématique de la littérature avec méta-analyse, portant sur 217 études publiées entre 1980 et 2008 et 9 911 748 participants, montrait que 18% des filles et 7,6% des garçons avaient été victimes de violence sexuelle avant l'âge de 18 ans (4).

Aux États-Unis, une étude menée en 2014 basée sur trois enquêtes téléphoniques auprès d'adolescents âgés de 15 à 17 ans a montré que 26,6% des filles et 5,1% des garçons avaient été victimes de violence sexuelle avant l'âge de 17 ans (5).

En France, selon le 14^{ème} rapport de l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) au Gouvernement et au Parlement, les forces de sécurité avaient enregistré en 2018, sur la base de dépôt de plaintes, près de 23 600 mineurs victimes de violences sexuelles (dont 80% de sexe féminin), un chiffre en hausse de 7% par rapport à l'année 2017. Cette augmentation faisait déjà suite à celle constatée entre 2016 et 2017, de l'ordre de 10%. La figure 1, issue du 14^e rapport de l'ONPE illustre la part des mineurs enregistrés comme victimes de violences sexuelles en 2018 (6).

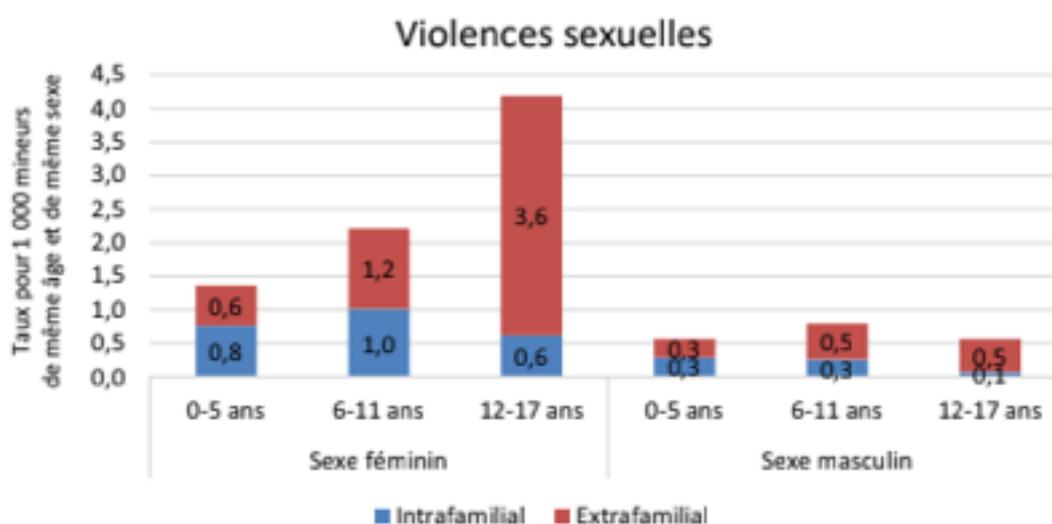


Figure 1 : Part des individus enregistrés comme victimes de violences sexuelles pour 1000 personnes de même âge et de même sexe en 2018. Extrait du 14^e rapport de l'ONPE.

Ces chiffres sous-estiment l'ampleur réelle des violences sexuelles chez les mineurs dans notre pays car il ne s'agit que des chiffres concernant les dépôts de plainte. Les enfants ne révèlent pas toujours avoir été victimes de violence sexuelle et lorsqu'ils le font, il peut parfois s'être écoulé plusieurs années depuis les faits. Certains craignent les répercussions qui pourraient faire suite à cette révélation, d'autres ne réalisent pas avoir été victimes de violences, l'agresseur étant connu et n'ayant pas forcément eu recours à la force (7).

Une enquête Ipsos pour l'association Mémoire Traumatique et Victimologie, réalisée en 2019, interrogeant des victimes de violences sexuelles dans l'enfance montrait ainsi que les faits étaient révélés en moyenne 12 ans après leur survenue. Par ailleurs, à peine plus du quart des victimes déposaient plainte (8).

En France, des enquêtes de victimisation peuvent également aider à estimer l'ampleur réelle des violences sexuelles sur mineurs.

La première grande enquête à avoir interrogé des personnes sur la survenue de violences sexuelles est l'enquête Analyse des Comportements Sexuels en France, menée en 1992 (9).

Depuis, d'autres enquêtes ont pu être conduites sur ce sujet. Elles révèlent que les enfants sont aujourd'hui les principales victimes des violences sexuelles.

Ainsi en 2008, l'enquête Contexte de la Sexualité en France (CSF), réalisée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et l'Institut National d'Études Démographiques (INED), révélait que 59% des femmes et 67% des hommes victimes de violences sexuelles avaient subi des premiers rapports forcés ou tentatives de rapports forcés avant l'âge de 18 ans (10).

En 2015, l'enquête « Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte » menée

par l'association Mémoire Traumatique et Victimologie révélait que 81% des personnes interrogées déclaraient avoir subi les premières violences sexuelles avant l'âge de 18 ans, 51% avant 11 ans et 21% avant 6 ans. Ces violences sexuelles étaient commises dans 94% des cas par des proches (11).

Plus récemment, en 2017, dans l'enquête VIRAGE (Violences et rapports de genre), menée par l'INED, plus d'un quart des femmes et un tiers des hommes déclaraient que les viols et tentatives de viol avaient débuté avant l'âge de 11 ans. Ces violences sexuelles étaient commises par des membres de la famille dans plus de 80% des cas pour les filles et 86% pour les garçons (12).

Il est ainsi estimé, à partir des données des enquêtes de victimisation CSF, VIRAGE 2017 et de l'enquête Cadre de vie et sécurité de l'Observatoire National de la délinquance et des réponses pénales, que près de 130 000 filles et 35 000 garçons sont victimes de viols et de tentatives de viol chaque année en France (13).

2. **Conséquences des violences sexuelles sur la santé**

Les répercussions sur la santé et la vie de l'enfant sont nombreuses et peuvent perdurer lors de sa vie d'adulte. Avoir été victime de violences sexuelles dans l'enfance est un des déterminants principaux de la santé, même cinquante ans après (14). Dans l'étude « Impact des Violences Sexuelles de l'Enfance à l'Age adulte » citée plus haut, 95% des 1 214 personnes interrogées déclaraient que les violences subies avaient un impact sur leur santé mentale et 69% des conséquences sur leur santé physique (11).

Les risques somatiques à court terme sont les infections sexuellement transmissibles (IST) et les grossesses non désirées chez les jeunes filles (15-17). Sur le plan psychologique, certains enfants souffrent d'état de stress aigu qui pourra évoluer vers un

état de stress post-traumatique (18).

A plus long terme, les victimes de violence sexuelle sont à risque de troubles digestifs, gynécologiques (douleurs pelviennes chroniques, dysménorrhée) (19) mais aussi psychologiques (troubles anxieux, troubles du comportement alimentaire, troubles du sommeil, troubles de l'humeur, idées suicidaires) qui peuvent perdurer pendant leur vie adulte (20).

Les personnes ayant subi des violences sexuelles dans l'enfance sont plus à risque de développer des comportements à risque tels que des conduites addictives ou des conduites sexuelles à risque (21-23).

3. Problématique aux urgences pédiatriques

Tout professionnel de santé travaillant dans le domaine de l'enfance doit donc être sensibilisé au dépistage et à la prise en charge de l'enfant victime de violence sexuelle. L'objectif étant dans un premier temps de protéger l'enfant, de prodiguer les soins d'urgence si nécessaire, de repérer la survenue à plus ou moins long terme de pathologies somatiques ou psychologiques et de les prendre en charge le plus rapidement possible.

Pourtant, plusieurs études ont montré que parmi les enfants consultant aux urgences pédiatriques dans les suites d'une agression sexuelle, tous ne bénéficiaient pas d'une prise en charge optimale (24,25).

Dans ce contexte, l'OMS a publié en 2017 des recommandations pour la prise en charge des enfants et adolescents victimes de violences sexuelles (26).

En France, un document regroupant des avis d'experts concernant la prise en charge des

victimes de violence sexuelle en structure d'urgences, sous l'égide de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) est en cours d'élaboration. Les recommandations existant actuellement sont celles publiées en 2012 par la Haute Autorité de la Santé (HAS) concernant le repérage et le signalement de l'inceste par les médecins (27).

Aux urgences du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille, les mineurs se présentant pour une allégation de violence sexuelle sont orientés dans les différents secteurs en fonction de leur âge et de leur sexe, selon des protocoles établis. Tous les mineurs de moins de 15 ans et 3 mois sont dirigés vers les urgences pédiatriques. Les jeunes filles mineures, âgées de 15 ans et 3 mois ou plus, sont orientées vers les urgences gynécologiques, les jeunes garçons mineurs, âgés de 15 ans et 3 mois ou plus, vers les urgences adultes.

Aux urgences pédiatriques du CHU de Lille, un protocole établi (Annexe) standardise la prise en charge des enfants ayant pu être victimes de viol. Il est le fruit d'une collaboration entre les urgences pédiatriques, la pédiatrie sociale, la médecine légale et les urgences pédopsychiatriques. Les recommandations pour la prise en charge infectieuse sont issues des recommandations du groupe d'experts sur la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH (appelé aussi « rapport Morlat »), actualisé en septembre 2017 et abordant la prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang chez l'adulte et l'enfant (28).

La prise en charge des enfants victimes d'autres agressions sexuelles n'est quant à elle pas standardisée.

Ainsi, alors que le secrétaire d'État en charge de la Protection de l'Enfance a annoncé, en

octobre 2019, un plan triennal de lutte contre les violences faites aux enfants et la création à l'automne 2020 d'une commission indépendante sur les violences sexuelles faites aux enfants, nous avons souhaité déterminer la prévalence des enfants consultant aux urgences pédiatriques du CHU de Lille pour violence sexuelle.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la prévalence d'enfants consultant aux urgences pédiatriques entre le 01/01/2018 et le 31/12/2019 pour violence sexuelle.

Les objectifs secondaires étaient de décrire les données épidémiologiques de ces patients, leur prise en charge médico-psycho-sociale ; d'évaluer le respect du protocole existant et les facteurs associés au respect de celui-ci lorsqu'il y avait une suspicion de viol.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Caractéristiques générales de l'étude

Type, lieu, période d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive, rétrospective, monocentrique, menée dans le service des urgences pédiatriques du CHU de Lille sur la période du 01/01/2018 au 31/12/2019.

2. Population étudiée

Critères d'inclusion et d'exclusion

Tous les enfants âgés de moins de 15 ans et 3 mois, ayant consulté aux urgences pédiatriques du CHU de Lille entre le 01/01/2018 et le 31/12/2019, en heures ouvrées ou en horaire de permanence de soins (garde), quel que soit le motif de consultation, pour lesquels l'interrogatoire et/ou l'examen clinique laissaient suspecter qu'ils avaient été victimes de violence sexuelle étaient inclus.

Les mineurs âgés de plus de 15 ans et 3 mois présumés victimes de violence sexuelle n'étaient pas inclus car orientés vers les urgences adultes pour les garçons ou vers les urgences gynécologiques pour les filles en fonction du motif initial de consultation.

Les patients pour lesquels les dossiers étaient incomplets étaient exclus.

Pour rappel, les différents modes d'admission des patients consultant aux urgences pédiatriques du CHU de Lille pour allégation de violence sexuelle (viol ou autre type

d'agression) étaient les suivants :

- consultation à l'initiative d'un ou des titulaires de l'autorité parentale, d'une éducatrice ou d'un éducateur d'un foyer pour allégation de violence sexuelle ou pour motif somatique ou psychologique avec révélation secondaire de l'agression alléguée,
- adressage par les services sociaux de type centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou par une collectivité d'enfants (crèches),
- adressage par les forces de l'ordre sans réquisition judiciaire, avant dépôt de plainte,
- adressage par les forces de l'ordre ou par l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ), avec réquisition judiciaire,
- adressage par l'équipe de l'Urgences Pédopsychiatriques de l'Enfant et de l'Adulte (UPEA) car nécessité d'évaluation et prise en charge somatique,
- adressage par un médecin libéral de ville, sans judiciarisation au préalable.

A noter, lorsqu'il y avait une judiciarisation, l'UMJ intervenait en urgence, en horaires ouverts comme en permanence de soins, uniquement lorsqu'il s'agissait de faits allégués de viol datant de moins de 48 heures (et non cinq jours comme le précisait le protocole, cf. Annexe). Dans les autres cas, la consultation de médecine légale était programmée à l'issue du passage aux urgences en fonction des faits allégués et de leur antériorité. Les équipes de l'UPEA et de psychiatrie de garde intervenaient en urgence, en horaires ouverts comme en permanence de soins.

3. Critères d'évaluation

L'objectif principal était de déterminer le nombre d'enfants vus aux urgences pédiatriques pour lesquels il existait une suspicion de violence sexuelle.

Les objectifs secondaires étaient :

- d'évaluer le nombre total de mineurs (âgés de moins de 18 ans) vus en consultation au CHU de Lille sur la période étudiée pour une problématique de violence sexuelle,
- de décrire les données démographiques des enfants (âgés de moins de 15 ans et 3 mois) ayant consulté aux urgences pédiatriques présumés victimes de violence sexuelle,
- de décrire la prise en charge clinique, sociale et psychologique de ces mêmes enfants présumés victimes de violence sexuelle ayant consulté aux urgences pédiatriques,
- d'évaluer le suivi du protocole existant aux urgences pédiatriques et les facteurs associés au respect de protocole concernant la prise en charge des mineurs de moins de 15 ans et 3 mois consultant pour une allégation de viol.

Le protocole de prise en charge des mineurs de moins de 15 et 3 mois présumés victime de viol avait été mis à jour en juin 2018, au cours de la période d'étude, suite à l'actualisation des recommandations du « rapport Morlat » en septembre 2017 concernant la prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang chez l'enfant et l'adulte (28).

Les principales modifications étaient les suivantes :

- la modification du traitement anti-rétroviral post exposition de la prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les moins de 12 ans et moins de 35 kilos : remplacement du Kaletra® par l'Isentress®
- la réduction des indications d'immunoglobulines (Ig) anti hépatite B en cas d'utilisation de Ténofovir,
- l'arrêt du traitement systématique des maladies sexuellement transmissibles bactériennes (infections à *Chlamydiae trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*), mais leur dépistage systématique dans les urines par réaction de polymérisation en chaîne (PCR).

4. Définitions

L'agression sexuelle d'un enfant, selon la définition de l'OMS, se définit par l'implication d'un enfant ou d'un adolescent dans des activités sexuelles inappropriées à son stade de développement et pour lesquelles l'enfant n'est pas prêt tant sur le plan émotionnel que physique et n'est pas en mesure de donner son consentement (26).

Sur le plan législatif, les infractions sexuelles sur mineur concernent une série d'acte à connotation sexuelle.

Le Code Pénal distingue :

- Les agressions sexuelles : l'article 222-22 du Code Pénal stipule que «constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise». Le viol est défini par l'article 222-23 du code pénal comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la per-

sonne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise ».

Les autres agressions sexuelles se distinguent du viol par l'absence d'acte de pénétration (29).

- Le délit d'atteinte sexuelle est défini par « le fait pour un majeur d'exercer sans violence, contrainte, menace ni surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de 15 ans ». (Article 227-25 du Code Pénal).

L'élément matériel du délit d'atteinte sexuelle est très large : il peut s'agir de tout acte impudique (attouchements, caresses ou baisers) exercé sur la personne de moins de quinze ans.

Il s'agit d'un délit car il est en effet considéré qu'en deçà de l'âge de quinze ans un mineur n'est pas apte à donner son consentement éclairé (30).

Le législateur fixe donc l'âge de la majorité sexuelle à 15 ans.

L'article 434-3 du code pénal stipule que « quiconque ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligées à un mineur [...] s'expose à des sanctions pénales s'il n'en informe pas les autorités judiciaires ou administratives » (31). Par ailleurs, les articles 43 et 44 du code de déontologie médicale prévoient que le médecin « doit être défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage » (article 43) et que lorsqu'il constate qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, « il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience » (article 44) (32-33).

Pour ce faire, le professionnel de santé peut s'adresser :

- soit à l'autorité administrative, c'est-à-dire au Conseil général via la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP). Le professionnel réalise alors une information préoccupante (IP) dont la finalité est définie par l'article R226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles : « évaluer la situation d'un mineur et déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier » (34).
- soit à l'autorité judiciaire, c'est-à-dire au Procureur de la République, il s'agit alors d'un signalement judiciaire. L'intervention de l'autorité judiciaire s'avère justifiée chaque fois qu'un enfant se trouve en danger ou en risque de danger selon les termes de l'article 375 du code civil ainsi rédigé : « Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public » (35) et que sa situation présente les critères définis à l'article L 226-4 du code de l'action sociale et des familles (36) :

« 1° Qu'il a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs actions mentionnées aux articles L.222-3 et L.222-4-2 et au 1° de l'article L.222-5, et que celles-ci n'ont pas permis de remédier à la situation.

2° Que, bien que n'ayant fait l'objet d'aucune des actions mentionnées au 1°, celles-ci ne peuvent être mises en place en raison du refus de la famille d'accepter l'intervention du service de l'aide sociale à l'enfance ou de l'impossibilité dans laquelle elle se trouve de collaborer avec ce service.

3° Que ce danger est grave et immédiat, notamment dans les situations de maltraitance ».

5. Protocole d'étude

5.1. Méthode de recueil des données

La base de données de notre étude était initialement constituée à partir de deux recueils tenus de manière rétrospective aux urgences pédiatriques du CHU de Lille.

Le premier recueil était tenu par les pédiatres référents pour la pédiatrie sociale aux urgences pédiatriques. Dans ce recueil, était consignée, à visée statistique, l'identité des enfants pour lesquels une problématique sociale (dont les violences sexuelles) était mise en évidence lors de la consultation aux urgences. Les autres données figurant dans cette liste étaient la date de naissance du patient, le jour du passage aux urgences, la problématique sociale principale, les examens complémentaires réalisés, la prise en charge sociale réalisée et le devenir du patient.

Le deuxième recueil était tenu par les pédiatres référents pour l'infectiologie pédiatrique. Ils colligeaient les identités des patients pour lesquels une trithérapie anti-rétrovirale VIH était débutée aux urgences pédiatriques. Ce recueil servait à comparer les informations reçues par la Pharmacie Centrale afin d'assurer un renouvellement précis des kits contenant les comprimés pour 72 heures de trithérapie anti-rétrovirale VIH délivrés par les urgences pédiatriques.

Dans un souci d'exhaustivité, les dossiers informatisés de tous les patients ayant consulté aux urgences pédiatriques entre le 01/01/2018 et le 31/12/2019, pour lesquels les codages CIM-10 de diagnostic principal pouvaient être en rapport avec une allégation de violence sexuelle étaient consultés. Les pédiatres des urgences pédiatriques effectuant le

codage de ces dossiers avaient été interrogés et les diagnostics retenus étaient les suivants :

- « difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne de son entourage immédiat» (Z61.4)
- « difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne étrangère à son entourage immédiat» (Z61.5)
- « sévices sexuels » (T74.2)
- « examen et mise en observation après allégation de viol et de séduction » (Z04.4)
- « autres difficultés précisées liées à certaines situations psychosociales» (Z65.8)
- « difficultés liées à des situations psychosociales sans précision » (Z65.9)
- « difficultés liées à l'environnement social sans précision» (Z60.9)
- « autres symptômes et signes relatifs à l'humeur » (R45.8)

Lorsqu'une suspicion de violence sexuelle apparaissait dans ces dossiers, le patient était inclus dans la base de données.

Les dossiers des mineurs de moins de 15 ans et 3 mois vus par les médecins de l'unité médico-judiciaire (UMJ) entre le 01/01/2018 et le 31/12/2019 étaient également étudiés.

Lorsque l'enfant avait consulté aux urgences pédiatriques pour violence sexuelle, avant ou après la consultation à l'UMJ, sur cette période, il était inclus dans la base de données.

Enfin, le laboratoire de bactériologie nous fournissait le nombre de PCR urinaires *Neisseria gonorrhoeae* et *Chlamydia trachomatis* reçues entre le 01/01/2018 et le 31/12/2019 depuis les unités fonctionnelles (UF) 3091 et 3092 des urgences pédiatriques, ces examens faisant partie du bilan d'IST réalisé chez un enfant suspect de viol.

La plupart des variables étudiées étaient récupérées dans les recueils mentionnés ci-dessus. Les données manquantes étaient obtenues dans le dossier informatisé du patient via les logiciels RESURGENCES et SILLAGE.

5.2. Évaluation du nombre de mineurs consultants pour allégation de violence sexuelle au CHU de Lille

Pour évaluer le nombre total de mineurs vus en consultation au CHU de Lille pour violence sexuelle sur la période étudiée, on recueillait le nombre de mineurs vus, après avoir obtenu l'accord des différents responsables des services :

- au sein de l'UMJ (par accès à une liste des consultations tenue par ce service),
- en consultation de pédiatrie sociale (par accès à une liste de consultations via SILLAGE),
- au sein des urgences gynécologiques (par accès à une liste de consultations tenue par le service),
- au sein des urgences adultes (par accès aux codages CIM-10 des diagnostics principaux évoqués plus haut).

