HAL
open science

Caractéristiques médico-légales de l'examen gynécologique normal comparé à celui de victimes d'agression sexuelle

Julie Lejeune

To cite this version:

Julie Lejeune. Caractéristiques médico-légales de l'examen gynécologique normal comparé à celui de victimes d'agression sexuelle. Sciences du Vivant [q-bio]. 2011. hal-01734177

HAL Id: hal-01734177

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734177

Submitted on 14 Mar 2018

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

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1 FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
2011 N°

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

en Gynécologie Médicale

par

Julie LEJEUNE

le 26 Octobre 2011

Caractéristiques médico-légales de l'examen gynécologique normal comparé à celui de victimes d'agression sexuelle

Examinateurs de la thèse :

M. Henry COUDANE	Professeur		Président
M. Serge BRIANÇON	Professeur	}	
M. Georges WERYHA	Professeur	}	
Mme Frédérique GUILLET-MAY	Docteur en Médecine	}	Juges
M. Laurent MARTRILLE	Maître de Conférences	}	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen *Mission « Finances » :* Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « *Recherche »* : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :	
- 1er Cycle :	**Professeur Bruno CHENUEL**
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	**M. Christophe NÉMOS**
- 2ème Cycle :	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3ème Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	**Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
« DES Spécialité Médecine Générale	**Professeur Francis RAPHAËL**
- Filières professionnalisées :	**M. Walter BLONDEL**
- Formation Continue :	**Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Commission de Prospective :	**Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- Développement Professionnel Continu :	**Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN – Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL
Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ –
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

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

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

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

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

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : ***(Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)***

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2ème sous-section : ***(Réanimation médicale ; médecine d'urgence)***

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

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

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

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

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

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

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

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT
4ème sous-section : ***(Urologie)***
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME
2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***
Professeur P. MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO
2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***
Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***
Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO
4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ
3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

==========

I. PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

==========

II. MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ
2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***
Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER
3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Docteur Aude BRESSENOT

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT
Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND
Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN
2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***
Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteur Isabelle THAON
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***
Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***
Docteur Lina BOLOTINE
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

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

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50ème Section : RHUMATOLOGIE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteur Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Docteur Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
3ème sous-section :
Docteur Olivier MOREL
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

==========

III. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS –
Madame Natalia DE ISLA Madame Nathalie MERCIER
66ème section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale
Professeur associé Francis RAPHAEL

IV. MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON

========

V. PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeur Simone GILGENKRANTZ Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN *(à c. 1.12.2011)* - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Colette VIDAILHET Professeur Michel VIDAILHET

========

VI. DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

DEDICACES

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Henry Coudane

Doyen de la Faculté de Médecine de Nancy
Chevalier de l'Ordre National de la Légion d'Honneur
Chevalier de l'Ordre National du Mérite
Officier de l'Ordre des Palmes Académiques
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Médecine légale et droit de la santé)
Chef du service de Médecine Légale

Vous me faites l'honneur et l'immense plaisir de présider ce jury de thèse.

Vous m'honorez en évaluant ce travail.

Veuillez recevoir mes plus vifs remerciements et l'expression de mon plus profond respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Serge Briançon

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)
Chef du service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Dans l'élaboration de cette thèse, j'ai pu apprécier votre disponibilité et bénéficier de vos précieux conseils.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Veuillez accepter l'expression de ma respectueuse gratitude.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Georges Weryha

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques, gynécologie médicale)
Chef du service d'Endocrinologie

Je vous remercie respectueusement d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Vous avez été l'initiateur de ce travail.

Au cours de mes études, j'ai pu apprécier vos qualités de pédagogue et d'humanisme.
Votre enseignement fut pour moi des plus enrichissants.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

A notre Juge

Madame le Docteur Frédérique Guillet-May

Docteur en Médecine – Praticien Hospitalier
(Gynécologie-Obstétrique, reproduction)

Avec gentillesse, vous avez également accepté d'estimer ce travail.

Veuillez recevoir le témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

A notre Juge et Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Laurent Martrille

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

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Vous avez été le co-initiateur de cette thèse.

Tout au long de ce travail, j'ai pu bénéficier de votre indéfectible présence.
Sans vous, l'élaboration de travail aurait été moins passionnante.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de ma profonde estime.

Je remercie les personnes ayant participé à l'élaboration de ce projet :

Je remercie tous mes collègues briotins qui m'ont aidé dans la réalisation de mes consultations. Tout particulièrement, je tiens à remercier chaleureusement Melle le Docteur Danièle Perrin, qui par son infaillible présence nous donne l'envie et la passion d'exercer la gynécologie comme un art de vivre.

Je remercie l'équipe du secrétariat de la maternité de l'hôpital Maillot de Briey : Babeth, Delphine, Mina, Marie-Brigitte, qui m'ont permis d'imprimer tous mes questionnaires en temps et en heure, et qui ont fait en sorte que les consultations se passent dans la joie et la bonne humeur, autour d'un café et de chocolats…Et merci tout particulièrement à Babeth pour « tes soirées du mercredi » !!

Je remercie également Mme Isabelle Beauquel du secrétariat d'AMP de la maternité régionale Adolphe Pinard de Nancy, qui m'a généreusement aidé dans la recherche et la consultation des dossiers de victimes d'agression sexuelle. Je vous remercie pour votre disponibilité et de la diligence de vos réponses à mes demandes d'information itératives.

Je remercie l'équipe du Service d'Epidémiologie et d'Evaluations Cliniques du CHU de Nancy qui m'a aidé pour la réalisation des aspects logistiques et méthodologiques de mon travail. Je les remercie pour leur participation scientifique.

Je remercie enfin mes proches et ma famille :

A mes ancien(ne)s co-internes : à Aude (et Nico aussi !), à Sophie, à Hélène, à Camille, à Ben, à Elias, à Joël, et tous les autres…, sans qui les semestres auraient été moins drôles. Spéciales dédicaces aux pots de service briotins, aux soirées déguisées thionvilloises (et aux lendemains de soirée au 93), aux sphincters…

Aux résistants nancéens survivants du « GM power » (et à celles qui ont migré vers d'autres contrées): Cécile, Imane, Hélène, Mélanie, Nelly et …Miki ! Merci pour tes conseils engagés, justes et censés, qui permettent toujours de « rebooster » les troupes et de trouver la force de nous battre contre « les autres »… ☺

A Marie, Sophie, Stéphane, Pichon, Laurène, Greg, Valentine, Yanis…et toute la clique du « 14200 » : je les remercie pour leur soutien intangible, mais aussi pour les moments de détente passés ensemble. Malgré les années, la distance et des chemins différents, nous restons les mêmes...encore et toujours ! Comme quoi, tout est possible, même après un passage par le quartier du bois et une scolarité à Boisrobert!!

A Camille, Sophie, Steph', Oph'….A nos sous colles, nos fous-rires, nos coups de blues, nos coups de stress, à nos vacances, à nos délires, à nos soirées « grey's anatomy-rosé à pépère »…et à toutes les autres (dont celles à venir !!)

A Alex, le frérot, pour sa présence, en toutes circonstances...

A mes parents, pour tout…tout le temps, depuis 29 ans… Merci d'avoir cru en moi, de m'avoir soutenu, encouragé, épaulé et surtout supporté.

A Igor…merci de croire en moi.

A ma famille. A votre indéfectible soutien, malgré mes absences.

A Jean-Claude et Françoise, aux déjeuners du samedi midi et à la sole meunière !!

Et bien sûr, à Guilhem, sans qui je ne serai pas celle que je suis aujourd'hui…Merci pour ton aide, ton soutien, ta patience, tes conseils, ton éternelle motivation pour tout….vivement le 26 Mai prochain!!!
A nous, tout simplement...

Merci à tous de m'avoir soutenue et supportée pendant toutes ces années et je l'espère pour longtemps encore !

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION 39

II. PREMIERE PARTIE : THEORIE ET ETAT DES CONNAISSANCES 41

II.1. DEFINITIONS ET ABREVIATIONS 41

II.1.1. Définitions 41

II.1.2. Abréviations 43

II.2. EMBRYOLOGIE ET ANATOMIE GENITALES FEMININES 45

II.2.1. Embryologie génitale féminine 45

II.2.2. Anatomie de l'appareil génital de la femme 47

II.2.2.1. Appareil génital externe 47

II.2.2.1.1. Grandes lèvres 47

II.2.2.1.2. Petites lèvres 48

II.2.2.1.3. Clitoris 48

II.2.2.1.4. Fourchette postérieure 49

II.2.2.1.5. Glandes vulvaires 49

II.2.2.1.6. Périnée 50

II.2.2.2. Organes génitaux internes 50

II.2.2.2.1. Vagin 50

II.2.2.2.2. Utérus 51

II.2.2.2.3. Trompes utérines, ou trompes de Fallope 51

II.2.2.2.4. Ovaires 52

II.2.2.3. Hymen 52

II.2.2.3.1. Aspects embryologiques et histologiques 53

II.2.2.3.2. Aspects macroscopiques anatomiques 53

II.2.2.3.3. Influence hormonale 56

II.2.2.3.4. Aspect médico-légal 56

II.3. EPIDEMIOLOGIE DES AGRESSIONS SEXUELLES 59

II.3.1. Fréquence 59

II.3.2. Facteurs de risque 59

II.3.2.1. Sexe 60

II.3.2.2. Age 60

II.3.2.3. Ethnie 61

II.3.2.4. Conditions de vie et milieu socioprofessionnel 62

II.3.2.5. Etat antérieur 63

II.3.3. Type d'agression 64

II.3.4. Répercussions judiciaires 64

II.4. PRESENTATION CLINIQUE DES VICTIMES 67

II.4.1. Signes fonctionnels 67

II.4.2. Examen clinique 68

II.4.3. Eléments d'orientation 73

II.5. PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE 75
II.5.1. Prélèvements 75
II.5.1.1. Agression sexuelle récente 75
II.5.1.2. Agression sexuelle ancienne 78
II.5.1.3. Examen sur réquisition judiciaire 78
II.5.2. Traitement prophylactique 79
II.5.2.1. Infections sexuellement Transmissibles 79
II.5.2.2. Contraception d'urgence 81
II.5.3. Traitement médico-chirurgical curatif 83
II.5.3.1. Traitement général 83
II.5.3.2. Traitement médical local : Infection vulvo-vaginale 84
II.5.3.3. Prise en charge chirurgicale 84
II.5.3.4. Ordonnance de sortie 85
II.5.4. Prise en charge psycho-sociale 85
II.5.4.1. Psychologue et Psychiatre 85
II.5.4.2. Suivi social 86
II.5.4.3. Association d'aide aux victimes 88
II.5.4.4. Entourage 88
II.5.5. Dépistage 88
II.5.6. Surveillance 89
II.5.6.1. Surveillance sérologique 90
II.5.6.2. Surveillance thérapeutique 90
II.6. ASPECTS MEDICO-LEGAUX 93
II.6.1. Législation pénale en France 93
II.6.2. Cas particuliers 97
II.6.3. Incapacité Totale de Travail 98
II.6.4. Indemnisations 99

III. DEUXIEME PARTIE : ETUDE CLINIQUE DE COHORTE 101

III.1. MATERIEL ET METHODE 101
III.1.1. Objectifs de l'étude 101
III.1.2. Hypothèse de travail 101
III.1.3. Moyens de l'étude 102
III.1.3.1. Echantillonnage de la population 102
III.1.3.1.1. Première cohorte 103
III.1.3.1.2. Deuxième cohorte 104
III.1.3.2. Collecte des données 104
III.1.3.2.1. Collecte commune aux deux cohortes 104
III.1.3.2.2. Collecte des données du groupe sans agression sexuelle 105
III.1.3.2.3. Collecte des données propres aux victimes d'agression sexuelle 106
III.1.3.3. Quelles sont les données ? 106
III.1.3.3.1. Données communes aux deux cohortes 106
III.1.3.3.2. Données des femmes victimes d'agression sexuelle 107
III.1.3.4. Aspects réglementaires 107

III.1.4. Analyse statistique ... *108*
III.1.5. Mots clefs ... *109*
III.2. POPULATION ETUDIEE ... 111
III.2.1. Femmes non agressées sexuellement ... *111*
III.2.2. Femmes victimes d'agression sexuelle ... *112*
III.3. RESULTATS ... 113
III.3.1. Age des femmes ... *113*
III.3.1.1. Cohorte sans agression sexuelle ... 113
III.3.1.2. Cohorte victime d'agression sexuelle ... 113
III.3.2. Ethnie ... *113*
III.3.2.1. Cohorte sans agression sexuelle ... 113
III.3.2.2. Cohorte victime d'agression sexuelle ... 114
III.3.3. L'indice de masse corporelle ... *114*
III.3.3.1. Femmes non agressées sexuellement ... 114
III.3.3.2. Femmes victimes d'agression sexuelle ... 114
III.3.4. Statut et traitement hormonaux ... *114*
III.3.4.1. Cohorte sans agression sexuelle ... 114
III.3.4.2. Cohorte victime d'agression sexuelle ... 115
III.3.5. Antécédents ... *116*
III.3.5.1. Antécédents gynécologiques ... 116
III.3.5.1.1. Cohorte sans agression sexuelle ... 116
III.3.5.1.2. Cohorte victime d'agression sexuelle ... 117
III.3.5.2. Antécédents contraceptifs ... 118
III.3.5.2.1. Cohorte non agressée sexuellement ... 118
III.3.5.2.2. Cohorte victime d'agression sexuelle ... 119
III.3.5.3. Antécédents obstétricaux ... 120
III.3.5.3.1. Cohorte sans agression sexuelle ... 120
III.3.5.3.2. Cohorte victime d'agression sexuelle ... 121
III.3.6. Vie sexuelle ... *122*
III.3.6.1. Femmes non agressées sexuellement ... 122
III.3.6.2. Femmes victimes d'agression sexuelle ... 124
III.3.7. L'agression sexuelle amenant à la consultation ... *125*
III.3.8. Matériel et méthode utilisés lors de l'examen gynécologique ... *127*
III.3.9. Forme de l'orifice hyménal ... *128*
III.3.10. Hymen selon l'âge ... *129*
III.3.10.1. Les femmes âgées de 14 à 17 ans ... 130
III.3.10.2. Les femmes âgées de 18 à 39 ans ... 131
III.3.10.3. Les femmes âgées de 40 à 64 ans ... 131
III.3.10.4. Les femmes âgées de plus de 65 ans ... 132
III.3.11. Hymen selon la voie d'accouchement ... *133*
III.3.12. Localisations des lésions hyménales dites de défloration ... *136*
III.3.12.1. Défloration ancienne ... 136
III.3.12.2. Défloration récente ... 137
III.3.13. Hymens intacts ... *138*

III.3.14. Caroncules hyménaux ... *142*
III.3.14.1.Femmes sans agression sexuelle ... 142
III.3.14.2.Femmes victimes d'agression sexuelle ... 142
III.3.15. Lésions traumatiques hyménales d'allure récente ... *143*
III.3.15.1.Femmes sans agression sexuelle ... 143
III.3.15.2.Femmes victimes d'agression sexuelle ... 144
III.3.16. Lésions traumatiques extra-hyménales ... *146*
III.4. DISCUSSION ... 149
III.4.1. Synthèse des résultats et comparaison aux données de la littérature ... *149*
III.4.1.1. Population de notre série ... 149
III.4.1.1.1. Age moyen ... 153
III.4.1.1.2. Statut hormonal ... 154
III.4.1.1.3. Activité sexuelle ... 155
III.4.1.1.4. L'agression sexuelle ... 156
III.4.1.2. Lésions traumatiques génitales ... 159
III.4.1.2.1. L'hymen ... 159
III.4.1.2.1.1. Selon l'âge ... 161
III.4.1.2.1.2. Selon la parité et la voie d'accouchement ... 163
III.4.1.2.1.1. L'hymen intact ... 165
III.4.1.2.1.2. Les lésions traumatiques d'allure récente ... 166
III.4.1.2.1.3. Les hymens à part ... 170
III.4.1.2.1.4. Conclusion de l'apport des données hyménales ... 170
III.4.1.2.2. Autres sites extra-hyménaux des lésions traumatiques ... 171
III.4.1.3. Prise en charge des victimes d'agression sexuelle ... 172
III.4.2. Limites de cette étude ... *174*
III.4.3. Intérêts de cette étude ... *178*
III.4.4. Perspectives ... *179*

IV. CONCLUSION ... 181

V. BIBLIOGRAPHIE ... 183

VI. ANNEXES ... 193

VI.1. GLOSSAIRE DES TERMES UTILISÉS PAR L'APSAC POUR DÉCRIRE L'HYMEN, SES VARIANTES ET LES ORGANES GÉNITAUX DANS UN CONTEXTE D'AGRESSION SEXUELLE CHEZ L'ENFANT ... 193
VI.2. TEXTE D'INTRODUCTION INFORMATIF REMIS AUX PATIENTES SE PRÉSENTANT À LA CONSULTATION GYNÉCO-OBSTÉTRICALE PROGRAMMÉE ... 201
VI.3. GRILLE DE L'INTERROGATOIRE LORS DE LA CONSULTATION GYNÉCO-OBSTÉTRICALE PROGRAMMÉE ... 203
VI.4. GRILLE DE L'EXAMEN CLINIQUE LORS DE LA CONSULTATION GYNÉCO-OBSTÉTRICALE PROGRAMMÉE ... 205
VI.5. MODÈLE SCHÉMATIQUE DE L'ANATOMIE GÉNITALE EXTERNE DE LA FEMME ... 207
VI.6. PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES, PÔLE RÉGIONAL D'ACCUEIL DES VICTIMES D'AGRESSIONS SEXUELLES ET MALTRAITANCE À ENFANTS, MATERNITÉ RÉGIONALE ADOLPHE PINARD, NANCY, 2009 ... 209
VI.7. CLASSIFICATION DE TANNER ... 221

I. INTRODUCTION

De nos jours, le nombre de femmes victimes d'agression sexuelle reste élevé, malgré l'amélioration de la prévention et de l'information. Face à cette situation, il convient de rompre la loi du silence qui a trop longtemps entouré les violences sexuelles comme une fatalité. Ces victimes sont aussi bien des jeunes enfants, des adolescentes, des femmes en âge de procréer, que des femmes ménopausées. La diversité de cette population, incluant tous les stades de la vie, rend plus compliquées l'analyse et la prise en charge adaptée de ces victimes.

Le médecin gynécologue, médical ou obstétricien, comme le médecin légiste, peuvent être amenés à voir ces femmes en souffrance, les obligeant à maîtriser les particularités et les difficultés de l'examen gynécologique.

La diversité morpho-anatomique de l'appareil génital féminin impose une acquisition des connaissances de toutes ces variations physiologiques par l'ensemble de ces praticiens.

Ainsi, à travers l'analyse de l'examen gynécologique des femmes indemnes d'agression, mais ayant une activité sexuelle, nous tenterons d'améliorer les connaissances des médecins face aux femmes victimes d'agression sexuelle présumée.

II. PREMIERE PARTIE : THEORIE ET ETAT DES CONNAISSANCES

II.1. DEFINITIONS ET ABREVIATIONS

II.1.1. Définitions

Agression sexuelle : atteinte sexuelle commise sur une personne par le recours à la violence, la contrainte, la menace, ou la surprise. Il y a recours à la contrainte, lors d'un maintien physique de la patiente, ou par exemple, lorsqu'un médecin profite de sa position pour commettre des attouchements. Il y a recours à la menace lorsque l'auteur promet des représailles en cas de refus de la victime ou menace sa victime avec une arme. Il y a recours à la surprise lorsque l'auteur se fait passer pour l'ami ou le mari de la victime.

Dans notre exposé, lorsque nous parlons d'agression sexuelle, il s'agit de l'agression sexuelle au sens large, et non au sens pénal du terme (cette notion pénale est définie ultérieurement), incluant ainsi le viol et les attouchements.

Classification de TANNER : différents stades du développement pubertaire côtés de 1 (stade pré pubère) à 5 (stade adulte), qui prennent en compte la pilosité pubienne (chez les filles et les garçons) codée de P1 à P5, le développement mammaire chez les filles codé de S1 à S5, et le développement des organes génitaux externes chez les garçons codé de G1 à G5 *[annexe 7.7]*.

Code de Procédure Pénale : recueil de textes juridiques ayant pour fonction d'organiser les étapes d'une procédure pénale.

Code Pénal (ou Nouveau Code Pénal) : codification du droit pénal français. Il est créé par la loi 92-686 du 22 Juillet 1992, et entré en vigueur le 1er Mars 1994, pour remplacer le Code Pénal datant du 12 Février 1810 (le Code Pénal Ancien).

Hématocolpos : accumulation de sang menstruel dans le vagin par suite d'une imperforation hyménale.

Hirsutisme **:** présence anormale de poils dans des territoires anatomiques normalement glabres chez la femme.

Hymen : membrane suspendue à l'entrée de l'ouverture vaginale, qui résulte d'une fusion embryonnaire entre le sinus urogénital, tissu mésenchymateux, et les canaux de Müller, tissu épithélial. Il s'agit donc d'un reliquat embryonnaire du feuillet mésodermique. Son nom vient du Grec Antique, "hymenaeus" (qui signifie "aileron vaginal"), le Dieu grecque du mariage. Sa première description remonte à 1561 par Andreas Vesalius (André Vésale), le père de l'anatomie humaine descriptive.

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

Hypertrophie des petites lèvres : flèche des petites lèvres (c'est-à-dire distance entre la base et la pointe de la petite lèvre) supérieure à 4 cm.

Incisure hyménale physiologique (ou encoche congénitale) **:** déchirure hyménale incomplète, n'atteignant pas la muqueuse vaginale, ni l'anneau hyménal, non saignante, à fond arrondi, et dont les bords sont inaffrontables.

Réquisition : acte par lequel une autorité judiciaire (procureur de la République ou juge d'instruction) fait procéder à un acte médico-légal qui ne peut être différé. Acte régi par le Code de Procédure Pénale, selon l'article 74.

Victime **:**

-*nom féminin :* personne ou entité qui subit personnellement un dommage. Qui a subi un mal, un dommage.

-*adjectif :* qui sacrifie volontairement sa vie, son bonheur. Qui est atteint d'une maladie, d'un mal subit. Qui pâtit, qui subit les effets d'une situation, d'évènements, de choses néfastes.

- d'un point de vue juridique, le statut de victime n'apparaît qu'après un jugement.

Viol : acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis avec violence, contrainte, menace ou surprise. Tout acte de pénétration est visé: vaginale, anale, buccale, par le sexe de l'auteur ou un objet.

II.1.2. Abréviations

Ac = Anticorps

Ag = Antigène

AES = Accident d'Exposition au Sang

AMH = Hormone Antimüllérienne

ATCD = Antécédent(s)

AVB = Accouchement par Voie Basse

AS = Agression Sexuelle

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

CM = cm = centimètre

DDR = Date des Dernières Règles

DIU = Dispositif Intra-utérin

EDTA = Acide Ethylène Diamine Tétra-Acétique

FCS = Fausse Couche Spontanée

GR = gr= gramme

HSV = Herpès Simplex Virus

HTLV = Human T cell Leukemia/lymphoma Virus

IC = Intervalle de Confiance

IFPVPS = Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé

IMC = Indice de Masse Corporelle

IMG (ou ITG) = Interruption Médicale (thérapeutique) de Grossesse

IST = Infection sexuellement Transmissible

ITP = Incapacité Temporaire Partielle

ITT = Incapacité Totale de Travail

IVG = Interruption Volontaire de Grossesse

KG = kg = Kilogramme

MM = mm = Millimètre

OGE = Organe(s) Génital (aux) Externe(s)

OGI = Organe(s) Génital (aux) Interne(s)

OPJ = Officier de Police Judiciaire

PTSD = Syndrome de Stress Post-traumatique

RR = Risque Relatif

RS = Rapport Sexuel

SA = Semaine d'Aménorrhée

SDF = Sans Domicile Fixe

SIDA = Syndrome d'Immunodéficience Acquise

THM = Traitement hormonal (substitutif) de la ménopause

TPHA-VDRL = Treponema Pallidum Haemagglutination Assay-Veneral Disease Research Laboratory

TR = Toucher Rectal

TV = Toucher Vaginal

VIH = Virus de l'Immunodéficience Humaine

II.2. EMBRYOLOGIE ET ANATOMIE GENITALES FEMININES

La femme possède un appareil génital unique et propre à l'espèce humaine. Connaître son embryologie, son anatomie, et sa physiologie complexe, est important, tant sur le plan de notre vie privée que pour nos pratiques professionnelles en tant que professionnel de soin *(IFPVPS, Anatomie de l'appareil génital).*

II.2.1. Embryologie génitale féminine

Le tractus génital féminin se développe au cours de l'embryogénèse, principalement entre la 3ème et la 17ème semaine de gestation. Au 4ème mois après la conception, le développement des organes génitaux externes est accompli *[1]*.

Deux éléments marquent le développement de l'appareil génital féminin: un stade indifférencié jusqu'à la 8ème semaine embryonnaire, et des fortes liaisons simultanées avec le développement de l'appareil urinaire à partir d'ébauches, en partie communes *[2]*. L'embryogénèse de l'appareil génital féminin est indissociable de celle de l'appareil urinaire et de la septation du cloaque *[3,4]*.

Malgré le dimorphisme chromosomique, caractérisé par l'association du chromosome X et du chromosome Y de façon différente chez le garçon et la fille, aucune différence morphologique n'est décelable au cours du développement embryonnaire entre les deux sexes *[5]*.

Chez l'individu de sexe féminin, au caryotype 46 XX, en l'absence d'hormone antimüllérienne, les canaux de Müller vont se développer selon 3 étapes majeures *[4]* :

1) A partir de la 3ème semaine du développement embryonnaire, soit 5 SA, les gonocytes primordiaux vont être réintégrés du fait de la plicature de l'embryon et de la croissance de la cavité amniotique *[3]*. Deux saillies mésenchymateuses recouvertes d'ectoblaste se forment de part et d'autre de la membrane cloacale. Elles fusionnent sur la ligne médiane à leur partie antérieure, constituant l'éminence cloacale, qui se prolonge en arrière par les replis cloacaux. Les cellules germinales colonisent les crêtes génitales autour du mésonéphros, le rein primitif, et restent indifférenciées pendant 2 semaines.

2) De la 6ème à la 9ème semaine, survient un cloisonnement transversal qui aboutit à l'individualisation du sinus urogénital en avant et du rectum en arrière, et qui rapproche les gonocytes de la ligne médiane. Les canaux de Müller migrent vers le sinus uro-génital et les reins vers les fosses lombaires. A partir de la 10ème semaine, l'éminence cloacale s'allonge et forme le tubercule génital, les replis cloacaux sont divisés en repli génital en avant et en repli anal en arrière. C'est l'accolement des canaux de Müller.

3) De la 14ème à la 17ème semaine de gestation, il y a une résorption de la cloison inter-müllérienne et deux soulèvements mésenchymateux apparaissent en dehors des replis génitaux: ce sont les bourrelets génitaux. Les replis génitaux encadrent alors l'infundibulum génital.

Les conduits mésonéphrotiques, ou canaux de Wolff, canaux excréteurs du rein primitif, disparaissent donc progressivement : ils persistent sous forme de résidus qui sont de haut en bas, l'époophoron (organe de Rosenmüller), le paraphooron et la portion infra-génitale (source de kystes ultérieurs) *[6]*.

Par la suite, en l'absence de testostérone, le tubercule génital se développe peu et constitue le clitoris, les replis génitaux se développent vers l'extérieur et deviennent les petites lèvres et le capuchon clitoridien. Les bourrelets génitaux deviennent les grandes lèvres.

La différenciation des organes génitaux externes est tardive, au cours du 3ème mois de grossesse *[2]*, et leur féminisation n'est complète qu'à la fin de la 28 SA. La différenciation féminine est hormonodépendante, limitée dans le temps et dans l'espace: l'absence de testostérone et d'AMH permet la différenciation féminine, alors que l'expression des récepteurs aux androgènes est identique dans les canaux de Wolff quel que soit le sexe embryonnaire. Bien que les ovaires produisent des estrogènes, ces annexes ne sont pas indispensables à la féminisation *[1, 3, 5]*.

Le phénotype féminin ne dépend pas que du sexe chromosomique et du facteur génétique : les facteurs embryologiques et endocriniens sont également déterminants.

II.2.2. Anatomie de l'appareil génital de la femme

Pour aborder l'anatomie génitale féminine, il convient de distinguer les organes génitaux externes, davantage associés à la « sexualité plaisir », des organes génitaux internes reliés directement à la « sexualité reproduction » *(IFPVPS, Anatomie de l'appareil génital)*. Par ailleurs, il existe une grande diversité de variations anatomiques qui nécessitent de définir un état « normal » de l'appareil génital féminin *[7]*.

II.2.2.1. Appareil génital externe

La vulve représente l'ensemble des organes génitaux féminins externes visibles. Il s'agit d'un repli cutané érogène recouvrant l'espace superficiel du périnée.

Elle se compose de différentes parties, aux fonctions anatomo-physiologiques propres, qui délimitent une fente verticale, délimitant l'entrée de la cavité vaginale. En position orthostatique, elle fait un angle de 30° avec l'horizontale *[8]*, mais sa position reste variable selon la position du corps.

II.2.2.1.1. Grandes lèvres

Ce sont deux replis de peau, de part et d'autre de l'orifice vaginal, avec une face externe plus pigmentée que le reste du corps, et dont la partie supérieure est partiellement recouverte de poils pubiens. La face interne est plus rosée, lisse, humide, et glabre dans sa partie profonde.

Leur aspect, leur taille et leur forme varient avec l'âge et le statut hormonal, de la naissance à la ménopause. Leur embonpoint est en partie en rapport avec leur environnement anatomique, notamment la fossette crurale interne, enchâssant leur partie postérieure *[9]*.

Elles ont une épaisseur de 2 cm, qui a tendance à croître chez les femmes obèses.

Elles recouvrent l'ouverture des conduits urétral en haut, et vaginal au centre. Les grandes lèvres sont constituées d'un revêtement cutané et d'un organe fibrino-graisseux, le corps

adipeux labial, autonome et richement vascularisé. Il s'agit d'un organe semi-érectile, renforcé par les fibres terminales du ligament rond *[8]*.

II.2.2.1.2. Petites lèvres

Ce sont deux replis cutanés, de couleur rosacée, qui dérivent des parois latérales du vestibule génital embryonnaire. Elles se situent à l'intérieur des grandes lèvres, délimitant l'entrée du vestibule.

Les petites lèvres, également appelées nymphes *[3]*, ont une épaisseur de 3 mm en moyenne, font souvent saillie à l'extérieur de la fente vulvaire, et sont de couleur plus foncée chez l'adulte.

Leurs extrémités antérieures se réunissent au-dessus du clitoris pour former le prépuce ou capuchon clitoridien, et en dessous de celui-ci pour donner le frein du clitoris. En arrière, elles se rejoignent pour former le frein vulvaire.

Chaque petite lèvre est formée d'un revêtement cutané, glabre, et d'un corps fibro-élastique, riche en fibres nerveuses et vaisseaux, leur conférant une propriété érectile.

II.2.2.1.3. Clitoris

C'est un organe charnu, érectile et très sensible, situé au niveau de la jonction des extrémités antérieures des deux petites lèvres ; il est l'équivalent des corps caverneux chez l'homme.

Il prend racine à partir des deux corps caverneux qui s'insèrent sur les branches ischio-pubiennes et les muscles ischio-caverneux puis ils s'étendent en avant, en haut et en dedans pour former les piliers du clitoris. Le corps du clitoris se forme de la fusion des deux piliers du clitoris sur la ligne médiane ; le corps de clitoris s'infléchit en bas et en arrière pour former le genou du clitoris (ou le coude de clitoris) et il se termine par le gland du clitoris qui mesure de 6 à 7 mm et qui apparaît à l'extrémité antérieure des petites lèvres. Le corps du clitoris est recouvert en avant par le prépuce clitoridien (ou capuchon du clitoris) et fixé en bas et en arrière par le frein du clitoris.

Le clitoris est fixé aussi au niveau de son coude, à la symphyse pubienne par un ligament fibreux connu sous le nom du ligament suspenseur du clitoris, provenant de la ligne blanche de l'abdomen et de la symphyse.

Histologiquement, le clitoris est formé de vastes lacunes vasculaires ou aréoles alimentées par des artérioles spiralées à paroi musclée ; ces lacunes vasculaires sont séparées par des cloisons conjonctives pourvues de fibres musculaires lisses ; le gland de clitoris est renflé, de forme conique mousse ; il est constitué de tissu spongieux érectile, provenant des bulbes vestibulaires ; il est très riche en extrémités nerveuses, ce qui le rend très sensible.

C'est l'organe érectile féminin, l'équivalent du gland du pénis masculin, dont l'origine embryonnaire est commune (IFPVPS).

II.2.2.1.4. Fourchette postérieure

Les extrémités postérieures des petites lèvres s'unissent en arrière de l'orifice vaginal pour former la fourchette vulvaire : c'est une zone anatomique qui constitue la partie postérieure de la vulve, à l'extérieur de l'anneau hyménal, fermant la vulve en arrière.

La zone qui sépare la fourchette vulvaire postérieure de l'orifice vaginal est appelée la fossette naviculaire.

II.2.2.1.5. Glandes vulvaires

Elles sont nombreuses, et s'atrophient à la ménopause. On distingue : les glandes vestibulaires mineures, sébacées, les glandes para-urétrales ou glandes de Skene, les glandes vestibulaires majeures ou glandes de Bartholin et les grains de Fordyce.

Les glandes vestibulaires mineures sont les glandes sébacées (sur les grandes lèvres) et les glandes sudoripares qui sont disséminées sur les grandes et les petites lèvres.

Les glandes de Skene se situent de part et d'autre du méat urétral : les canaux excréteurs des glandes s'ouvrent de part et d'autre de la papille urétrale, au niveau du vestibule de l'urètre ; les glandes elles-mêmes se trouvent de part et d'autre de l'urètre, dans la tunique musculeuse urétrale, à une profondeur allant de 5 mm à 5 cm.

Les glandes de Bartholin sont paires ; elles sont situées à l'intérieur des grandes lèvres, au niveau de la jonction de leur tiers inférieur au tiers moyen. Leur taille est de 1,5 cm ; leurs canaux excréteurs ont une longueur de 1 à 2 cm, et ils s'ouvrent au niveau du vestibule du vagin, à l'union du tiers moyen - tiers supérieur du sillon vestibulaire, nympho-hyménal (labio-hyménal), à 5 h et à 7h.

Ce sont des glandes mucipares (sécrétant un mucus limpide, transparent et alcalin, qui joue un rôle de lubrifiant lors des rapports sexuels) et hormonodépendantes ; elles restent rudimentaires pendant l'enfance, et elles s'atrophient à la ménopause ; donc, c'est durant la vie génitale active que ces glandes prennent leur taille et leur fonctionnement normaux, et que leurs pathologies (kystes, abcès...) peuvent apparaître.

Les grains de Fordyce sont des petites glandes, sous forme de papules fermes ou de petits kystes, jaunes et superficiels, que l'on peut voir sur la partie libre et la face interne des petites lèvres ; leur mise en évidence est facilitée par la mise en tension de la peau et la muqueuse superficielle. Ce sont des glandes sébacées ectopiques.

II.2.2.1.6. Périnée

Cette région ne constitue pas une partie des organes génitaux externes proprement dite. Il s'agit d'une zone anatomique, losangique, englobant la vulve et la séparant de l'anus. Le plan cutané est constitué par la vulve, à partir du bord antérieur de la commissure des grandes lèvres, et la marge anale.

Le périnée est formé par l'ensemble des parties molles situées au-dessous du diaphragme pelvien *[8]*, véritable plan musculaire, soutien indéniable des organes génitaux internes.

II.2.2.2. Organes génitaux internes

II.2.2.2.1. Vagin

Le vagin est une cavité musculo-membraneuse située entre la vessie et l'uretère en avant, et le rectum en arrière *[8]*. Le vagin est un viscère pelvi-péritonéal, qui compte 2 faces,

antérieure et postérieure, 2 bords latéraux, et 2 extrémités, le fornix vaginal, cul-de-sac annulaire au fond du vagin, et l'orifice vaginal.

Ses dimensions et son calibre sont très variables puisqu'il s'agit d'un organe musculo-membraneux, élastique et compliant, soumis à de nombreuses déformations, notamment lors de l'acte sexuel, lors des menstruations, lors de la pose de tampons hygiéniques intra-vaginaux ou d'une contraception locale intra-vaginale, lors d'un accouchement par voie basse. Sa longueur moyenne est de 8 cm pour la paroi antérieure et de 10 cm pour la paroi postérieure. Sa surface interne est représentée par des plis transversaux et une colonne longitudinale médiane sur chaque paroi.

C'est l'organe de copulation.

II.2.2.2.2. Utérus

L'utérus est un organe musculaire creux, dont le rôle principal est d'être l'hôte de l'œuf fécondé tout au long de son développement durant les 9 mois de gestation de la femme *[8]*.

De consistance ferme et élastique, sa taille varie selon l'âge et l'existence d'un état gravide : chez la femme nullipare, il mesure 55 mm de haut en moyenne, et chez la multipare, il peut prendre 10 mm, notamment au niveau de la taille du corps utérin.

Il s'agit d'un organe dont la configuration externe distingue un corps, de forme conoïde, un isthme, zone d'étranglement à la partie moyenne qui sépare le corps du col utérin, et un col.

II.2.2.2.3. Trompes utérines, ou trompes de Fallope

Les trompes font partie des annexes de l'utérus, puisque solidaires de l'utérus, elles sont situées de part et d'autre de celui-ci. Anatomiquement, il s'agit d'un conduit musculo-membraneux, pair et symétrique abouché au niveau de chaque corne utérine.

La trompe est située dans le mésosalpinx, mesure 10 à 12 cm de long, et compte 4 parties distinctes : la partie utérine, la portion isthmique, la plus longue, l'ampoule tubaire et l'infundibulum tubaire *[8]*. L'infundibulum tubaire est plus évasé, avec une base plus ou

moins frangée, constituée de 10 à 15 franges, dont la plus longue est insérée au ligament tubo-ovarique : c'est la frange ovarique.

Elles sont unies aux ovaires par le ligament large, et bénéficient des mêmes vascularisation et innervation.

II.2.2.2.4. Ovaires

Ils constituent une partie des annexes de l'utérus. L'ovaire est une glande sexuelle paire, de forme ovalaire, à la surface mamelonnée, de couleur blanchâtre, contrastant avec les organes de voisinage, de couleur rosée.

En moyenne, l'ovaire fait 4 cm de long, 2 cm de large et 1 cm d'épaisseur *[8]*, mais ses dimensions varient selon l'âge, le statut hormonal et le cycle menstruel. L'ovaire n'est pas recouvert de péritoine (il est rétropéritonéal) et présente 2 faces, médiale et latérale, 2 bords, libre et mésovarique, et 2 extrémités, tubaire et utérine.

II.2.2.3. Hymen

L'hymen est la membrane qui se trouve à l'extrémité inférieure du vagin, et qui sépare la cavité vaginale de la vulve.

Cette formation anatomique est spécifique, mais non exclusive, de l'espèce humaine. Il s'agit d'un reliquat du feuillet mésodermique qui se perfore normalement pendant les dernières étapes du développement embryonnaire. La membrane hyménale est donc normalement incomplète, et selon la forme de son ouverture, on distingue plusieurs types d'hymen, que nous décrirons ci-après.

L'hymen se déchire le plus souvent au premier rapport sexuel complet et entraîne une légère perte sanguine. Cette déchirure sépare l'hymen en plusieurs lambeaux hyménaux qui se cicatrisent et prennent le nom de caroncules hyménaux.

Dans certains cas, l'hymen se dilate mais ne se déchire pas, c'est l'hymen compliant (ou complaisant), extensible car il possède une composante élastique et devient alors hyperlaxe. C'est le cas de l'hymen plicaturé, l'hymen en prépuce, et l'hymen en cul-de-poule.

La fonction exacte de l'hymen n'est pas connue : outre la « marque incontestable » de virginité revendiquée dans certains pays islamiques, il pourrait servir de barrière contre les infections vaginales et génitales hautes avant la puberté *[10]*.

II.2.2.3.1. Aspects embryologiques et histologiques

Initialement, tous les embryons présentent une croissance indifférenciée des mêmes formations épithéliales et mésenchymateuses, autour de la membrane cloacale : c'est ce qu'on nomme le stade indifférencié jusqu'à la 8ème semaine de gestation.

Les canaux paramésonéphrotiques ou canaux de Müller sont à l'origine de la portion supérieure des voies génitales féminines, alors que le tiers inférieur est issu du sinus uro-génital *[11]*.

Dans le sexe féminin, avec la croissance caudale de l'embryon, l'infundibulum, qui se situe juste au-dessous du sinus uro-génital, reste ouvert et va être connecté au sinus urogénital au niveau de ce qui deviendra l'hymen *[3, 7]*. L'hymen dérive donc de l'interface entre le sinus urogénital et les canaux de Müller. Ce reliquat du feuillet mésodermique se perfore normalement pendant les dernières étapes du développement embryonnaire *[12]*.

II.2.2.3.2. Aspects macroscopiques anatomiques

Depuis les années 1980, l'hymen a été décrit au moins 6 fois de façon détaillée et précise, à l'origine de nombreuses classifications anatomiques différentes *[13, 14]*. Mais déjà en 1947, SIMONIN parlait des différentes formes hyménales possibles chez l'individu de sexe féminin.

Selon la forme de l'ouverture hyménale, on retrouve plusieurs configurations, qui sont représentées comme suit *[17]*:

- l'hymen annulaire, en forme d'une membrane percée d'un trou; il est concentrique et symétrique ;

- l'hymen semi-lunaire postérieur ou falciforme (en forme de faux), car le trou est situé dans son pôle antérieur, lui donnant ainsi la forme d'un croissant à concavité antérieur ;

- l'hymen en fer à cheval, qui est une variante de l'hymen falciforme ;

- l'hymen labié, avec un trou en forme en forme de fente longitudinale antéropostérieure ;

- l'hymen lobé, avec un trou formé de plusieurs lobes ou échancrures congénitales ;

- l'hymen frangé ou coralliforme, avec un trou à bords sinueux et festonnées par des encoches congénitales ;

- l'hymen à languette ou pendentif ;

Certains hymens, plus ou moins rigides, sont dits infranchissables. C'est le cas de:

- l'hymen cribriforme ou micro perforé, qui présente plusieurs petits trous ;

- l'hymen à pont ou à bride ;

- l'hymen en carène, un peu scléreux et résistant à la pénétration ;

- l'hymen imperforé. Son incidence est de 1 pour 2000 naissances féminines. L'hymen est imperforé dès la naissance, prenant la forme d'une membrane complète qui sépare totalement la cavité vaginale de la vulve. S'il n'est pas diagnostiqué à la naissance, il sera diagnostiqué à l'adolescence par la simple inspection des OGE devant la survenue de douleurs pelviennes cycliques, liées à un hématocolpos *[10, 12, 18]*. Son traitement consiste en une hyménectomie ou une hyménéotomie : une simple incision verticale, suivie de sutures chirurgicales, suffisent en général à ouvrir l'hymen et à le rendre « normal ».

D'autres variations anatomiques aboutissent à l'existence d'hymens dilatables, tels que:

- l'hymen plicaturé ;

- l'hymen en prépuce ;

- l'hymen en cul-de-poule.

Ce listing d'hymens normaux non spécifiques, et de ses variantes anatomiques a été approuvé par l'APSAC (American Professional Society on the Abuse of Children) *[annexe 7.1]* et par de nombreux auteurs spécialisés dans l'évaluation médicale des enfants suspects d'abus sexuel *[19]*.

Le diamètre transhyménal, mesuré après traction des lèvres, évolue avec le temps. Il est en moyenne de 4mm jusqu'à l'âge de 5ans, puis augmente d'1mm par an environ, avec une marge d'erreur de 1 à 2 mm. Chez une femme vierge, c'est-à-dire n'ayant jamais eu de RS, le diamètre de l'orifice hyménal varie de 15 à 25 mm selon les auteurs *[15, 16]*.

Lorsqu'on parle et lorsqu'on décrit l'hymen, son type, son bord libre, la forme de son orifice hyménal, sa taille sont détaillés. L'hymen est assimilé à un cadran horaire, divisé en 12 sections horaires, dont le zénith (12 heures) est fixé à l'aplomb du clitoris lorsque la femme est en position gynécologique.

Un hymen peut être porteur d'encoches, d'incisures ou de fissures. L'encoche hyménale est définie comme une angulation en forme de "V", une déhiscence incomplète, sur le bord libre de la membrane hyménale. Elle s'apparente à une concavité lorsqu'elle est courbe et lisse. Elle part du bord libre de l'hymen et reste à distance de l'anneau hyménal, donc superficielle. L'incisure se définie comme une déhiscence incomplète du bord libre atteignant un tiers de sa hauteur. L'entaille hyménale est une déhiscence ou encoche atteignant la moitié de la hauteur hyménale *[20]*. Ces lésions sont dites physiologiques, avec des berges mousses, arrondies. Chez certaines fillettes ou femmes, ces lésions auraient été retrouvées dans un contexte de traumatisme vulvo-génital. Les berges sont alors plus aiguës que lorsqu'il s'agit d'une encoche physiologique *[14, 21]*. La distinction entre une lésion hyménale incomplète physiologique et une déchirure traumatique partielle doit être faite.

Si la fissure s'étend jusqu'à l'anneau hyménal ou jusqu'au vestibule, il s'agit d'une déchirure complète et on parle alors de section transversale complète. Cette lésion n'est pas physiologique, puisqu'elle n'est normalement retrouvée qu'en cas de pénétration vaginale. Elle signe la défloration. Les déchirures de défloration siègent principalement sur le cadran hyménal postérieur, soit entre 3 et 9 heures, notamment entre 5 et 7 heures. Les déchirures peuvent être multiples *[22]*.