5.3. Données recueillies (patients consultant aux urgences pédiatriques)

Étaient recueillies les variables suivantes :

Données démographiques et anamnestiques

- âge des patients,
- sexe,

- antécédents médico-psychologiques considérés comme notables au vu de la suspicion d'agression sexuelle,
- personne amenant ou adressant l'enfant aux urgences pédiatriques (titulaire de l'autorité parentale, éducatrice ou éducateur d'un foyer, collectivité d'enfants, adressage médical par un médecin de ville ou hospitalier, adressage par les services sociaux),
- temps passé au sein des urgences pédiatriques,
- consultation en heure ouvrée ou en horaire de permanence de soins,
- délai écoulé entre l'acte présumé de violence sexuelle et la consultation aux urgences,
- motif initial de consultation (allégation de violence sexuelle ou plainte somatique ou psychologique autre),
- type de violence sexuelle suspectée (viol, autre agression sexuelle),
- caractéristiques de l'auteur présumé (mineur ou majeur, connu ou non de l'enfant).

Données sociales

Il s'agissait des mesures sociales connues antérieures concernant le patient et sa famille parmi :

- placement à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE),
- notion d'IP antérieure ou en cours pour d'autres faits ou pour les faits d'allégation d'agression sexuelle,
- mesures éducatives en cours de type Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO),
- notion d'aides sociales (soutien à la parentalité en centre de PMI...).

Données cliniques

Les données somatiques recherchées étaient les lésions de la sphère génito-anale. Les

lésions de type « ecchymoses » considérées comme « banales » dans l'examen clinique n'étaient pas prises en compte. La réalisation d'un examen clinique par le médecin légiste et le lieu de réalisation de cet examen (urgences pédiatriques ou UMJ) étaient également relevés.

Examens complémentaires

- bilan sanguin pré thérapeutique avant instauration de la trithérapie anti-rétrovirale (numération formule sanguine, un dosage de la lipase, des transaminases hépatique, de la créatinine et de l'urée), bilan d'IST à savoir les sérologies sanguines du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), du virus de l'hépatite B (VHB), du virus de l'hépatite C (VHC), de la syphilis,
- dosage des HCG (Hormone Chorionique Gonadotrope humaine) sanguins,
- analyse d'urines pour recherche de toxiques et bilan d'IST (PCR urinaires *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*),
- résultats du dosage des HCG sanguins, de la recherche de toxiques urinaires et de la recherche d'IST,
- statut immunisé ou non pour le vaccin contre le virus de l'Hépatite B (VHB).

Concernant le dosage des HCG sanguins, le statut « réglée ou non » n'apparaissait pas dans les dossiers. On retenait donc comme âge limite pour déterminer le statut « en âge de procréer » ou non, l'âge de 10 ans qui est l'âge auquel l'apparition des premières règles est physiologique.

Avis spécialisés sollicités

Les demandes d'avis psychiatriques (intervention de l'UPEA ou du psychiatre de garde), d'avis spécialisés pédiatriques, d'avis de chirurgie pédiatrique étaient notées.

Prise en charge médicale

- introduction d'une trithérapie anti-rétrovirale VIH,
- instauration d'une antibiothérapie préventive contre *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*,
- délivrance d'une contraception d'urgence,
- vaccination ou d'une injection d'Ig anti VHB.

Prise en charge psychologique

- évaluation par l'équipe de l'UPEA ou par l'équipe de psychiatrie de garde,
- notion d'un diagnostic d'état de stress aigu,
- présence d'idées suicidaires,
- instauration d'un traitement anxiolytique,
- indication ou non à une hospitalisation,
- suivi proposé.

Prise en charge sociale

Les rédactions de signalement judiciaire ou d'IP ou de liens avec les Unités Territoriales de Prévention et d'Action Sociale (UTPAS) pour le département du Nord et les Maisons de la Solidarité (MDS) pour le département du Pas de Calais étaient relevées. Il était aussi noté si le service social du service des urgences pédiatriques avait été sollicité.

Devenir

Le devenir de l'enfant était classé en quatre possibilités à savoir :

- retour au domicile de l'enfant,

- hospitalisation en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ou dans un service hospitalier,
- placement ASE,
- transfert à l'UMJ.

Suivi proposé

On recherchait dans le dossier informatisé du patient si une consultation à distance avec un pédiatre référent en pédiatrie sociale avait été honorée ou non lorsqu'elle avait été prévue. La consultation en pédiatrie sociale était proposée lorsque les pédiatres des urgences repéraient des situations sociales complexes (exemple des viols intrafamiliaux).

On vérifiait également si la prise en charge à distance avec un pédiatre référent en infectiologie pour évaluation de la tolérance de la trithérapie anti-rétrovirale et suivi biologique avait pu être effective. Ce suivi infectieux comportait trois consultations : la première à 48-72 heures après l'instauration de la trithérapie pour juger ou non de la poursuite du traitement, expliquer précisément ses modalités et ses potentiels effets secondaires, évaluer sa tolérance ; la seconde à six semaines et la troisième à 12 semaines pour le suivi sérologique et par PCR des IST.

5.4. Évaluation du respect du protocole viol

Pour évaluer le suivi du protocole existant aux urgences pédiatriques concernant la prise en charge des victimes de viol, sept critères, considérés comme majeurs, étaient retenus :

- **bilan pré-thérapeutique** avant instauration de la trithérapie anti-rétrovirale VIH et **mise en route de cette trithérapie dans les 48 heures** suivant l'acte présumé de viol,

- introduction d'une **contraception d'urgence** dans les 72 heures suivant l'acte présumé de viol,
- **recherche biologique d'IST** :
 - o sérologie VIH
 - o sérologie VHB
 - o sérologie VHC
 - o sérologie de la bactérie de la syphilis
 - o PCR *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* dans les urines
- recherche d'une grossesse préexistante par **dosage des HCG sanguins**
- **injection de vaccin anti hépatite B** en cas de vaccination douteuse ou incomplète
- **injection d'Ig spécifiques VHB dans les 72 heures** suivant les faits si le patient était non immunisé contre le VHB et le statut de l'agresseur connu positif ou si inconnu et absence d'utilisation de Ténofovir en traitement anti-rétroviral VIH post-exposition
- **intervention du médecin légiste en urgence**, en dualité d'expert avec le pédiatre des urgences pédiatriques, si faits datant de moins de 5 jours

Le critère « prise en charge psychologique » n'avait pas été retenu car n'apparaissant pas de manière claire dans le protocole.

6. Analyses statistiques

Les données étaient saisies sur Excel (Microsoft). Les variables démographiques de la population et la prise en charge des patients étaient décrites. Les variables quantitatives étaient exprimées en moyennes et écarts-types, ou médianes et extrêmes. Les variables qualitatives étaient exprimées en effectifs avec leurs pourcentages.

Le respect des axes du protocole viol était exprimé en pourcentage. Une analyse des variables associées au respect du protocole était effectuée avec un test non paramétrique de Mann-Whitney pour les variables continues et un test du Chi-2 ou de Fisher (selon les effectifs) pour les variables qualitatives analysées. Le niveau de significativité était fixé à 5%. Les analyses statistiques étaient effectuées à l'aide des logiciels Excel et Epi Info.

7. Aspects réglementaires

Le recueil de ces données observationnelles avait fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Une dérogation de non-information des patients avait été sollicitée du fait du caractère extrêmement « délicat » du sujet.

RÉSULTATS

I. Analyse descriptive de la population étudiée

1. Effectifs de l'étude

Entre le 01/01/2018 et le 31/12/2019, on dénombrait 57 065 passages aux urgences pédiatriques. Parmi ces consultations, 95 relevaient d'une suspicion de violence sexuelle.

Étaient exclus de notre étude trois dossiers : un patient âgé de plus de quinze ans et trois mois, deux patients dont les dossiers contenaient un trop grand nombre de données manquantes.

Au total, 92 dossiers étaient inclus dans notre étude (soit 0,16% des consultations). Parmi eux, 44 concernaient des allégations de viol, 48 concernaient des allégations d'autre violence sexuelle.

Le diagramme de flux présente les effectifs de l'étude.

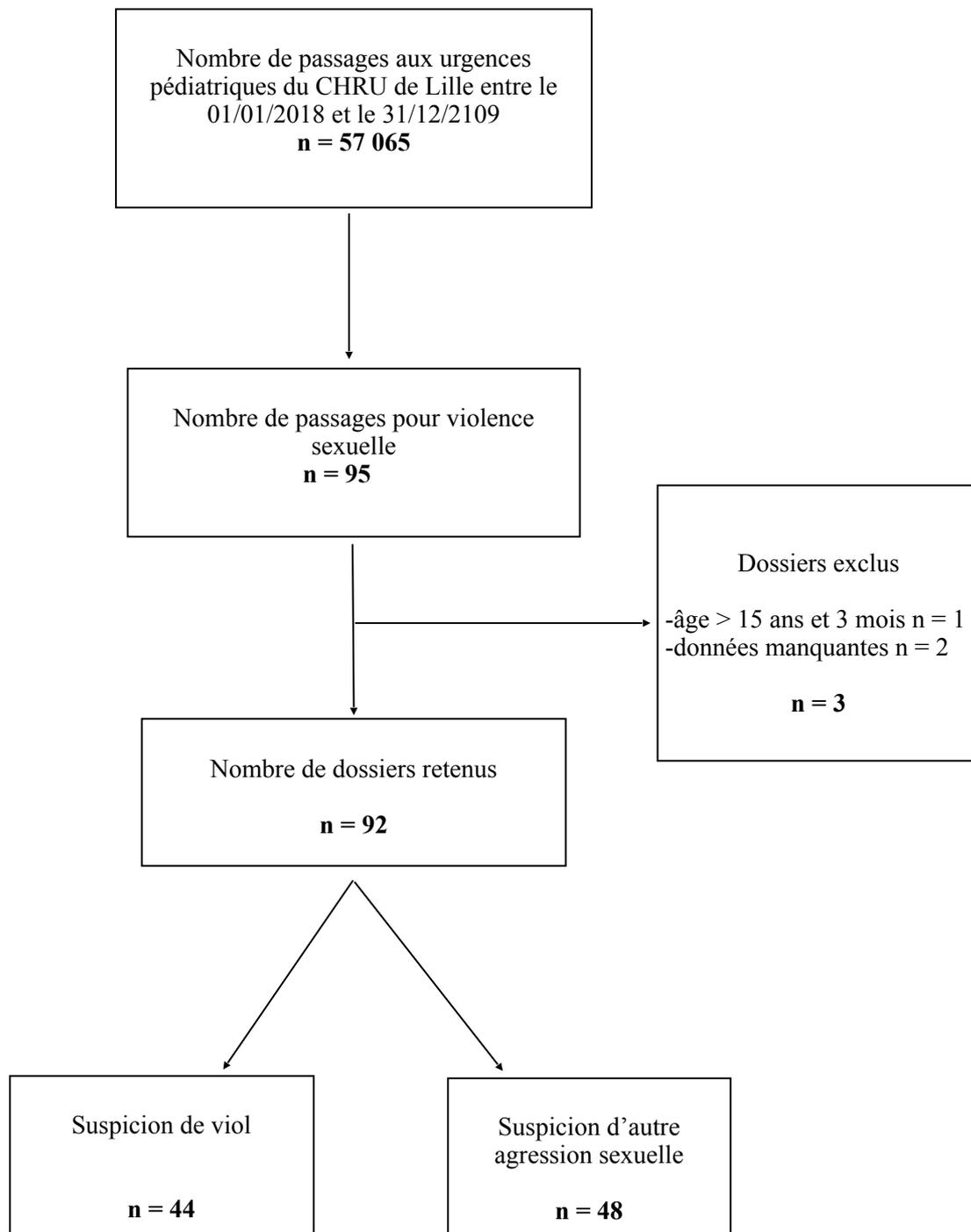


Figure 2 : Diagramme de flux de l'étude

2. Consultations au Centre Hospitalier Universitaire de Lille pour violences sexuelles

Les urgences pédiatriques recevaient une partie des mineurs présumés victimes de violence sexuelle. Certains étaient évalués en pédopsychiatrie, à l'UMJ ou encore en consultation de pédiatrie sociale. Il s'agissait le plus souvent d'enfants révélant des faits de viol ou d'attouchements plusieurs semaines voire plusieurs mois après les faits.

Les mineurs âgés de 15 ans et 3 mois et plus n'étaient pas vus aux urgences pédiatriques mais aux urgences adultes pour les garçons ou aux urgences gynécologiques pour les filles.

Le tableau I illustre le nombre de patients vus du 01/01/2018 au 31/12/2019 dans ces différentes structures.

Le nombre d'enfants évalués par l'UPEA n'avait pas pu être estimé.

Tableau I : Volume estimé des consultations au Centre Hospitalier Universitaire de Lille pour violence sexuelle entre le 01/01/2018 et le 31/12/2019

Structure	Année 2018, n	Année 2019, n
Pédopsychiatrie	NC*	NC
UMJ	255	224
Urgences adultes	1	2
Urgences gynécologiques	21	28
Consultation de pédiatrie sociale	23	22

n : nombre de consultations, NC : non connu

3. Caractéristiques générales des patients de l'étude

3.1. Données épidémiologiques

Notre étude portait donc sur 92 dossiers.

L'âge moyen des enfants était de 8,3 ans (écart type : 4,7). L'âge médian était de 6,6 ans.

Le plus jeune enfant avait 1,4 an. Le plus âgé avait 15 ans. Plus de trois quart des patients (79%) étaient de sexe féminin.

Trois garçons avaient consulté à plusieurs reprises sur la période étudiée :

- un enfant était amené deux fois à dix mois d'intervalle. Il consultait pour allégation de viol. Les deux épisodes étaient distincts.

- un enfant était amené deux fois à quinze jours d'intervalle pour allégation d'une agression sexuelle. Les deux épisodes étaient distincts.

- un enfant était amené trois fois, à deux mois d'intervalle. Il consultait à chaque fois pour allégation de viol. Les trois épisodes étaient distincts.

Le tableau II résume les données épidémiologiques des patients en fonction du type de violence sexuelle suspectée.

Tableau II : Données épidémiologiques des patients en fonction du type de violence sexuelle suspectée

Variables	Total, n = 92	Suspicion viol, n = 44	Suspicion autre agression sexuelle, n = 48
Sexe féminin, n (%)	73 (79%)	34 (77%)	39 (81%)
Sexe masculin, n (%)	19 (21%)	10 (23%)	9 (19%)
Age moyen, années (ET*)	8,3 (4,7)	10,8 (4,5)	5,9 (3,5)
Age médian, années	6,6	13,6	4,6
Age mini, années	1,4	2	1,4
Age maxi, années	15	15	14,7
Age moyen filles, années (ET)	8,7 (4,7)	11,7 (4)	6,1 (3,7)
Age moyen garçons, années (ET)	6,5 (4,1)	7,7 (5,1)	5,3 (2,5)

* ET : écart-type, n : nombre de dossiers

Pour les violences sexuelles tous types confondus, on constatait deux pics : un à l'âge préscolaire, entre 3 et 4 ans, et un à l'adolescence à 14 ans.

Les figures 3, 4 et 5 présentent la répartition des patients en fonction de l'âge et du sexe en fonction du type de violence sexuelle suspectée.

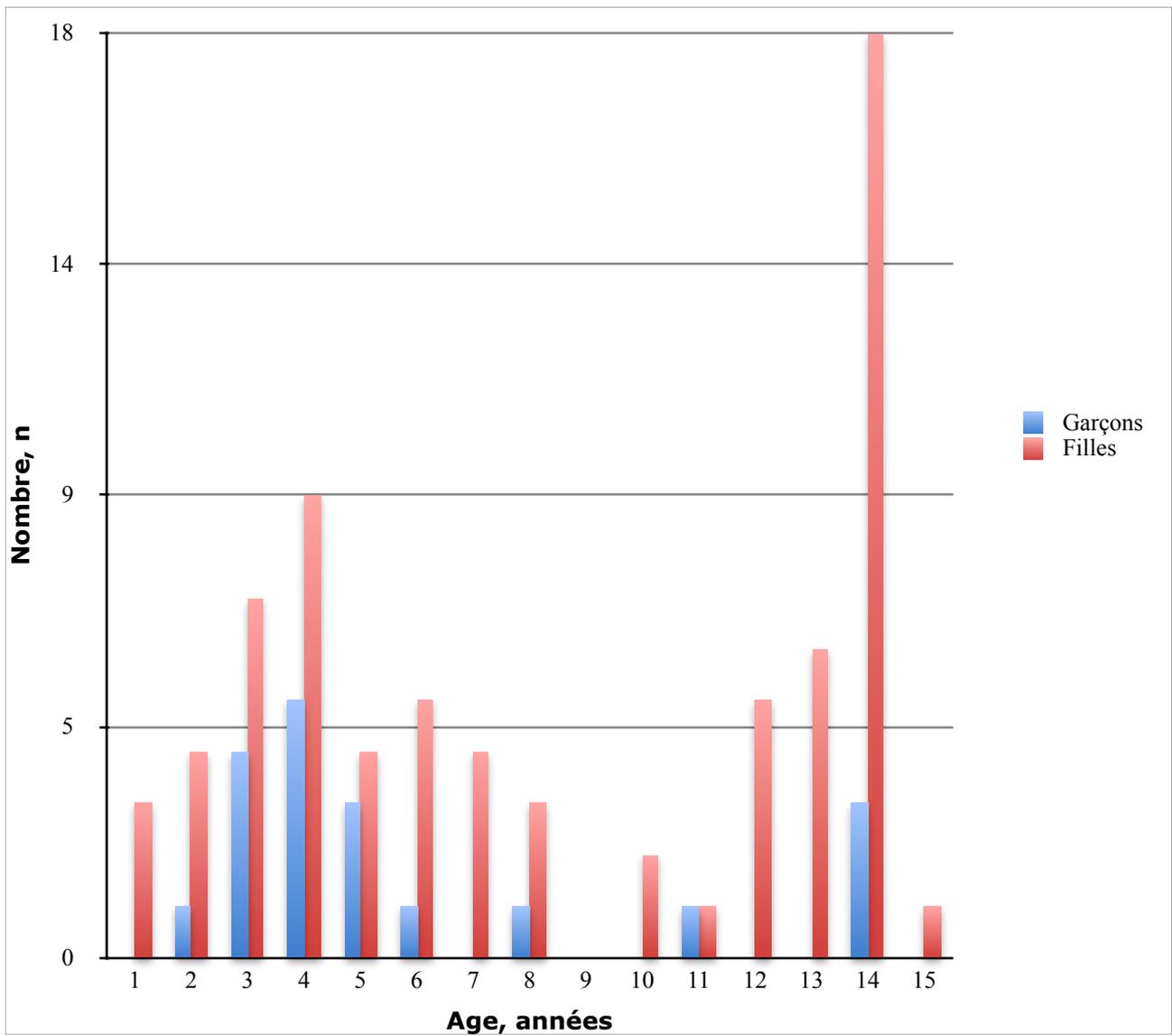


Figure 3 : Répartition des patients en fonction de l'âge et du sexe quel que soit le type de violence sexuelle suspectée