La section transversale complète d'une portion de l'hymen, ou déchirure traumatique complète, atteignant toute la hauteur de l'hymen, est donc considérée comme anormale, au sens non physiologique et non congénitale, et résulte d'un traumatisme (pénétration).

Si l'hymen ne présente aucune déchirure traumatique, récente ou ancienne, on dit qu'il est intact. Le bord libre hyménal est complet. Ce type d'hymen ne permet pas de conclure à l'absence de pénétration vaginale *[20]*. Il existe des hymens compliants (anciennement

appelés complaisants) qui peuvent se distendre sans se déchirer lors des pénétrations vaginales. Selon certains auteurs, 10 à 20% des femmes ayant des rapports sexuels, avec pénétrations péniennes vaginales, auraient des hymens intacts, sans déchirure traumatique. L'appréciation de l'élasticité et du diamètre de l'orifice hyménal sont importants à noter dans ces cas *[13]*.

II.2.2.3.3. Influence hormonale

Dès le développement embryonnaire, l'implication hormonale entre en jeu, puisque la différenciation des OGE est androgénodépendante *[5]*.

Les OGE évoluent et changent d'aspect avec le temps, parallèlement aux modifications pubertaires à l'adolescence, gravidiques lors de la grossesse, ou ménopausiques après 50 ans. Il en va de même pour l'hymen.

Le diamètre hyménal, horizontal et vertical, peut s'avérer utile dans l'analyse et l'interprétation des lésions hyménales. Comme nous l'avons déjà dit, ses dimensions varient. A la puberté, le diamètre transhyménal est variable, notamment après l'apparition des premières règles, puisque l'utilisation et la pose de tampons hygiéniques intra-vaginaux peut agrandir l'orifice hyménal (sans le rompre) *[16, 23]*.

A l'adolescence, la stimulation œstrogénique engendre la formation de tissus génitaux plus redondants. L'hymen devient plus élastique *[24]*. Une étude longitudinale de 35 filles adolescentes met en évidence une augmentation de l'élasticité de la circonférence hyménale, en partie liée aux changements physiques survenant lors de la puberté *[25]*.

II.2.2.3.4. Aspect médico-légal

L'hymen est donc une membrane virginale, qui est également considérée comme un organe médico-judiciaire, "classique frontière médico-légale du viol".

Une agression sexuelle avec affleurement et/ou pénétration digitale ou pénienne intra-vaginale peut s'accompagner de lésions hyménales caractéristiques.

Cependant, il faut garder à l'esprit que l'absence de lésion hyménale ne correspond pas forcément à l'absence d'abus sexuel ou de pénétration. Il peut y avoir eu une pénétration vaginale lors d'un abus sexuel sans déchirure hyménale *[23]*.

Une activité sexuelle comprenant une pénétration vaginale complète, consentie, et considérée comme normale par la femme, peut également être responsable de lésions hyménales.

En revanche, la masturbation, l'introduction d'objets, l'utilisation de tampons périodiques internes, la gymnastique ou l'équitation n'entraînent pas de déchirure hyménale complète *[16, 23]*.

II.3. EPIDEMIOLOGIE DES AGRESSIONS SEXUELLES

II.3.1. Fréquence

La fréquence des violences sexuelles concernerait 13% à 20% des femmes, et 3% des hommes dans le Monde *[20, 26, 27, 28]*.

Aux Etats-Unis, plus de 683000 femmes sont victimes de viol, chaque année, et plus de la moitié des cas sont des femmes âgées de moins de 18 ans. Selon certaines études, dans les universités américaines, 15% des femmes auraient été victimes d'agressions sexuelles, et 34 à 60% auraient fait face à des RS non consentis *[29]*.

En Grande-Bretagne, le risque est sous-évalué, car sous-rapporté par les victimes. Le risque d'être victime d'agression sexuelle durant la vie d'une femme serait augmenté d'un facteur 1 à 4.

En Afrique, 5 à 15% des femmes rapportent l'existence d'un ou plusieurs rapports sexuels forcés, non consentis : près de 1,8 millions de femmes d'origine congolaise seraient victimes d'un viol au cours de leur vie *[30]*. Aux Philippines, 6% des mères célibataires indiquent que leur grossesse serait issue d'un viol *[29]*.

En France, selon l'ENVEFF (l'enquête nationale 2000 sur les violences envers les femmes en France), 1,2% des femmes interrogées déclarent avoir subi, au moins une fois, des attouchements sexuels, une tentative de viol ou un viol. Soit au total, 48000 femmes (IC=95%) âgées de 20 à 59 ans auraient été victimes de viol au cours d'une année, selon le recensement de 1999. En 2000, les ministères de la Justice et de l'Intérieur font état de 14263 dépôts de plainte pour agressions sexuelles et 8458 dépôts de plainte pour viol, soit 59% des dépôts de plainte *[31]*.

II.3.2. Facteurs de risque

La recherche de facteurs de risque d'être victime d'agression sexuelle revient à parler de typologies de victimes, à identifier les personnes à risque, et à essayer d'améliorer la prévention à l'encontre des abus sexuels.

II.3.2.1. Sexe

La victimisation sexuelle concerne principalement les femmes. Elles ont plus de risque de se faire agresser que les hommes : les chiffres varient selon les études, mais plus d'une femme sur dix est victime d'AS au cours de sa vie *[28, 32, 33]*.

Selon une revue de la littérature de 120 études de cas d'agression sexuelle, sur 100000 sujets, 13% des femmes seraient victimes de viol, contre 3% des hommes *[26]*.

La majorité des études d'affaires d'abus sexuels compte une proportion plus importante de femmes, avec des chiffres variant d'une étude à l'autre, de 85% jusqu'à 96% des victimes d'abus sexuel *[33, 34, 35, 36]*.

II.3.2.2. Age

Lorsqu'on parle d'agression sexuelle chez la femme, bien qu'elle soit possible à tout moment de la vie, elle concerne principalement les femmes de moins de 30 ans, essentiellement les adolescentes et jeunes adultes âgées de 16 à 24 ans *[24, 36, 37, 38]*.

Les adolescentes sont un groupe unique, qui nécessitent une prise en charge adaptée. Mineures en âge protégées par la loi, majoritaires par leur nombre, et en plein chamboulement hormonal à la découverte de leur corps et de leur intimité, ces jeunes femmes se distinguent de la population féminine en général. De 15 à 18 ans, elles ne sont ni femme, ni enfant au terme de la loi du 23 Décembre 1980, et la révélation d'abus sexuels chez une mineure de plus de 15 ans ne permet pas de délier le médecin du secret, au terme de l'article 226-13 du Code Pénal. A l'inverse, le médecin se doit d'informer les autorités judiciaires, ou administratives de sévices ou d'agression sexuelle dont il a eu connaissance et qui sont infligés à un mineur de 15 ans. Dans ce cas, le secret médical n'est pas applicable selon l'article 226-14 du Code Pénal *[23]*.

Les adolescentes mineures, notamment de moins de 15 ans, représentent la population ayant le plus haut taux d'abus sexuels, avec des chiffres variant entre 43% *[22]* et 68,3% *[28, 29, 31, 34]*. Selon une étude suédoise, l'agresseur est un membre de la famille dans plus de 80% des cas *[39]*.

Les agressions sexuelles peuvent également concernées les enfants : les enfants battus subissent dans 10 à 26% des cas des agressions sexuelles selon les études, et notamment selon les pays *[29, 38, 40, 41]*. En 2000, l'Observatoire National de l'Enfance en Danger recense 5500 enfants signalés pour abus sexuels, en légère diminution par rapport à 1996, mais avec une augmentation du nombre de maltraitance *[31]*.

10 à 25% des femmes auraient été victime d'abus sexuel dans leur enfance.

On sait également que dans plus de 75% des cas d'abus sexuel de l'enfant, l'agresseur est connu, et fait partie de l'entourage *[31, 39]*.

Les personnes âgées sont moins touchées par le risque d'être victime d'agression sexuelle, mais restent une population particulière. Les femmes âgées de 50 ans et plus sont minoritaires dans la population de victimes mais se distinguent par des caractéristiques : elles sont plus souvent agressées dans leur domicile, par un inconnu ou un agent de service, par rapport aux femmes plus jeunes *[42]*. Parallèlement, elles sont plus souvent hospitalisées et présentent des lésions génitales traumatiques dans plus d'un tiers des cas, souvent plus importantes que les femmes en période d'activité génitale.

En 1992, RAMIN et al comparaient 129 femmes ménopausées (de plus de 50 ans) à 129 femmes non ménopausées, de 14 à 49 ans : 67% des femmes de plus de 50 ans avaient des traces physiques (génitales et extra-génitales), contre 71% chez les femmes plus jeunes. La fréquence des lésions physiques non génitales était plus élevée chez les femmes jeunes, mais la fréquence des lésions génitales était plus importante chez les femmes plus âgées (43% versus 18%, avec $p<0,001$) *[100]*.

Les femmes ménopausées et âgées représentent jusqu'à 2% des femmes agressées sexuellement *[40, 42]*. Ces données indiquent la nécessité d'une prévention et d'une prise en charge adaptée de ces femmes ménopausées, de plus de 50 ans *[43]*.

II.3.2.3. Ethnie

L'ethnie, et plus précisément la couleur de peau, peut être à l'origine d'une différence dans l'approche et la prévalence des agressions sexuelles. Les femmes de couleur de peau blanche victimes d'agression sexuelle auraient plus de lésions génitales que les femmes de

couleur de peau noire, avec un facteur de risque égal à 4 (OR=4,3) selon SOMMERS et al *[43]*. Il convient de rester prudent sur ces données : la différence de résultats peut être liée à la méthodologie d'examen *[37]*.

Les individus avec la peau noire peuvent être désavantagés dans la constatation de leurs lésions dans la limite des méthodes d'examen utilisées. La pigmentation différente de la peau chez les femmes noires ou blanches engendre des résultats différents, dont l'explication réside plus dans un problème de matériel adapté à chaque carnation, plus qu'à une vraie différence significative quant à la prévalence d'abus sexuel selon l'ethnie *[43]*.

II.3.2.4. Conditions de vie et milieu socioprofessionnel

Selon certains auteurs, les conditions de vie influent sur le risque de victimisation sexuelle. Chez les femmes SDF, la fréquence d'agression sexuelle est plus importante que chez le reste des femmes de la population générale. Les sans-abris sont beaucoup plus exposés aux actes traumatiques violents que les personnes domiciliées *[32, 40]*.

Les réfugiées politiques et les victimes de guerre se présentent toujours à distance de l'agression sexuelle. Les barrières culturelles, religieuses et linguistiques ne facilitent pas la prise en charge. Les conséquences psychologiques et médicales peuvent s'aggraver sans traitement adapté *[40]*. Les guerres, civiles et/ou militaires de certains pays, sont à l'origine de la création de zones d'insécurité, où la terreur et le crime règnent en maître sur une population affaiblie par la guerre. Les jeunes adolescentes restent des cibles privilégiées de certains militaires, notamment en République Démocratique du Congo, où on parlait d'épidémie de viols *[29, 30, 41]*. Dans certains pays d'Afrique Noire, où les mutilations génitales sont fréquentes, une prise en charge reste utile, même à distance, afin de minimiser au mieux les conséquences obstétricales et libidinales à long terme *[9, 44]*.

En France, les violences conjugales touchent un couple sur 10, soit 2 millions de femmes victimes de violences conjugales. Selon l'enquête menée par P.VASSEUR en 2002, 14% des femmes victimes de violences conjugales sont touchées par des violences sexuelles. 20% des femmes font l'objet d'agression sexuelle plus ou moins violente de la part de leur conjoint *[45]*.

Toutes les femmes peuvent être concernées par les violences conjugales, quels que soient leur âge, leur profession, et leur nationalité. Cependant, l'âge moyen des victimes est de 35 ans, et les catégories socioprofessionnelles à haut revenu sont largement représentées (chez les victimes comme chez les auteurs). Le domicile conjugal reste le lieu d'agression par excellence *[46]*.

II.3.2.5. Etat antérieur

L'existence de certains états antérieurs est susceptible d'entraîner un sur-risque d'être potentiellement victime d'agression sexuelle.

Selon une étude américaine, sur 784 patients (hommes et femmes confondus, avec un sexe ratio=1,44) présentant des troubles mentaux graves, 20% des femmes auraient été victimes d'agression sexuelle *[47]*.

Même si les femmes handicapées mentales peuvent être difficiles à interroger, avoir des difficultés de communication, et avoir une suggestibilité plus aisée, elles font partie des potentielles victimes d'agression sexuelle. Devant des lésions évocatrices de maltraitance, il faut évoquer une agression sexuelle *[40]*. La fréquence de victimisation des personnes ayant des troubles mentaux psychiques est à prendre en considération *[28, 31, 32, 37]*. Ceci s'explique comme étant la conséquence d'un état de l'individu plus que liée à la maladie mentale elle-même, dont les symptômes varient ; et cet état influencerait la capacité de l'individu à réagir et à s'extirper d'une situation de violence sexuelle. La preuve de l'agression reste compliquée : l'interrogatoire et les dires des victimes atteintes d'un déficit mental sont sujets à caution.

Le viol d'adultes handicapés, tout handicap confondu, peut être difficile à évaluer et à diagnostiquer, d'autant plus que l'agresseur est souvent un proche qui alléguera volontiers que la victime était consentante *[23]*.

La grossesse n'échappe pas au risque d'une agression sexuelle : 0,5 à 5% des femmes enceintes sont victimes d'au moins une agression sexuelle au cours de leur grossesse *[40]*. Le vécu psychologique de l'agression peut être plus intense que chez une femme non enceinte.

II.3.3. Type d'agression

Les violences sexuelles englobent toute atteinte à caractère sexuel, forcée, contrainte, ou surprise de la part d'un individu, sur la personne d'autrui *[21, 48]*. Il faut distinguer le viol des autres agressions sexuelles, dont les répercussions judiciaires et les sanctions pénales diffèrent.

L'équipe de P. SAINT-MARTIN, en 2007, montre que 92% des victimes de plus de 15 ans déclaraient avoir subi une pénétration forcée vaginale, anale, et/ou buccale, et 18,5% déclaraient avoir subi des attouchements. Chez les mineures de 15 ans, la proportion d'attouchements sexuels s'élève à 74,4% *[34]*. Chez les femmes, quel que soit l'âge, le viol avec pénétration vaginale, digitale et/ou pénienne, est le type d'agression sexuelle le plus fréquent, avec des chiffres allant de 55% à 83% selon les études *[22, 35, 36, 39]*.

Le viol en réunion est le résultat d'un acte collectif, souvent dans les milieux où la victime a pu être attirée par l'un des participants, en étant désinhibée par l'alcool et/ou la drogue. Il est de plus en plus fréquent, notamment chez les adolescentes *[31]*.

Les traumatismes et lésions physiques du reste du corps accompagnent l'agression sexuelle proprement dite, dans 39 à 60% des cas, lorsque les victimes sont examinées rapidement, dans les 24 à 72 heures suivant les faits *[35, 37]*.

Après une agression sexuelle, il existe 2 fois plus de lésions traumatiques corporelles extra-génitales que de lésions génito-anales. Selon les études, ces lésions physiques concernent habituellement les femmes de plus de 40 ans *[37]*.

II.3.4. Répercussions judiciaires

Selon l'article 222.23 du Nouveau Code Pénal « tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol ». Il inclut le viol extra-familial, le viol incestueux, et le viol intraconjugal. C'est le non-consentement qui caractérise le viol. Il existe des circonstances aggravantes définies par la loi, qui majorent la sanction et les répercussions juridiques applicables à l'agresseur. Le viol est un crime.

En 1995, seul un viol sur trois ou quatre faisait l'objet d'une plainte en France *[48]*. En 2002, seuls 10% des victimes portent plainte. Ces chiffres pointent du doigt les conséquences dramatiques pour les victimes qui n'osent pas parler. Un crime non dévoilé, non connu des autorités judiciaires, ne peut aboutir à un jugement et à une condamnation.

Seulement 15% des agressions sexuelles sont résolues avec une issue judiciaire *[49]*.

Selon SAINT-MARTIN et al dans leur étude, 46,2% du nombre total (n=658) d'affaires d'abus sexuels ont été classés sans suite, et 36,3% des affaires ont été jugées par un tribunal correctionnel, une cour d'Assises, ou un tribunal pour enfants *[34]*. Dans leur travail, 85,8% des victimes sont des femmes, et majoritairement de plus de 15 ans. L'auteur des faits a été condamné dans 32,8% des cas d'agression sexuelle. Ces données semblent plus élevées que celles d'études similaires *[50]*, probablement à cause du nombre élevé d'affaires où l'agresseur était connu de la victime, permettant la réalisation d'investigations et une condamnation de l'agresseur alors identifié.

L'association systématique entre les lésions traumatiques constatées et l'issue de la procédure judiciaire n'est pas systématique *[34, 50]*.

Il existe une association statistiquement significative entre la présence d'un médecin légiste et les condamnations (avec un p=0,0164) *[34]*. Ce qui implique la nécessité d'un examen médical réalisé par un médecin compétent et formé à la prise en charge de victime d'agression sexuelle. L'examen conjoint entre un médecin légiste et un gynécologue est un facteur intervenant dans l'issue de la procédure judiciaire. Quel praticien plus adapté qu'un médecin gynécologue légiste?

II.4. PRESENTATION CLINIQUE DES VICTIMES

II.4.1. Signes fonctionnels

Les femmes victimes d'agression sexuelle ne se présentent pas toujours à la consultation de gynécologie en annonçant qu'elles viennent pour un examen et une prise en charge après une agression sexuelle. La loi du silence perdure encore trop souvent pour les victimes d'agression sexuelle.

Chaque femme peut exprimer un symptôme différent, en rapport direct ou non, avec l'agression *[40]*. Seul l'examen médical dans le cadre de la réquisition judiciaire indique la mission que le praticien doit réaliser, et précise alors le contexte d'agression sexuelle. La victime est « annoncée » et l'examen peut commencer de façon plus adaptée si besoin *[27, 31]*.

Lorsque l'information n'est pas donnée dès le départ, les symptômes les plus fréquents de consultation « cachée » sont les douleurs pelviennes, les saignements endo-vaginaux et les brûlures mictionnelles *[40]*. Les douleurs pelviennes chroniques sont souvent en rapport avec des abus sexuels familiaux avec traumatismes psychiques ou physiques. La prévalence d'agression sexuelle chez des femmes consultant pour des douleurs pelviennes chroniques serait de 48 à 56% *[51]*. Dans une minorité de cas, la victime se présente pour un suivi de grossesse, issue du viol. Il s'agit principalement de jeunes victimes, qui n'ont pas osé parler de leur agression sexuelle plus tôt, et qui n'ont pas pu bénéficier d'une contraception post-coïtale efficace *[52]*.

Dans le cadre d'agression sexuelle avec mutilations génitales féminines, les femmes se présentent souvent à distance de l'agression sexuelle, jusqu'à plusieurs années après les faits. Elles consultent pour une dyspareunie, une dysménorrhée, un hématocolpos ou des troubles de la fertilité, liés principalement à une sténose vulvaire *[44, 53]*.

Les plaintes psychologiques peuvent apparaitre au premier plan de la symptomatologie d'une victime d'agression sexuelle. Chez les adolescentes de 15 à 18 ans, il existe souvent un sentiment de culpabilité à l'origine d'une situation de détresse psychologique *[23]*. Le syndrome de stress post-traumatique (PTSD) peut s'installer après un abus sexuel, nécessitant une prise en charge adaptée, apparentée à celle des algies pelviennes chroniques *[51]*. Une hospitalisation en service psychiatrique est parfois nécessaire *[37]*.

Lorsqu'il existe des lésions traumatiques corporelles extra-génitales, elles peuvent être au premier plan de la plainte rapportée par la victime. Un traumatisme crânien, des fractures périphériques ou des lésions profondes viscérales peuvent être constatés et selon SUGAR et al, 5% des victimes peuvent être admises dans un service médico-chirurgical pour des soins urgents dans les suites immédiates d'une agression sexuelle *[37]*.

II.4.2. Examen clinique

Comme toute patiente consultant son gynécologue, la femme victime d'agression sexuelle est examinée en globalité, de façon complète et adaptée. La consultation doit être conduite avec méthodologie. L'examen gynécologique standardisé pour toute patiente, est quasi-identique chez les victimes d'agression sexuelle.

1) L'interrogatoire débute l'examen clinique, il a quatre objectifs principaux : apprendre et détailler le(s) motif(s) de la consultation, préciser les antécédents, évaluer les facteurs de risque et décoder le langage, les attentes et les représentations de la consultante pour établir une bonne communication *[54]*. L'interrogatoire reste un échange égalitaire, sans idée préconçue de la part du praticien.

L'énoncé du motif de la consultation n'est pas toujours clair, et il faut savoir le rechercher en cas d'agression sexuelle, sans réquisition judiciaire. Cependant, il est important de ne pas couper la parole à la patiente quand elle expose le motif de la consultation qui l'amène. L'interrompre par anticipation génère d'emblée une insatisfaction qui risque de peser sur l'ensemble de la consultation. Si la victime ne s'annonce pas comme telle dès le début de la consultation, il faut savoir repérer certains signes qui peuvent orienter le médecin : un mutisme, une gêne excessive à parler des raisons qui l'amènent, des pleurs, des douleurs pelviennes chroniques sont autant de signes qui doivent attirer le médecin. Dans ces cas, le praticien posera des questions ouvertes mais orientées à la recherche d'une possible agression sexuelle.

Il recense les antécédents personnels médicaux et chirurgicaux, les ATCD gynéco-obstétricaux. En ce qui concerne les ATCD familiaux, le médecin cherche les pathologies néoplasiques, héréditaires ou pré disposantes, hormonales ou non, les maladies thromboemboliques et cardio-vasculaires, l'ostéoporose et les maladies génétiques et/ou

chromosomiques transmissibles. Toute pathologie familiale devra être documentée (troubles de la coagulation, mutation génétique prédisposante à un cancer) *[55]*.

Les pathologies en cours pouvant interférer avec la prise en charge, les allergies connues, et le traitement suivi sont répertoriés dans le dossier médical. On demande à consulter la carte de groupe sanguin complet, et on recherche des ATCD de transfusion sanguine. Le statut immunitaire vis-à-vis de la rubéole, de la toxoplasmose, des hépatites et du VIH est recherché.

Plus précisément, l'interrogatoire lors d'une consultation de gynécologie, s'attache à connaître la vie gynécologique de la femme, depuis son adolescence : la date des premières règles, celle des dernières règles, la régularité des cycles menstruels, l'abondance des règles, l'utilisation de tampons intra-vaginaux, la prise d'une contraception, son observance, la date de la ménopause, la prise d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause, la notion d'une chirurgie gynécologique. Secondairement, la vie obstétricale doit être renseignée : le nombre de grossesse, le nombre d'accouchement et de naissance, la voie d'accouchement, le terme de la grossesse à l'accouchement, l'existence d'une déchirure ou d'une épisiotomie qui conditionne de façon irréversible et définitive l'aspect du périnée *[56]*, le poids des nouveau-nés, la délivrance, la réalisation d'une rééducation périnéale du post-partum, le nombre de FCS, d'IVG et d'IMG doivent être recherchés et notés dans le dossier médical. Ces éléments peuvent expliquer des aspects particuliers de l'anatomie génitale et une vulnérabilité pour l'apparition ou non de lésions traumatiques.

De façon systématique, les paramètres de la vie sexuelle doivent être abordés : l'âge des premiers rapports sexuels, la présence d'une symptomatologie lors du premier RS, la date du dernier RS, et selon la situation, la fréquence et la pratique des RS, et le vécu des RS sont nécessaires pour aborder intelligemment l'examen génital de la femme victime d'agression sexuelle. Si le sujet de la sexualité peut être difficile à aborder avec certaines patientes, une question ouverte clé telle que « vous plaignez-vous d'une sécheresse vaginale ? » peut ouvrir la porte de la sexualité. Il est rare qu'une femme n'associe pas d'emblée la réponse à cette question aux modalités de la vie sexuelle *[54, 55]*.

Chez une femme victime d'agression sexuelle, cet interrogatoire est un entretien particulier qui doit être pratiqué avec patience et respect pour ne pas constituer une nouvelle agression *[23, 57]*. Comme nous l'avons vu, le motif n'est pas nécessairement cité de prime abord : il faut savoir écouter la victime, la rassurer et lui expliquer le déroulement de la

consultation pour ne pas qu'elle se ferme. Certains mots blessent et nuisent à la qualité de l'entretien : il ne faut pas dire « se faire violer » mais être violée ou agressée, il ne faut pas chercher à dramatiser ou à l'inverse, à banaliser la situation. Il convient de reconnaître que la victime a subi un traumatisme réel, et l'aider à verbaliser la contrainte dont elle a été victime pour l'aider à comprendre ses réactions. Le médecin ne doit pas conseiller l'oubli, mais aider la victime à reprendre confiance en elle, et lui rappeler la loi. L'interrogatoire peut alors être plus long qu'à l'accoutumée, et duré jusqu'à 1 heure. Le déroulement des faits est important : contexte, heure, lieu, mode d'agression, nombre d'agresseurs doivent être connus *[31]*.

Dans le cas particulier où la victime d'agression sexuelle est une enfant, les ATCD consignés dans le carnet de santé doivent être accessibles. L'enfant doit être écouté et réconforté, et l'entretien se déroule en utilisant un langage adapté. Le médecin conduit son interrogatoire sous la forme de questions non directives, ouvertes : « j'ai l'impression que quelque chose ne va pas à la maison, que quelqu'un te fait souffrir », « c'est peut-être difficile pour toi d'en parler parce qu'on t'a dit que c'était un secret ? » *[23]*.

L'interrogatoire n'est donc pas une simple conversation de salon, mais un instrument interactif d'échanges d'informations « médecin-malade », qu'il est important de maîtriser.

2) La consultation se poursuit par l'examen clinique. La date, l'heure de l'examen, ainsi que le délai écoulé depuis l'agression sont consignés sur le dossier.

Mais l'examen médical ne se conçoit qu'avec l'accord préalable de la victime, d'où l'importance de l'accueil et des explications qui lui sont fournies *[54]*. Le corps est observé de la tête aux pieds, sans exception *[58]*. L'examen commence par la mesure du poids, de la taille, le calcul de l'indice de masse corporelle (exprimée en Kg/mètre²), et la prise des constantes hémodynamiques. Puis l'examen médical se poursuit par l'auscultation cardio-pulmonaire, un examen neurologique, ou encore l'examen de la glande thyroïde.

En cas d'agression sexuelle, l'examen des vêtements et l'examen cutanéo-muqueux sont importants.

La recherche de lésions traumatiques suspectes est primordiale : les constations cliniques (hématomes, ecchymoses, dermabrasions, plaies, morsures) peuvent être reportées sur un schéma ou être photographiées. Même si dans 50% des cas, l'examen somatique ne retrouve pas de lésions, il convient de les rechercher de façon systématique compte tenu du fait que la preuve de la contrainte est aussi importante que la preuve de l'atteinte sexuelle *[31]*.

L'examen gynécologique, à proprement parler, compte plusieurs temps: la description de l'état pubertaire, du développement pilositaire, l'examen des seins, l'examen de l'appareil génital externe et interne, et l'examen de la marge anale.

L'état pubertaire chez les jeunes filles, se base sur le développement de la glande mammaire, des OGE et de la pilosité axillaire et pubienne, selon la classification de Tanner *[annexe 7.7]*. On recherche des signes d'hyper androgénie : acné et hirsutisme sont les signes les plus fréquents, pouvant orienter dans certains cas vers une pathologie endocrinienne ou néoplasique.

L'examen des seins est bilatéral et comparatif. Le médecin palpe les creux axillaires et sus- et sous-claviculaires bilatéraux, à la recherche d'adénopathies *[54, 55]*.

L'examen gynécologique génital compte plusieurs étapes : l'examen de l'abdomen, l'examen de la vulve et du périnée, l'examen au spéculum, le toucher vaginal, souvent, le toucher rectal, plus rarement le toucher bi digital (vagin et rectum).

L'examen de la vulve se fait en position gynécologique, sur une table d'examen, la femme étant en décubitus dorsal, bras le long du corps, les pieds installés dans les étriers, les jambes fléchies, avec les cuisses réalisant un angle de 45° avec l'horizontale, cuisses en abduction. Le siège de la patiente doit légèrement dépasser l'aplomb de la table. L'éclairage simple sous scialytique bien orienté est suffisant dans la majorité des cas. Si besoin, un colposcope est utilisé pour améliorer l'examen de l'hymen, des parois vaginales ou du col utérin. Le colposcope est utile pour voir des microlésions mal visibles à l'œil nu et pour réaliser de bons clichés photographiques.

L'inspection de l'ensemble de la vulve est faite : pubis, face externe des grandes lèvres, sillons génito-cruraux, périnée, marge anale après déplissement, puis face interne des grandes lèvres, sillons inter-labiaux, petites lèvres, capuchon et gland clitoridiens, vestibule, méat urinaire et glandes de Skene, hymen, orifice vaginal, et fossette naviculaire sont examinés. La palpation apprécie la consistance des tissus, leur épaisseur, leur souplesse, l'existence d'une tuméfaction anormale ou d'une cicatrice ancienne.

En cas d'agression sexuelle présumée, l'examen de l'hymen est particulièrement important d'autant plus si la victime était vierge avant les faits allégués. L'examen cherche des lésions en faveur d'une pénétration sexuelle : les déchirures traumatiques complètes, atteignant la muqueuse vaginale, situées sur le cadran postérieur de l'hymen (entre les rayons

de 5 et 7 heures principalement) accompagnent souvent les pénétrations vaginales péniennes. Les lésions cicatrisent en 5 à 15 jours, donc pouvant minimiser les lésions *[23, 31]*.

L'examen de l'hymen compte trois temps : la description du type d'hymen, de son bord libre et de l'orifice hyménal.

Chez les adolescentes ou les jeunes filles pré pubères, en plus d'être souvent stressées et angoissées par l'examen gynécologique, elles présentent des hymens complexes, difficiles à examiner : l'hymen est charnu, poly frangé, compliquant l'interprétation des lésions. Les encoches hyménales physiologiques ne doivent pas être confondues avec des déchirures traumatiques incomplètes ou partielles. Lorsque l'examen sous lumière simple n'est pas suffisant, l'utilisation d'une sonde urinaire à ballonnet, peut être recommandée. L'introduction de la sonde est douce et prudente, via l'orifice hyménal, puis le ballonnet est gonflé à l'eau, alors qu'il se trouve au sein de la cavité vaginale. L'enfant (ou l'adolescente) est prévenu qu'il peut ressentir une pression intra-vaginale au moment du remplissage du ballonnet. Le ballonnet gonflé d'eau entraîne une mise en tension de la membrane hyménale et permet de visualiser l'ensemble de l'anneau et de son bord libre *[20]*.

L'examen au spéculum peut se réaliser avec deux types de spéculum : soit le spéculum de Collin, démontable, avec 2 valves accolées, vis en haut à droite complètement desserrée, soit le spéculum de Cusco, bilame, de base ovalaire, de diamètre constant restant fermé à l'ouverture des valves, plus facile à utiliser. Le spéculum de Cusco existe en métal et en plastique transparent, ce qui permet, par transparence, l'examen des parois vaginales lors de la pose et du retrait du spéculum. L'examen permet de visualiser le col utérin, de réaliser des prélèvements endo-cervicaux ainsi qu'un frottis cervico-vaginal de dépistage.

Si l'examen sous spéculum est difficile avec une introduction impossible (chez les jeunes filles vierges ou ayant eu très peu de RS), ou en cas de pathologie du col utérin, l'utilisation d'un colposcope peut s'avérer nécessaire. Chez la jeune fille vierge, le colposcope, microscope binoculaire, permet d'examiner de façon plus précise l'hymen. De nombreux modèles de colposcope sont munis d'un appareil photo intégré permettant la réalisation de photographies *[58]*.

Le toucher vaginal, à deux doigts (index et médius) si possible, complète l'examen gynécologique. Il n'est interprétable que s'il est associé au palper abdominal concomitant,

permettant l'examen des organes pelviens. Le vagin, le col utérin, l'utérus, les annexes, les culs-de-sac vaginaux et les muscles releveurs de l'anus sont ainsi examinés.

Le toucher rectal, réalisé à un doigt (index), n'est pas systématique. Il est intéressant en cas d'utérus rétroversé, peu accessible au TV. Le toucher bidigital est pratiqué lorsqu'on cherche à examiner le cul-de-sac postérieur de Douglas, la cloison recto-vaginale et le noyau fibreux central du périnée. Ce toucher rectal prudent permet également d'apprécier le tonus du sphincter de l'anus. Une anuscopie est parfois utile pour évaluer les lésions ano-rectales.

Si la victime est une fillette, l'examen clinique peut être fait sous anesthésie générale, si cela est nécessaire, notamment en cas de réfection chirurgicale. Mais cela doit rester exceptionnel et décidé au cas par cas *[23, 31, 59]*.

Une fois l'examen gynécologique réalisé, un schéma est systématique, surtout si les photographies n'ont pu être prises. Les photographies sont essentielles mais n'ont d'intérêt que si elles sont prises de manière standardisée, reproductible, et interprétable *[34]*.

II.4.3. Eléments d'orientation

Si la femme se présente pour une consultation gynécologique dite « classique » ou de routine, le médecin se doit d'être alerté par certains points : une agression sexuelle peut être évoquée devant un faisceau d'arguments *[23]*. Des troubles somatiques chroniques tels que des céphalées, des insomnies, des douleurs digestives, pulmonaires ou dorsales, de même que des métrorragies, des douleurs pelviennes, des leucorrhées, des troubles sexuels avec perte de la libido, une frigidité, une dyspareunie peuvent être des signes indirects secondaires à une agression sexuelle.

Chez l'enfant, les faits peuvent également ne pas être connus, mais doivent être fortement suspectés devant un faisceau d'arguments : des phénomènes tels que l'automutilation, ou une rétention aiguë d'urines à répétition inexpliquée, doivent alertés le praticien sur un risque d'agression sexuelle *[27]*.

Lorsque la femme consulte suite à une agression sexuelle, la prise en charge diffère selon le délai écoulé depuis l'agression. Le délai est l'élément d'orientation premier dans l'approche d'une victime d'abus sexuel.

Si les faits sont récents, datant de moins de 3 jours, c'est une urgence médico-légale.

Si les faits sont plus anciens, datant de plus de 3 jours, il appartient au médecin d'apprécier le degré d'urgence de la prise en charge médicale et psychologique de la victime. Entre 3 et 8 jours, l'examen médical doit être réalisé rapidement afin de constater d'éventuelles lésions en cours de cicatrisation.

II.5. PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE

II.5.1. Prélèvements

Les prélèvements complètent l'examen clinique, et débutent la prise en charge globale. Ils sont réalisés dans deux buts : un but médico-légal, à la recherche de preuves, et un but médical pour évaluer le statut sérologique, l'absence de grossesse, et faire le bilan de référence dans un souci de suivi *[20]*.

Tout prélèvement est réalisé avec des gants, sans talc idéalement. Il doit être identifié, numéroté, étiqueté, répertorié et saisi par le praticien qui le réalise. Il est scellé s'il a un but médico-légal ou non scellé s'il a un but médical.

Dans certains cas, des prélèvements peuvent être nécessaires chez l'agresseur présumé, et le médecin peut demander au Procureur de la République, via l'OPJ, de réaliser ces prélèvements (confirmation d'une IST selon les dires de la victime).

II.5.1.1. Agression sexuelle récente

L'agression sexuelle est dite récente si elle date de moins de 3 jours, voire de moins de 8 jours, selon les références retrouvées dans la littérature *[21, 23, 27, 60]*. Il s'agit d'une urgence médico-légale. La consultation réalisée en urgence permet la réalisation entre autres, de prélèvements importants à visée médico-légale :

- des prélèvements à visée génétique sont réalisés : ils recherchent l'ADN de l'agresseur et sont réalisés à l'aide d'un écouvillon, sur tous les sites au niveau desquels l'agresseur potentiel aurait pu « déposer » son ADN. Les cheveux ou poils découverts sur la victime et/ou sur ses vêtements sont également prélevés. Ils seront conservés dans une enveloppe kraft, à température ambiante. En cas de morsure de la victime par l'agresseur et/ou griffure par la victime sur l'agresseur, des prélèvements sont faits : un écouvillon humidifié cherche à recueillir la salive au site de la morsure, et le raclage ou la coupe des ongles de la victime, doigt par doigt, cherche de l'ADN de l'agresseur.

Un prélèvement sanguin, ou un grattage de la face interne des joues avec une cytobrosse, de la victime est fait pour caractéristiques génétiques et afin de comparer l'ADN à celui retrouvé sur les traces de l'agression afin qu'il n'y ait pas d'erreur au niveau de l'identification génétique. 2 tubes de sang, sur tube EDTA, ou 4 écouvillons par cytobrosse sont nécessaires.

- des prélèvements à la recherche de spermatozoïdes : le prélèvement est réalisé à l'aide d'une pipette, est étalé sur une lame et fixé à la laque. Si l'échantillonnage se fait à l'aide d'un coton-tige, ou d'un écouvillon sec, il est séché à l'air libre 30 à 60 minutes avant d'être replacé dans son tube protecteur, puis est conservé au congélateur à -18°C (ou 48 heures au réfrigérateur à -4°C).

Le choix des sites de prélèvement pour la recherche de sperme (et donc de spermatozoïdes), et pour l'analyse génétique, est orienté selon les déclarations de la victime : vulve et périnée, culs-de-sac vaginaux antérieur et postérieur, parois vaginales, endocol utérin, exocol utérin, anus, bouche sous la langue, derrière les incisives et les amygdales, peau. Il est nécessaire de réaliser 4 écouvillons par site. Mais il existe des limites des délais théoriques de réalisation des prélèvements en fonction des sites : 72 à 96 heures pour le vagin, 72 heures pour l'anus, 48 heures pour la bouche et 24 heures pour la peau.

- un dosage plasmatique, ou urinaire, des béta-hCG, réalisé au moindre doute de grossesse, en l'absence de contraception efficace.

- des prélèvements locaux à la recherche d'une Infection Sexuellement Transmissible : en l'absence de signes d'appel particuliers, une batterie d'échantillons est recommandée en première intention.

Au niveau vaginal, on prélève 2 écouvillons secs pour la recherche de germes banaux, 1 écouvillon en milieu spécial pour la recherche de Neisseria gonorrhoeae (culture sur gélose chocolat), et 1 écouvillon spécial pour Chlamydiae trachomatis. Au niveau de l'urètre, on recherche le Gonocoque et le Chlamydiae avec les mêmes écouvillons précédemment cités.

Un examen cytobactériologique des urines (ECBU) est réalisé à la recherche de germes banaux standards. Au niveau de l'anus, on réalise un prélèvement sur écouvillon spécial à la recherche du Gonocoque.

Dans la gorge, 2 écouvillons secs sont utilisés pour la recherche des germes standards, 1 écouvillon spécial pour la recherche de Gonocoque ; la recherche de Chlamydiae se fait après gargarisme au sérum physiologique et écouvillonnage spécial pour chlamydiae.

- des prélèvements sanguins à la recherche d'une IST, avec réalisation du bilan sérologique initial : VIH 1 et 2, syphilis (VDRL-TPHA), HTLV, Hépatite B avec AgHBs, Ac anti-HBc, Ac anti-HBs, Hépatite C, Chlamydiae et HSV 1 et 2. En cas de certitude de vaccination anti-Hépatite B, il n'est pas nécessaire de réaliser les 3 marqueurs de l'Hépatite B, mais juste Ag HBs.

- des prélèvements sanguins, urinaires et des cheveux à la recherche de toxiques : la recherche standard recommandée comprend le dosage de l'éthanol, du cannabis, des benzodiazépines, des hypnotiques, des amphétamines et de ses dérivés, du GHB, des autres stupéfiants, de l'atropine, de la scopolamine, des substances volatiles et un screening large des médicaments *[103]*. Sur indication et demande particulières, presque tout peut être recherché.

Le but est d'identifier une soumission médicamenteuse ou toxique en cas d'agression récente. Mais souvent, les produits utilisés ont des demi-vies courtes, les concentrations circulantes sont faibles et les prélèvements sont tardifs.

- des prélèvements à visée pré-thérapeutique : ils sont nécessaires si un traitement antirétroviral (anti VIH notamment) est mis en route. Selon le médecin référent du service de maladies infectieuses du centre locorégional, le traitement n'est instauré qu'après un bilan sanguin qui comprend un hémogramme, un ionogramme, une créatininémie, un bilan hépatique avec transaminases, le dosage des gamma-glutamyl transférase, de la bilirubine totale et des phosphatases alcalines, une amylasémie et une lipasémie.

II.5.1.2. Agression sexuelle ancienne

L'agression sexuelle est ancienne lorsque le délai écoulé entre la consultation et l'agression dépasse 3 à 8 jours, selon les auteurs. Les prélèvements sont réalisés dans un but médical pour dépister au plus tôt les complications, telles qu'une grossesse, ou une IST.

Un bilan sérologique initial est recommandé : VIH 1 et 2, syphilis (VDRL-TPHA), HTLV, Hépatite B avec AgHBs, Ac anti-HBc, Ac anti-HBs, Hépatite C, Chlamydiae et HSV 1 et 2. En cas de certitude de vaccination anti-Hépatite B, il n'est pas nécessaire de réaliser les 3 marqueurs de l'Hépatite B, mais juste Ag HBs. Les sérologies Chlamydia et Herpès n'ont de valeur qu'en cas de séroconversion à 1 mois. Selon le délai écoulé depuis l'agression (qui peut être de plusieurs années), le contrôle sérologique est adapté.

Un dosage plasmatique, ou urinaire, des béta-hCG, est réalisé au moindre doute de grossesse, en l'absence de contraception efficace.

Les prélèvements en vue d'analyses génétiques et à la recherche de spermatozoïdes ne sont pas faits.

Le bilan pré-thérapeutique n'est en principe pas réalisé, puisqu'en cas d'introduction de trithérapie anti-VIH, elle n'a d'intérêt que si elle débute dans les 3 jours qui suivent l'agression sexuelle.

La recherche de toxiques est rarement réalisée, ou alors de principe, puisque la soumission ou l'intoxication chimique n'est en général plus effective à distance de l'agression. Le prélèvement et le dosage toxicologique des cheveux est alors intéressant pour différencier un usage unique, d'une prise chronique, et pour mettre en évidence un xénobiotique lorsque les prélèvements sanguins et urinaires sont trop tardifs *[103]*.

II.5.1.3. Examen sur réquisition judiciaire

Lorsque la consultation médicale est pratiquée à la demande d'une autorité judiciaire, via une réquisition, les prélèvements seront scellés en lieu et place de leur réalisation. L'Officier de Police Judiciaire présent réalise lui-même les scellés, les numérote et les décrit. Une fois terminés, ils sont vérifiés par l'OPJ, et par le praticien nommé par la réquisition, les

ayant réalisés. L'OPJ et le médecin signent l'ensemble des scellés qui sont remis à l'OPJ, en attente d'une demande d'expertise ultérieure.

En cas de prélèvements pour analyse toxicologique, à la recherche d'une soumission médicamenteuse ou toxique, il convient de réaliser des prélèvements en double exemplaire, pour une éventuelle contre-expertise. Deux cartons de scellés différents, mais identiques dans la mesure du possible, sont réalisés.

Le médecin est tenu d'exécuter la ou les missions de la réquisition, dans le respect du secret professionnel. Cependant, une fois l'examen et les prélèvements réalisés, conformément à sa mission, le praticien doit être capable d'expliquer aux autorités requérantes la nécessité d'orienter la victime vers une structure spécialisée pour une prise en charge plus adaptée et optimale, comme un suivi psychologique et/ou psychiatrique, parfois prolongé *[23]*.

Le coût des prélèvements réalisés sous réquisition judiciaire revient à la justice *[31]*.

II.5.2. Traitement prophylactique

Une fois l'examen clinique et les prélèvements terminés, la discussion concernant le traitement s'engage. Le médecin reste avant tout un thérapeute bienveillant et disponible. De nombreux protocoles existent et permettent de suivre un fil conducteur, reproductible pour chaque cas d'agression sexuelle.

II.5.2.1. Infections sexuellement Transmissibles

Devant toute agression sexuelle ayant occasionnée un contact sexuel, il existe un risque infectieux transmissible, de l'agresseur à la victime. Une prophylaxie des IST doit être proposée et expliquée à la victime afin d'être acceptée. De nombreux protocoles existent suivant les équipes, mais les principes sont les mêmes *[21, 23, 27, 28, 31, 57, 60]* :

- une antibiothérapie probabiliste anti-infectieuse, à visée des germes sexuellement transmissibles les plus fréquents et les plus graves, est prescrite. En France, devant la recrudescence des IST à Chlamydiae, un traitement anti-Chlamydiae trachomatis est

proposé de façon systématique. L'antibiothérapie orale, est idéalement prescrite et donnée en dose unique, afin de faciliter l'observance. En l'absence d'allergie, deux schémas thérapeutiques sont proposés en première intention : le ZITHROMAX® (azithromycine) 1 gramme (soit 4 comprimés de 250 milligrammes), en dose unique, par voie orale, ou la doxycycline 200 mg (soit 2 comprimés à 100 mg), pour une durée de 7 jours.