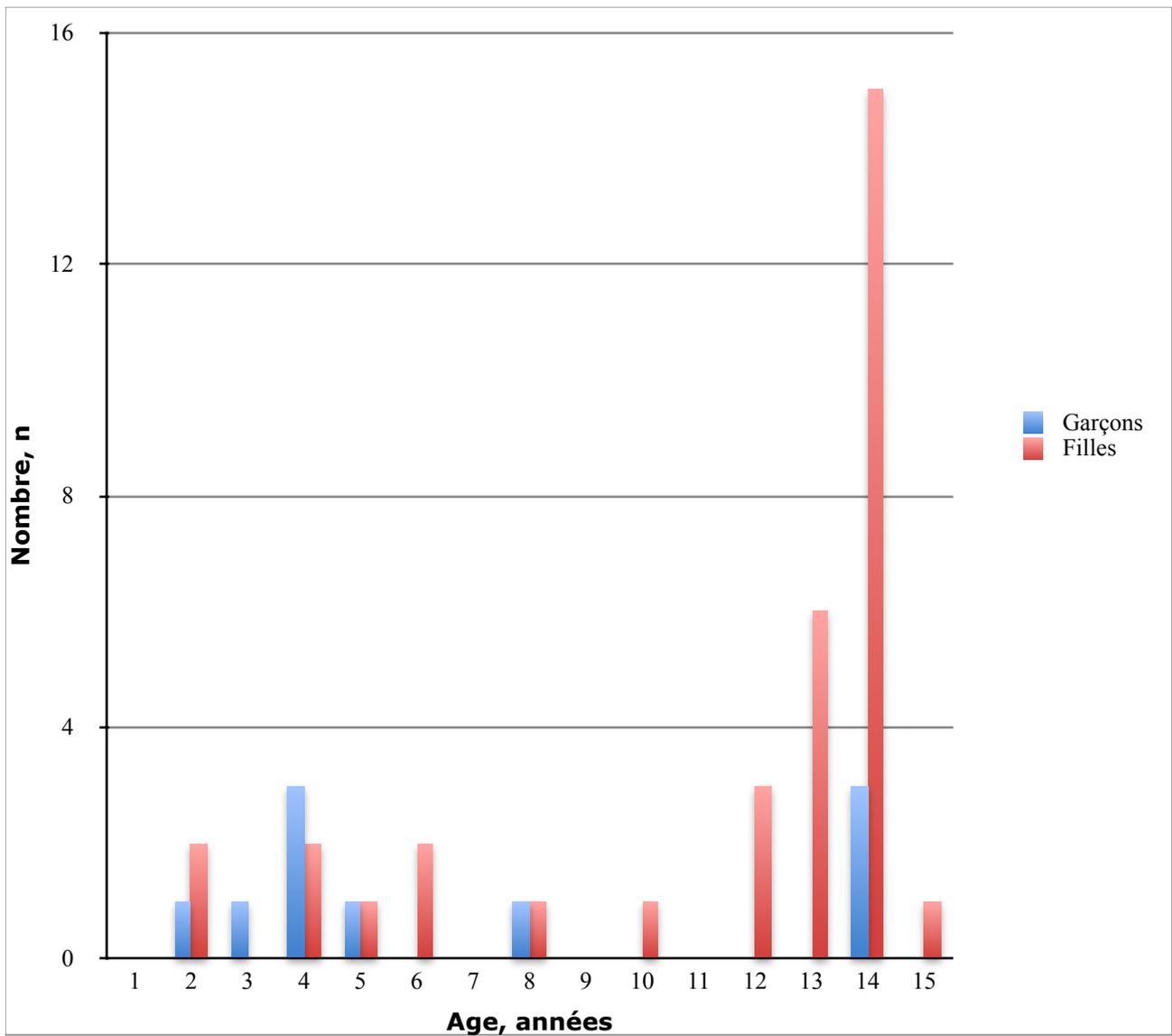


Figure 4 : Répartition des patients suspects d’avoir été victimes de viol en fonction de l’âge et du sexe

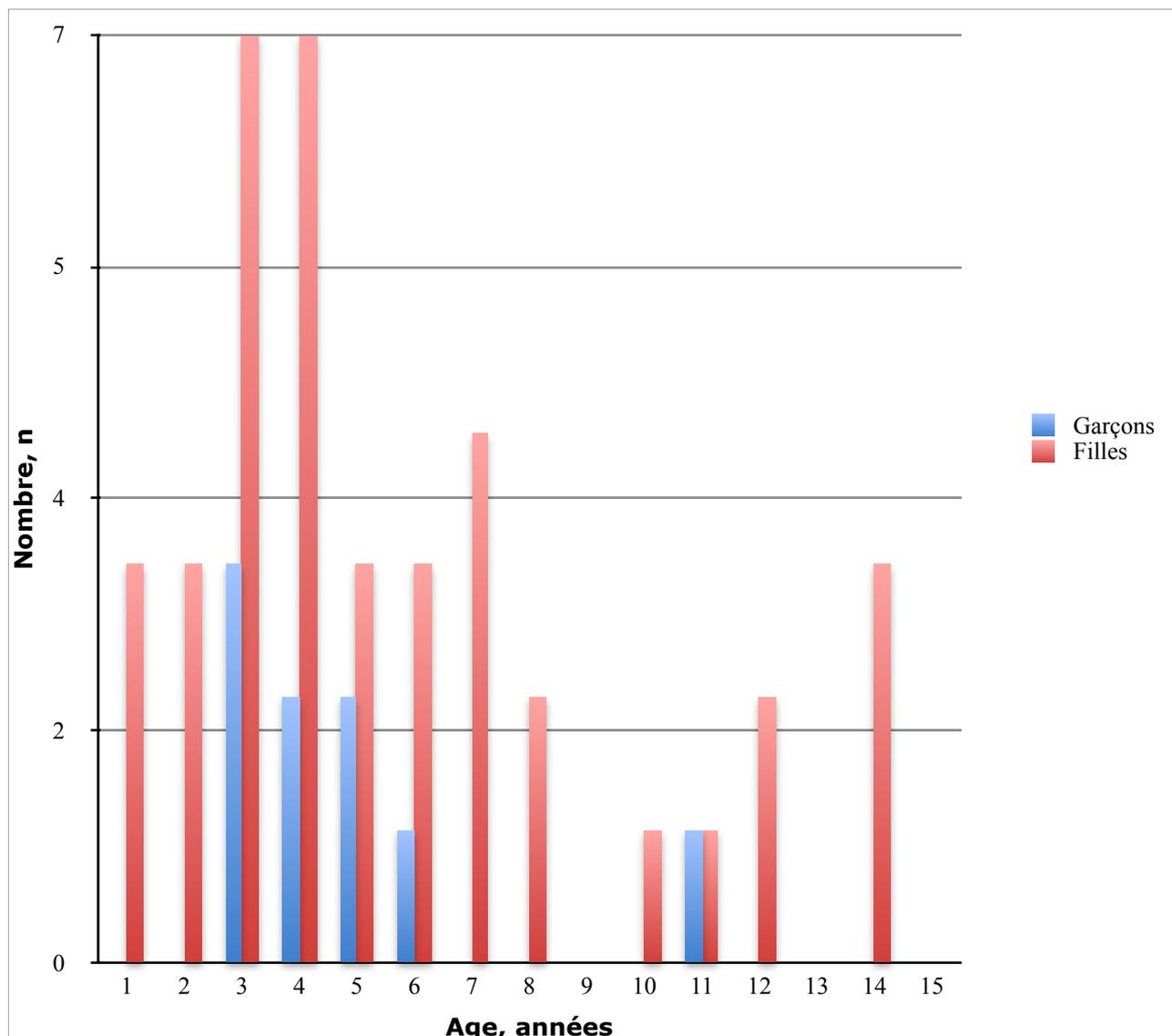


Figure 5 : Répartition des patients suspects d’avoir été victimes d’une autre agression sexuelle que le viol, en fonction de l’âge et du sexe

Les enfants de plus de sept ans étaient majoritairement présumés victimes de viol (69%).

Les enfants de moins de sept ans étaient majoritairement présumés victimes d'une autre agression sexuelle (72%).

Cette répartition est illustrée dans le tableau III.

Tableau III : Répartition des patients en fonction de l'âge et du type d'agression sexuelle

Variables	Total, n =92		Viol, n = 44		Autre agression sexuelle, n = 48	
	n	%	n	%	n	%
Age						
<2 ans	3	3	0	0	3	6
2-6 ans	44	48	13	29	31	65
7-10 ans	10	11	3	7	7	14,5
11-15 ans	35	38	28	64	7	14,5

n : nombre

3.2. Motif de consultation initial

Parmi les 44 enfants présumés victimes de viol, deux consultaient pour un autre motif que celui d'allégation de viol. Un patient était amené par les forces de l'ordre après une tentative de suicide, il révélait secondairement l'allégation de viol. Un autre patient était amené lui aussi par les forces de l'ordre pour des violences physiques de la part d'une tierce personne. L'acte de viol était secondairement révélé.

Parmi les enfants présumés victimes d'autres agressions sexuelles, un peu plus d'un quart d'entre eux (n=13) était amené initialement pour un autre motif. Ces motifs étaient divers :

- Hématurie pour un enfant
- Métrorragies pour deux enfants
- Prurit vulvaire pour un enfant
- Fièvre pour deux enfants
- Propos inhabituels et modification du comportement au retour de garde alternée chez quatre enfants
- Erythème vulvaire pour un enfant
- Rectorragies pour un enfant
- Plaie vulvaire pour un enfant

L'allégation d'une agression sexuelle (attouchements) apparaissait secondairement au cours de l'interrogatoire ou de l'examen clinique.

Les autres enfants (n=35) étaient adressés aux urgences pour suspicion d'attouchements. Dans 14 des 48 dossiers d'autre agression sexuelle (29% des dossiers), il était noté que les parents étaient séparés et que l'enfant pouvait faire l'objet d'un conflit de couple. Dans

ces dossiers, l'enfant était amené par un de ses parents et l'agresseur présumé était l'ex-conjoint ou un membre de sa famille.

3.3. Données médico-psycho-sociales

Un seul enfant avait un antécédent médical notable.

Sur le plan psychiatrique, 16% des enfants étaient déjà suivis (n=15), pour des motifs variables.

Un suivi social existait déjà pour 33% des enfants (n=30). Dix enfants dépendaient d'une AEMO, neuf vivaient en famille d'accueil après placement par l'ASE.

Les principales données médico-psycho-sociales des patients, en fonction de l'acte de violence sexuelle présumée, sont résumées dans le tableau IV.

Tableau IV : Données médico-psycho-sociales des patients en fonction du type de violence sexuelle présumée

Variables	Total, n =92		Viol, n = 44		Autre agression sexuelle, n = 48	
	n	%	n	%	n	%
Antécédents médicaux notables	1	1	0	0	1	2
Déficience intellectuelle	1	1	0	0	1	2
Antécédents psychiatriques	15	16	8	18	7	15
Tentative de suicide	2	2	1	2	1	2
Troubles de l'humeur	2	2	2	5	0	0
Idées suicidaires	2	2	1	2	1	2
Difficultés relationnelles	2	2	2	5	0	0
Troubles de déficit et de l'attention avec ou sans hyperactivité	1	1	1	2	0	0
Non précisés	6	7	1	2	5	10
Suivi social antérieur	30	33	18	41	12	25
Placement ASE	9	10	9	21	0	0
Mesure AEMO	10	11	4	9	6	13
IP antérieure	4	4	2	5	2	4
Aides sociales	7	8	3	7	4	8

n : nombre

Sur le plan infectieux, le statut vaccinal pour l'hépatite B était inconnu dans la majorité des cas (73% des enfants). Il s'agissait d'enfants qui consultaient sans carnet de santé.

Le tableau V représente le statut vaccinal pour l'hépatite B des patients en fonction de l'analyse du carnet de santé, en fonction du type de violence sexuelle suspectée.

Tableau V : Statut vaccinal pour l'hépatite B en fonction du type de violence sexuelle suspectée, en fonction de l'analyse du carnet de santé

Statut vaccinal pour l'hépatite B	Total, n = 92	Suspicion viol, n = 44	Suspicion autre agression sexuelle, n = 48
A jour, n (%)	17 (18%)	4 (9%)	13 (27%)
Non à jour, n (%)	8 (9%)	3 (7%)	5 (10%)
Inconnu, n (%)	67 (73%)	37 (84%)	30 (63%)

n : nombre

3.4. Données anamnestiques

L'agresseur présumé était connu de l'enfant dans 70% des cas. Il était présumé majeur dans 53% des cas, mineur dans 33% des cas. Il s'agissait d'un homme dans 99% des cas. Dans les suspicions de viol, il faisait partie du cercle amical dans 34% des cas. Lors des suspicions d'autres agressions sexuelles, il était majoritairement connu du cercle familial (56% des cas). Il pouvait alors s'agir d'un parent, grand-parent, oncle ou d'un autre membre de la fratrie.

Dans trois dossiers, il apparaissait que les sérologies virales de l'agresseur présumé avaient été prélevées.

Dans plus de la moitié des cas (52%), une plainte avait été déposée avant le passage aux urgences.

Le tableau VI résume les principales données anamnestiques en fonction du type de violence sexuelle suspectée.

Tableau VI : Données anamnestiques en fonction du type de violence sexuelle suspectée

Variables	Total, n = 92		Viol, n = 44		Autre agression sexuelle, n =48	
	n	%	n	%	n	%
Adressage						
Médical	31	34	15	34	16	33
Forces de l'ordre	20	22	17	39	3	6
Autorité parentale	37	40	12	27	25	52
Autres *	4	4	0	0	4	8
Agresseur présumé						
Inconnu	27	29	19	43	8	17
Connu du cercle amical	28	30	15	34	13	27
Connu du cercle familial	37	40	10	23	27	56
Majeur	49	53	26	59	23	48
Sérologies virales connues	3	3	3	7	0	0
Plainte déposée avant le passage aux urgences	48	52	34	77	14	29

*autres : crèche ou services sociaux, n : nombre

La prise en charge d'un enfant présumé victime de viol dépend en partie du délai s'étant écoulé entre l'acte présumé et la consultation. Plus de la moitié des patients (n=24) consultait dans les 24 heures suivant l'acte présumé.

Près d'un quart des enfants (n=10) consultait plus de sept jours après l'acte présumé.

Le délai entre la consultation et l'acte présumé de viol est reporté dans la figure 6.

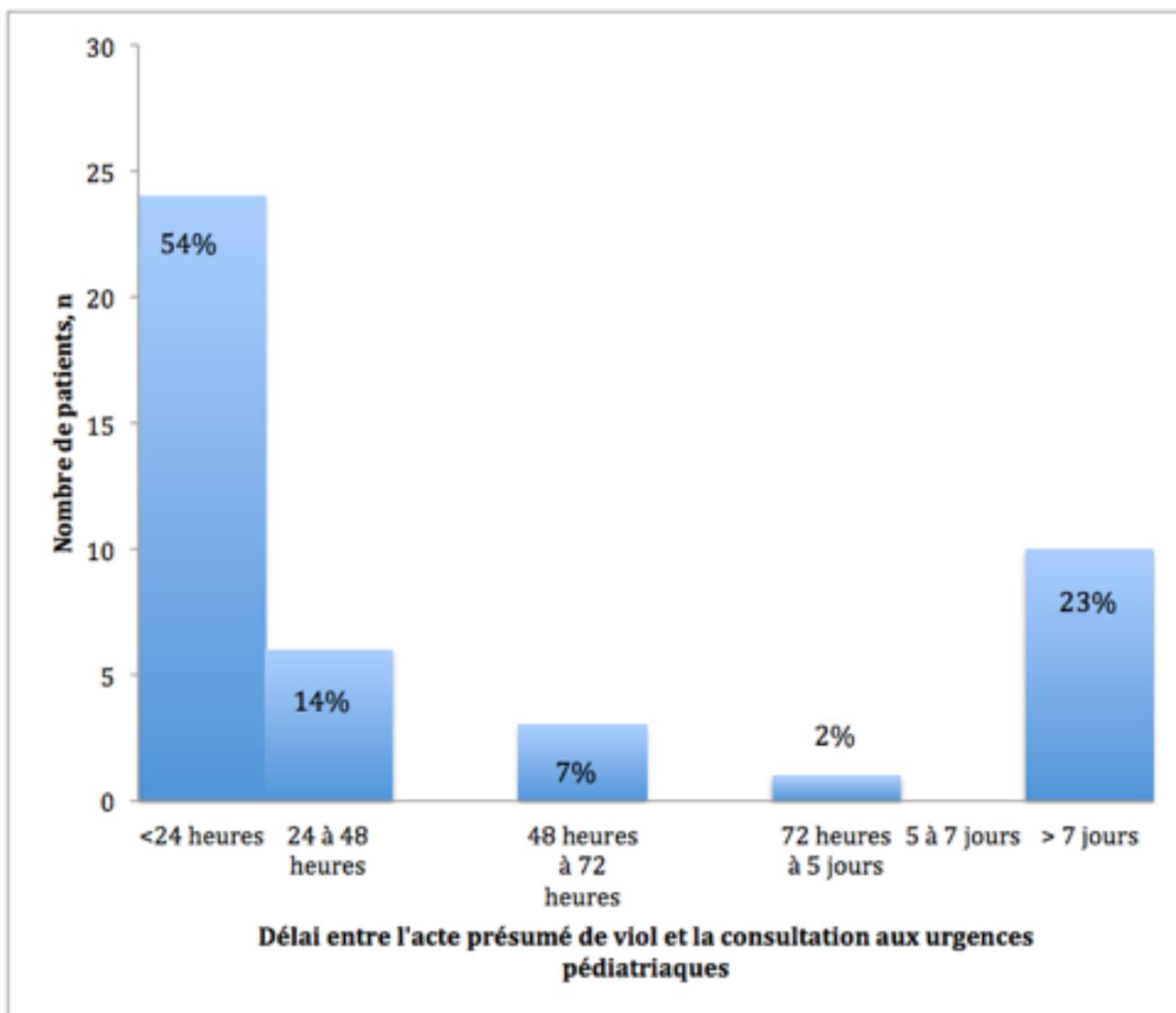


Figure 6 : Délai entre l'acte présumé de viol et la consultation aux urgences pédiatriques

Concernant les patients présumés victimes d'une autre agression sexuelle, près de la moitié d'entre eux (n=23) consultait plus de six mois après l'acte présumé, 31% des patients consultaient dans les cinq jours.

Le délai entre l'acte présumé et la consultation aux urgences est représenté dans la figure 7.

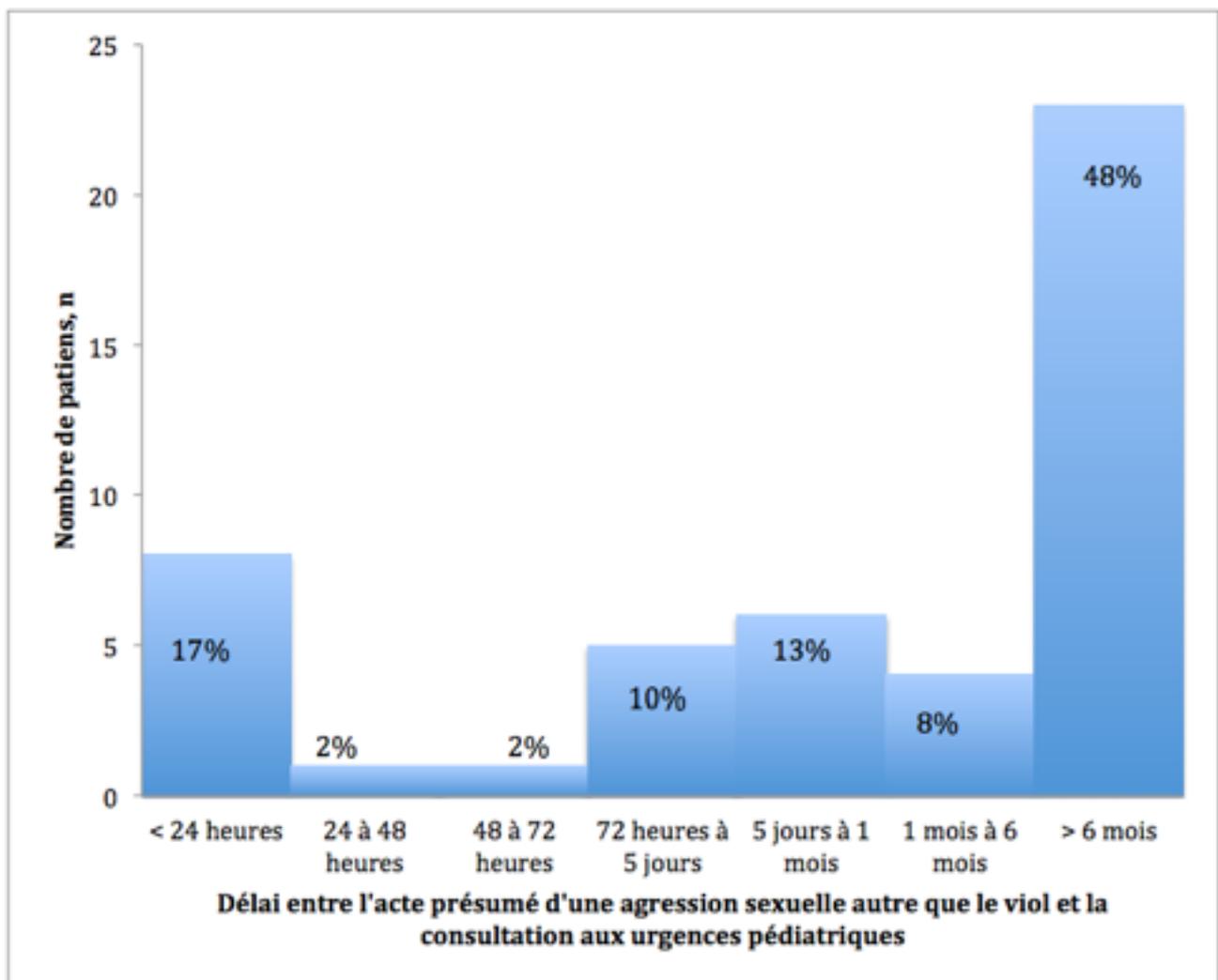


Figure 7 : Délai entre l'acte présumé d'une agression sexuelle autre que le viol et la consultation aux urgences pédiatriques

3.4.1. Données anamnestiques concernant les enfants de moins de 7 ans

Les enfants de moins de sept ans (n=47) étaient amenés par le détenteur de l'autorité parentale dans 49% des cas. Dans 36% des cas, ils étaient adressés par un médecin (médecin traitant, UPEA ou encore médecin d'un Centre Hospitalier périphérique). La figure 8 illustre le mode d'adressage des patients de moins de sept ans aux urgences pédiatriques.