Dans certaines régions du monde, on retrouve des zones endémiques d'IST plus spécifiques, telles que la Gonococcie, ou encore la syphilis *[28]*. Dans les cas de suspicion d'infection génitale à Neisseria gonorrhoeae, ou dans les cas de haut risque d'infection (agresseur porteur du germe, zones de recrudescence de l'infection), l'antibiothérapie doit être débutée et adaptée : en l'absence d'allergie, la ROCEPHINE® (ceftriaxone) est administrée par voie intramusculaire, avec une dose unique de 250 mg. En deuxième intention, le CIFLOX® (ciprofloxacine), 500 mg par voie orale, ou le CLAMOXYL® (amoxicilline), 3 grammes par voie orale, est prescrit.

S'il existe une suspicion de syphilis primaire (ce qui est assez rare), ou s'il existe un risque élevé d'infection par le Treponema pallidum (agresseur connu comme étant porteur du virus et/ou de la maladie), un traitement antibiotique par Pénicilline M, à la dose de 15 à 20 millions d'unités, ou 1,8 gr de Benzathine pénicilline, par voie intramusculaire, est le traitement de référence *[6]*.

- une vaccination anti-hépatite virale B (anti-VHB) est réalisée, si la victime n'est pas déjà vaccinée. La vaccination n'a d'intérêt que si elle est effectuée dans les 15 jours suivant l'agression sexuelle. On injecte alors 1 millilitre de sérum par voie intramusculaire. Selon les cas et les foyers endémiques, s'il existe un risque élevé que la victime soit infectée par le virus VHB (agresseur connu comme porteur du VHB et/ou atteint d'une hépatite virale B, aigue ou chronique, active ou non), une injection de 400 à 500 Unités Internationales d'immunoglobulines anti-HBs est faite par voie intramusculaire, immédiatement, sans attendre le résultat des sérologies.

- une trithérapie préventive anti-VIH, est fortement conseillée en cas d'agression sexuelle, sans préservatif. Les indications sont rappelées dans une circulaire du 13 Mars 2008 (circulaire interministérielle DGS/DHOS/DGT/DSS 2008-91 du 13 Mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un

risque de transmission du VIH). Comme pour tout traitement, la trithérapie ne se conçoit que si elle est expliquée à la victime, et acceptée par celle-ci. Dans la majorité des équipes, la décision de prescrire une trithérapie est discutée avec une équipe médicale rattachée à un service référent de maladies infectieuses et tropicales. L'initiation d'une trithérapie se fait si le délai écoulé depuis l'agression est inférieure ou égale à 4 jours, avec une efficacité maximale si le traitement est débuté dans les 6 Heures qui suivent le RS à risque *[57, 60]*.

Lorsque l'agresseur est inconnu, il faut toujours considérer la victime comme infectée jusqu'à preuve du contraire, et instaurer une trithérapie préventive immédiate *[31, 60]*.

Lorsque l'agresseur est connu, il faut demander au procureur de la République ou au juge en charge de l'affaire, de réaliser une sérologie VIH, après obtention de l'accord de l'agresseur si possible. En effet, dans le cas où l'intérêt de la victime le justifie, le consentement de l'agresseur n'est pas nécessaire pour la réalisation du contrôle sérologique, sur ordonnance du juge ou du procureur de la République.

Du point de vue pharmacologique, le traitement antirétroviral est basé sur l'association de deux analogues nucléosidiques et d'une anti-protéase. Il est instauré pour une durée initiale de 48 heures, puis et réévalué lors de la consultation auprès d'un médecin référent des accidents d'exposition du service des urgences, du CDAG ou du service référent pour le VIH, qui juge de la pertinence de poursuivre le traitement *[21]*. Le traitement antirétroviral est délivré gratuitement par la pharmacie hospitalière puisqu'il s'intègre dans le cadre d'un accident d'exposition aux risques de transmission du VIH, comme l'AES. Après la réévaluation des 2 jours, il est poursuivi pour une durée totale de 1 mois, où l'observance et la tolérance sont suivies régulièrement par le médecin référent *[23]*.

II.5.2.2. Contraception d'urgence

Le risque de tomber enceinte après un viol est de 5% *[27, 52]*. Il est donc nécessaire de le prévenir.

En l'absence de contraception régulière efficace, une contraception d'urgence, ou contraception post-coïtale, doit être proposée en cas de rapport sexuel non protégé vaginal, de même que vulvaire ou anal (en raison du risque de migration), datant de moins de 48 Heures

[21]. D'autres équipes proposent la contraception d'urgence jusqu'à 3, voire 5 jours après l'agression sexuelle *[20, 27, 28]*. Un dosage du taux sanguin de ßhCG plasmatique est réalisé au préalable.

En première intention, la contraception post-coïtale progestative seule est recommandée : en 2003, deux doses, par voie orale, de 750 microgrammes de lévonorgestrel (NORLEVO®), à 12 heures d'intervalle étaient nécessaires. Mais en 2006, la concentration en lévonorgestrel augmente à 1,5 mg par comprimé autorisant la prise en dose unique et facilitant ainsi l'observance et l'efficacité *[31]*. Le lévonorgestrel a pour effet d'inhiber ou de retarder l'ovulation. Il présente une très bonne biodisponibilité de l'ordre de 100%, et peu de contre-indications.

La méthode de Yuzpe, qui consiste à prendre deux comprimés de STEDIRIL® ou TETRAGYNON® (contenant une association de 50 microgrammes d'ethynilestradiol et de 0,5 mg de lévonorgestrel), en une prise, à répéter 12 heures plus tard a été abandonné au profit du NORLEVO®. Les premiers comprimés devaient être pris dans les 72 heures qui suivaient le rapport sexuel. Son mode d'action reposait essentiellement sur une inhibition ou un retard à l'ovulation.

Actuellement, cette méthode n'est plus utilisée car fortement dosée en estrogènes de synthèse, elle engendrait de nombreux effets secondaires, notamment digestifs, et elle s'est avérée être moins efficace que le NORLEVO®, qui apparaît dès 1999. NORLEVO® a l'intérêt de présenter très peu de contre-indications puisqu'elle ne contient pas d'estrogènes, et ne nécessite pas de prescription médicale *[61]*. En contrepartie, le coût de la pilule NORLEVO® est beaucoup plus important (7,58 euros TTC, contre 1,68 euros TTC pour STEDIRIL®).

Fin 2009, une nouvelle pilule utilisée pour la contraception post-coïtale est sortie: ELLAONE®, dite contraception d'urgence de deuxième génération, ou pilule du surlendemain. Elle est constituée de 30 mg d'acétate d'ulipristal, premier modulateur sélectif des récepteurs de la progestérone (SPMR) commercialisé. Sa posologie est d'un comprimé de 30 mg d'acétate d'ulipristal en dose unique. Ses mécanismes d'action reposent sur le blocage ou le retard de la croissance folliculaire, et sur le retard ou l'inhibition de l'ovulation.

Aussi efficace que NORLEVO®, ELLAONE® est utilisée jusqu'à 5 jours après le rapport sexuel à risque, en ayant la même efficacité selon les études, ce qui correspond à la durée de survie des spermatozoïdes dans les voies génitales féminines. Cependant, le coût de la pilule

ELLAONE® (24,15 euros TTC) s'avère être plus élevée que celui de la pilule NORLEVO®, incitant la poursuite de la prescription de NORLEVO® en première intention *[62]*.

Un contrôle sérologique sanguin du taux qualitatif de ßhCG est réalisé 2 à 4 semaines après l'agression, afin de confirmer l'absence de grossesse.

II.5.3. Traitement médico-chirurgical curatif

La victime ayant subi une agression sexuelle est un avant tout une patiente, qui consulte suite à des symptômes, des maux, qu'elle désire soigner. On estime à 1 ‰ le nombre de victimes qui décèderont des suites de leurs blessures *[27]*. Heureusement, la très grande majorité des victimes nécessite des soins accessibles aux soignants qui les reçoivent.

II.5.3.1. Traitement général

Les plaies cutanées superficielles sont suturées si besoin, par des points chirurgicaux, sous condition d'asepsie stricte. Les dermabrasions ou érosions superficielles sont désinfectées avec des lotions antiseptiques, de type BETADINE® scrub ou dermique ou BISEPTINE®, puis des pansements sont appliqués si besoin, selon les protocoles en vigueur des services concernés. En cas d'érosion avec effraction cutanée, l'immunité antitétanique est recherchée : une vaccination est pratiquée si le sujet n'est plus ou pas protégée. Le relais auprès du médecin traitant est mis en place pour le suivi des plaies et blessures cutanées superficielles simples : retrait fils de suture, réfection de pansement, contrôle de cicatrice, sont à la portée du médecin généraliste.

Le traitement anxiolytique n'est pas systématique. S'il s'avère nécessaire, il sera donné à la victime en mains propres, à la fin de la consultation, afin d'éviter tout risque d'addiction et de dépendance *[27]*. Un traitement par une benzodiazépine, de type ZANAX® 0,25 mg, un comprimé, ou par un antihistaminique tel que l'ATARAX® 25 mg, un comprimé, est proposé en première intention, par voie orale, en l'absence d'allergie. Les psychotropes sont utilisés en traitement d'appoint pour la sédation et l'anxiété, et non dans le traitement du syndrome de stress post-traumatique *[63]*.

II.5.3.2. Traitement médical local : Infection vulvo-vaginale

En dehors de la peur d'être atteinte d'une infection sexuellement transmissible, potentiellement grave de par ses conséquences, la victime peut avoir une banale mycose, ou autre vulvo-vaginite, qu'il convient de traiter. Comme nous l'avons précisé ci-avant, des prélèvements sanguins et locaux sont effectués à la recherche des germes banaux et des germes sexuellement transmissibles. De même, un traitement antibiotique prophylactique de type ZITHROMAX® 1 gr est préconisé.

S'il existe une symptomatologie clinique évidente de mycose vulvo-vaginale, un traitement antimycosique peut être prescrit : un ovule intra-vaginal de GYNO-PEVARYL LP® 150mg en dose unique (pouvant être répété à J3) et une application locale, matin et soir, de crème ECONAZOLE® pendant 8 jours sont le traitement de première intention *[6]*. En cas de prurit peu intense et de pertes vaginales modifiées, un traitement local par ovule antiseptique de type POLYGYNAX® peut être donné : un ovule intra-vaginal le soir au coucher pendant 12 jours, en attendant le résultat des prélèvements.

II.5.3.3. Prise en charge chirurgicale

Des plaies cutanéo-muqueuses peuvent nécessiter un parage chirurgical et/ou une suture au bloc opératoire, sous conditions d'asepsie strictes et anesthésie suffisante. En cas d'hémorragie non contrôlée, génitale ou autre, une exploration diagnostique puis thérapeutique est fortement conseillée. Selon SUGAR et al, en 2003, 2,2% de leurs patientes présentaient des fractures, 1,3% des lésions intracrâniennes ou viscérales, et au total 5% nécessitaient une hospitalisation en service médico-chirurgical *[37]*. La réfection chirurgicale de potentielles lésions traumatiques gynécologiques nécessite une multidisciplinarité de la prise en charge des victimes d'agression sexuelle et d'être à proximité d'une équipe chirurgicale adaptée *[64]*.

II.5.3.4. Ordonnance de sortie

En France, les protocoles sont assez unanimes quant à la rédaction d'une ordonnance type de sortie, après une première consultation post-agression sexuelle *[27]*.

1) DAFALGAN 500 mg : 2 gélules si douleurs, sans dépasser 8/ jour

2) ZITHROMAX 250 mg : 4 comprimés en dose unique, par voie orale

3) NORLEVO 1,5 mg : 1 comprimé en dose unique, par voie orale

4) Vaccin GENHEVAC B Pasteur : 1 injection intramusculaire dès que possible, puis à renouveler à 1 mois, 2 mois et 1 an. A pratiquer par le médecin traitant ou une infirmière diplômée d'état à domicile.

II.5.4. Prise en charge psycho-sociale

II.5.4.1. Psychologue et Psychiatre

Malgré les graves difficultés auxquelles sont confrontées les victimes d'agression sexuelle, une prise en charge psychologique est rarement proposée dans les suites immédiates de l'agression. D'un côté les victimes sont souvent hostiles à un suivi psychologique, de l'autre, les praticiens ne sont pas tous formés à ce type de situation.

Il n'y a pas de consensus sur la prise en charge et le suivi « psychologique » des victimes. Débuter l'entretien en insistant sur le fait positif que la victime est toujours en vie peut être une proposition pour enclencher le dialogue. Une attitude empathique et calme vis-à-vis de la victime est la première étape. Il convient de ne jamais mettre en doute ses dires, de lui redonner confiance en elle, et de la rassurer. L'introduction d'une composante didactique aux entretiens que le psychothérapeute mène, est essentielle.

Puis, le traitement psychothérapeutique semble être la clé du succès. Il s'agit de thérapies brèves, telles que les thérapies cognitivo-comportementales ou l'hypnose, ou plus longues comme les thérapies d'inspiration psychanalytique *[63]*. Pour GUILLET-MAY et al, les thérapies classiques psychanalytiques sont contre-indiquées dans les suites immédiates, et

seul un psychiatre formé à la prise en charge des victimes d'agression sexuelle peut entreprendre le suivi *[31]*.

Dans certains cas, une hospitalisation en service de psychiatrie est nécessaire, intéressant jusqu'à 4% des victimes d'agression sexuelle *[37]*.

Un traitement ponctuel psychotrope peut être prescrit : il sert essentiellement à la sédation et l'anxiété. Il ne constitue pas le traitement du PTSD. Leur efficacité sur les symptômes initiaux psychologiques n'est pas clairement démontrée chez les victimes d'agression sexuelle. Selon BRONCHARD et al, les fluctuations importantes et rapides de la symptomatologie dépressive ne sont pas rattachées à une possible amélioration de l'humeur à l'action des antidépresseurs *[63]*.

Des centres multidisciplinaires sont souhaitables, regroupant médecins et psychologues, afin de limiter la survenue de troubles psychologiques et/ou psychiatriques chroniques, tels que le PTSD, plus difficile à soigner qu'un état de stress aigu secondaire à une agression sexuelle. Cette démarche, bien qu'acceptée par la majorité des soignants, semble difficile à mettre en place de façon efficace et uniforme pour l'ensemble des unités d'accueil des établissements en France *[66]*.

II.5.4.2. Suivi social

Les victimes d'agression sexuelle se sentent souvent seules, terrorisées, voire diminuées et dépendantes en cas de violences conjugales. Leurs situations sociale et familiale ne leur permettent pas toujours de porter plainte et de « s'échapper » de l'agresseur.

En dehors de la réquisition judiciaire où les frais sont payés par la Justice, le montant des dépenses engendrées par l'ensemble de la prise en charge incombe à la victime. Il faut que les soignants puissent aborder ces problèmes et leurs solutions : quelle est la couverture sociale de la victime ? A-t-elle une mutuelle ? Sinon, peut-elle en bénéficier ? Autant de questions essentielles qu'il convient de poser. Au moindre doute, un relais auprès des services sociaux de la caisse d'assurance maladie concernée est recommandé *[31]*. Les problèmes financiers ne doivent pas entraver la qualité de la prise en charge. Avant l'issue finale d'un procès et d'une possible indemnisation financière, la victime peut avoir besoin d'argent, notamment pour fuir un mari violent, changer de pays, ou se faire soigner.

Si la victime est mineure, il existe des mesures de protection assurées par les autorités administratives et judiciaires *[23]*.

La protection administrative est placée sous l'autorité du Président du Conseil Général. C'est le service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), chargé de la prévention des mauvais traitements et de la protection des mineurs maltraités. L'ASE, la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et le Service Social Départemental participent à cette mission.

La protection judiciaire de l'enfance en danger est assurée par les magistrats, tels que le Procureur de la République ou le Juge pour Enfants. C'est l'assistance éducative. Le signalement judiciaire s'impose dans des situations de danger immédiat et réel, comme les agressions sexuelles avérées. Le signalement vise à mettre en place des mesures de protection du mineur en danger. Ainsi, le placement est prévu par le Code Civil, selon l'article 375.3, qui mentionne *« s'il est nécessaire de retirer l'enfant de son milieu actuel, le juge peut décider de le confier :*

1) A celui des père et mère qui n'avait pas l'exercice de l'autorité parentale ou chez lequel l'enfant n'avait pas sa résidence habituelle ;

2) A un autre membre de la famille ou à un tiers digne de confiance ;

3) A un service ou un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé ;

4) A un service départemental de l'aide sociale à l'enfance.»

Le praticien ayant réalisé l'examen initial et qui est informé des sévices sexuels, se doit d'évaluer la pertinence d'un signalement immédiat et d'une mesure de placement.

L'ASE est saisie pour aider l'enfant et sa famille et leur proposer des aides financières, l'intervention d'un travailleur familial, une assistante éducative en milieu ouvert, ou un hébergement mère-enfant (pour les mères isolées avec un enfant de moins de 3 ans). Cette aide n'est possible qu'avec l'accord et la collaboration de la famille. Dans le cas contraire, il convient à l'ASE de saisir le Procureur de la République pour mettre en place des mesures de protection. Un suivi est ensuite assuré par les services du Conseil Général.

II.5.4.3. Association d'aide aux victimes

Des associations existent pour aider le suivi à moyen et à long terme des victimes d'agression sexuelle. Au sein de chaque tribunal, il existe une association d'aide aux victimes. Au sein de chaque préfecture, ce sont des associations féminines spécialisées qui opèrent : les centres départementaux d'informations des femmes, ou CIDF, s'incluent dans ces associations d'aide aux victimes *[31]*. Ces associations peuvent, entre autres, permettre aux victimes d'être indemnisées au plus vite par l'Etat, au nom de la solidarité.

II.5.4.4. Entourage

Au-delà de la prise en charge médicalisée et institutionnalisée, l'entourage de la victime d'une agression sexuelle fait partie intégrante de son accompagnement vers la guérison.

L'entourage familial, et notamment le conjoint, est un soutien, au quotidien et au long cours, dans la prise en charge des victimes. Le partenaire doit être inclus à la thérapie psychologique, lorsque cela est possible, afin de l'aider à appréhender, comprendre et mieux supporter la longue période de réhabilitation qu'il va partager avec la victime *[31]*. Un partenaire aimant et compréhensif semble être un facteur protecteur, mais ne doit pas être, par excès, un facteur de régression *[27]*.

Les amis, les collègues, ou toute autre personne faisant partie de l'entourage de la victime peuvent s'intégrer à la thérapie, avec l'accord de la victime, dans le but d'améliorer et d'accélérer une prise en charge globale de qualité, de proximité et de confiance.

II.5.5. Dépistage

Après une agression sexuelle, le risque infectieux est majeur. L'examen médical et la prise en charge cherchent avant tout à dépister des pathologies et des complications pouvant survenir chez la victime, à plus ou moins long terme.

L'examen clinique minutieux recherche tous les éléments traumatiques secondaires à l'agression pouvant engendrer des complications à plus ou moins long terme. Décrire

l'ensemble des lésions cutanées est donc essentiel : elles seront détaillées sur le certificat médical final et pourront orienter vers un dépistage de lésions profondes au moindre doute. Par exemple, une douleur du poignet, associée à un œdème, voire une ecchymose ou un hématome, peut être le témoin d'une fracture articulaire sous-jacente qu'il faut éliminer. Une radiographie du poignet est demandée pour dépister une éventuelle fracture. Le dépistage et le diagnostic précoces d'une fracture articulaire sous-jacente permettent une prise en charge initiale optimale et réduisent le risque de complications à long terme (cal osseux, ankylose, diminution des amplitudes articulaires, paresthésies, fibromyalgie entre autres).

La réalisation de nombreux prélèvements au cours de la consultation permet le dépistage d'une grossesse, d'une infection sexuellement transmissible locale (prélèvements locaux génitaux), ou d'une pathologie infectieuse systématisée à tout l'organisme (prélèvements sanguins) *[20, 21, 31]*.

L'évaluation psychologique et/ou psychiatrique devrait être systématiquement proposée dans les suites immédiates d'une agression sexuelle afin de dépister des personnalités sous-jacentes fragiles, ou des symptômes pathologiques inadaptés à la situation. Le but étant de prévenir et de dépister au plus tôt l'apparition d'un PTSD, ou encore d'une dépression.

II.5.6. Surveillance

Après la première consultation, réalisée au plus tôt après l'agression sexuelle, un suivi médical est recommandé chez la victime. Il doit systématiquement être proposé à la fin de la première consultation. Le suivi peut être effectué par la structure ayant réalisée la prise en charge initiale, le gynécologue habituel ou le médecin traitant. Pour améliorer l'observance du suivi, il est recommandé à l'équipe médicale de proposer et de fixer la date du premier rendez-vous de suivi à la victime *[20]*.

Il convient idéalement de convoquer la patiente 2 à 4 semaines après la première consultation. La consultation permet de rassurer la victime, de contrôler la guérison des lésions, d'évaluer l'état de santé général, de vérifier l'observance des traitements prescrits en urgence, de donner le résultat de l'ensemble des prélèvements réalisés au bilan initial, et de

contrôler la négativité du test de grossesse par un nouveau dosage plasmatique des béta-hCG *[21, 23, 31]*.

II.5.6.1. Surveillance sérologique

Lors de la consultation médicale, des prélèvements ont été réalisés afin de dépister d'éventuelles pathologies infectieuses, sexuellement transmissibles. Le bilan initial seul ne permet pas d'éliminer formellement une IST. La recherche de l'apparition de symptômes anormaux au niveau de la gorge, de l'anus ou de la sphère uro-génitale, ainsi que des signes évoquant une primo-infection à VIH, doit être minutieuse. Selon le contexte, il convient de réitérer les prélèvements locaux à visée infectieuse.

Un premier bilan sanguin est à réaliser 1 mois après l'agression : il comprend une sérologie VIH 1 et 2, voire une charge virale VIH1 en cas de doute clinique, une sérologie VHC, le dosage des transaminases, des sérologies Chlamydiae et Herpès si les sérologies initiales sont négatives. Si le bilan initial retrouvait la présence d'Ac anti-HBs, le dosage à 1 mois de l'Ag HBs et de l'Ac anti-HBC est inutile.

A 3 mois de l'agression sexuelle, les sérologies VIH 1 et 2, HTLV, VDRL-TPHA et hépatite C sont réalisées. Le dosage des transaminases s'ajoute au bilan. De nouveau, si les Ac anti-HBs étaient positifs sur le bilan initial, il est inutile de doser l'Ag HBs et l'Ac anti-HBc.

Le dernier bilan, effectué à 6 mois, comprend le dosage des sérologies VIH 1 et 2, hépatite C et des transaminases *[20, 23, 31]*.

II.5.6.2. Surveillance thérapeutique

Si un traitement antirétroviral a été prescrit, une surveillance s'impose. La victime est revue 48 heures après l'introduction du traitement anti-VIH, pour confirmer le maintien ou non du traitement pour une durée de 1 mois. De ce fait, une surveillance biologique doit être mise en route.

Selon le protocole de la maternité régionale de Nancy (France), 2 à 3 semaines après l'agression, un dosage de l'Antigénémie P24, une NFS, un bilan sanguin hépatique, le dosage de l'urée et de la créatinine, ainsi qu'une amylasémie sont préconisés pour surveiller la tolérance de la trithérapie *[annexe 7.6]*. Un contrôle sérologique VIH 1 et 2 est nécessaire à 1 et à 3 mois après l'arrêt du traitement, soit 2 et 4 mois après l'agression si la victime a pris son traitement pendant 1 mois *[23]*.

II.6. ASPECTS MEDICO-LEGAUX

II.6.1. Législation pénale en France

La loi française est régie par la Constitution, fondée le 4 Octobre 1958, texte fondateur de la Vème République.

Le Code Pénal est la codification du droit pénal français *[67]*. Il est créé par la loi 92-686 du 22 Juillet 1992 et est entré en vigueur le 1er Mars 1994, pour remplacer l'ancien et premier Code Pénal (appelé le Code Pénal ancien) datant de 1810.

La dernière version introduit la notion juridique d'intérêts fondamentaux pour la nation, avec la responsabilité pénale des personnes morales (excepté l'Etat), et l'alourdissement de la quasi-totalité des peines prévues pour les délits et les crimes *[68]*. Le Code Pénal (ou Nouveau Code Pénal) est composé de 7 livres, dont les 3 derniers ont été ajoutés en 1992.

Les agressions sexuelles sont des délits. La loi pénale française, prévoit des sanctions devant une telle infraction. Elles sont passibles du Tribunal Correctionnel.

Selon l'article 222.22 du Code Pénal, *« Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise.*

Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues par la présente section, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage.

Lorsque les agressions sexuelles sont commises à l'étranger contre un mineur par un Français ou par une personne résidant habituellement sur le territoire français, la loi française est applicable par dérogation au deuxième alinéa de l'article 113-6 et les dispositions de la seconde phrase de l'article 113-8 ne sont pas applicables».

Le viol est un crime, passible d'un jugement en Cour d'Assises.

Selon l'article 222.23 du Nouveau Code Pénal, le viol est défini comme suit *« tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. Le viol est puni de 15 ans de réclusion criminelle.».*

Selon l'article 222.24 du Nouveau Code Pénal, la loi reconnaît des circonstances aggravantes qui alourdissent les peines, *« le viol est puni de 20 ans de réclusion criminelle :*

1) Lorsqu'il a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ;

2) Lorsqu'il est commis sur un mineur de quinze ans ;

3) Lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de l'auteur ;

4) Lorsqu'il est commis par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ;

5) Lorsqu'il est commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;

6) Lorsqu'il est commis par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;

7) Lorsqu'il est commis avec usage ou menace d'une arme ;

8) Lorsque la victime a été mise en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de télécommunications ;

9) Lorsqu'il a été commis à raison de l'orientation sexuelle de la victime ;

10) Lorsqu'il est commis en concours avec un ou plusieurs autres viols commis sur d'autres victimes ;

11) Lorsqu'il est commis par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;

12) Lorsqu'il est commis par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants ».

En cas de décès de la victime, le Code Pénal prévoit, selon l'article 222.25, que *« Le viol est puni de trente ans de réclusion criminelle lorsqu'il a entraîné la mort de la victime.*

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article ».

Selon l'article 222.26 du Code Pénal, *« Le viol est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie.*

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article».

Le viol étant passible de la Cour d'Assises, il faut que le médecin ayant examiné la victime soit « prêt » pour déposer à la barre, si cela lui est demandé *[20]*. Souvent, le procès a lieu plusieurs mois, voire plusieurs années après les faits, à l'origine d'une difficulté quant à la restitution du contenu de la consultation médicale et des éventuelles lésions constatées juste après l'agression présumée. La tenue d'un dossier médical bien construit, documenté, et légendé de façon pertinente est la clé. Le médecin doit apporter la preuve de ce qu'il raconte dans son certificat médical, dans son rapport ou à la barre devant le Président de la Cour d'Assises.

Bien que chaque professionnel puisse suivre et appliquer le principe du secret professionnel, comme en atteste l'article 226.13 du Code Pénal, qui dit que *« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende»*, dans le cas d'une suspicion de viol, ou d'agression sexuelle, il est prévu certaines dérogations .

En effet l'article 226-14 du Code Pénal précise dans quels cas l'article 226-13 n'est pas applicable :

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

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

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

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

3) Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

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

En outre, le signalement est donc possible sans l'accord préalable de la victime si celle-ci est mineure, ou présente un état de vulnérabilité. En revanche, le signalement ne peut se faire qu'avec l'accord de la victime si elle est majeure.

En France, l'entrave à la saisine de la justice est régie par le Code Pénal. L'article 434-1 mentionne que *« le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives, est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende. Sont exceptés des dispositions qui précédent, sauf en ce qui concerne les crimes commis sur les mineurs de 15 ans ;*

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

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

Sont également exceptées des dispositions du premier alinéa, les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13». L'article 434-3 complète le précédent *« le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de mauvais traitements ou privations infligés à un mineur de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende. Sauf*

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

La loi pénale française punit la non dénonciation et la non-assistance à personne en péril, comme en atteste l'article 223-6 du Code Pénal *[67]*. Une personne ayant connaissance d'un crime ou délit qu'elle peut empêcher et qui n'informe volontairement aucune autorité compétente est punie par la loi.

II.6.2. Cas particuliers

Chez l'enfant ou l'adolescente mineure, le Code Pénal prévoit quelques dérogations. Comme il est détaillé ci-avant, l'article 226-14, alinéa 1, autorise le professionnel de santé à déroger au secret professionnel afin de signaler les privations ou les sévices, y compris sexuels, commis sur les mineurs. La révélation des sévices infligés à un mineur peut être faite aux autorités médicales, administratives ou judiciaires. Il est également possible pour le professionnel, de porter à la connaissance de l'autorité administrative (Protection Maternelle et Infantile, Aide Sociale à l'Enfance) des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être.

En cas d'agression sexuelle de la part d'un ascendant ou d'une personne ayant autorité, il s'agit d'une circonstance aggravante alourdissant la peine encourue pour l'agresseur. Le lien entre l'auteur des faits et la victime est un fait inhérent de circonstance aggravante.

Si l'agression sexuelle s'accompagne de mutilations génitales, la législation diffère. La loi française réprime les mauvais traitements sur les enfants au titre « des violences volontaires ayant entraîné des mutilations », via les articles 222-9 et 222-10 du Code Pénal *[67]*. Les mutilations sexuelles génitales sont définies comme un crime et passibles d'un jugement en Cour d'Assises. Les mutilations génitales féminines sont interdites sur le territoire français, et à l'étranger si elles sont réalisées sur un enfant de nationalité française *[53]*.

La personne âgée ne déroge pas aux lois pénales françaises. Même si les séniors représentent et représenteront une part de plus en plus importante de l'ensemble de la

population, ils ne sont pas exclus du droit pénal. La vulnérabilité n'est pas synonyme de détérioration intellectuelle. Un homme âgé, placé sous tutelle, n'est pas pour autant autorisé à commettre une infraction à caractère pénal, et ce, même s'il est déjà reconnu incapable sur le plan civil *[69]*.

II.6.3. Incapacité Totale de Travail

Que l'examen médical ait lieu sur réquisition judiciaire ou non, à l'issue de celui-ci, une synthèse doit être rédigée. Elle prend la forme d'un certificat médical en l'absence de dépôt de plainte, ou d'un rapport médico-légal s'il y a une réquisition secondaire à une plainte. L'ensemble de l'examen médical est consigné dans cette synthèse et une conclusion préliminaire (dans l'attente des résultats des prélèvements standards et selon le contexte, d'autres examens complémentaires demandés ou de consultations ultérieures prévues) est donnée.

La détermination des préjudices subis par la victime est donnée en fin de certificat. L'ITT (Incapacité Totale de Travail) est une incapacité temporaire, évaluée en fonction de l'atteinte physique et/ou psychique subi par la victime. C'est une perte totale d'autonomie.

L'ITT est une notion pénale, qui définit la durée pendant laquelle la victime est dans l'impossibilité de mener seule une existence normale en effectuant les gestes courants de la vie quotidienne, tels que manger, aller aux toilettes, s'habiller, se laver, conduire une voiture, faire ses courses *[21, 70]*. Sa durée est donc variable et dépend de la gravité des lésions et du handicap qu'elles engendrent chez la victime, comme dans le cas d'une hospitalisation qui rentre dans la durée de l'ITT. Toute victime peut bénéficier d'une ITT, quelques soient son âge et son activité professionnelle. L'ITT n'est pas synonyme d'arrêt de travail *[23]*: une victime peut bénéficier d'un arrêt de travail 15 jours prescrit par son médecin traitant, alors que son ITT pénale est estimée à 24 heures par le médecin l'ayant examiné juste après l'agression sexuelle présumée.

Un paragraphe concernant l'évaluation de l'ITT est présent à la fin du certificat médical. Il précise que l'ITT est donnée, sous réserve de la survenue de complications ultérieures, notamment psychologiques, pouvant modifier la détermination de l'ITT initiale. La

conclusion du certificat fixe l'ITT qui repose sur les conséquences médicales de l'épisode d'agression et de violence, et non sur les circonstances de l'agression relatées par la victime.

Lorsque l'agression sexuelle est un viol, il n'y a pas lieu de déterminer l'ITT puisque le viol est défini comme un crime selon le Code Pénal, et sera directement jugé par une Cour d'Assise.

Si l'agression sexuelle subie par la victime n'est pas un viol, l'ITT évaluée lors de la première consultation détermine la gravité des lésions, des « coups et blessures », et conditionne la suite de la procédure juridique.

Si l'ITT est inférieure ou égale à 8 jours, l'agresseur est poursuivi par le tribunal de police, sauf en cas de circonstances aggravantes (liées à la victime, à l'auteur ou aux circonstances, comme détaillées précédemment).

Si l'ITT est supérieure à 8 jours, l'infraction pénale devient un délit et le prévenu est poursuivi par le tribunal correctionnel *[70, annexe 7.6]*.

Au stade de la réquisition judiciaire, lors de l'examen médical initial de la victime, il n'y a que « suspicion de ». De principe, il convient de fixer une ITT initiale lors de la rédaction du certificat médical ou du rapport médico-légal d'une victime présumée d'agression sexuelle.

II.6.4. Indemnisations

En France, les victimes peuvent être indemnisées de manière globale au titre du préjudice moral, en dépit des lésions et séquelles physiques. La nature des faits, leur durée, leur répétitivité, l'âge de la victime, sa virginité antérieure et le lien de parenté sont pris en compte dans la détermination du préjudice moral *[40]*.

L'indemnisation des préjudices repose sur une expertise médicale. Selon l'article 706-48 du Code de Procédure Pénale, conformément à la loi du 17 Juin 1998, *« l'expertise médicale est destinée à apprécier la nature et l'importance du préjudice subi et à établir si celui-ci rend nécessaires des traitements ou des soins appropriés »* chez les mineurs.

L'expertise est demandée par le Juge d'Instruction, par le Président du Tribunal ou de la Cour d'Assises lors du procès, ou par le Président de la Commission d'Indemnisation des Victimes d'Infraction (CIVI) à tout moment de la procédure judiciaire. Une fois accordée par le Tribunal, l'indemnisation est versée par l'auteur des faits ou par le Fonds de Garantie des Victimes d'Actes de terrorisme et autres infractions pénales si la victime est passée par la CIVI.

L'intervention d'un tiers, neutre, dans le paiement de l'indemnisation est préférable pour rompre tout lien financier entre la victime et l'agresseur *[23]*.

III. DEUXIEME PARTIE : ETUDE CLINIQUE DE COHORTE

III.1. MATERIEL ET METHODE

III.1.1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de décrire l'examen gynécologique génital des femmes ayant une activité sexuelle consentie, non victimes d'agression sexuelle récente.

De façon prospective, nous avons décrit l'examen gynécologique génital des femmes, ayant une activité sexuelle débutée, voire ayant déjà accouchée par voie basse, et nous avons essayé de mettre en évidence d'éventuelles lésions traumatiques génitales d'allure récente.

L'objectif secondaire est de comparer l'examen gynécologique normal de ces femmes à celui de victimes d'agression sexuelle.

Nous avons colligé de façon rétrospective l'examen gynécologique génital des femmes victimes d'agression sexuelle, afin de voir s'il existait systématiquement des lésions traumatiques et de comparer les deux cohortes de femmes.

Ces deux objectifs cherchent à améliorer la compréhension de l'examen gynécologique en toute circonstance, et de mettre en évidence une ou plusieurs différences significatives entre les deux cohortes.

Il s'agit par ailleurs dans ce travail de souligner la diversité anatomique de l'appareil génital féminin, et plus particulièrement de l'hymen.

III.1.2. Hypothèse de travail

Même si l'acte sexuel consenti est un acte volontaire, censé être source de plaisir et « sans danger pour la santé », il peut être à l'origine de traumatismes génitaux et anaux divers.

Un rapport sexuel forcé, non consenti, est à l'origine de traumatismes divers. Il peut dans certains cas, ne pas laisser de trace physique, génitale ou autre.

La littérature rapporte de nombreuses données quant à l'examen gynécologique génital des femmes victimes d'agression sexuelle *[71, 72, 73, 74]*, notamment chez les jeunes enfants ou adolescentes.

La bibliographie reste pauvre quant à l'examen gynécologique des femmes, adultes, ayant une activité sexuelle *[40]*. La diversité morpho-anatomique de l'appareil génital féminin rend plus complexe l'analyse pertinente des données de l'examen gynécologique *[27]*.

En partant de l'hypothèse nulle qu'il n'y a pas de différence entre l'examen gynécologique des deux cohortes, nous avons cherché à montrer l'existence de différences significatives entre les femmes victimes ou non d'AS.

Nous avons essayé de montrer le caractère non systématique de deux postulats encore trop souvent admis : les rapports sexuels consentis n'entraînent aucune lésion ; le viol est systématiquement à l'origine de traumatismes gynécologiques.

L'existence de lésions traumatiques génitales d'allure récente au cours de rapports sexuels dits « normaux » peut entraîner des difficultés d'interprétation et de diagnostic, avec des confusions possibles lors de l'examen d'une victime présumée d'agression sexuelle.

III.1.3. Moyens de l'étude

III.1.3.1. Echantillonnage de la population

Les sujets inclus sont des femmes recrutées selon deux groupes distincts, différents selon l'existence ou non d'une agression sexuelle récente.

Les critères d'inclusion communs aux deux cohortes étaient le sexe féminin, l'âge supérieur ou égal à 14 ans.

Les critères d'exclusion communs étaient le sexe masculin, l'âge inférieur à 14 ans.

Pour des raisons logistiques, les deux cohortes ne comptent pas le même nombre d'individus.

Nous n'avons pas pu obtenir plus de 150 femmes « normales » indemnes d'agression sexuelle et plus de 113 femmes présumées victimes d'agression sexuelle. Au total, il s'agit d'une population de 263 cas.

Plus le nombre total individus est grand, et plus le nombre d'individus de chaque cohorte est proche et identique, plus la puissance de l'étude et des tests statistiques est grande. Avec le nombre total d'individus égal à 263, on pouvait s'attendre à des fréquences supposées pour les caractéristiques étudiées entre 5 et 10%.

III.1.3.1.1. Première cohorte

Le premier groupe est constitué de 150 femmes, recrutées en consultation gynécologique programmée, à la maternité de l'hôpital Maillot de Briey, France, sur une période de 6 mois, s'étalant entre le 2 Novembre 2010, et le 29 Avril 2011.

Il s'agit d'une cohorte constituée de façon prospective.

Le consentement oral de chaque patiente et le consentement parental oral pour chaque patiente mineure ont été obtenu.

L'existence d'une histoire d'agression sexuelle récente (<2 mois, choisi arbitrairement), l'absence de consentement oral, l'existence d'une symptomatologie gynécologique nécessitant une prise en charge très urgente (<10 minutes), les sujets ne parlant pas ou très peu la langue française, l'existence d'un handicap physique moteur empêchant une position gynécologique et un examen gynécologique contributif, l'existence d'un trouble cognitif sévère altérant la fiabilité de l'interrogatoire sont des facteurs d'exclusion qui ont été appliqués pour cette cohorte.

III.1.3.1.2. Deuxième cohorte

Le deuxième groupe est constitué de 113 femmes, présumées victimes d'agression sexuelle, recrutées sur les archives de la maternité régionale de Nancy, Adolphe Pinard, France, entre le 1er Janvier 2009 et le 29 Avril 2011.

Le recueil des dossiers a été réalisé de façon rétrospective.

L'absence de renseignements suffisants à l'analyse des données au sein du dossier médical a été un critère d'exclusion supplémentaire pour ce groupe.

III.1.3.2. Collecte des données

III.1.3.2.1. Collecte commune aux deux cohortes

Un protocole de recueil des informations a été validé au préalable par le Dr Laurent Martrille, directeur de thèse. Ce protocole incluait une grille de critères informés grâce à l'interrogatoire, et une grille de recueil des données de l'examen clinique gynécologique.

Le protocole comptait un certain nombre de questions prédéfinies et établies selon une grille de recueil, validée par le service d'Epidémiologie et Evaluations Cliniques du CHU de Nancy.

L'interrogatoire et l'examen gynécologique ont conduit à l'obtention de données recherchées selon des critères prédéfinis inscrits sur des grilles de recueil, validées par le service d'Epidémiologie et Evaluations Cliniques du CHU de Nancy *[annexes 7.3 et 7.4]*.

Le type de spéculum utilisé, le nombre de doigts nécessaires pour réaliser le toucher vaginal (TV), étaient précisés. Les spéculums étaient des spéculums transparents, de type Cusco, référencés comme ci-après :

Réf. 01.200 – Spéculum Gynéas Unispec 20 mm, type Cusco – Blanc

Réf. 01.001 – Spéculum Gynéas Unispec 24 mm, type Cusco – Bleu

Réf. 01.002 – Spéculum Gynéas Unispec 26 mm, type Cusco – Rouge

Réf. 01.003 – Spéculum Gynéas Unispec 30 mm, type Cusco - Vert

Malheureusement, nous n'avons pas pu obtenir de photos pour chaque cas, devant la réticence de certaines patientes indemnes d'agression sexuelle, se sentant "épier" dans leur intimité. De ce fait, nous avons préféré optimiser les données à travers un schéma, simple mais suffisamment détaillé, et reproductible *[annexe 7.5]*.

III.1.3.2.2. Collecte des données du groupe sans agression sexuelle

Les consultations et les examens ont tous été menés par un seul opérateur confirmé (l'auteur de ce travail), en présence ou non d'un autre interne de spécialité en Gynécologie Médicale ou de Médecine Générale, en formation, et effectuant son semestre d'internat dans le service de Gynécologie-Maternité de l'hôpital Maillot de Briey.

Un texte d'introduction succinct, mais informatif sur l'abord de certaines questions intimes de la vie de femme et sur le déroulement orienté de l'examen gynécologique, a été remis à toutes les patientes en salle d'attente avant la consultation programmée *[annexe 7.2]*. Secondairement, au début de la consultation, après ré explication orale et réassurance sur l'anonymat des données, un consentement oral a été obtenu pour toutes les patientes.

Lors de la consultation médicale, l'interrogatoire a été mené selon le protocole et les grilles de saisies réalisés au préalable.

Les réponses sont données oralement par la patiente, et recopiées par écrit par l'opérateur.

Un examen physique gynécologique complétait l'interrogatoire. Il incluait une prise manuelle de la Tension artérielle (TA), une palpation abdominale et un examen détaillé de l'appareil génital externe, utilisant un éclairage adapté, ou un colposcope. Les patientes étaient examinées en salle de consultation, sur une table d'examen, modulable, en position gynécologique *[54]*. Elles étaient en décubitus dorsal, bras le long du corps, relâchées. Les jambes en semi-flexion créent un angle de 45° avec l'horizontale, les pieds sont posés dans les étriers (position de "semi-supination"). Les cuisses sont en abduction suffisante, mais avec un bon relâchement musculaire, permettant la facilité de l'examen. Les fesses dépassent légèrement l'aplomb de la table. L'appareil génital externe est ainsi soigneusement examiné par séparation des petites et des grandes lèvres, en réalisant une traction en bas et en arrière des lèvres.

L'utilisation de coton-tige complémentaire a parfois été nécessaire pour mieux visualiser et caractériser la profondeur des encoches ou des fissures hyménales, notamment au niveau du rayon de 6 heures, et du bord postérieur de l'hymen.

III.1.3.2.3. Collecte des données propres aux victimes d'agression sexuelle

Les consultations ont été menées par des opérateurs différents, avec entre autres: le Dr Frédérique Guillet-May, gynécologue-obstétricien, le Dr Marie-Odile Delaporte, gynécologue-obstétricien, et le Dr Joël Mulhstein, chef de clinique gynécologue-obstétricien, spécialisés dans l'interrogatoire et l'examen clinique gynécologique de victimes d'agression sexuelle. Les consultants suivaient le même protocole de prise en charge des victimes de violences sexuelles validé par la Maternité Régionale de Nancy *[annexe 7.6]*.

La collecte des données s'est faite de façon rétrospective sur des dossiers médicaux. Aucun examen médical n'a été refait chez ces patientes.

La façon dont les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique avaient été collectées initialement lors de la première consultation suivait le protocole d'accueil des victimes d'agression sexuelle en vigueur à la maternité régionale de Nancy *[annexe7.6]*.

Les données ont été reportées par écrit, par l'auteur de ce travail, dans les grilles de recueil correspondantes.

III.1.3.3. Quelles sont les données ?

III.1.3.3.1. Données communes aux deux cohortes

Les grands axes du questionnaire du protocole se divisent en six catégories: les antécédents gynécologiques, les antécédents contraceptifs, les antécédents obstétricaux, la vie sexuelle, la notion de violences physiques/morales/autres dans la vie de femmes, et les autres commentaires (tels que le motif de consultation) *[annexe 7.3]*.

Chaque item contient des questions en rapport avec la catégorie, avec des questions sur la vie hormonale, l'âge des premières règles, des dernières règles, les menstruations,

l'utilisation de tampons vaginaux, l'existence d'une chirurgie pelvienne, d'un prolapsus génital, de traumatisme génital externe tout confondu, la prise d'une pilule hormonale, le port d'un DIU, l'existence d'une activité sexuelle consentie, l'âge du premier rapport sexuel, la date du dernier rapport sexuel, sa durée, les positions pratiquées, la pratique d'une pénétration vaginale digitale et/ou pénienne, le vécu des rapports sexuels, la gestité, la parité, le mode d'accouchement, le poids de naissance du plus gros enfant, la pratique d'une rééducation périnéale.

Les grands axes de l'examen génital comprenaient la description de l'aspect du périnée et de la face interne des cuisses, des grandes lèvres, des petites lèvres, de l'hymen (forme, présence d'encoches, de lésions traumatiques, de franges, épaisseur, consistance, perception de l'anneau hyménal), l'existence de lésions condylomateuses, lésions signes d'une infection génitale, l'aspect du vagin, du col utérin *[annexe 7.4]*.