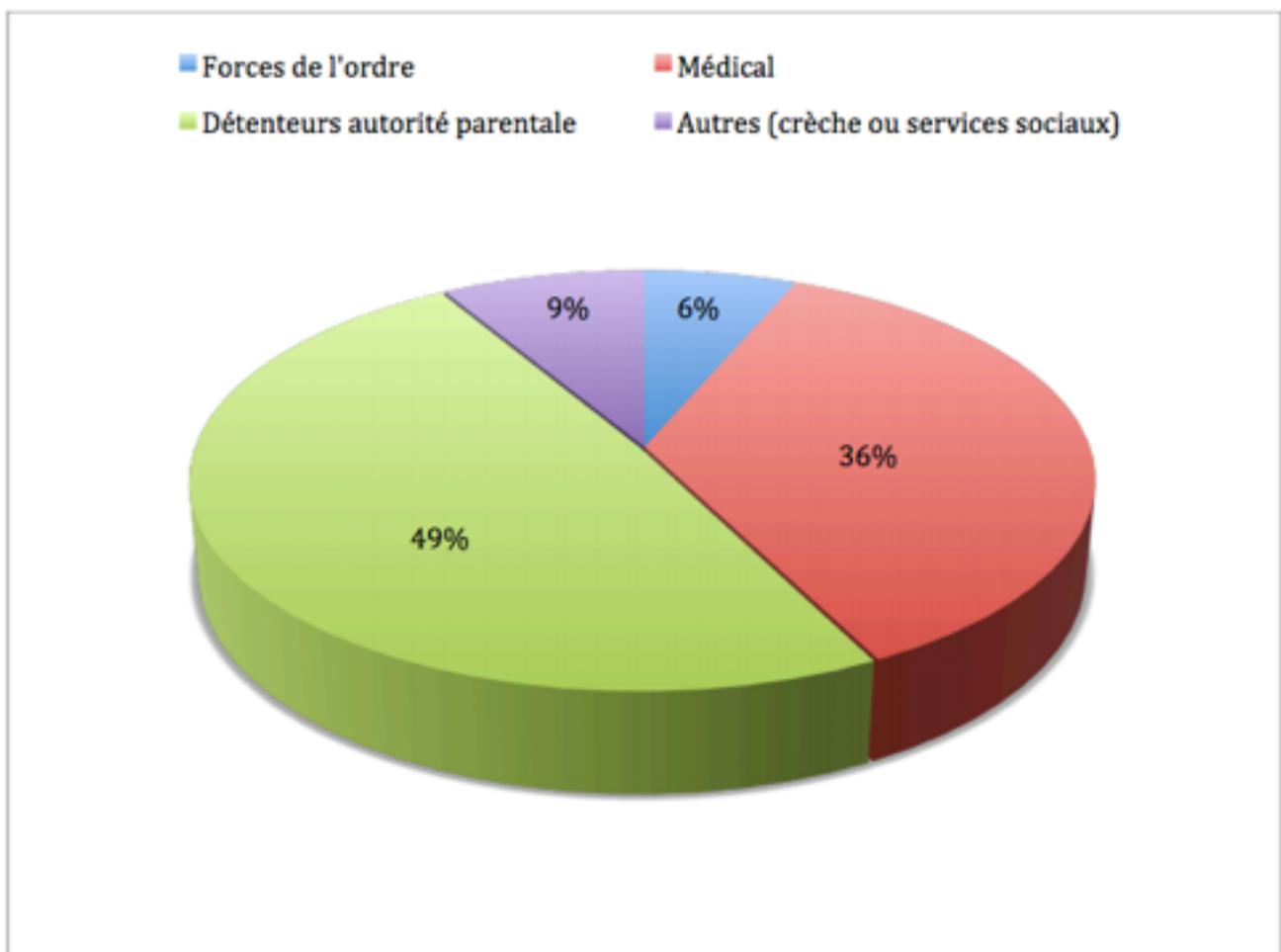


Figure 8 : Mode d'adressage aux urgences pédiatriques des enfants de moins de 7 ans

L'agresseur présumé des enfants de moins de sept ans était connu du cercle familial dans 58% des cas. Le lien entre l'agresseur présumé et l'enfant de moins de sept ans est représenté dans la figure 9.

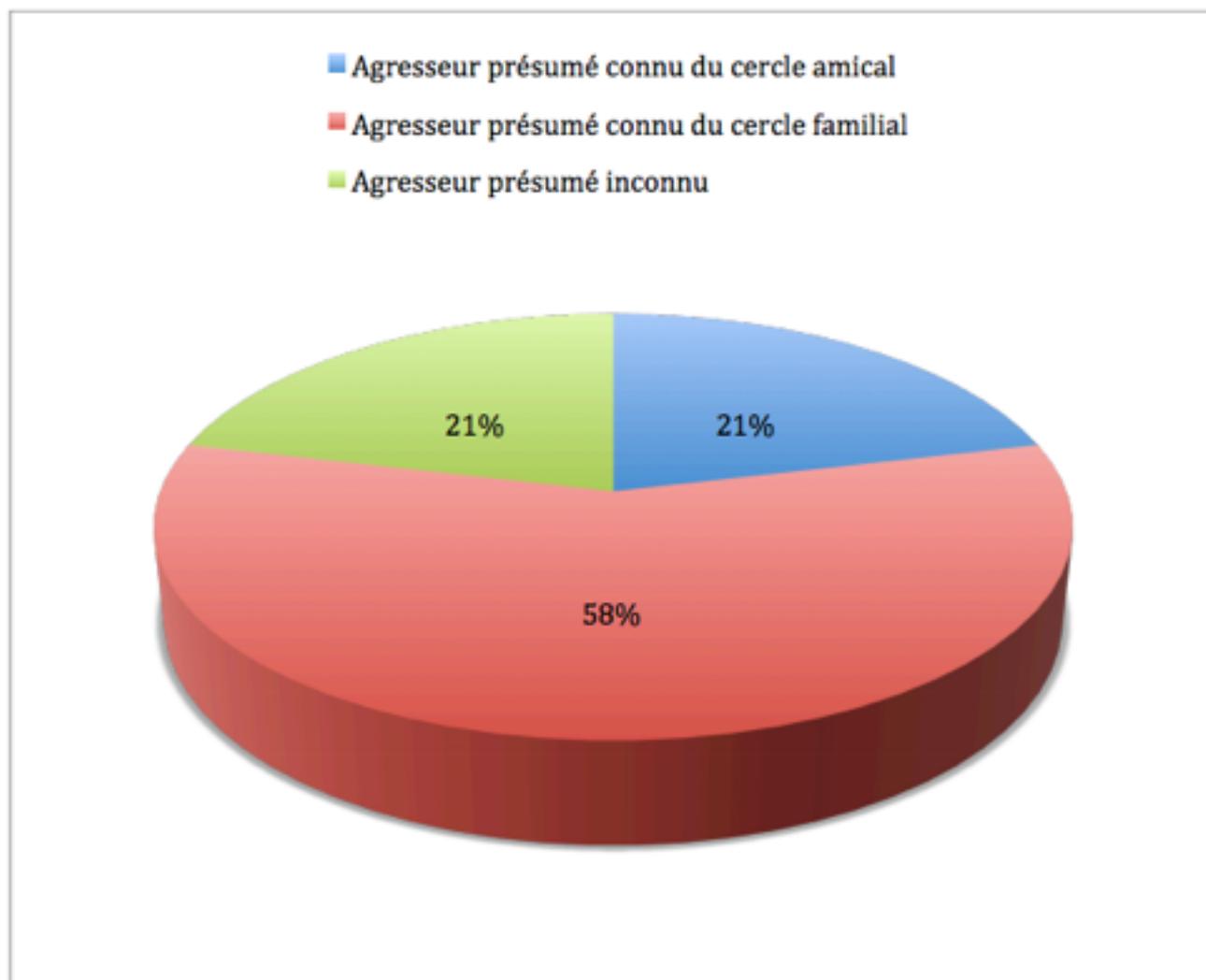


Figure 9 : Lien entre l'agresseur présumé et l'enfant de moins de 7 ans

3.4.2. Données anamnestiques concernant les enfants de plus de 7 ans

Les enfants de plus de sept ans étaient adressés principalement par les forces de l'ordre (38%), avec ou sans réquisition judiciaire. La figure 10 illustre le mode d'adressage des enfants de plus de sept ans aux urgences pédiatriques.

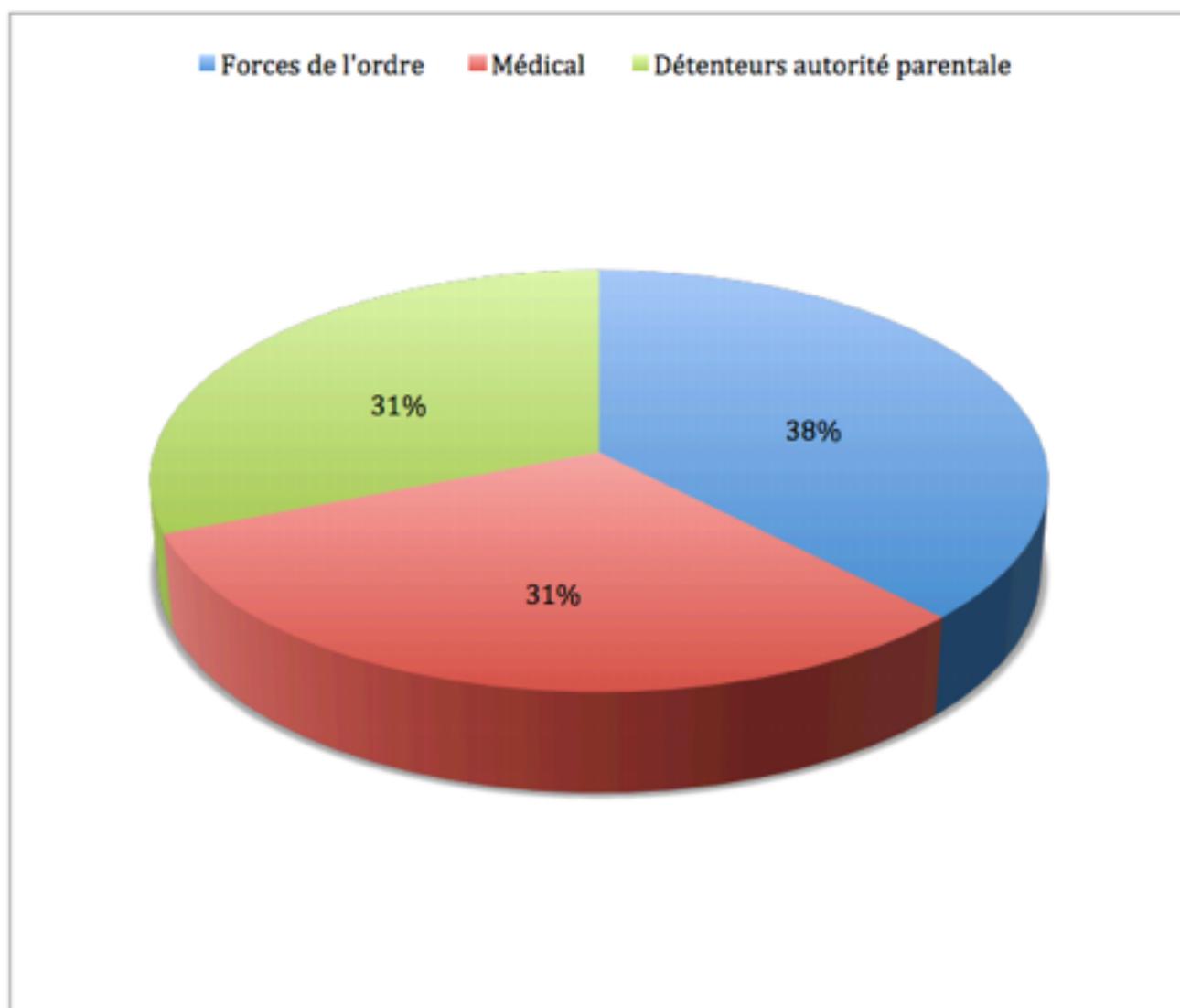


Figure 10 : Mode d'adressage des enfants de plus de 7 ans aux urgences pédiatriques

L'agresseur présumé des enfants de plus de sept ans était connu du cercle amical dans 40% des cas. Le lien entre l'agresseur présumé et l'enfant est représenté dans la figure 11.

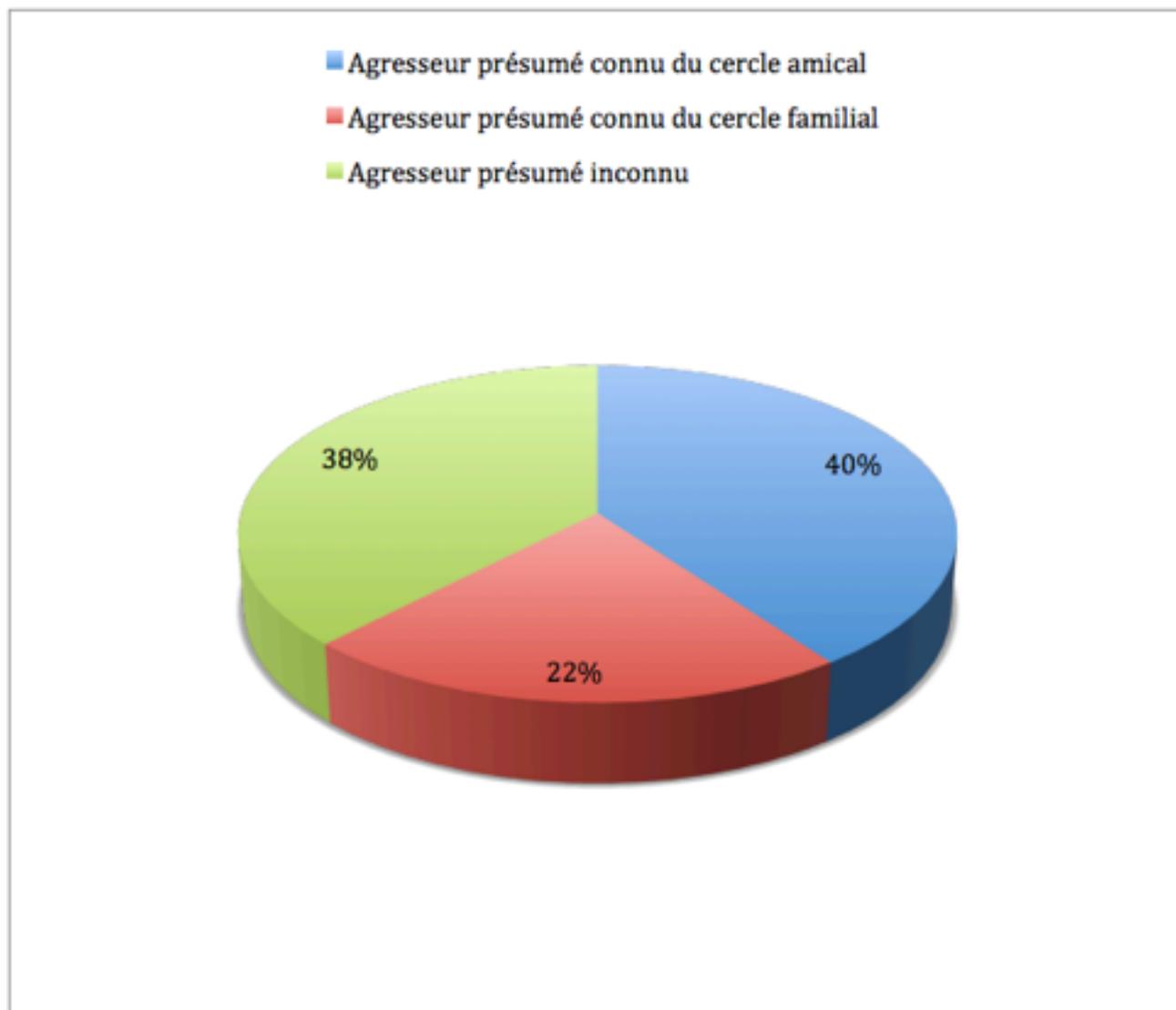


Figure 11.: Lien entre l'agresseur présumé et l'enfant de plus de 7 ans

II. Prise en charge aux urgences pédiatriques des patients présumés victimes de violence sexuelle

1. Données générales

Le temps moyen de prise en charge des patients était de 7,9 heures.

La durée de prise en charge la plus longue était de 51,2 heures.

La prise en charge des enfants consultant aux urgences pédiatriques pour allégation de violence sexuelle était réalisée pendant la permanence de soins dans 60% des cas.

Dans 19% des cas, un avis spécialisé était demandé (hors avis psychiatriques).

Le tableau VII résume les principales données de la prise en charge des patients en fonction du type de violence sexuelle suspectée.

Tableau VII : Principales données de la prise en charge des patients en fonction du type de violence sexuelle suspectée

Variables	Total, n = 92	Viol, n = 44	Autre agression sexuelle, n =48
Temps moyen de prise en charge, heures (ET)	7,9 (8,3)	9,7 (8,4)	5,9 (3,5)
Temps maximal de prise en charge, heures	51,2	39,9	51,2
Temps minimal de prise en charge, heures	1,3	2,0	1,3
Prise en charge en horaire de garde, n (%)	55 (60)	30 (68)	25 (52)
Avis spécialisés demandés, n (%)	18 (19)	5 (11)	13 (27)
Référente en pédiatrie sociale, n (%)	10 (11)	1 (2)	9 (19)
Pédiatre endocrinologue, n (%)	1 (1)	0 (0)	1 (2)
Pédiatre dermatologue, n (%)	1 (1)	0 (0)	1 (2)
Interne de chirurgie pédiatrique, n (%)	4 (4)	2 (5)	2 (4)
Interne de CMF, n (%)	1 (1)	1 (2)	0 (0)
Pédiatre gastro-entérologue, n (%)	1 (1)	1 (2)	0 (0)

n: nombre, CMF : chirurgie maxillo-faciale, ET : écart-type

2. Prise en charge somatique

Tous les enfants avaient un examen clinique complet par le pédiatre ou l'interne des urgences pédiatriques.

Le médecin légiste examinait 49% des enfants (n = 45). Cet examen avait lieu dans 67% des cas (n=30) aux urgences pédiatriques.

2.1. Examen clinique des patients suspects de viol

Le médecin légiste examinait 77% des enfants présumés victimes de viol (n = 34). Cet examen avait lieu aux urgences pédiatriques pour 68% d'entre eux (n=23).

Dans deux cas, des lésions compatibles avec une agression récente étaient retrouvées :

- aspect contus de l'hymen, érosion récente de la fourchette postérieure compatible avec une pénétration très récente
- plaie du cul de sac vaginal gauche et de la marge anale

Dans les autres cas, l'examen clinique était normal ou trouvait des lésions cliniques aspécifiques.

2.2. Examen clinique des patients suspects d'une autre agression sexuelle

Le médecin légiste examinait 23% des enfants présumés victimes d'une agression sexuelle autre que le viol (n=11). Une plainte avait été déposée pour huit de ces 11 enfants avant le passage aux urgences.

Lorsque l'enfant était examiné par le médecin légiste, cet examen avait lieu aux urgences pédiatriques dans 64% des cas (n = 7).

2.3. Réalisation d'examens complémentaires

Un bilan pré-thérapeutique avant l'initiation d'une trithérapie anti VIH était réalisé chez 42% des enfants consultant aux urgences pédiatriques pour allégation de violence sexuelle. Il était complet à chaque fois qu'il était réalisé.

Un bilan complet à la recherche d'IST (sérologies sanguines VHB, VHC, VIH, syphilis, PCR *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*) était réalisé chez 47% des enfants (n=43). Les sérologies étaient toutes négatives, sauf en cas d'immunité vaccinale pour le VHB.

Dans cinq cas, le bilan d'IST n'était pas complet : dans trois cas, les PCR urinaires n'avaient pas été demandées, dans deux cas, la sérologie VHB n'était pas réalisée.

La réalisation d'examens complémentaires en fonction du type de violence sexuelle suspectée est illustrée dans le tableau VIII et les résultats de la recherche de toxiques dans le tableau IX.

Tableau VIII : Examens complémentaires réalisés en fonction du type de violence sexuelle suspectée

Variables	Total, n = 92	Viol, n = 44	Autre agression sexuelle, n = 48
Bilan pré-trithérapie, n (%)	39 (42%)	34 (77%)	5 (10%)
Bilan IST complet, n (%)	43 (47%)	35 (80%)	8 (17%)
Dosage des toxiques urinaires, n (%)	33 (36%)	26 (59%)	7 (15%)

n : nombre

Tableau IX : Résultats de la recherche de toxiques urinaires en fonction du type de violence sexuelle suspectée

Variables	Total, n = 33	Viol, n = 26	Autre agression sexuelle, n = 7
Toxiques urinaires positifs, n (%)	7 (21)	6 (23)	1 (14)
Alcool, n (%)	2 (6)	2 (8)	0 (0)
Benzodiazépines et cannabinoïdes, n (%)	1 (3)	1 (4)	0 (0)
Opiacés, n (%)	1 (3)	1 (4)	0 (0)
Cannabinoïdes, n (%)	1 (3)	1 (4)	0 (0)
Alcool et cocaïne, n (%)	1 (3)	1 (4)	0 (0)
Lidocaïne et prilocaïne, n (%)	1 (3)	0 (0)	1 (14)

n : nombre

2.4. Prise en charge infectieuse des patients présumés victimes de viol

Parmi les 37 enfants qui avaient une sérologie VHB prélevée, huit étaient immunisés pour l'hépatite B (22%).

Une injection de vaccin contre l'hépatite B était réalisée pour 15 patients, tous non immunisés pour l'hépatite B.

Un patient recevait une injection d'Ig anti hépatite B. Il s'agissait d'un patient non immunisé pour l'hépatite B pour lequel une trithérapie sans Tenofovir était débutée.

Une trithérapie était initiée pour 29 de ces enfants (soit 66%). Tous avaient eu au préalable un bilan pré-thérapeutique. La trithérapie était arrêtée pour un patient après la réception des sérologies de l'agresseur présumé.

Un bilan à la recherche d'IST était effectué chez 38 enfants. Il était incomplet dans trois cas :

- dans deux cas, absence de PCR urinaires,
- dans un cas, absence de sérologie VHB.

Parmi les 36 PCR urinaires dosées, une était positive pour *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*, une était positive pour *C. trachomatis* (soit 5,6% de positivité des PCR).

Les deux patients ayant des PCR positives recevaient une antibiothérapie adaptée.

2.5. Prise en charge infectieuse des patients présumés victimes d'une autre agression sexuelle

Parmi les neuf enfants qui avaient une sérologie VHB, quatre étaient immunisés pour

l'hépatite B (44%).

Une trithérapie anti VIH était initiée par l'équipe de garde pour un patient, arrêtée par l'équipe de jour après avis pris auprès des référents en infectiologie pédiatrique.

Un bilan d'IST était réalisé chez 10 patients. Il était incomplet dans deux cas : oubli des PCR urinaires dans un cas, oubli de la sérologie VHB dans un cas.

Aucun enfant ne recevait d'antibiothérapie visant *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*.

2.6. Prévention du risque de grossesse chez les patientes victimes présumées de viol

Parmi les 44 patients consultant pour allégation de viol, il y avait 34 filles. Le dosage des HCG sanguins était réalisé pour 28 d'entre elles (82%) alors qu'il y avait seulement 26 filles en âge de procréer (âge \geq 10 ans). Aucun dosage n'était positif.

Une contraception d'urgence était administrée à 25 filles.

2.7. Prévention du risque de grossesse chez les patientes victimes présumées d'une autre agression sexuelle

Un dosage des HCG sanguins était réalisé chez trois jeunes filles.

Il était négatif chez chacune d'entre elles.

Aucune contraception d'urgence n'était administrée.

3. Evaluation psychiatrique

Une évaluation psychiatrique était réalisée chez 36% des patients au total (n=33) par l'équipe de psychiatrie. En fonction de l'horaire de passage aux urgences cette évaluation était réalisée soit par l'UPEA soit par l'équipe de psychiatrie de garde.

3.1. Prise en charge psychiatrique des patients consultant pour allégation de viol

Une évaluation psychiatrique était proposée à 26 enfants sur 44.

Un d'entre eux refusait de rencontrer les psychiatres, 25 enfants étaient donc évalués (57% des enfants).

Les coordonnées de l'UPEA étaient remises à quatre enfants non évalués.

Parmi les enfants évalués :

- 14 rencontraient l'équipe d'UPEA
- 11 rencontraient l'équipe de psychiatrie de garde

Un état de stress aigu était diagnostiqué chez cinq enfants (soit 20% des enfants évalués). Des idées suicidaires étaient retrouvées chez trois enfants.

Un traitement par Hydroxyzine (Atarax®) était proposé à sept enfants. Parmi eux, trois avaient un diagnostic d'état de stress aigu.

Au décours de l'entretien, les coordonnées d'un Centre Médico-Psychologique (CMP) de

secteur étaient remises à sept enfants. Il s'agissait d'enfants pour lesquels on n'avait pas diagnostiqué d'état de stress aigu ou d'idées suicidaires.

Une consultation post-crise à l'UPEA était proposée à huit enfants.

Une indication d'hospitalisation était retenue pour 24% des enfants évalués (n=6).

3.2. Prise en charge psychiatrique des patients consultant pour une allégation d'autre agression sexuelle

L'équipe de psychiatrie évaluait 17% des enfants (n=8) victimes présumées d'une autre agression sexuelle : six enfants étaient évalués par l'UPEA, deux par l'équipe de garde.

Des idées suicidaires étaient retrouvées chez un enfant. Deux enfants avaient un état de stress aigu.

Trois enfants recevaient un traitement par Hydroxyzine (Atarax®).

A l'issue de l'évaluation psychiatrique :

- deux enfants recevaient les coordonnées de leur CMP de secteur,
- une consultation post-crise à l'UPEA était proposée à quatre enfants,
- une consultation à la Maison des Adolescents était proposée à un enfant,
- une indication d'hospitalisation était retenue pour deux enfants.

4. Prise en charge sociale

Le service social était sollicité pour la prise en charge de 14% des patients (n=13) et plus de la moitié d'entre eux étaient connus des services sociaux (n=7).

Pour quatre enfants, un signalement judiciaire avait été réalisé avant le passage aux urgences par le médecin ayant adressé le patient aux urgences. Il s'agissait de trois enfants présumés victimes de viol et d'un enfant présumé victime d'une autre agression sexuelle.

4.1. Prise en charge sociale des victimes présumées de viol

A l'issue du passage aux urgences, étaient réalisés par l'équipe médicale des urgences pédiatriques :

- 1 signalement judiciaire pour 8 enfants,
- 1 lien UTPAS ou MDS pour 42 enfants.

Le service social était sollicité dans la prise en charge de neuf enfants (20%).

Parmi eux, quatre relevaient d'un signalement judiciaire.

4.2. Prise en charge sociale des victimes présumées d'une autre agression sexuelle

A l'issue de la prise en charge aux urgences, étaient réalisés par l'équipe médicale des

urgences pédiatriques :

- 37 liens UTPAS ou MDS,
- 4 IP,
- 4 signalements judiciaires.

Le service social était sollicité pour quatre enfants (8%). Un de ces patients était déjà connu sur le plan social ; deux relevaient d'un signalement judiciaire, un relevait d'une information préoccupante et un enfant, d'un lien UTPAS.

III. Devenir et suivi des enfants présumés victimes de violence sexuelle à l'issue du passage aux urgences pédiatriques

1. Devenir des patients au décours de la prise en charge aux urgences pédiatriques

Au total, 13 patients (14%) étaient hospitalisés au décours du passage aux urgences pédiatriques. Dans 61,5% des cas l'indication d'hospitalisation était d'ordre psychiatrique (8 patients).

1.1. Devenir des patients présumés victimes de viol

Au décours de l'évaluation aux urgences pédiatriques :

- 1 enfant était placé en famille d'accueil,
- 27 enfants rentraient au domicile d'emblée,

- 6 enfants étaient hospitalisés en UHCD et rentraient au domicile au décours,
- 10 enfants étaient hospitalisés, après une hospitalisation en UHCD pour 2 d'entre eux. L'indication d'hospitalisation était d'ordre psychiatrique dans 60% des cas (n=6). Deux enfants étaient hospitalisés en service de psychiatrie, 7 en service de pédiatrie conventionnel et 1 enfant en service de chirurgie pédiatrique.

La figure 12 illustre le devenir des enfants présumés victimes de viol à l'issue de l'évaluation aux urgences pédiatriques.

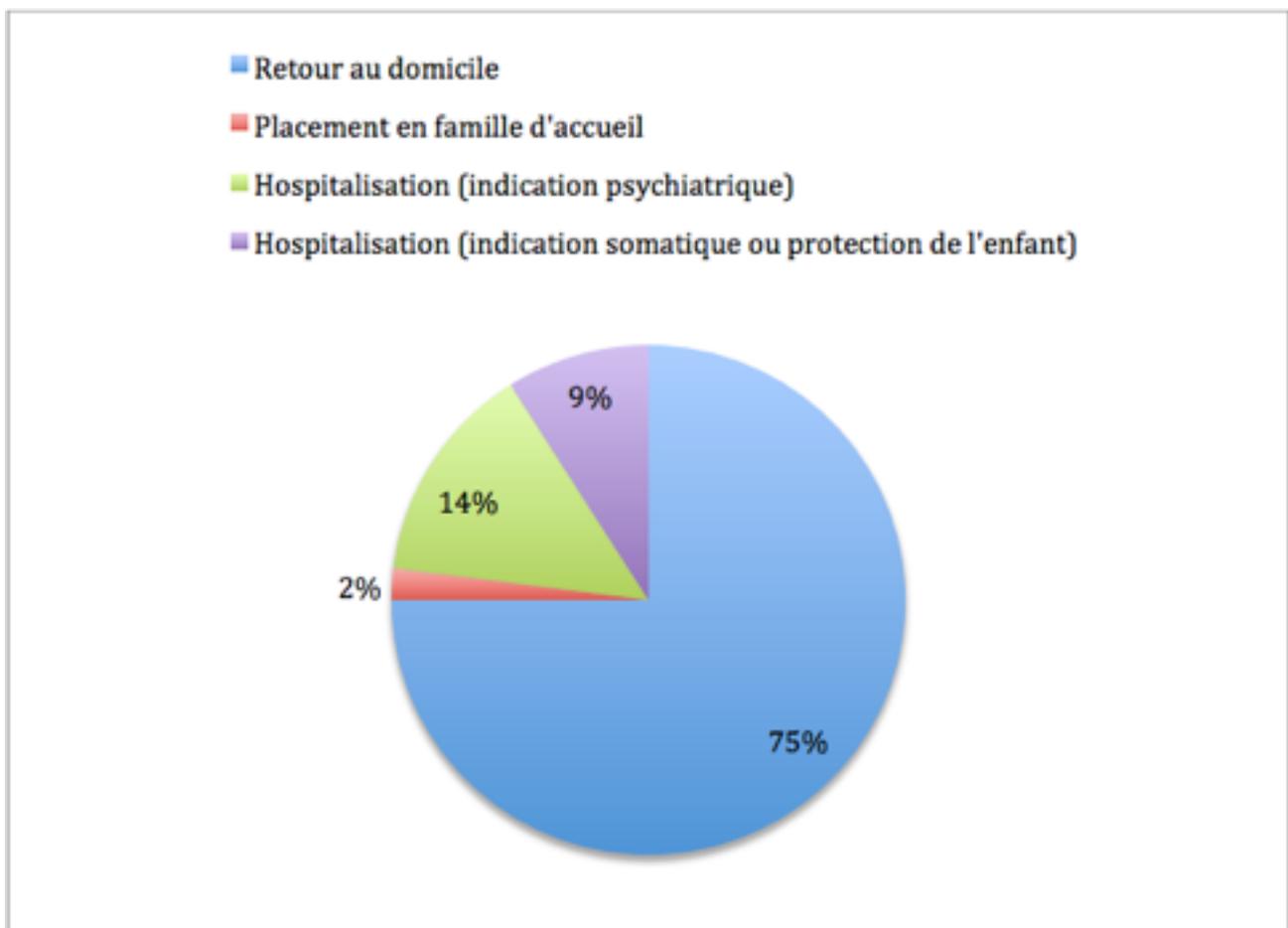


Figure 12 : Devenir des patients présumés victimes de viol à l'issue de l'évaluation aux urgences pédiatriques

1.2. Devenir des patients victimes présumées d'une autre agression sexuelle

Au décours de l'évaluation aux urgences pédiatriques :

- 40 enfants rentraient au domicile d'emblée,
- 4 enfants étaient hospitalisés en UHCD et rentraient au domicile au décours,
- 1 enfant était transféré à l'UMJ pour examen par le médecin légiste puis retour à domicile,
- 3 enfants étaient hospitalisés. L'indication d'hospitalisation était d'ordre psychiatrique dans 2 cas. Deux enfants étaient hospitalisés en service de pédiatrie conventionnel, un en service de psychiatrie.

La figure 13 illustre le devenir des patients présumés victimes d'une autre agression sexuelle à l'issue de l'évaluation aux urgences pédiatriques.

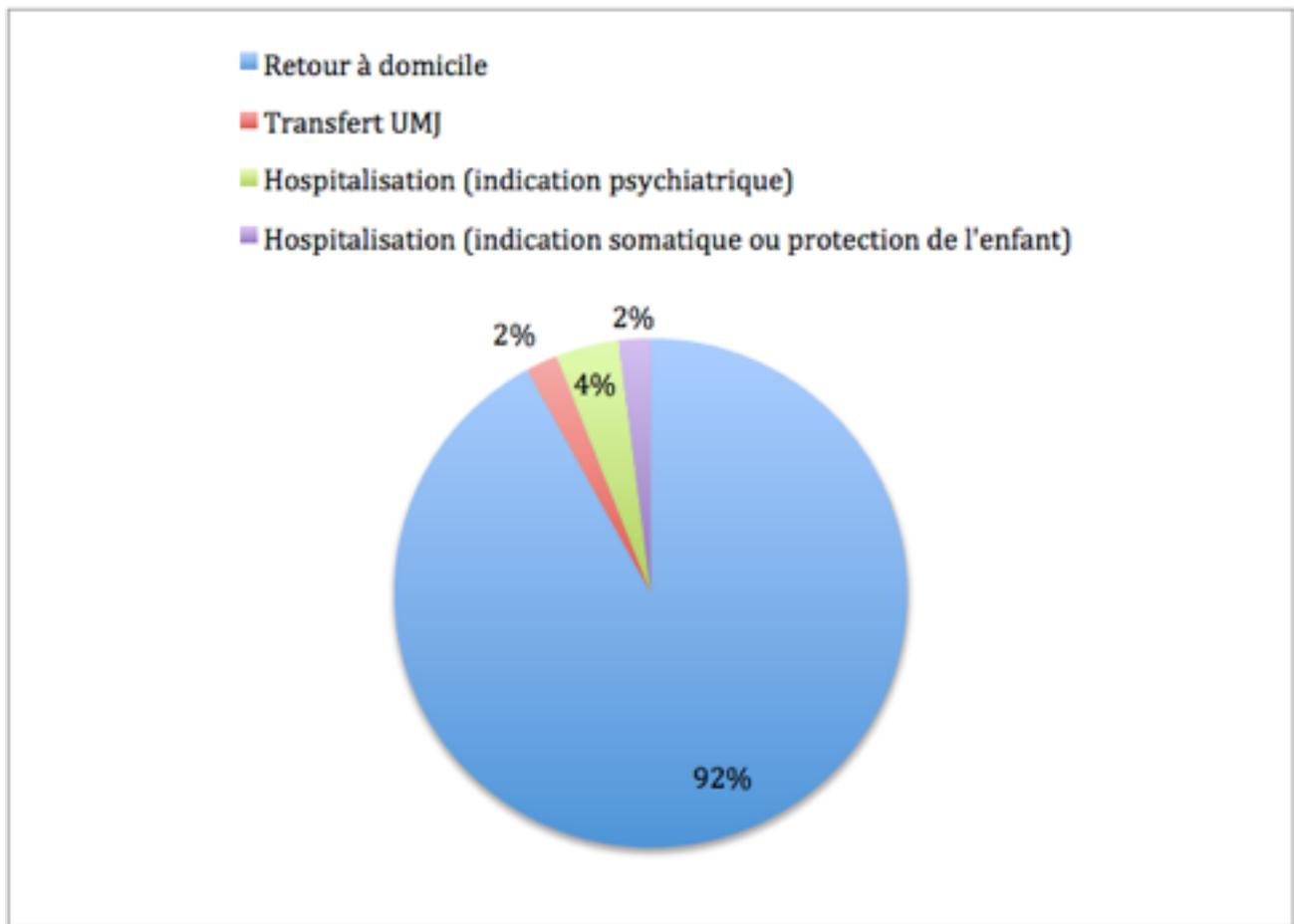


Figure 13 : Devenir des patients présumés victimes d'une autre agression sexuelle au décours de l'évaluation aux urgences pédiatriques

2. Suivi au décours du passage aux urgences pédiatriques

A la suite du passage aux urgences, un suivi en infectiologie pédiatrique était proposé à certains enfants. Il était d'emblée programmé pour les enfants pour lesquels une trithérapie avait été initiée ; pour les autres, il s'agissait simplement du suivi sérologique des IST.

Certains enfants pouvaient avoir une consultation programmée en pédiatrie sociale.

2.1. Suivi des enfants victimes présumées de viol

Une trithérapie était prescrite à la sortie des urgences pour 28 enfants. Un suivi avec un infectiologue pédiatre au CHU de Lille était prévu pour 26 de ces enfants. Pour deux enfants qui étaient domiciliés dans une autre région que le Nord, le suivi était prévu dans leur région d'habitation.

Parmi les enfants qui devaient être suivis au CHU de Lille, 73% honoraient le premier rendez-vous à 48 heures de la sortie des urgences (n=19). Le suivi complet (consultation deux à trois jours après le passage aux urgences, puis six semaines et douze semaines après l'allégation de violence sexuelle) était effectif par 42% des patients (n=11).

Une consultation avec la référente en pédiatrie sociale était proposée à six enfants (14%) et était honorée pour quatre enfants (67%).

2.2. Suivi des enfants victimes présumées d'une autre agression sexuelle

Une consultation avec la pédiatre référente en pédiatrie sociale était proposée à 31% des enfants (n=15) présumés victimes d'une autre agression sexuelle. Cette consultation était honorée par 53% d'entre eux (n=8).

Une consultation en infectiologie pédiatrique était prévue pour deux patientes et honorée par une d'entre elles.

IV. Respect du protocole existant pour la prise en charge des enfants présumés victimes de viol

1. Respect de chaque axe du protocole

Le protocole était entièrement respecté, en fonction du délai de consultation, pour 17 patients (39%).

Le respect du protocole existant était évalué sur sept points :

- **2 recommandations étaient suivies à 100%** : dosage des HCG sanguins chez les jeunes filles en âge de procréer et injection d'Ig spécifiques en cas d'absence de vaccination et/ou d'immunisation pour l'hépatite et absence de trithérapie ou trithérapie ne contenant pas de Ténofovir,
- **2 recommandations étaient suivies à plus de 90 %** : l'introduction de la trithérapie anti VIH dans les 48 heures suivant l'acte allégué (90%) et l'introduction d'une contraception d'urgence dans les 72 heures suivant l'acte allégué (96%),
- la réquisition du médecin légiste si les faits dataient de moins de 5 jours était réalisée dans 88% des cas (n=30),
- Le bilan d'IST complet était réalisé dans 79% des cas (n=35),
- La vaccination anti VHB était réalisée dans 48% des cas (pour 14 des 29 enfants non immunisés pour l'hépatite B consultant dans les sept jours).

La figure 14 illustre le suivi du protocole pour chaque point évoqué plus haut.

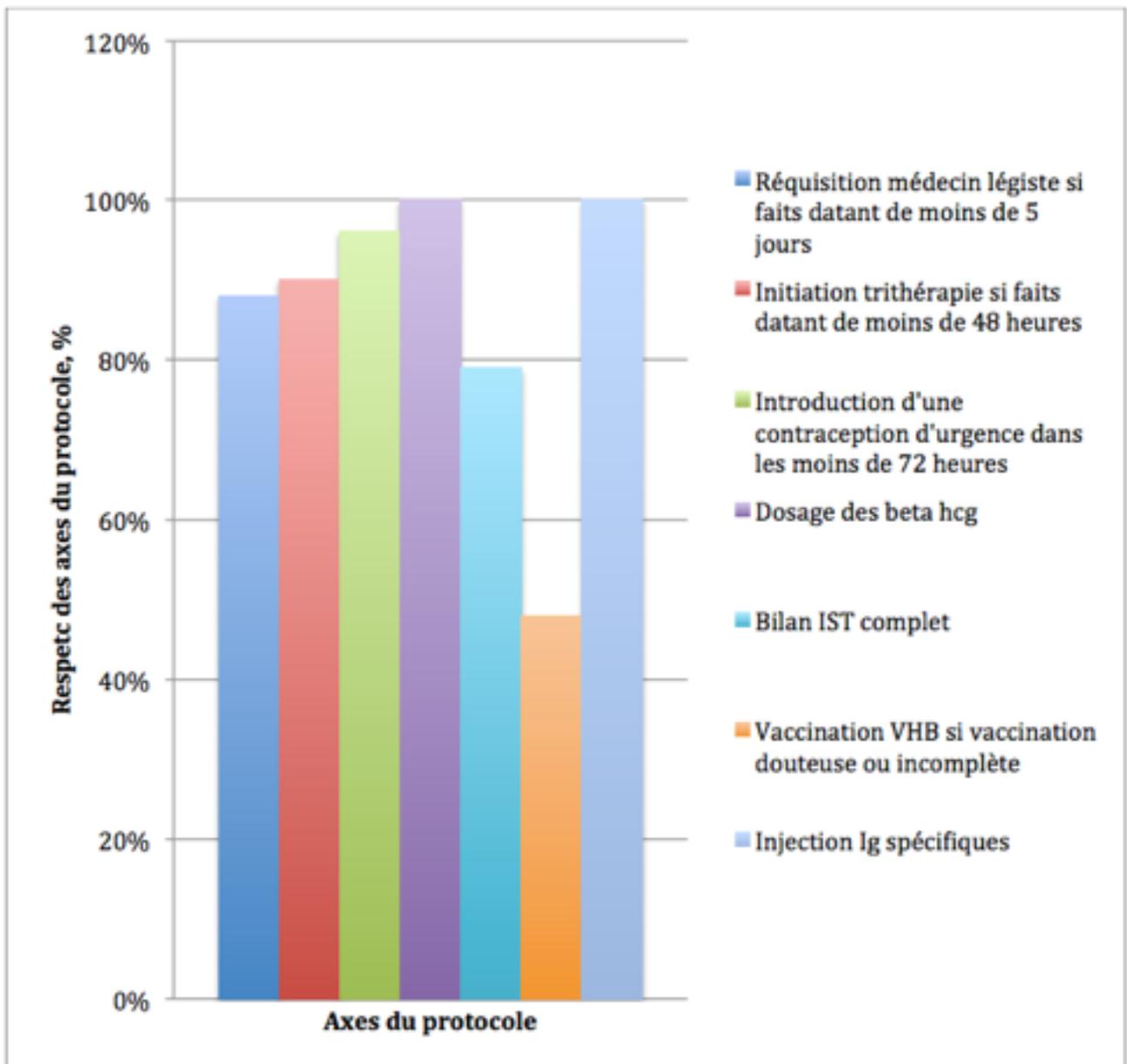


Figure 14 : Suivi du protocole de prise en charge des patients victimes de viol

- Concernant l'intervention du médecin légiste :

Parmi les 34 enfants consultant dans les cinq jours suivant l'acte présumé, quatre n'étaient pas examinés par le médecin légiste :

- o 1 patient refusait l'examen
- o 2 patients alléguaient des rapports « consentis » avec un majeur

- o il n'y avait pas eu de plainte déposée pour 1 patient (ni de signalement judiciaire effectué par les urgences).