III.1.3.3.2. Données des femmes victimes d'agression sexuelle

Dans ce groupe de cas, les femmes étaient présumées victimes d'agression sexuelle. Des données supplémentaires concernant l'agression sexuelle étaient recherchées dans les dossiers et retranscrits dans les grilles de recueil du protocole.

La date de l'agression sexuelle, le délai écoulé entre l'agression sexuelle et la consultation médicale, l'existence de RS consentis depuis l'agression, le type d'agression sexuelle, l'utilisation d'objets, le port de préservatif, la notion d'une éjaculation, la nature de l'agresseur présumé, la répétitivité des faits, le vécu de l'agression étaient les principales informations recueillies dans les dossiers.

III.1.3.4. Aspects réglementaires

L'étude n'a fait l'objet d'aucune réglementation légale, et n'a été soumis à aucun comité éthique et/ou scientifique. Un simple consentement oral individuel a été nécessaire, après informations et explications claires et compréhensibles du déroulement de l'étude.

Au moment du recueil des données, tous les dossiers ont été anonymisés, et classés selon un nouvel identifiant chiffré, de façon aléatoire. Tout identifiant, tel que le nom, le

prénom, les initiales, la date de naissance, la date de consultation, des dates d'événements marquants de la vie de la patiente, a été supprimé. L'anonymat complet des dossiers et des données de recueil n'a pas nécessité de déclaration au CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

L'étude a été approuvée par:

- le Pôle Régional d'Accueil des Victimes d'Agressions Sexuelles et Maltraitance à Enfants de Nancy, dont la coordonnatrice est le Dr Frédérique Guillet-May ;

- le service de Médecine Légale de Nancy dirigé par Mr le Pr Henry Coudane, chef de service ;

- le service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy, dont le chef de service est Mr le Pr Serge Briançon ;

- le service de Gynécologie-Maternité de l'hôpital Maillot, dirigé par Melle le Dr Danièle Perrin, à Briey.

L'étude n'a fait l'objet d'aucune subvention, et aucune patiente n'a été rémunérée.

III.1.4. Analyse statistique

Les informations, recueillies lors de l'interrogatoire et de l'examen clinique, relatives aux deux populations de femmes étudiées, ont été intégrées dans une base de données informatique, à travers un masque de saisie prédéfini, par le logiciel EpiData®, version 3.1 (270108). L'analyse statistique et la fréquence de chaque variable ont été calculées par le logiciel SAS® 9.2 et AdClin® 3.1.

Après une analyse descriptive des données, des tests ont été réalisés pour comparer les différentes variables entre les sujets sans agression sexuelle et les sujets ayant été victimes d'une agression sexuelle :

- le test χ^2 de Pearson a été utilisé pour grouper et comparer deux variables qualitatives ;
- le test t de Student a été réalisé pour faire des comparaisons de moyennes. C'est un cas particulier d'analyse de variances.

Les tests ont été réalisés au risque alpha 5%.

Avec 150 femmes « normales » non agressées sexuellement et 113 femmes victimes présumées d'agression sexuelle, un risque alpha de 5% et une puissance de 80%, il n'est possible de mettre en évidence que des risques relatifs (RR) d'au moins 2,8 : la fréquence de la caractéristique étudiée doit être plus de 2,8 fois plus fréquente dans une cohorte que dans l'autre.

La conception de l'enquête, la méthode d'échantillonnage, la conception du questionnaire, la réalisation du masque de saisie des données, l'analyse statistique, l'interprétation et la présentation des résultats, ont été réalisés avec l'aide de Mr le Pr Briançon, chef du service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy.

III.1.5. Mots clefs

Ce travail a donc cherché, complété par une revue de la littérature, à faire le point sur les variations anatomiques de l'examen génital des femmes, selon l'existence d'une activité sexuelle, consentie ou non. La recherche bibliographique a été réalisée en consultant les bases de données Pub Med/Medline, EMC Consulte/EM Premium, puis, de proche en proche, à partir des références citées dans les articles et des ouvrages qui nous ont été conseillés.

Les mots clefs utilisés pour la recherche bibliographique sur les bases de données via internet se divisent en deux catégories. Pour le moteur de cherche français EM Premium (Elsevier Masson Premium), les mots étaient : Hymen ; Agression sexuelle ; Examen génital ; Anatomie génitale féminine ; Viol ; Procédure pénale ; Prélèvements.

Sur le moteur de recherche bibliographique anglais Pub Med (PubMed.gov, NCIS), les mots clefs utilisés étaient : Hymenal injuries ; Hymen injuries ; Accommodation hymen ; Sexual assault.

III.2. POPULATION ETUDIEE

III.2.1. Femmes non agressées sexuellement

Le premier groupe de patientes de l'étude compte 150 femmes vues en consultation gynécologique programmée, à la maternité de l'hôpital Maillot de Briey, France, sur une période de 6 mois, comprise entre le 2 Novembre 2010, et le 29 Avril 2011.

Les caractéristiques de ces 150 femmes seront décrites selon l'intérêt et l'implication de ces données pour l'analyse des résultats finaux qui nous intéressent. Elles sont résumées dans le tableau 1 ci-après:

Tableau 1. Descriptif général des femmes indemnes d'agression sexuelle

AGE	**14-17 ans**	**18-39 ans**	**40-64 ans**	**≥ 65 ans**
Effectif =N valeur absolue (et en %)	5 (3,3%)	**92 (61,3%)**	**46 (30,7%)**	7 (4,7%)
Obésité	0	11,9%	**26,1%**	14,3%
Activité Sexuelle Régulière	60%	88%	63%	33,3%
Traitement Hormonal	40%	**51,1%**	39,1%	14,3%
P0	**100% (G0P0)**	30,4%	8,7%	14,3%
≥ P1 avec AVB	0	**56,5%**	**82,6%**	**85,7%**

Avec :

P0= femme nullipare

P1= femme primipare

AVB = accouchement par voie basse

III.2.2. Femmes victimes d'agression sexuelle

Le deuxième groupe de patientes de l'étude est constitué de 113 femmes, présumées victimes d'agression sexuelle, recrutées de façon aléatoire, sur les archives de la maternité régionale de Nancy, Adolphe Pinard, France, entre le 1er Janvier 2009 et le 29 Avril 2011.

Comme pour les femmes sans agression sexuelle, les caractéristiques de ces 113 femmes seront décrites selon l'intérêt et l'implication de ces données pour l'analyse des résultats finaux qui nous intéressent. Elles sont résumées dans le tableau 2 suivant:

Tableau 2. Descriptif général des femmes victimes d'agression sexuelle

AGE	**14-17 ans**	**18-39 ans**	**40-64 ans**	**≥ 65 ans**
Effectif =N valeur absolue (et en %)	**31 (27,4%)**	**56 (49,6%)**	23 (20,4%)	3 (2,7%)
Vierge	**21 (67,7%)**	8 (14,3%)	4 (17,4%)	0
Agression sexuelle avec pénétration pénienne	74,2%	94,6%	87%	33,3%
Traitement Hormonal	29%	**44,6%**	30,4%	0
P0	**96,8%**	**62,5%**	30,4%	**66,7%**
≥ P1 avec AVB	3,2%	32,1%	**69,6%**	33,3%

III.3. RESULTATS

III.3.1. Age des femmes

III.3.1.1. Cohorte sans agression sexuelle

Les femmes sont âgées de 14 à 81 ans, avec une moyenne d'âge de 36,4 ans et une médiane de 33 ans. Les patientes ont été divisées en 4 sous-groupes suivant leur âge, dépendant de leur statut et développement hormonaux, comme décrit chez B.GIRARDIN dans son ouvrage américain *[24] :* 3,3% des femmes (soit 5 cas) sont âgées de 14 à 17 ans, 61,3% des femmes sont âgées de 18 à 39 ans, 30,7% sont âgées de 40 à 64 ans, et 4,7% des femmes ont plus de 65 ans. Plus de 90% de ces femmes sont âgées de 18 à 64 ans, soit des femmes adultes.

III.3.1.2. Cohorte victime d'agression sexuelle

Les femmes sont âgées de 14 à 86 ans, avec une moyenne d'âge de 28,5 ans et une médiane de 23 ans. Les patientes ont également été divisées en 4 sous-groupes suivant leur âge, dépendant de leur statut et développement hormonaux, comme pour les femmes indemnes d'agression sexuelle : 27,4 % des femmes sont âgées de 14 à 17 ans, 49,6% des femmes sont âgées de 18 à 39 ans, 20,4% sont âgées de 40 à 64 ans, et 2,6% des femmes (soit 3 cas) ont plus de 65 ans. Plus de 95% de ces femmes sont âgées de 14 à 64 ans, mais un tiers de cette population est mineure, âgée de moins de 18 ans (27,4%, soit 31 cas).

III.3.2. Ethnie

III.3.2.1. Cohorte sans agression sexuelle

Dans 88% des cas, ces femmes sont d'origine caucasienne, dans 10% d'origine maghrébine ; 1,3% des femmes (2 femmes) sont originaires d'Afrique Noire (couleur de peau noire) et 0,7%, soit une seule femme, est de type asiatique (vietnamien).

III.3.2.2. Cohorte victime d'agression sexuelle

Dans 94,7% des cas, ces femmes sont d'origine caucasienne ; 1,8% des femmes (2 femmes) sont d'origine maghrébine et 3,5% (4 femmes) sont originaires d'Afrique Noire (couleur de peau noire).

III.3.3. L'indice de masse corporelle

III.3.3.1. Femmes non agressées sexuellement

L'IMC, ou BMI (Body Mass Indice), permet de définir des critères de poids normal, de maigreur ou d'obésité. Un IMC normal est compris entre 18,5 et 25 Kg/m². Un IMC inférieur à 18 Kg/m² définit la maigreur, voire la dénutrition si l'IMC passe sous la barre des 15 Kg/m². A l'inverse, un IMC supérieur à 30 Kg/m² définit l'obésité, avec une obésité dite morbide au-delà de 40 Kg/m² d'IMC.

Sur les 150 femmes, on retrouve 16% d'obésité, touchant principalement les femmes âgées de 40 à 64 ans (26,1% de cette tranche d'âge). Aucune obèse n'est retrouvée dans le groupe des moins de 18 ans (avec n=5).

III.3.3.2. Femmes victimes d'agression sexuelle

Sur les 113 femmes, on retrouve la notion d'obésité chez une seule femme : le poids, l'IMC ou encore la corpulence ne sont pas renseignés chez les 112 autres femmes, selon les informations recueillies sur les dossiers médicaux.

III.3.4. Statut et traitement hormonaux

III.3.4.1. Cohorte sans agression sexuelle

Toutes les femmes incluses sont réglées. L'âge moyen de la ménarche est de 13 ans, avec un écart-type de 1,8, et 2 femmes ne peuvent préciser le début de leur ménarche.

21,3% des femmes sont en première partie du cycle menstruel lors de la consultation (soit avant le 14ème jour du cycle ovulaire, phase folliculaire) et 32,7% sont en deuxième partie de cycle (phase lutéale, post-ovulatoire, sous réserve de cycles réguliers de 28 jours).

La régularité menstruelle, après explication aux patientes, est retrouvée chez 61,1% des femmes. Dans plus de deux tiers des cas, les règles sont d'abondance moyenne.

52,7% des femmes, soit 79 sur les 150, utilisent des tampons intra-vaginaux périodiques régulièrement, et dans 67% ,elles utilisent des tampons de taille standard (normale), dans 10,1% des tampons de petite taille, et dans 22,8% de tampons grande taille.

Un état gravide est présent chez 14% des femmes (soit 21 cas), avec un terme moyen de 9,6 semaines d'aménorrhée (SA) lors de la consultation ; la médiane est de 8 SA, avec des extrêmes allant de 5 à 27 SA (IC=95%).

32% des femmes sont en aménorrhée secondaire, dont 46% sont représentées par des femmes ménopausées. Les autres femmes en aménorrhée secondaire sont sous contraception hormonale ou sont connues pour avoir des cycles irréguliers, très longs.

Chez les 150 femmes ayant déjà eu leurs menstruations, 14,7% sont ménopausées (soit 22 femmes), avec un âge moyen de la ménopause de 50,4 ans. 18,2% des femmes ménopausées suivent un traitement hormonal substitutif de la ménopause ou une hormonothérapie adjuvante antinéoplasique (cancer du sein). La durée moyenne de l'utilisation du traitement hormonal est de 6 ans.

III.3.4.2. Cohorte victime d'agression sexuelle

A l'exception d'un cas, toutes les femmes incluses sont réglées, soit 99,1% (112 femmes sur 113). L'âge moyen de la ménarche est de 12,7 ans, avec un écart-type de 1,4, mais la date de la ménarche n'a pas été retrouvée sur les dossiers pour 32 femmes.

32,7% des femmes réglées sont en première partie du cycle menstruel lors de la consultation (soit avant le 14ème jour du cycle ovulaire, phase folliculaire) et 39,6% sont en deuxième partie de cycle (phase lutéale, post-ovulatoire, sous réserve de cycles réguliers de 28 jours), avec n=101 (données manquantes chez 11 femmes).

La régularité menstruelle, selon les informations relevées sur les dossiers médicaux, est retrouvée chez 74% des femmes. Dans 88,9% (avec n=90 femmes) les règles sont d'abondance moyenne.

51,5% des femmes en période d'activité génitale, soit 52 sur 101 femmes, utilisent des tampons intra-vaginaux périodiques régulièrement, et dans 57,7% ,elles utilisent des tampons de taille standard (normale), dans 21,2% des tampons de petite taille, et dans 21,2% de tampons grande taille.

Aucune des 113 femmes victimes d'agression sexuelle ne présentait une grossesse connue, lors de la consultation réalisée suite à l'AS.

27,7% des femmes sont en aménorrhée secondaire (n=101), dont 39,3% de femmes ménopausées. Les autres femmes en aménorrhée secondaire sont sous contraception hormonale ou sont connues pour avoir des cycles irréguliers, très longs.

Chez les 112 femmes ayant déjà eu leurs menstruations, 9,8% sont ménopausées (soit 11 femmes), avec un âge moyen de la ménopause de 44,9 ans. Sur les 11 femmes ménopausées, 3 dossiers incomplets n'ont pas permis de trouver l'âge de début de la ménopause. Une seule femme ménopausée, âgée de 57 ans, suit un traitement hormonal substitutif de la ménopause, débuté à 47 ans, et toujours pris lors de la consultation selon les informations recueillies sur le dossier médical.

III.3.5. Antécédents

III.3.5.1. Antécédents gynécologiques

III.3.5.1.1. Cohorte sans agression sexuelle

Suite à notre interrogatoire, 66 femmes ont déclaré avoir bénéficié d'une chirurgie gynécologique, soit 44% des 150 femmes ; 28,8% de ces femmes sont les femmes ayant eu au moins une césarienne, soit 19 femmes.

Selon leurs déclarations, 24,2% des femmes (soit 16 femmes) ont bénéficié d'un curetage utérin évacuateur, suite à une fausse couche hémorragique et/ou incomplète, une grossesse arrêtée ou une interruption volontaire de grossesse ; 3% des femmes (soit 2

femmes) ont bénéficié d'un curetage utérin hémostatique (ménométrorragies hémorragiques) ou biopsique. Par ailleurs, 21,2% des femmes ont bénéficié d'une (ou plus) cœlioscopie ; 28,8% des femmes ont eu au moins une césarienne (chirurgie de type « voie haute », puisque ne passant pas par les voies naturelles) ; 4,5% ont subi une conisation et/ou une vaporisation laser du col utérin suite à des lésions condylomateuses pré-néoplasiques ; une femme aurait bénéficié d'un cerclage du col utérin en cours de grossesse ; une femme aurait bénéficié d'une incision chirurgicale d'un abcès cutané vulvaire ; une femme a bénéficié d'une plastie vulvaire dans l'enfance ; 6,1% des femmes ont eu une hystérectomie totale ; une délivrance artificielle et/ou une révision utérine (post-AVB) a été réalisée chez 6,1% des femmes ; 3% des femmes ont bénéficié d'une hystéroscopie et/ou d'une hystérosalpingographie isolée(s) ; et pour mémoire, une femme a bénéficié d'une prise en charge chirurgicale pour une cure de hernie ombilicale.

Sur le plan de la statique et de la dynamique pelviennes, 6% des femmes présentent un prolapsus génital, principalement chez les femmes de plus de 40 ans.

On retrouve plus de femmes présentant une incontinence urinaire d'effort, puisque 18% de notre population : l'incontinence urinaire n'est pas systématiquement associée à un prolapsus majeur visible et invalidant sur le plan fonctionnel.

Au niveau traumatique, 2,7% des femmes rapportent s'être blessées au niveau génital lors d'une activité sportive et/ou d'une chute (chute sur barre asymétrique de gymnastique, chute de vélo, chute sur un pied de tabouret, ou coups reçus lors de combat sportif). Ces 4 femmes concernées ne savaient pas préciser la qualification des lésions précises au moment des faits, ni leur localisation, mais avaient toutes bénéficiées d'une consultation en urgence et d'une prise en charge chirurgicale pour 2 d'entre elles (suture complexe ?).

III.3.5.1.2. Cohorte victime d'agression sexuelle

Les informations recueillies sur les dossiers médicaux ont permis de retrouver des ATCD chirurgicaux gynécologiques chez 22 femmes, incluant 3 femmes ayant eu au moins une fois une césarienne : les données sont manquantes pour 91 femmes.

Selon leurs déclarations, 9 femmes, soit 40,9% ont bénéficié d'une chirurgie pelvienne gynécologique par voie basse (voie vaginale), de type curetage utérin évacuateur ou

biopsique, suite à une fausse couche hémorragique et/ou incomplète, une grossesse arrêtée, ou des ménométrorragies ; 31,8% des femmes ont bénéficié d'une (ou plus) cœlioscopie ; 13,6% des femmes ont eu au moins une césarienne (chirurgie de type « voie haute », puisque ne passant pas par les voies naturelles) ; une femme aurait bénéficié d'une laparotomie (dont l'étiologie n'est pas précisée) ; une femme aurait bénéficié d'une hystérectomie totale par voie vaginale ; et une femme a bénéficié d'une chirurgie pour cure de reflux vésico-rénal bilatéral.

Sur le plan de la statique et de la dynamique pelviennes, 1,8% des femmes (soit 2 femmes, âgées de 57 ans) présentent un prolapsus génital et 2 femmes se plaignent d'une incontinence urinaire d'effort, avec un cas commun présentant un prolapsus génital et une incontinence urinaire d'effort.

Au niveau traumatique, selon les informations des dossiers médicaux, aucune donnée ne rapporte d'accidents traumatiques sportifs au niveau génital.

III.3.5.2. Antécédents contraceptifs

III.3.5.2.1. Cohorte non agressée sexuellement

Il est établi lors du recueil des données que lorsque les femmes parlent de leur contraception, il s'agit de leur contraception actuelle, ou arrêtée depuis 2 mois ou moins.

Au total, 48% des femmes sont sous contraception hormonale, par voie orale ou non : 20% suivent une contraception orale estroprogestative, 14% une contraception orale progestative seule, 7,3% sont munies d'un stérilet hormonal aux progestatifs, 3,3% portent un implant progestatif sous-cutané, 2,7% utilisent l'anneau vaginal estroprogestatif, et une femme est sous injection intramusculaire de progestatif.

12,7% des femmes sont porteuses d'un stérilet (DIU), soit 19 femmes au total, mais le pourcentage s'élève à 14,8% si on exclut les femmes ménopausées. En effet, le DIU hormonal n'est actuellement pas encore utilisé comme THM. Les femmes portent plus souvent un DIU hormonal au lévonorgestrel, ou MIRENA®, plutôt qu'un DIU au cuivre sans hormones (57,9% contre 42,1%).

Par soustraction, 17,9% des femmes en période d'activité génitale (non ménopausées) utilisent une méthode non hormonale et non intra-utérine (DIU) : 8 femmes utilisent le port de

préservatif masculin en tant que contraception, et pour la moitié d'entre elles, elles ajoutent du lubrifiant au préservatif ; 3 femmes revendiquent les méthodes naturelles et utilisent la méthode du retrait, l'aspect de la glaire cervicale, ou encore la méthode OGINO-KNAUSS ; et 12 femmes bénéficient d'une contraception définitive.

Il reste 4,7%, soit 6 femmes en âge de procréer, sans aucune contraception, soit parce qu'il existe un désir de grossesse, soit parce qu'il existe un contexte d'infertilité primaire ou secondaire.

III.3.5.2.2. Cohorte victime d'agression sexuelle

Il est établi lors du recueil des données que lorsque les femmes parlent de leur contraception, il s'agit de leur contraception actuelle, ou arrêtée depuis 2 mois ou moins.

Selon les données recueillies, 36,3% des femmes sont sous contraception hormonale, par voie orale ou non : 17,7% suivent une contraception orale estroprogestative, 10,7% sont munies de l'implant progestatif sous-cutané, 4,4% sont porteuses d'un DIU hormonal aux progestatifs, 2,7% utilisent une contraception orale progestative seule et une femme est sous patch transdermique estroprogestatif.

5,3% des femmes sont porteuses d'un stérilet (DIU), soit 6 femmes au total, mais le pourcentage est semblable, égal à 5,9% si on exclut les femmes ménopausées et la jeune fille non réglée du pool total (soit n= 101 et non 113). Les femmes portent plus souvent un DIU hormonal au lévonorgestrel (MIRENA®), plutôt qu'un DIU au cuivre sans hormones (83,3% contre 16,7%).

Au total, 5,9% des femmes en période d'activité génitale (réglées et non ménopausées, soit n=101) n'utilisent aucune contraception hormonale, ni de DIU, mais d'autres méthodes contraceptives : 4 femmes utilisent le port de préservatif masculin et de lubrifiant en tant que contraception ; une femme revendique les méthodes naturelles et une femme bénéficie d'une contraception définitive.

Il reste 46,9%, soit 53 femmes réglées, en âge de procréer, sans aucune contraception. Ce pourcentage élevé s'explique entre autres, devant la présence d'une population de l'étude assez jeune, puisque 27,4% des femmes sont âgées de moins de 18 ans, et un nombre

important de femmes vierges avant l'agression sexuelle, s'élevant à 28,3%. Les raisons de l'absence de contraception s'expliquent aussi soit parce qu'il existe un désir de grossesse, soit parce qu'il existe un contexte d'infertilité primaire ou secondaire.

III.3.5.3. Antécédents obstétricaux

III.3.5.3.1. Cohorte sans agression sexuelle

Chaque femme a été interrogée sur sa vie obstétricale, passée et actuelle.

Les femmes n'ayant jamais été enceintes, donc nulligestes et nullipares (G0P0), représentent 13,3% de l'ensemble des 150 femmes. Les femmes de moins de 18 ans sont toutes nulligestes. De plus, 12% des femmes sont nullipares, mais ont déjà été enceintes (GxP0). Au total 25,3% de la population étudiée est nullipare, donc n'a jamais accouchée, quels que soient la voie et le mode d'accouchement.