2. Facteurs favorisant le respect des axes du protocole

Une analyse bivariée était réalisée afin de déterminer les variables associées au respect de chaque axe du protocole. Cette analyse ne mettait pas en évidence de variables significativement associées au respect des axes « contraception orale dans les 72 heures », « vaccination VHB dans les 7 jours en cas de vaccination douteuse ou incomplète », « introduction d'une trithérapie dans les 48 heures ».

Le dépôt de plainte était associé à un meilleur respect de l'axe « réquisition du médecin légiste dans les 5 jours » (OR = 87, IC95% [2,94-15183] ; p = 0,03).

Le fait d'être une fille était significativement associé au fait d'avoir un bilan d'IST complet ainsi que le fait d'être âgé de 11 à 15 ans.

Les résultats de l'analyse bivariée pour l'axe « bilan d'IST complet » sont présentés dans le tableau X.

Une analyse bivariée était réalisée pour rechercher les variables liées au respect à 100% du protocole. Aucune variable n'était significativement associée.

Les résultats de cette analyse apparaissent dans le tableau XI.

Tableau X : Résultats de l'analyse bivariée concernant le respect de la réalisation d'un bilan d'IST complet

Variables	Bilan IST complet				OR	IC95%	p
	Oui (n=35)		Non (n=9)				
Variables dichotomiques	n	(%)	n	(%)			
Sexe féminin	31/35	(89)	4/9	(44)	15,5	[2,13-100]	0,0019
Age ≤ 6 ans	7/35	(20)	6/9	(67)	0,13	[0,02-0,79]	0,012
11ans ≤ âge ≤ 15 ans	26/35	(74)	2/9	(22)	10,11	[1,45-89,09]	0,007
Admission en garde	24/35	(69)	6/9	(67)	1,09	[0,17-6,5]	0,6
Consultation <24h	21/35	(60)	3/9	(33)	3,0	[0,52-18,84]	0,14
24h ≤ consultation < 48h	5/35	(14)	1/9	(11)	1,33	[0,11-35,21]	0,64
48h ≤ consultation < 72h	3/35	(9)	0	(0)			
72h ≤ consultation < 5j	0/35	(0)	1/9	(11)	0	[0,0-4,60]	0,20
5j ≤ consultation < 7j	0/35	0	0/9	0			
Consultation ≥ 7j	6/35	(17)	4/9	(44)	0,26	[0,04-1,63]	0,10
Suivi psychiatrique antérieur	5/35	(14)	3/9	(33)	0,33	[0,05-2,42]	0,19
Suivi social antérieur	14/35	(40)	4/9	(44)	0,83	[0,15-4,66]	0,55
Adressé par autorité médicale	13/35	(37)	2/9	(22)	2,07	[0,31-17,28]	0,33
Adressé par forces de l'ordre	14/35	(40)	3/9	(33)	1,33	[0,23-8,31]	0,51
Pas d'adressage	8/35	(23)	4/9	(44)	0,37	[0,66-2,21]	0,18

n : nombre, OR : odd ratio, IC95% : intervalle de confiance à 95%

Tableau XI : Résultats de l'analyse bivariée concernant le respect complet du protocole

Variables	Respect du protocole 100%				OR	IC95%	p
	Oui (n=17)		Non (n=27)				
	n	(%)	n	(%)			
Variables dichotomiques							
Sexe féminin	13/17	(77)	21/27	(78)	0,9	[0,18-5,0]	0,60
Age ≤ 6 ans	5/17	(29)	8/27	(30)	0,99	[0,21-4,57]	0,99
7ans ≤ âge ≤ 10 ans	1/17	(6)	2/27	(12)	0,78	[0,03-12,8]	0,67
11 ans ≤ âge ≤ 15 ans	11/17	(64)	17/27	(63)	1,08	[0,25-4,66]	0,91
Admission en garde	10/17	(71)	20/27	(74)	0,5	[0,11-2,21]	0,29
Consultation < 24h	7/17	(41)	18/27	(67)	0,35	[0,08-1,47]	0,35
24 ≤ délai consultation < 47h	2/17	(12)	2/27	(7)	1,67	[0,14-19,44]	0,50
48h ≤ délai consultation < 72h	2/17	(12)	2/27	(7)	1,67	[0,14-19,44]	0,50
72h ≤ délai consultation < 5j	0	(0)	1/27	(4)	0,0	[0,0-29,45]	0,61
Consultation ≥ 7j	6/17	(35)	4/27	(15)	3,14	[0,59-17,45]	0,11
Suivi psychiatrique antérieur	2/17	(12)	6/27	(22)	0,47	[0,05-3,22]	0,32
Suivi social antérieur	9/17	(53)	9/27	(33)	2,25	[0,54-9,59]	0,20
Plainte déposée	14/17	(82)	20/27	(74)	1,63	[0,29-9,90]	0,40
Adressé par forces de l'ordre	6/17	(35)	11/27	(41)	0,79	[0,19-3,35]	0,72
Adressé par autorité médicale	6/17	(35)	9/27	(33)	1,09	[0,25-4,74]	0,89
Pas d'adressage	5/17	(29)	7/27	(26)	1,19	[0,25-5,66]	0,53

n : nombre, OR : odd ratio, IC95% : intervalle de confiance à 95%

DISCUSSION

1. Résultats principaux, confrontation à la littérature et forces de l'étude

Au total, 92 passages aux urgences pédiatriques sur une période de 24 mois, concernaient des violences sexuelles, soit 0,16% des consultations. On dénombrait 44 enfants alléguant être victimes de viol, 48 alléguant une agression sexuelle autre. Les enfants concernés étaient majoritairement de sexe féminin (79%). L'agresseur présumé était connu de l'enfant dans 70% des cas. Un tiers environ des enfants (36%) était évalué par l'équipe de psychiatrie, un état de stress aigu était diagnostiqué chez 20% des enfants consultant pour une allégation de viol. Tous les enfants présumés victimes de viol ne recevaient pas les soins et examens complémentaires recommandés par le protocole existant (39% seulement étaient pris en charge selon tous les axes du protocole). Les points les mieux suivis du protocole étaient : la réalisation du dosage des HCG chez la jeune fille en âge de procréer (100%), l'introduction d'une contraception d'urgence dans les 72 heures suivant l'agression présumée (96%) et l'initiation d'une trithérapie dans les 48 heures suivant l'acte présumé (90%). Les points les moins bien suivis étaient la réalisation d'une vaccination VHB en cas de vaccination douteuse ou incomplète (48%) et la réalisation d'un bilan complet d'IST (79%). Aucun facteur n'était significativement associé à un respect complet du protocole. Le fait d'être une fille (OR : 15,5, IC95% [2,13-100] ; p : 0,0019) et l'âge supérieur à 11 ans (OR : 10,11, IC95% [1,45-89,09] ; p : 0,007) étaient significativement liés à la réalisation d'un bilan d'IST complet.

Les suivis proposés en pédiatrie sociale ou infectiologie pédiatrique au décours de l'évaluation initiale aux urgences étaient insuffisamment réalisés pour les enfants suspects de viol.

Il n'existe pas à notre connaissance d'étude française portant sur l'épidémiologie et la prise en charge des mineurs victimes de violence sexuelle aux urgences pédiatriques. Alors que le secrétaire d'Etat chargé de la protection de l'enfance a présenté en octobre 2019 un plan triennal (2020-2022) de mobilisation contre les violences faites aux enfants, il semblait intéressant de connaître le taux d'enfants consultant aux urgences pédiatriques dans les suites d'une violence sexuelle et de réaliser une étude de nos pratiques.

Concernant la prévalence, une étude rétrospective menée entre janvier 2008 et décembre 2017 au sein des urgences pédiatriques d'un hôpital madrilène dénombrait 103 enfants de moins de 16 ans (sur plus de 570 000 inclus), consultant pour violence sexuelle, ce qui correspondait à 0,02% des consultations (37). Un taux similaire de 0,02% était retrouvé dans une étude rétrospective américaine menée entre janvier 2010 et décembre 2016, portant sur les consultations aux urgences pédiatriques pour agressions sexuelles (38). Ces taux peuvent paraître faibles en regard des consultations pour gastro-entérite aiguë ou traumatisme crânien, mais si l'on reprend les chiffres de l'étude, une consultation par semaine environ aux urgences pédiatriques du CHU de Lille relève d'une suspicion de violence sexuelle.

Les enfants concernés étaient de sexe féminin dans 79% des cas. La même répartition était retrouvée dans l'étude espagnole citée ci-dessus (37).

A noter, les garçons ont tendance à révéler bien plus tard que les filles avoir été victimes de violences sexuelles (39).

L'agresseur présumé était connu du cercle familial dans 58% des cas pour les enfants de moins de sept ans et 22% des cas pour les plus de sept ans dans notre étude. Une étude

espagnole publiée en 2019 a montré que les enfants victimes de violences sexuelles intrafamiliales étaient plus jeunes que ceux victimes de violences sexuelles extra-familiales : l'âge moyen des enfants sujets à des violences intrafamiliales était de neuf ans contre 11,5 ans pour ceux victimes de violences extra-familiales (40). L'enquête Ipsos de 2019 sur les violences sexuelles montrait que l'agresseur faisait partie du cercle familial dans 44% des cas, la majorité des agressions sexuelles survenant dans le cadre familial chez les mineurs âgés de moins 10 ans (8).

Une étude menée aux Etats-Unis entre 2004 et 2013, dans 38 services d'urgences pédiatriques, a évalué le respect des recommandations de l'American Academy of Pediatrics (AAP) et du Center for Disease Control and Prevention (CDC) dans la prise en charge des adolescents présumés victimes d'un viol. Selon les centres, les recommandations étaient plus ou moins bien suivies : 44% des enfants recevaient les dépistages d'IST recommandés et 15 à 95% des filles selon les centres avaient un test de grossesse (24). Une autre étude américaine datant de 2008, évaluant également le respect des recommandations de l'AAP et du CDC dans la prise en charge des adolescents présumés victimes d'un viol montrait que parmi les patients consultant dans les 72 heures suivant l'agression présumée, 12,5% seulement des garçons et 18% des filles recevaient une trithérapie anti-VIH. Seulement 12% des adolescentes recevaient tous les dépistages et traitements recommandés : test de grossesse, recherche d'IST et trithérapie anti VIH. Les filles étaient plus susceptibles de recevoir un dépistage d'IST que les garçons (25). Dans notre étude, y avait 39% d'enfants pour lesquels le protocole avait été respecté à 100%. La prise en charge des mineurs présumés victimes de viol aux urgences pédiatriques du CHU de Lille est standardisée grâce à un protocole, fruit d'un travail pluridisciplinaire. Cela est particulièrement utile pour les séniors moins

expérimentés et/ou en horaire de garde lorsque l'effectif médical est réduit et que les décisions collégiales et avis spécialisés sont plus difficiles à obtenir.

Le protocole de prise en charge des mineurs victimes de viol se rapproche des recommandations émises par l'OMS en 2017 mais diffère par certains points. Notre protocole préconise de débiter une trithérapie anti VIH dans les 48 heures qui suivent le viol présumé. L'OMS étend ce délai à 72 heures. De même, notre protocole recommande de proposer une contraception d'urgence dans les 72 heures qui suivent l'agression alors que ce délai est de cinq jours pour la contraception utilisée aux urgences pédiatriques, comme le préconise l'OMS (26). Ceci devra être modifié dans notre protocole.

L'OMS recommande de traiter si possible tous les patients contre *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia Trachomatis*, mettant en avant qu'un grand nombre d'entre eux sera perdu de vue après le passage aux urgences. Dans notre étude, 5,6% des enfants présumés victimes de viol avaient une infection à *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia Trachomatis* et seulement 42% des enfants pour lesquels un suivi en infectiologie pédiatrique était proposé honoraient complètement ce suivi. Pour rappel, l'antibioprophylaxie systématique visant *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia Trachomatis* était recommandée dans notre protocole avant la mise à jour de 2018 mais l'inquiétude des biologistes et infectiologues liée à l'émergence de résistances a conduit à une modification de ce point. Notre protocole stipule donc actuellement de traiter les enfants de manière prophylactique seulement si on suspecte que le suivi sera difficile. Enfin, l'OMS recommande de vacciner les enfants victimes de viol contre l'Human Papillomavirus (HPV), ce qui n'apparaît pas dans notre protocole mais est proposé en consultation d'infectiologie pédiatrique.

Le respect du protocole de prise en charge aux urgences pédiatriques du CHU de Lille des enfants présumés victimes de viol est plutôt satisfaisant au vu des données de notre

étude (cinq axes du protocole respectés à plus de 85%) mais peut encore être amélioré, notamment sur la vaccination VHB (le risque de transmission d'une hépatite B étant nettement plus élevé que celui du VIH) (28), le dépistage des IST et la prise en charge psychologique.

2. Limites de l'étude

Le caractère rétrospectif de l'étude lui impose plusieurs limites.

Il y a tout d'abord un biais de sélection. Il est possible que plusieurs patients mineurs de moins de 15 ans 3 mois ayant consulté sur la période étudiée dans les suites d'une violence sexuelle n'aient pas été inclus dans notre étude, notamment ceux consultant en période de garde. Nous avons aussi tenté de déterminer le nombre de patients mineurs âgés de moins de 18 ans consultant au CHU mais ce nombre était largement sous-estimé. Deux raisons entre autres pour expliquer cela : nous n'avons pu accéder aux dossiers de pédopsychiatrie et les codages des urgences adultes – effectués par le secrétariat des urgences et non les médecins donc possiblement différent de celui des urgences pédiatriques - n'étaient pas contributifs.

Cependant, nous avons essayé d'être le plus exhaustif possible en utilisant les fichiers de recueil de pédiatrie sociale et d'infectiologie pédiatrique. Ces recueils étaient tenus par les référents impliqués, directement ou indirectement (car sollicités pour avis) dans la prise en charge de ces patients. Nous avons également analysé tous les dossiers de patients ayant un codage CIM-10 susceptible de faire référence à une violence sexuelle et interrogé le laboratoire de bactériologie sur le nombre de PCR urinaires réalisées dans les bilans d'IST.

Il y avait également un biais déclaratif. Certaines données des dossiers, notamment

anamnestiques, étaient manquantes (par exemple, le statut majeur ou mineur de l'agresseur n'était pas toujours rapporté). En utilisant les logiciels RESURGENCES et SILLAGE, nous avons essayé d'être le plus précis possible dans le recueil des examens complémentaires, de leurs résultats et des traitements proposés.

La partie concernant la prise en charge psychiatrique de l'enfant n'a pas pu être traitée comme nous l'aurions souhaité. Nous n'avons pas pu déterminer quels enfants sollicitaient les CMP ou se rendaient en consultation post urgence au décours de la consultation aux urgences pédiatriques.

Notre étude montrait que 18% des patients consultant pour allégation de viol avaient des antécédents psychiatriques et qu'un état de stress aigu était diagnostiqué chez 20% de ces mineurs. Un tiers environ des enfants était évalué par les psychiatres. Nous n'avons pas pu déterminer les raisons pour lesquelles certains enfants n'étaient pas évalués aux urgences pédiatriques (refus de l'enfant ou de la famille ? oubli du pédiatre ? temps de prise en charge court car patient attendu par les forces de l'ordre pour audition ?).

Le critère « prise en charge psychologique » n'avait pas été étudié dans l'évaluation du respect du protocole car n'apparaissant pas sur le document accessible aux pédiatres travaillant et prenant des gardes aux urgences (Annexe).

Nous n'avons également pas pu évaluer une des recommandations de l'OMS concernant la prise en charge de l'enfant victime de violence sexuelle qui pourrait se résumer en « primum non nocere » : limiter le nombre d'intervenants dans la prise en charge de l'enfant, garantir une unité de lieu, expliquer chaque soin et chaque examen.

Nous avons uniquement pu évaluer l'unité de lieu via le lieu de l'examen par le médecin légiste qui se déroulait dans 67% des cas aux urgences pédiatriques.

3. Perspectives

3.1. Mise à jour du protocole et promotion

Des recommandations concernant la prise en charge des violences sexuelles chez l'enfant et l'adulte sont actuellement en cours de validation par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU).

Il serait intéressant, une fois ces recommandations publiées, de mettre à jour notre protocole. Pour favoriser sa diffusion et sa connaissance, des séances de présentation du protocole mis à jour pourraient être organisées pour l'ensemble des professionnels de santé travaillant aux urgences pédiatriques et amenés à y prendre des gardes.

Une étude menée aux États-Unis a montré que la création d'un protocole basé sur les recommandations de l'AAP et du CDC ainsi que sa présentation et son explication au cours de séances de formation auprès des soignants et des travailleurs sociaux avait permis d'augmenter le respect des recommandations de 57,6% à 87,1% (41).

3.2. Création de scores d'identification

Dans cette étude, 23% des enfants présumés victimes de viol et 69% des enfants présumés victimes d'une autre agression sexuelle consultaient plus de cinq jours après la survenue de l'agression.

Au-delà de cette période, certaines mesures urgentes n'ont plus d'indication : le délai pour instaurer une contraception d'urgence ou une trithérapie est dépassé. Si les urgences représentent le plus souvent la porte d'entrée dans la procédure médico-judiciaire qui suit une suspicion de violence sexuelle elles ne sont pas toujours le lieu le plus adapté pour la

prise en charge de l'enfant (42).

Dans l'étude de Floyed un al., un outil de triage a été développé afin de déterminer quel enfant nécessite des soins urgents et quel enfant peut être vu sans urgence dans une autre structure, comme une unité médico-judiciaire. Il s'agit d'un questionnaire comportant quatre questions :

- L'acte présumé s'est-il déroulé dans les dernières 72 heures et y a-t-il eu contact oro-génital ou génito-anal ou génito-génital ?
- Le patient se plaint-il de douleurs ou de blessures pelviennes, de saignements ?
- L'enfant est-il en danger immédiat ?
- Y a-t-il une autre urgence médicale ?

Sa sensibilité pour dépister un enfant ayant besoin de soins urgents est de 100%, sa valeur prédictive négative est aussi de 100%. Un tel outil permettrait, après s'être assuré de l'absence d'urgence somatique et/ou psychique, de réorienter l'enfant ne nécessitant pas de soins urgents vers une structure plus adaptée pour sa prise en charge (consultation de pédiatrie sociale, unité médico-judiciaire) et de diminuer l'engorgement des urgences (43). Il serait, dans cette optique, important de renforcer la collaboration entre pédiatres, psychiatres, médecins légistes, forces de l'ordre et service social et d'envisager l'audition et l'examen des enfants dans un lieu unique lorsque les conditions le permettent.

3.3. Formation des soignants

Une étude réalisée au Canada montrait que les pédiatres et les directeurs de programme pédiatrique estimaient que leur formation en protection de l'enfance « nécessitait une amélioration ». Ils étaient 92% à ressentir le besoin d'une formation plus approfondie (44). Dans une autre étude ils étaient 50% à estimer leur formation insuffisante pour leur pratique (45).

Une étude américaine a comparé le niveau de connaissances de médecins généralistes, urgentistes et pédiatres en terme de prise en charge de l'enfant victime de violences sexuelles, ainsi que leur degré de confort lorsqu'ils recevaient un enfant victime de violences sexuelles.

Les pédiatres recevaient lors de leur formation plus d'enseignement théorique, de formation clinique et étaient plus à même d'être confrontés à des situations de maltraitance que leurs confrères. Ils avaient plus de connaissances et étaient plus à l'aise dans la prise en charge de l'enfant victime de violences sexuelles. Les médecins généralistes avaient moins de connaissances.

Les pédiatres qui avaient le plus de connaissances étaient ceux qui avaient été formés dans de grands centres pédiatriques, avec un pôle dédié à l'enfant maltraité, un médecin référent dans ce domaine et la possibilité d'y exercer un stage clinique (46).

A Lille, au cours de leur internat, les internes de pédiatrie reçoivent deux cours théoriques de trois heures sur la maltraitance de l'enfant. D'autres cours théoriques peuvent être dispensés en fonction des services. La formation clinique se fait dans les services, en fonction des situations rencontrées. La prise en charge d'un enfant présumé victime de maltraitance se fait toujours sous la supervision d'un médecin sénior.

Une piste pour améliorer la formation des internes pourrait être l'ouverture d'un poste en pédiatrie sociale, sous la tutelle de la pédiatre référente dans le domaine de la protection de l'enfance. Une réunion multidisciplinaire (pédiatres, psychologues, pédopsychiatres, service social) de pédiatrie sociale pourrait également permettre de se familiariser avec la protection de l'enfance et de discuter de cas cliniques avec les internes et les seniors de pédiatrie.

Sensibiliser et former des membres des équipes paramédicales au sein des urgences pédiatriques à la prise en charge de l'enfant victime de violences sexuelles est aussi une piste envisageable. Des études menées chez l'adulte ont montré que la présence au sein des urgences d'une « Sexual Assault Nurse examiner » (SANE), en d'autres termes d'une infirmière avec des compétences pour l'examen et la prise en charge des victimes de violence sexuelle améliorerait la prise en charge de ces patients. En pédiatrie, une étude menée dans les urgences d'un centre hospitalier américain a montré que les enfants pris en charge par une SANE avaient des bilans à la recherche d'infections sexuellement transmissibles plus complets, recevaient plus systématiquement une contraception d'urgence si besoin et étaient plus systématiquement orientés vers une consultation psychiatrique de post crise (47).

Par ailleurs, selon une étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie en 2002, 79% des enfants de moins de 16 ans sont suivis par un médecin généraliste (48). Il pourrait donc être intéressant de proposer des formations aux médecins généralistes mais aussi aux médecins scolaires et infirmières scolaires qui peuvent être en première ligne face à l'enfant victime de violences sexuelles. Il pourrait s'agir de les sensibiliser aux signes d'alerte et aux délais « clés » entre l'acte présumé et sa révélation qui nécessitent une prise en charge en urgence.

C'est d'ailleurs une des volontés du secrétaire d'Etat chargé de l'enfance et des familles auprès du Ministère des Solidarités et de la Santé, qui dans son plan de lutte contre les violences faites aux enfants prévoit la désignation d'équipes pédiatriques référentes qui auraient pour mission de former les médecins libéraux et les praticiens hospitaliers au repérage et au diagnostic des violences et au projet de soins.

CONCLUSION

Tous les huit jours environ, un enfant présumé victime de violence sexuelle, consulte aux urgences pédiatriques.

Malgré l'existence d'un protocole standardisant la prise en charge des enfants victimes présumées de viol, tous ne reçoivent pas tous les examens complémentaires et soins recommandés. Ce résultat doit donc nous inciter à améliorer nos pratiques. La publication des recommandations de la SFMU concernant la prise en charge des victimes de violence sexuelle en structure d'urgences sera l'occasion de mettre à jour notre protocole local et de le diffuser au sein des centres hospitaliers périphériques de la région afin d'uniformiser nos prises en charge. La formation de membres de l'équipe paramédicale des urgences pédiatriques pourrait également être envisagée avec la création d'un statut de « référent », comme cela est déjà le cas dans certains pays anglo-saxons.

Nous plaidons pour une formation accrue en protection de l'enfance, initiale lors de l'internat puis continue, pour les médecins hospitaliers et extra-hospitaliers, qui permettrait d'optimiser la prise en charge de ces enfants et de les orienter vers la structure la plus adaptée. Le développement de structures pluridisciplinaires pédiatriques serait l'idéal pour une prise en charge globale de l'enfant.

Notre étude met en avant la trop grande proportion de 'perdus de vue' à l'issue de la consultation aux urgences pédiatriques. Il paraît essentiel d'insister auprès de l'entourage de l'enfant sur l'importance du suivi au décours de la consultation d'urgences pour dépister l'apparition de pathologies somatiques et/ou psychiques qui pourraient perdurer lors de sa vie adulte. La collaboration avec la médecine de ville semble primordiale pour le suivi à long terme de l'enfant.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. UNICEF. Convention Internationale des Droits de l'Enfant [Internet]. Disponible sur : <https://www.unicef.fr/dossier/convention-internationale-des-droits-de-lenfant>
2. Organisation Mondiale de la Santé. La violence sexuelle. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes. 2012. [Internet]. Disponible sur : https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_37/fr/
3. World Health Organization. Global Status Report on Violence Prevention, Geneve, 2014. [Internet]. Disponible sur : https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/
4. Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse : meta-analysis around the world . Child Maltreat. 2011 May;16(2):79-101
5. Finkelhor D, Shattuck A, Turner HA, Hamby SL. The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. J Adolesc Health. 2014;55(3):329–33
6. Observatoire National de la Protection de l'Enfance. Les connaissances pour agir en protection de l'enfance : de leur production à leur appropriation. Quatorzième rapport au Gouvernement et au Parlement. Mai 2020. [Internet]. Disponible sur : https://onpe.gouv.fr/publications?field_categorie_publication_tid=196
7. Schaeffer P, Leventhal JM, Asnes AG. Children's disclosures of sexual abuse: learning from direct inquiry. Child Abuse Negl. 2011 May;35(5):343-52
8. Institut IPSOS pour l'association Mémoire Traumatique et Victimologie. Violences sexuelles dans l'enfance, enquête auprès des victimes. Septembre 2019. [Internet]. Disponible sur : <https://www.memoiretraumatique.org/campagnes-et-colloques/2019-enquete->

ipsos-2-violences-sexuelles-de-lenfance.html?PHPSESSID=tn5hbg2k75a2-jensmtn0e77bc5.

9. Bozon Michel, « La violence sexuelle », in Spira Alfred, Bajos Nathalie, et groupe ACSF, Les comportements sexuels en France, Paris, La Documentation française, 1993, p.

214-220

10. Bajos N, Bozon M et l'équipe CSF. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère, Population & Sociétés (Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques), 445, mai 2008. [Internet]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/les-violences-sexuelles-en-france-quand-la-parole-se-libere/>

11. Association Mémoire Traumatique et Victimologie. Impact des Violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. Mai 2015. [Internet]. Disponible sur : <https://www.memoiretraumatique.org>.

12. Debauche A, Lebugle A, Brown E. Présentation de l'enquête VIRAGE et premiers résultats sur les violences sexuelles. Documents de travail n°229, Ined.janv 2017 ;65

13. Salmona Muriel. Etat des lieux des violences sexuelles faites aux enfants. Septembre 2018. [Internet]. Disponible sur : <https://cri-adb.org/2018/10/01/etat-des-lieux-des-violences-sexuelles-faites-aux-enfants/>

14. Felitti, Vincent J., ANDA, Robert F., « The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Health Care » in LANIUS, R., VERMETTEN, E., PAIN C. (eds.), *The Effects of Early Life Trauma on Health and Disease: the Hidden Epidemic*, Cambridge, Cambridge University Press, 2010, p. 77-87. [Internet]. Disponible sur : www.theannainstitute.org/Lanius.pdf

15. Girardet RG, Lahoti S, Howard LA, Fajman NN, Sawyer MK, Driebe EM, Lee F, Sautter RL, Greenwald E, Beck-Sagué CM, Hammerschlag MR, Black CM. Epidemiology of

sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault. *Pediatrics*.

2009 Jul;124(1):79-86

16. Girardet RG, Lemme S, Biason TA, Bolton K, Lahoti S. HIV post-exposure prophylaxis in children and adolescents presenting for reported sexual assault. *Child Abuse Negl*.

2009 Mar;33(3):173-8

17. Unger ER, Fajman NN, Maloney EM, Onyekwuluje J, Swan DC, Howard L, Beck-Sague CM, Sawyer MK, Girardet RG, Sautter RL, Hammerschlag MR, Black CM. Anogenital human papillomavirus in sexually abused and nonabused children: a multicenter study.

Pediatrics. 2011 Sep;128(3):e658-65

18. Gospodarevskaya E. Post-traumatic stress disorder and quality of life in sexually abused Australian children. *J Child Sex Abus*. 2013;22(3):277-96

19. Berkowitz CD. Medical consequences of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1998 Jun;22(6):541-50; discussion 551-4

20. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, Elamin MB, Seime RJ, Shinozaki G, Prokop LJ, Zirikzadeh A. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc*. 2010 Jul;85(7):618-29

21. Senn TE, Carey MP, Venable PA. Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(5):711–35

22. Homma Y, Wang N, Saewyc E, Kishor N. The relationship between sexual abuse and risky sexual behavior among adolescent boys: a meta-analysis. *J Adolesc Health*. 2012 Jul;51(1):18-24

23. Scheidell JD, Kumar PC, Campion T, Quinn K, Beharie N, McGorray SP, Khan MR. Child Sexual Abuse and HIV-Related Substance Use and Sexual Risk Across the Life Course Among Males and Females. *J Child Sex Abus*. 2017 Jul;26(5):519-534

24. Schilling S, Samuels-Kalow M, Gerber JS, Scribano PV, French B, Wood JN. Testing and Treatment After Adolescent Sexual Assault in Pediatric Emergency Departments. *Pediatrics*. 2015 Dec;136(6):e1495-503
25. Merchant RC, Kelly ET, Mayer KH, Becker BM, Duffy SJ, Pugatch DL. Compliance in Rhode Island emergency departments with American Academy of Pediatrics recommendations for adolescent sexual assaults. *Pediatrics*. 2008 Jun;121(6):e1660-7
26. WHO Clinical Guidelines : Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused. Geneva: World Health Organization; 2017. [Internet]. Disponible sur : <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/clinical-response-csa/en/>
27. Haute Autorité de Santé. Repérage et signalement des violences sexuelles intrafamiliales chez le mineur. Mai 2011. [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1067136/fr/reperage-et-signalement-de-linceste-par-les-medecins-reconnaitre-les-maltraitances-sexuelles-intrafamiliales-chez-le-mineur
28. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH – Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES) chez l'adulte et l'enfant. Sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du Conseil National du Sida et des hépatites virales et de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales. [Internet]. Disponible sur : <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>
29. Code Pénal. Section 3 : Des agressions sexuelles (articles 222-22 à 222-33-1). Articles 222-22 et 222-23. [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006165281/2020-11-08/>.
30. Code Pénal. Section 5 : De la mise en péril des mineurs (articles 227-15 à 227-28-3). Article 227-25. [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000037289518/2018-08-06/>

31. Code Pénal. Section 1 : Des entraves à la saisine de la justice (articles 431-1 à 431-7). Article 434-3. [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000037289453/2018-08-06/>
32. Conseil national de l'ordre des médecins. Code de déontologie médicale. Devoirs envers les patients (articles 32 à 55). Article 43 – Protection de l'enfance. [Internet]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-43-protection-lenfance>
33. Conseil national de l'ordre des médecins. Code de déontologie médicale. Devoirs envers les patients (articles 32 à 55). Article 44 – Sévices. [Internet]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-44-sevices>
34. Code de l'action sociale et des familles. Partie réglementaire. Livre II. Titre II. Chapitre VI. Section 2 bis : Information Préoccupante (article R226-2-2). [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000028251430/2015-03-22/>
35. Code Civil. Livre Ier. Titre IX. Chapitre Ier. Section 2 : De l'assistance éducative. Article 375. [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000032207495/2016-03-16/>
36. Code de l'action sociale et des familles. Partie législative. Livre II. Titre II. Chapitre VI. Article L 226-4. [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000032207374/2016-03-16/>
37. Solís-García G, Marañón R, Medina Muñoz M, de Lucas Volle S, García-Morín M, Rivas García A. Child abuse in the Emergency department: Epidemiology, management, and follow-up. *An Pediatr (Barc)*. 2019 Jul;91(1):37-41.
38. Helton JJ, Carbone JT, Vaughn MG, Cross TP. Emergency Department Admissions for Child Sexual Abuse in the United States from 2010 to 2016. *JAMA Pediatr*. 2019 Nov 4;174(1):1-3

39. O'Leary PJ, Barber J. Gender differences in silencing following childhood sexual abuse. *J Child Sex Abus.* 2008;17(2):133-43
40. Loinaz I, Bigas N, de Sousa AM. Comparing intra and extra-familial child sexual abuse in a forensic context. *Psicothema.* 2019 Aug;31(3):271-276
41. Hoehn EF, Overmann KM, Fananapazir N, Simonton K, Makoroff KL, Bennett BL, Duma EM, Murtagh Kurowski E. Improving Emergency Department Care for Pediatric Victims of Sexual Abuse. *Pediatrics.* 2018 Dec;142(6):e20181811
42. Gordon S, Jaudes PK. Sexual abuse evaluations in the emergency department: is the history reliable? *Child Abuse Negl.* 1996 Apr;20(4):315-22
43. Floyed RL, Hirsh DA, Greenbaum VJ, Simon HK. Development of a screening tool for pediatric sexual assault may reduce emergency-department visits. *Pediatrics.* 2011 Aug;128(2):221-6
44. Ward MG, Bennett S, Plint AC, King WJ, Jabbour M, Gaboury I. Child protection: a neglected area of pediatric residency training. *Child Abuse Negl.* 2004 Oct;28(10):1113-22
45. Dubow SR, Giardino AP, Christian CW, Johnson CF. Do pediatric chief residents recognize details of prepubertal female genital anatomy: a national survey. *Child Abuse Negl.* 2005 Feb;29(2):195-205
46. Starling SP, Heisler KW, Paulson JF, Youmans E. Child abuse training and knowledge: a national survey of emergency medicine, family medicine, and pediatric residents and program directors. *Pediatrics.* 2009 Apr;123(4):e595-602
47. Bechtel K, Ryan E, Gallagher D. Impact of sexual assault nurse examiners on the evaluation of sexual assault in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care.* 2008 Jul;24(7):442-7
48. CNAMTS. Point de conjoncture n°7 : La consommation de soins des enfants de moins de 3 ans. 2002. [Internet]. Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Point_conjuncture_07.pdf

ANNEXE

ACCUEIL AUX URGENCES PÉDIATRIQUES DES ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS VICTIMES D'AGRESSIONS SEXUELLES

Une agression sexuelle est un acte d'exhibition ou « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, sur la personne d'autrui, par violence, contrainte ou surprise » (Code pénal).

Lors de l'accueil d'un enfant aux urgences, les questions à se poser sont :

- y a-t-il eu pénétration ? y a-t-il des soins à faire ?
 - o pansement, suture
 - o tri ou bithérapie anti VIH
 - o vaccination contre l'hépatite B
 - o contraception orale
- l'enfant peut-il regagner son domicile (les détenteurs de l'autorité parentale sont-ils protecteurs ?)

Il n'y a pas d'urgence à réaliser un certificat médical, notamment en absence de pénétration ou de faits anciens.

Caresse, attouchements, exhibition ne sont pas des urgences sauf si les détenteurs de l'autorité parentale ne sont pas protecteurs

MODALITES D'ADMISSION AUX URGENCES PEDIATRIQUES

Tableau I

1. L'enfant est amené aux urgences pédiatriques par les services de police après réquisition pour le médecin légiste, la prise en charge est assurée conjointement par le médecin légiste, le pédiatre et si nécessaire le gynécologue de garde (bloc obstétrical : 37517).

2. L'enfant est amené sans réquisition du médecin légiste :

- * par ses parents, un ami, un éducateur, une institutrice après passage par les services de police qui n'ont pas voulu enregistrer la plainte et envoient l'enfant pour « certificat médical »,
- * par ses parents, un ami, un éducateur, une institutrice sans passage par les services de police,
- * pour « autre chose » (éventuellement maltraitance sans évocation d'abus sexuels) et l'examen clinique permet d'évoquer ces abus.

Les faits sont récents, datant de moins de 5 jours, le médecin légiste intervient.

LES MEDECINS LEGISTES TRAVAILLENT UNIQUEMENT SUR REQUISITION,
sinon les prélèvements ne seront pas scellés et n'auront pas de valeur judiciaire.

NE SONT PAS DES URGENCES MEDICALES OU JUDICIAIRES

Tableau II

- **les faits « anciens », datant de plus de 5 jours** : le pédiatre juge de l'urgence de la prise en charge médicale (soins) et psychologique, l'enfant est toujours examiné afin de s'assurer qu'il n'y a pas de soins à réaliser.

S'il est nécessaire de protéger l'enfant, il est hospitalisé, si nécessaire (non adhésion des détenteurs de l'autorité parentale) après ordonnance de placement provisoire, obtenue en signalant le cas au substitut du procureur (cf tableau XII).

Si les détenteurs de l'autorité parentale veulent qu'un médecin légiste soit requis pour l'examen de l'enfant, il leur est indiqué qu'ils doivent porter plainte. Le dossier est déposé dans le casier du Dr Matthews pour évaluation approfondie ultérieure. Le dossier doit comporter les identités, adresses et numéros de téléphone des 2 parents, et de tous les intervenants connus (assistante sociale, institutrice, témoin...).

- **les suspicions d'attouchement, notamment au cours des procédures de divorce ou de séparation des parents.** En cas d'admission aux urgences pour ce motif, quelle que soit la personne qui accompagne l'enfant, il est examiné afin de s'assurer qu'il n'y a pas de soins urgents à faire (suture, pansement...). **Seuls les parents sont habilités à reprendre leur enfant.** Si les 2 parents sont détenteurs de l'autorité parentale, ils ont tous les 2 le droit de connaître la venue aux urgences, son motif et sa conclusion. **Il est rappelé aux parents qu'un examen clinique normal n'élimine en rien des caresses.** Aucun certificat médical n'est rédigé.

- S'il est nécessaire de protéger l'enfant il est hospitalisé, si nécessaire (non adhésion des détenteurs de l'autorité parentale) après ordonnance de placement provisoire, obtenue en signalant le cas au substitut du procureur (cf tableau XII). Si les détenteurs de l'autorité parentale veulent qu'un médecin légiste soit requis pour l'examen de l'enfant, il leur est indiqué qu'ils doivent porter plainte. Le dossier est déposé dans le casier du Dr Matthews pour évaluation approfondie ultérieure. Le dossier doit comporter les identités, adresses et numéros de téléphone des 2 parents, et de tous les intervenants connus (assistante sociale, institutrice, témoin...).

- **Les jeux sexuels entre enfants ne sont pas pathologiques** : la curiosité sexuelle et les jeux sexuels existent entre enfants **du même sexe, de sexe opposé et de la même classe d'âge, et sont caractérisés par l'absence de violence physique, de menace, d'intimidation, de peur, de chantage, de coercition.** Ce sont des jeux sans caractère envahissant ni compulsif, susceptibles de s'arrêter si l'adulte y met un terme.

SONT DES URGENCES MEDICOJUDICIAIRES

Tableau III

- les faits datant de moins de 5 jours pour la constatation des lésions cliniques récentes. Il est souvent nécessaire d'hospitaliser l'enfant pour le mettre en sécurité, pour s'assurer que les démarches sociales sont faites, pour débiter les soins et la prise en charge psychologique.

- pour les autres aspects de la prise en charge, les délais sont plus courts : délais maximaux :

- 24 à 96 heures selon le site pour la recherche de spermatozoïdes
- 72 heures pour la contraception orale
- 48 heures pour le traitement antirétroviral
- 7 jours pour la prévention de l'hépatite B.

- les services de police ont souvent une conception différente de l'urgence : si le suspect est en garde à vue, l'examen devient urgent quelle que soit l'ancienneté des faits. Le médecin légiste est requis et l'enfant est parfois amené aux urgences pédiatriques.

CAS PARTICULIER DES DETENTEURS DE L'AUTORITE PARENTALE OU DES ADOLESCENTS NE VOULANT PAS PORTER PLAINTÉ :

- l'enfant est soigné si nécessaire
- il est hospitalisé si les détenteurs de l'autorité parentale ne sont pas protecteurs, si nécessaire (non adhésion des détenteurs de l'autorité parentale) après ordonnance de placement provisoire obtenue en signalant le cas au substitut du procureur (cf tableau XII)
- le cas est discuté avec le Dr Matthews ou le Dr Bontemps ou le Dr Diallo le lendemain

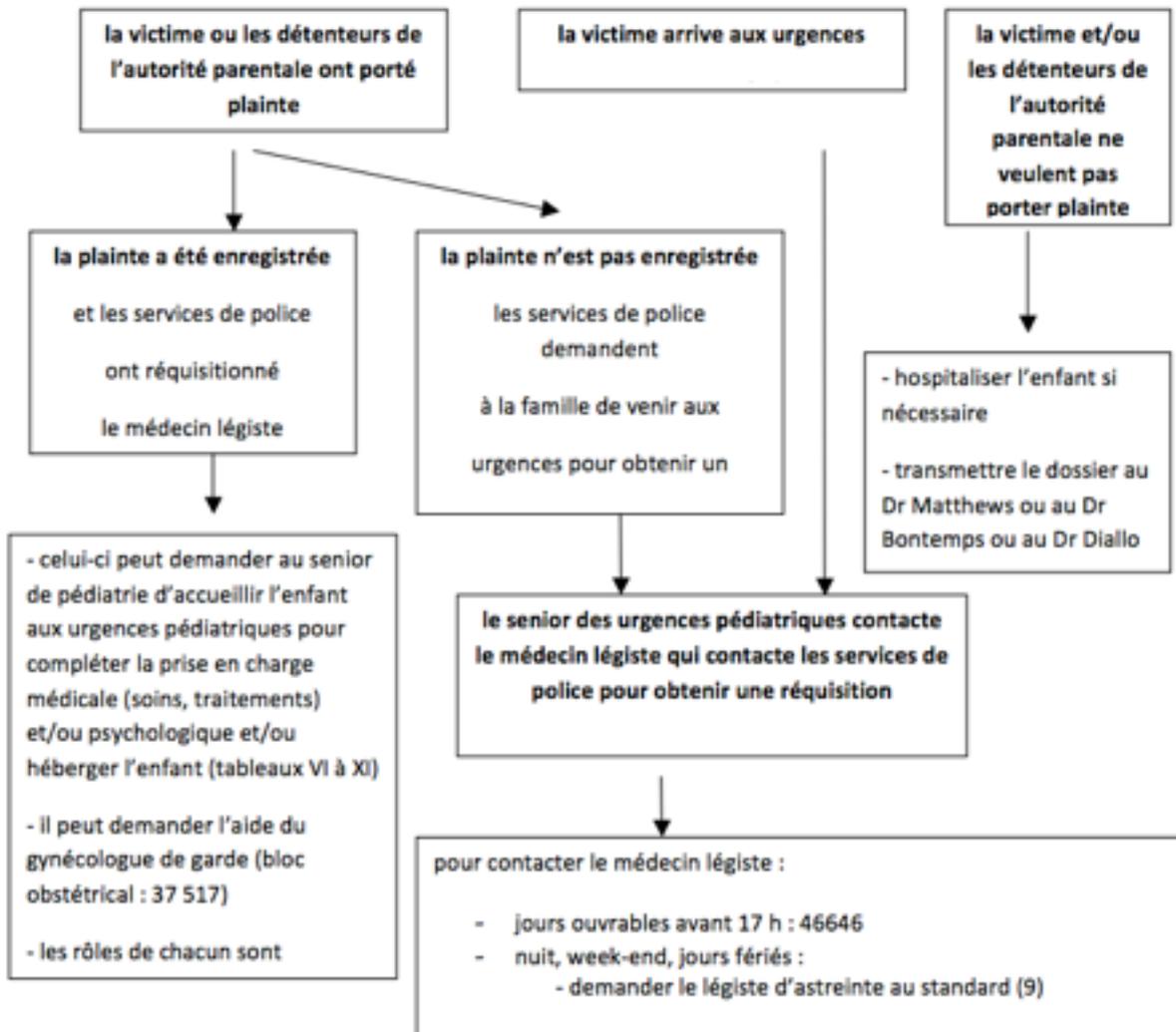
CAS PARTICULIER DES PARENTS AUTEURS DE SEVICES :

en cas de suspicion, il faut hospitaliser l'enfant pour le protéger, si nécessaire (non adhésion des détenteurs de l'autorité parentale) après ordonnance de placement provisoire, obtenue en signalant le cas au substitut du procureur (cf tableau XII) : donner aux parents, pour justifier l'hospitalisation, le motif de la surveillance, des soins ou de bilans afin de comprendre ce qui s'est passé

•

Accueil aux urgences pédiatriques des mineurs de moins de 18 ans victimes de violences sexuelles récentes (≤ 5 jours)

Tableau IV



NE PAS ENVOYER LES DETENTEURS DE L'AUTORITE PARENTALE NI LA VICTIME AU COMMISSARIAT POUR PORTER PLAINE MAIS LES GARDER AUX URGENCES ET TELEPHONER AU COMMISSARIAT EN DEMANDANT LA REQUISITION DU MEDECIN LEGISTE

SAUF HORS DELAIS (faits datant de plusieurs mois par exemple)

Rôle de chacun dans les démarches

Tableau V

- **Médecin légiste :**
 - appelle les services de police pour avoir une réquisition (Brigade des mineurs dans les heures ouvrables)
 - décrit les lésions et fait les prélèvements (tableau XI)
 - rédige le certificat
 - si nécessaire c'est lui qui ira aux assises
- **Gynécologue (CCA ou PH de garde, appel par le bloc obstétrical : 37 517) :**
 - aide le légiste pour les constatations
- **Pédiatre :**
 - accueille l'enfant (pas d'examen gynéco ni de toilette avant l'arrivée du légiste)
 - conserve les vêtements portés par la victime dans une enveloppe de papier kraft
 - prescrit les traitements : contraception, antibiotiques, prévention VIH, hépatite B (tableaux VI à XI)
 - si nécessaire garde l'enfant en hospitalisation
 - peut être requis également
 - examen réalisé en dualité d'experts pédiatre et médecin légiste

**Ne pas oublier les éventuels prélèvements à visée toxicologique :
urines congelées, ongles et cheveux des victimes**

Bilan biologique initial

- recherche de spermatozoïdes (en médecine légale)
- recherche d'ADN (penser à identifier la victime)(en médecine légale)
- **recherche toxicologiques** chez la victime si nécessaire : confusion, amnésie, ivresse, hallucinations, hébétéude, malaise, hypotonie, hypotension, bradycardie...
 - penser à congeler des urines, à prélever des ongles et des cheveux
 - la recherche de toxiques urinaires se fait selon le protocole « soumission chimique » : bon particulier dans Cirus
- **βHCG**
- **recherche MST :**
 - PCR gonocoque et chlamydia trachomatis dans les urines
 - +/- gorge, vagin, anus, urètre (en médecine légale)
- **sérologies :**
 - VIH 1 et 2
 - Hépatite B : Ag HBs, Ac anti HBc, Ac anti HBs
 - Hépatite C
 - VDRL, TPHA
- **bilan pré-thérapeutique si traitement antirétroviral :**
 - NF, plaquettes, créatinine, urée, TGO, TGP, lipase

I appeler le labo (32598 en garde, 36622 aux heures ouvrables) + prévenir RTE (30017) demander sérologies VIH, VHB et VHC en URGENCE car AES (obtention des résultats dans les 2 heures)

Prévention de la grossesse

- faire β HCG
- Ellaone® : idéal = dans les 72 heures
 - 1 cp
 - effets secondaires : nausées, vomissements, céphalées, douleurs abdominales, vertiges, tension mammaire
 - dans la pharmacie du service (sinon faire appel à l'interne de garde en pharmacie)

Prévention des maladies infectieuses bactériennes

- vis-à-vis chlamydia trachomatis, gonocoque, syphilis
- Dépistage systématique par sérologie syphilis + recherche gonocoque et chlamydia trachomatis dans les urines par PCR
- pas de traitement prophylactique systématique
- traitement curatif si dépistage positif
- si infection à chlamydia trachomatis : Azithromycine® : 4 cps en prise unique ou Docycycline® : 2 cps/j pendant 7 jours
- si infection à gonocoque : Rocéphine® voie parentérale IV ou IM : 1 injection de 250 mg (patients > 40 kg uniquement, pour les plus jeunes enfants avis infectieux le lendemain si horaire de garde)
- NB : si d'emblée doute sur suivi médical ultérieur possible en raison du contexte social, possibilité d'administrer d'emblée l'Azithromycine et la Rocéphine en prise unique lors du passage au urgences pour l'agression

Prévention du VIH

- **Haut risque de contamination virale en raison des lésions muqueuses fréquentes**
- **Prendre avis auprès du Dr Mazingue (TSI : 31190) ou Dr Lagrée (TSI : 32881) ou Dr Diallo (TSI : 31462)**
- **Mise en route du traitement si agresseur VIH+ ou statut inconnu**

Contrairement à la rareté des cas d'infection par blessure, l'exposition sexuelle est à l'origine de cas rapportés de contamination d'enfants et représente un risque réel pour lequel une prophylaxie maximale s'impose. *Morlat 2017*

Tableau 1 : Indications de TPE après exposition sexuelle

	Statut VIH de la personne source			
	Positif		Inconnu	
Risque et nature de l'exposition	CV détectable	CV < 50 copies/ml *	Groupe à prévalence élevée**	Groupe à prévalence faible ou inconnue
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive avec éjaculation	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé

* Dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est régulièrement indétectable, il est légitime de ne pas traiter. Il est recommandé de ne contrôler la charge virale du patient source que si le dernier contrôle biologique notant une CV indétectable date de plus de six mois ou si existent des doutes sur la bonne observance aux ARV du patient source. Dans ces situations un TPE peut être instauré en urgence mais il devra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition).

** Groupe à prévalence élevée: HSH multipartenaires, travailleurs du sexe, ou personne originaire de région à prévalence du VIH >1 % (Afrique, Caraïbes dont Antilles françaises, Amérique du Sud dont Guyane, Asie), ou usager de drogue injectable.

- **Si statut VIH de l'agresseur inconnu et doute sur groupe de prévalence ne pas hésiter à débiter le traitement (principe de précaution) +++**
- **Mise en route du traitement dans les 48 H**
- **Trithérapie** : kit d'urgence disponible dans la pharmacie du service
 - **≥ 12 ans et 35 kgs** : Eviplera® (posologies ci-dessous)
 - **< 12ans** : Epivir® + Retrovir® + Isentress® (posologies ci-dessous)
- **+ Ordonnances à faxer à la pharmacie centrale (46025) ++++** avec la mention : « 100% dans le cadre d'un AES » pour délivrance hospitalière gratuite (pour le renouvellement de la dotation du service). En garde laisser le dossier de côté pour transmission le lendemain matin.
- **Suivi** : un suivi sérologique doit être réalisé à distance quelle que soit la décision de traitement :
 - Si trithérapie : Dr Mazingue (31190) ou Dr Lagrée (32881) ou Dr Diallo (31462) consultation à H48 (37815)
 - En absence de trithérapie : Dr Matthews à 1 mois (37815)

POSOLOGIE DES ANTIRETROVIRAUX :

Enfant ≥ 12 ans et 35 kgs : Eviplera®

- **Eviplera®** (ténofovirDF/emtricitabine + rilpivirine)

1 cp / jour à prendre au cours d'un repas

IPP contre-indiqués

Alternatives après avis infectieux:

- **Truvada®** (ténofovirDF/emtricitabine) 1cp / jour

+ **Edurant® 25 mg** (Rilpivirine) 1cp / jour

Ou

- **Truvada®** (ténofovirDF/emtricitabine) 1cp / jour

+ **Isentress®** (Raltegravir) 400 mg 1 cp 2 fois / jour

Ou

- **Truvada®** (ténofovirDF/emtricitabine) 1cp / jour

+ **Prezista®** (darunavir) 800 mg 1 cp / jour si poids > 40 kg ; 675 mg 1 cp/jour si poids entre 30 et 40 kg

+ **Norvir®** (ritonavir) 100 mg 1 cp/jour

Enfant < 12ans : AZT + 3TC + raltegravir

- **Epivir®** (lamivudine=3TC) AMM à partir de 3 mois, suspension buvable à 10 mg/ml et cp à 150 mg

En solution buvable :

4 mg/kg, 2 fois/ jour (max 150 mg x 2 / jour)

En comprimés :

14-21 kg : ½ cp à 150 mg x 2/jour

21-30 kg : ½ cp à 150 mg matin et 1 cp à 150 mg soir

➤ > 30 kg : 1 cp à 150 mg x 2/jour

+ Retrovir® (zidovudine=AZT)

Suspension buvable à 100 mg/10ml ou gélule à 100 mg ou gélule à 250 mg AMM à partir de la naissance

En solution buvable :

4-8 kg : 12 mg/kg x 2/jour

9-29 kg : 9 mg/kg x 2 / jour (max 300 mg x 2/jour)

En gélules :

8-13 kg : 1 gel. 100 mg x 2/jour

14-21 kg : 1 gel. 100 mg matin + 2 gel 100 mg soir

22- 27 kg: 2 gel 100 mg x 2/jour

28-30 kg: 1 gel 250 mg x 2 /jour

+ Isentress® (raltégravir)

Granulés pour suspension buvable 20 mg/ml ; cp à croquer 25, 100 mg et cp pelliculé à 400 mg, AMM à partir de 4 semaines

Posologies en fonction du poids cf tableaux ci-dessous

Tableau 1 : Posologie recommandée⁽¹⁾ d'Isentress, granulés pour suspension buvable et comprimés à croquer, chez les enfants de moins de 25 kg

Poids corporel (kg)	Volume (dose) de suspension à administrer	Nombre de cp à croquer
De 3 kg à < 4 kg	1 mL (20 mg) 2 fois/jour	
De 4 kg à < 6 kg	1,5 mL (30 mg) 2 fois/jour	
De 6 kg à < 8 kg	2 mL (40 mg) 2 fois/jour	
De 8 kg à < 11 kg	3 mL (60 mg) 2 fois/jour	
De 11 kg à < 14 kg ⁽²⁾	4 mL (80 mg) 2 fois/jour	3 = 25 mg 2 fois/jour
De 14 kg à < 20 kg ⁽²⁾	6 mL (100 mg) 2 fois/jour	1 = 100 mg 2 fois/jour
De 20 kg à < 25 kg		1,5 = 100 mg ⁽¹⁾ 2 fois/jour

Tableau 2 : Posologie recommandée⁽¹⁾ d'Isentress comprimés à croquer chez les enfants d'au moins 25 kg

Poids corporel (kg)	Dose	Nombre de cp à croquer
De 25 kg à < 28 kg	150 mg 2 fois/jour	1,5 = 100 mg ⁽¹⁾ 2 fois/jour
De 28 kg à < 40 kg	200 mg 2 fois/jour	2 = 100 mg 2 fois/jour
Au moins 40 kg	300 mg 2 fois/jour	3 = 100 mg 2 fois/jour

Alternatives enfants à partir de 3 ans après avis infectieux:

- **Eplivir®** (lamlivudine=3TC) : posologie cf supra

+ **Retrovir®** (zidovudine=AZT) posologie cf supra

+ **Prezista®** (darunavir) posologie cf tableau ci-dessous

Suspension buvable 100 mg/ml ; cp à 75, 150, 400, 600, 800 mg, AMM à partir de 3 ans et ≥ 15 kg

+ **Norvir®** (ritonavir) posologie cf tableau ci-dessous

Suspension buvable 100 mg/ml ; cp à 100 mg

Dose recommandée de PREZISTA et de ritonavir ⁽¹⁾ chez les enfants et adolescents naïfs de traitement	
Poids (kg)	Dose (une fois par jour au cours d'un repas)
≥ 15 kg à < 30 kg	600 mg (6 ml) PREZISTA/100 mg (1,2 ml) ritonavir une fois par jour
≥ 30 kg à < 40 kg	675 mg (6,8 ml) ⁽²⁾ PREZISTA/100 mg (1,2 ml) ritonavir une fois par jour
≥ 40 kg	800 mg (8 ml) PREZISTA/100 mg (1,2 ml) ritonavir une fois par jour

Prévention de l'hépatite B et C

- en absence de vaccination ou en cas de vaccination douteuse ou incomplète : **une injection de vaccin anti hépatite B** (la vaccination anti-VHB doit être débutée au mieux dans les 72 heures suivant l'exposition, éventuellement jusqu'à J7)
- **EngerixB10** jusqu'à 15 ans inclus, **EngerixB20** à partir de 16 ans
- poursuite ou non de la vaccination initiale fonction des résultats de la sérologie initiale
- **Immunoglobulines (Ig) spécifiques** doivent être administrées dans les 72 heures suivant les faits, si patient(e) non immunisée contre VHB (Ac anti HBs < 10) et statut VHB de l'agresseur connu positif ou inconnu et si absence d'utilisation de ténofovir en traitement post-exposition (c'est-à-dire si pas de traitement par Eviplera® ou truvada®), par voie IM **500 unités si > 40 kgs** , **8-12 UI/kg sans dépasser 500 si < 40 kgs** (2 dosages : 1ml/100 UI et 5ml/500 UI)
- **il n'y a pas de traitement préventif de l'hépatite C**

Autres traitements

- **discuter :**
 - **antalgiques**
 - **savons locaux antiseptiques**
 - **traitement anxiolytique bref**
 - **traitement de l'intoxication éventuelle associée**

Quelques numéros de téléphone et de fax utiles

- **Heures ouvrables UNIQUEMENT :**
 - Consultations médico judiciaires : 46646
 - Parquet des mineurs : 03 20 78 33 94
 - Fax : 03 20 78 34 71
 - Magistrat direct : 03 20 78 33 93
 - Brigade des mineurs de Lille : 03 20 12 51 51
 - Assistantes sociales de l'hôpital Salengro : 31467-31468
- **Heures ouvrables et non ouvrables :**
 - Commissariat central : 03 20 62 47 92
 - ont la liste d'astreinte des médecins légistes
 - contactent le substitut du procureur
 - Service des maladies infectieuses Tourcoing : 0320 69 46 64 ou 21 110 et demander l'infectiologue de garde
 - Bloc obstétrical : demander PH de garde : 37 517
- **Pour en savoir plus :**
 - **Le praticien face aux violences sexuelles (contient des modèles de certificat) est dans les protocoles du service et accessible par internet sur le site du ministère de la santé (cliquer sur accès thématique à tous les dossiers, puis « V », puis praticien face aux violences)**

AUTEUR : Nom : COINTE**Prénom :** Marianne**Date de soutenance :** 27 Novembre 2020**Titre de la thèse :** Epidémiologie et prise en charge des patients présumés victimes de violence sexuelle aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire de Lille**Thèse - Médecine - Lille 2020****Cadre de classement :** Médecine**DES + spécialité :** Pédiatrie**Mots-clés :** Violence sexuelle, urgences pédiatriques, épidémiologie**Résumé :**

Introduction : Les violences sexuelles contre les enfants sont une violation grave et insupportable de leurs droits. En France, on estime que 130 000 filles et 35 000 garçons sont victimes de viols et de tentatives de viol chaque année. L'objectif était de décrire l'épidémiologie et la prise en charge des enfants suspects de violence sexuelle consultant aux urgences pédiatriques.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude descriptive, rétrospective, monocentrique portant sur les mineurs de moins de 15 ans et 3 mois, présumés victimes de violence sexuelle, ayant consulté aux urgences pédiatriques du CHU de Lille entre le 01/01/2018 et le 31/12/2019.

Résultats : Au total, 92 passages aux urgences pédiatriques sur une période de 24 mois, concernaient des violences sexuelles, soit 0,16% des consultations. On dénombrait 44 enfants présumés victimes de viol, 48 d'une agression sexuelle autre. Les enfants concernés étaient majoritairement de sexe féminin (79%). L'agresseur présumé était connu de l'enfant dans 70% des cas. Un tiers environ des enfants (36%) était évalué par l'équipe de psychiatrie, un état de stress aigu était diagnostiqué chez 20% des enfants consultant pour une allégation de viol. Tous les enfants présumés victimes de viol ne recevaient pas les soins et examens complémentaires recommandés par le protocole existant. Les points les mieux suivis du protocole étaient : la réalisation du dosage des HCG chez la jeune fille en âge de procréer (100%) et l'introduction d'une contraception d'urgence dans les 72 heures suivant l'agression présumée (96%). Les points les moins bien suivis étaient la réalisation d'une vaccination VHB en cas de vaccination douteuse ou incomplète (48%) et la réalisation d'un bilan complet d'IST (79%). Le fait d'être une fille (OR : 15,5, IC95% [2,13-100] ; p : 0,0019) et l'âge supérieur à 11 ans (OR : 10,11, IC95% [1,45-89,09] ; p : 0,007) étaient significativement liés à la réalisation d'un bilan d'IST complet. Les suivis proposés en pédiatrie sociale ou infectiologie pédiatrique au décours de l'évaluation initiale aux urgences étaient insuffisamment réalisés pour les enfants suspects de viol.

Conclusion : Tous les huit jours environ, un enfant consultant aux urgences pédiatriques est présumé victime d'une violence sexuelle. Notre étude plaide pour une meilleure formation des équipes médicales et paramédicales à la prise en charge de ces patients et pour l'accès à la formation initiale et continue en protection de l'enfance.

Composition du Jury :**Président :** Pr Alain Martinot**Assesseurs :** Pr François DUBOS, Pr François MEDJKANE, Dr Anne MATTHEWS**Directeur de thèse :** Dr Diariatou DIALLO