Si on regarde les chiffres selon les tranches d'âge, on constate que 100% des 14-17 ans sont nullipares, contre 30,4% des 18-39 ans, 8,7% des 40-64 ans et 14 ,3% des plus de 65 ans. Le pourcentage décroît avec l'âge ce qui parait logique et comparable à la population générale française puisque l'âge de la première grossesse augmente (aux alentours de 30 ans) ; de plus, avant 18 ans, les grossesses sont moins nombreuses liées à la grande diffusion d'une contraception « gratuite » (remboursée par la Sécurité Sociale) et efficace.

Une large majorité des 150 femmes a déjà été enceinte et a déjà accouché : 112 femmes sont des primipares ou plus. Précisément, 64% des femmes sont des primipares ou des multipares ayant accouché au moins une fois par voie basse. Ce qui correspond, par tranche d'âge, à 56,5% des 18-39 ans, 82,6% des 40-64 ans et à 85,7% des femmes de plus de 65 ans.

A l'inverse 10,7% des femmes sont primipares ou multipares mais en ayant mis au monde leur(s) enfant(s) uniquement par césarienne.

Seules 110 femmes ont donné le poids de naissance de leur enfant. Les 2 autres femmes ne se souvenaient plus du poids de leur plus gros enfant. Le poids moyen du plus gros enfant à la naissance est de 3500 gr., avec une médiane de 3400 gr., et des écarts de poids compris entre 2300 et 5500 gr. Cependant, la rééducation périnéale n'a pas été pratiquée par

toutes les femmes ayant accouché, quel que soit la voie d'accouchement, mais seulement par 43,8% des mères.

Les IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) touchent 18% des femmes de l'étude.

Aucune femme n'a eu recours à une IMG (Interruption Médicale de Grossesse).

III.3.5.3.2. Cohorte victime d'agression sexuelle

Chaque dossier contenait une partie sur la vie obstétricale, passée et actuelle, plus ou moins remplie par le praticien ayant réalisé la consultation médicale post-agression sexuelle.

Les femmes n'ayant jamais été enceintes, donc nulligestes et nullipares (G0P0), représentent 58,4% de l'ensemble des 113 femmes. De plus, 7,1% des femmes sont nullipares, mais ont déjà été enceintes (GxP0). Au total 65,5% de la population étudiée est nullipare, donc n'a jamais accouchée, quels que soient la voie et le mode d'accouchement.

Si on regarde les chiffres selon les tranches d'âge, on constate que 93,5% des 14-17 ans sont nullipares, 50% des 18-39 ans, 30,4% des 40-64 ans et 66,7% des plus de 65 ans. Le pourcentage décroît avec l'âge (sauf pour les plus de 65 ans, mais n=3) ce qui parait logique et comparable à la population générale française puisque l'âge de la première grossesse augmente, et que les grossesses chez les adolescentes sont moins nombreuses liées aux campagnes publiques de l'accessibilité à la contraception.

Une large majorité des 113 femmes est donc nullipare : 65,5%, soit 74 femmes.

A l'inverse, 34,5% des femmes de la population étudiée a déjà été enceinte et a déjà accouché : 39 femmes sont des primipares ou plus. Précisément, 31,9% des femmes sont des primipares ou des multipares ayant accouché au moins une fois par voie basse. Ce qui correspond, par tranche d'âge, à 3,2% des 14-17 ans, 32,1% des 18-39 ans, 69,6% des 40-64 ans et à 33,3% des femmes de plus de 65 ans (avec n=3 cas).

Par déduction 2,7% des femmes sont primipares ou multipares mais en ayant mis au monde leur(s) enfant(s) uniquement par césarienne.

Seules 9 femmes ont donné le poids de naissance de leur enfant. Les autres femmes ne se souvenaient plus du poids de leur plus gros enfant, ou la question ne leur a pas été posée

lors de la consultation. Le poids moyen du plus gros enfant à la naissance est de 3100 gr., avec une médiane de 3200 gr., et des écarts de poids compris entre 2300 et 3900 gr. Seule une femme aurait réalisé une rééducation du post-partum. On ne peut préciser si les autres femmes, soit les 38 autres femmes ayant accouché, n'ont pas pratiquée intentionnellement la rééducation périnéale ou si les femmes n'ont juste pas répondu. Bien que la rééducation ne soit pas systématiquement faite en post-partum, 2,5% reste une très faible proportion dans notre population de femmes.

Les IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) touchent 24,7% des femmes en âge de procréer et ayant des RS, et aucune femme n'a eu recours à une IMG (Interruption Médicale de Grossesse).

III.3.6. Vie sexuelle

III.3.6.1. Femmes non agressées sexuellement

Les 150 femmes du groupe sans agression sexuelle, ont toutes débuté leur vie sexuelle. Aucune patiente ne s'est dite vierge. L'âge moyen du 1er rapport sexuel est 18 ans, avec des écarts d'âge allant de 13 à 28 ans. Deux femmes n'ont pas souhaité communiquer la date de leur premier rapport sexuel. Dans 41,3% des cas, les femmes disaient avoir eu une symptomatologie lors de ce premier rapport : des saignements dans 82,5%, et/ou des douleurs dans 74,6% des cas et/ou une sécheresse vulvo-vaginale, avec irritation dans 16,1% des cas. Une seule femme rapporte des difficultés à la pénétration rendant une pénétration pénienne complète impossible.

Selon leurs déclarations, 4,8% des femmes ont des RS quotidiens, 37,4% hebdomadaires, 4,8% mensuels et les 53% restants disent avoir une activité sexuelle autre, c'est-à-dire pluriquotidienne, ou bimensuelle, ou « anecdotique » (très rare), avec n=147 (3 femmes n'ayant pas répondu). Nous avons considéré comme une activité sexuelle régulière, le fait d'avoir au moins un rapport sexuel hebdomadaire. La fréquence des rapports sexuels varie suivant la tranche d'âge : 60% des 14-17 ans ont une activité sexuelle régulière (avec n=5, n étant le nombre de femmes), 88% des 18-39 ans (avec n=92), 63% des 40-64 ans (avec n=46) et 33,3% des plus de 65 ans (n=7).

La date du dernier rapport sexuel accompli par rapport à la date de consultation a également été demandée. Pour 40% des femmes, le RS remontait à moins 5 jours (4 jours maximum). La limite strictement inférieure à 5 jours a été choisie devant le fait que les lésions traumatiques génitales, et notamment hyménales, commencent à cicatriser à partir de 5 jours.

Dix femmes, soit 6,7% de la population, n'avaient pas eu de RS depuis au moins 3 ans (veuvage, divorce, célibat, douleurs).

Et pour plus de la moitié des cas, le dernier RS datait de 5 jours à 3 ans, soit 53,3% des femmes (80 femmes).

Dans le détail, 27 femmes sur les 80, n'ont pas précisé la date leur dernier RS ; 39,6% des femmes qui ont eu un RS entre 5 et 8 jours inclus (n=53 cas) ; 28,3% des femmes ont eu leur dernier RS il y a 9 à 14 jours inclus ; chez 30,2% des femmes, le dernier RS date de 15 jours à 1 mois inclus ; 11,3% des femmes ont eu leur dernier RS il y plus de 1 mois, mais moins de 3 mois inclus ; 7,6% des femmes ont eu leur dernier RS il y a entre 3 et 12 mois inclus ; aucune femme n'a réalisé son dernier RS entre 1 et 2 ans ; et chez 1,9% des femmes, le dernier RS remonte à plus de 2 ans par rapport à la consultation.

Les tranches ont été plus détaillées entre 5 et 14 jours, car selon les auteurs, les lésions hyménales cicatrisent en 5 à 15 jours, même si la majorité des praticiens considère que l'hymen cicatrise dès 5 jours *[20]*.

Lors de ce dernier RS, les femmes admettaient une durée moyenne du rapport de 23,2 minutes (après explication, la durée est celle comprise à compter du début des préliminaires jusqu'à l'éjaculation), avec des écarts allant de 5 à 180 minutes (N=97 femmes).

Seules 78% des femmes ayant eu un RS depuis moins de 3 ans (110 femmes sur 140) rapportaient une pénétration vaginale pénienne lors de son dernier RS, et/ou 30% une pénétration vaginale digitale, et dans 97% des cas, le RS s'effectuait en position allongée (un des deux partenaires en décubitus dorsal, l'autre en décubitus ventral sur le premier, position du missionnaire en général). Pour 11,4% des femmes, le RS avait eu lieu en position assise, et pour 4,8% des femmes en position orthostatique (les deux partenaires se tenant debout).

Seule une femme rapportait l'utilisation d'objets sexuels lors du RS.

Un « vécu », c'est-à-dire une sensation anormale, désagréable lors du RS, est retenu pour 25% des femmes ayant une activité sexuelle active : 29,7% présentent des douleurs d'intromission (ou dyspareunie d'intromission), 37,8% des douleurs profondes (ou dyspareunie profonde), 16,2% des saignements génitaux et 24,3% des femmes souffrent de sécheresse et/ou d'irritation vulvo-vaginale lors des RS.

III.3.6.2. Femmes victimes d'agression sexuelle

Les 113 femmes victimes d'agression sexuelle, n'ont pas toutes débuté leur vie sexuelle : 28,3% des patientes étaient vierges (soit 32 cas) avant les faits, et 71,7% de femmes avaient déjà débuté leur vie sexuelle.

L'âge moyen du 1er rapport sexuel est 16,2 ans (avec n=16 femmes seulement, les 65 autres femmes ayant déjà eu des rapports sexuels n'ont pas donné cette information), avec des écarts d'âge allant de 12 à 24 ans. Un seul dossier médical (sur les 113) concernant une femme de 25 ans contenait des informations sur le premier RS : le premier RS avait eu lieu alors qu'elle avait 24 ans, et elle aurait présenté des saignements et des douleurs.

Selon leurs déclarations et les dossiers médicaux observés, 3,4% des femmes ont des RS hebdomadaires, alors que 96,6% des femmes disent avoir une activité sexuelle autre, c'est-à-dire pluriquotidienne, ou bimensuelle, ou « anecdotique » (très rare). Ces données sont calculées sur les 59 dossiers de femmes possédant cette information. La fréquence des rapports sexuels reste difficile à détailler devant l'absence de réponses pour la majorité des cas, et des réponses « floues » pour celles qui ont répondu.

La date du dernier rapport sexuel consenti par rapport à la date de la consultation a également été recherchée. On note que 21 femmes ayant une activité sexuelle en dehors de l'agression sexuelle n'ont pas communiqué la date de leur dernier RS consenti (avant ou après l'agression présumée ?). Pour 26,7% des femmes (n=60), le RS remontait à moins 5 jours. La limite strictement inférieure à 5 jours a été choisie devant le fait que les lésions traumatiques génitales, et notamment hyménales cicatrisent dès 5 jours. Une seule femme n'avait pas eu de RS depuis au moins 3 ans (divorce, célibat).

Et pour 71,7% des cas, le dernier RS consenti datait de 5 jours à 3 ans, soit 43 femmes. Dans le détail, 2 femmes sur les 43, n'ont pas précisé la date leur dernier RS ; 9,8% des femmes qui

ont eu un RS entre 5 et 8 jours inclus (n=41 cas) ; 14,6% des femmes ont eu leur dernier RS il y a 9 à 14 jours inclus par rapport à la consultation ; chez 34,1% des femmes, le dernier RS date de 15 jours à 1 mois inclus ; 19,5% des femmes ont eu leur dernier RS il y plus de 1 mois, mais moins de 3 mois inclus ; 7,3% des femmes ont eu leur dernier RS il y a entre 3 et 12 mois inclus ; 12,2% des femmes a réalisé son dernier RS entre 1 et 2 ans ; et chez 2,4% des femmes, le dernier RS remonte à plus de 2 ans.

Lors de ce dernier RS, une seule femme a répondu qu'elle estimait la durée moyenne du rapport de 20 minutes, à compter des préliminaires jusqu'à l'éjaculation. L'information n'a pas été retrouvée dans les dossiers des autres femmes ayant une activité sexuelle. La ou les position(s) prise(s) lors du RS n'ont pas été précisées sur les dossiers médicaux des patientes sélectionnées.

Aucune femme ne rapportait l'utilisation d'objets sexuels lors du RS consenti.

Un « vécu », c'est-à-dire une sensation anormale lors du RS, est retenu pour 4,9% des femmes ayant une activité sexuelle active (avec n=81) : 25% (avec n=4 femmes ayant répondu) présentent des douleurs d'intromission (ou dyspareunie d'intromission), 100% des douleurs profondes (ou dyspareunie profonde) et 25% des femmes souffrent de sécheresse et/ou d'irritation vulvo-vaginale lors des RS.

Dans le cadre de notre étude, l'agression sexuelle est la raison qui amène les 113 victimes à consulter. Cependant, chez 3 de ces femmes (soit 2,6% des victimes, sous réserve que toutes les femmes aient répondue honnêtement à la question), elles ont eu des RS consentis depuis l'AS, pouvant masquer ou faire disparaître des lésions et/ou des preuves liées à l'AS.

III.3.7. L'agression sexuelle amenant à la consultation

Les 113 femmes sélectionnées consultaient suite à une agression sexuelle : 84,1% des consultations médicales ont été réalisées sur réquisition à la demande d'une autorité judiciaire, contre 15,9% des consultations réalisées à la demande de la patiente.

Le délai entre l'agression sexuelle et la consultation médicale est en moyenne de 293,9 heures, soit entre 12 et 13 jours, avec un écart-type de 394 heures. Les extrêmes varient de 2 heures à 999 heures (entre 41 et 42 jours).

Le délai de 999 heures a été fixé arbitrairement par le masque de saisie du logiciel EpiData® qui n'autorisait que 3 chiffres pour la réponse. Mais le délai est parfois plus long que 999 heures (42 jours) : il s'allonge jusqu'à 9 ans pour une jeune femme de 22 ans au moment de la consultation (qui avait 13 ans lors des faits en rapport avec l'agression sexuelle).

53,1% des femmes rapportent une AS datant de 72 heures maximum (3 jours) : le taux s'élève à 56,6% si on augmente le délai à 4 jours.

Sur les 113 femmes, c'est 21,2% des femmes qui ont été victimes d'une agression sexuelle plus de 42 jours avant la consultation médicale.

Les délais supérieurs à 42 jours ne sont pas détaillés, car on sait que les lésions traumatiques récentes cicatrisent en 5 à 8 jours (jusqu'à 15 jours), d'où l'importance des consultations survenant dans un délai très proche par rapport à l'agression sexuelle.

Lors de l'agression sexuelle, 71,7% des femmes auraient subi des attouchements sexuels de la part de l'agresseur, 85,8% des femmes auraient été victimes d'une pénétration vaginale pénienne forcée, et/ou d'une pénétration vaginale digitale pour 52,2% des femmes. Des objets auraient été utilisés par l'agresseur pour pénétrer les femmes au niveau vaginal chez 6,2% des victimes d'agression sexuelle, soit 7 femmes.

Au décours de l'agression sexuelle, 61,9% des victimes auraient ressenties un « vécu » anormal de l'agression sur le plan somatique génito-pelvien : 94,3% des femmes présentaient des douleurs pelviennes hypogastriques, 34,3% des saignements et 12,9% un érythème et/ou une irritation.

Comme il est rapporté dans la littérature *[75]*, dans notre étude, chez 15,9% des femmes victimes d'AS (18 cas), il existe un contexte d'intoxication toxique aigüe, alcoolique et/ou par des substances stupéfiantes, volontaire ou non, au moment des faits.

Dans ce contexte d'alcoolisation et/ou d'intoxication, 3 des 18 femmes auraient subi un viol en réunion.

Dans 26,5% des cas, l'agresseur profane des insultes et des menaces à l'encontre de la victime, avec ou sans arme.

Dans 26,5% des cas, la victime d'AS est également victime de coups et blessures volontaires de la part du ou des agresseurs : gifles, coups de poing, coups de pied, coups portés à l'aide d'objets contondants, griffures, morsures, brûlures, tentatives de strangulation, entre autres.

Les insultes et menaces verbales sont souvent suivies ou associées à une violence physique telle que des coups portés à la victime, mais ce n'est pas systématique.

Dans 38,1% des cas, la victime est porteuse de lésions traumatiques corporelles extra-génitales, avec dans 15,9% des cas des marques d'empoignade aux bras, dans 43,2% des cas, des ecchymoses au niveau des cuisses, et dans 81% des cas, on retrouve d'autres lésions, telles que des traces de brûlure, des dermabrasions, des cicatrices anciennes.

Le viol en réunion, ou le viol en groupe perpétré par plusieurs individus, concerne 10,6% des 113 femmes victimes d'AS, soit 12 femmes.

Le viol intraconjugal est souvent sous-estimé : les victimes ont plus de difficultés à parler de viol lorsqu'il s'agit de RS forcé(s) au sein de leur couple. Sur les 113 femmes victimes d'AS, 12,4% ont été victimes d'un viol de la part de leur conjoint, concubin ou mari.

Le viol intrafamilial touche 5,3% des victimes. Il s'agit essentiellement d'inceste quand le rapport sexuel a lieu entre un « parent-agresseur » et un « enfant-victime » pour 66,7% des viols intrafamiliaux ; dans 16,7% l'agresseur est un cousin de la victime ; et dans 16,7% l'agresseur est un oncle.

III.3.8. Matériel et méthode utilisés lors de l'examen gynécologique

L'examen génital a été réalisé sans l'utilisation de spéculum chez 7,1% des femmes victimes d'AS, de même que le TV n'a pas été fait chez 8,8% de ces femmes.

Les 150 femmes sans AS ont toutes bénéficié d'un examen génital sous spéculum, et une seule femme n'a pas eu de TV, devant l'existence de sécheresse et de douleurs vaginales liées à un vaginisme marqué.

Les femmes vierges avant l'AS représentent 28,3% des femmes agressées, mais seules 7 à 8% des femmes n'ont pas eu d'examen gynécologique complet.

Lorsque le spéculum est utilisé, le diamètre est plus important chez les femmes indemnes d'AS par rapport aux femmes victimes d'AS : 25,4 mm contre 23,6 mm (avec $p<0,0001$).

Sur le plan anatomique, l'anneau hyménal est perçu chez une seule femme indemne d'AS, non vierge, alors qu'il est perçu chez 8 femmes victimes d'AS, vierges avant les faits (0,7% contre 7,1%, avec une différence significative).

La perception de l'anneau hyménal chez la femme indemne d'AS alors qu'elle n'est plus vierge, parait surprenant : il s'agit d'une jeune fille de 14 ans, n'ayant eu que 2 RS récents, et pour qui l'hymen est intact. Une réévaluation à distance, après plusieurs RS, pourrait être intéressante afin de vérifier la persistance, ou plus probablement la disparition de l'anneau hyménal.

Chez les filles victimes d'AS, l'anneau hyménal n'est perçu que chez 8 femmes qui étaient vierges avant l'AS et qui présentent un hymen encore intact malgré l'AS.

III.3.9. Forme de l'orifice hyménal

- Chez les 150 femmes non agressées sexuellement, les hymens intacts présentent des aspects typiques : dans 52,6% des cas, l'hymen est frangé ; dans 31,6% des cas, l'hymen est annulaire ; dans 15,8% des cas, l'hymen est semi-lunaire ou falciforme.

Les femmes porteuses de caroncules hyménaux n'ont plus de forme initiale de leur hymen. Il n'est pas possible de définir la forme de l'hymen. Quatre femmes présentent un aspect de vulve béante, avec des reliquats minimes et un orifice vaginal large.

Pour le reste des femmes (hymen défloré, non intact, mais sans caroncules), la forme de l'hymen est la même : il est frangé pour 42,5% des femmes, annulaire pour 30% et semi-lunaire pour 27,5% des cas.

- Les données relatives à la forme de l'orifice hyménal concernant les 113 femmes victimes d'AS font défaut pour une grande partie des cas : la forme de l'hymen n'est

pas précisée sur les dossiers médicaux, que ce soit pour les hymens intacts ou les hymens déflorés.

Selon les informations recueillies disponibles, 1,8% des femmes ont des hymens annulaires ; 4,5% des femmes présentent un hymen semi-lunaire ; et 3,6% sont porteuses d'un hymen frangé. Quatre femmes sont pourvues d'un aspect de vulve béante avec des caroncules myrtiformes minimes.

Au total, les hymens frangés sont les plus fréquents, puis viennent les hymens annulaires et semi-lunaires (falciformes).

III.3.10. Hymen selon l'âge

Comme nous l'avons détaillé précédemment, les femmes de l'ensemble de la population de notre étude, indemnes et victimes d'agression sexuelle, ont été classées en 4 groupes d'âge différent, selon la distinction faite par BW.GIRARDIN *[24]*. L'hymen varie suivant l'âge, parallèlement aux changements hormonaux, physiologiques ou non :

1) les adolescentes de 13 à 17 ans. Elles sont définies comme ayant un développement pubertaire supérieur ou égal au stade Tanner 2 *[annexe 7.7]*. Chez les jeunes filles, la stimulation estrogénique entraîne une modification des tissus hormono-sensibles et engendre un aspect plus redondant des tissus génitaux. L'hymen devient plus épais, redondant et élastique.

Les pénétrations péniennes et/ou digitales vaginales sont le type d'agression sexuelle le plus courant chez les adolescentes ;

2) les adultes de 18 à 39 ans. Les femmes de cette tranche d'âge représentent une grande partie des victimes d'agression sexuelle.

Les pénétrations péniennes et/ou digitales vaginales et anales, ainsi que les fellations forcées sont plus fréquentes chez les adultes ;

3) les adultes d'âge moyen de 40 à 64 ans. La diminution des estrogènes entraîne une diminution de l'élasticité des tissus génitaux, les rendant plus accessibles aux érosions ou abrasions. Chez ces femmes, il existe donc une augmentation des lésions génitales constatées

du fait des changements hormonaux et physiques liées à l'âge. A l'inverse, les femmes étant sous contraception hormonale, étant non ménopausées, ou sous THM, et ayant accouché plusieurs fois par voie basse ont des tissus élastiques, voire déformés et plus malléables. Les lésions sont alors moins fréquentes dans ces cas ;

4) et les personnes âgées de plus de 65 ans. Les victimes sont typiquement des femmes. Leur capacité physique de défense est diminuée, les rendant plus vulnérables. Ces femmes sont toutes ménopausées : la perte de l'imprégnation hormonale estrogénique est à l'origine d'une atrophie des tissus sous-cutanés, d'une perte de l'élasticité et d'une sécheresse occasionnant une fragilité des tissus génitaux. La vulve et le vagin fins et fragiles sont plus facilement lacérés et abrasés.

III.3.10.1. Les femmes âgées de 14 à 17 ans

L'ensemble des femmes âgées de 14 à 17 ans représente 13,7% de l'ensemble des femmes de l'étude (36 femmes sur 263), soit 5 femmes sans AS et 31 femmes victimes d'AS.

Chez ces femmes (adolescentes), l'hymen varie : 60% des 5 cas indemnes d'agression sexuelle ont un hymen intact, sans lésion traumatique, contre 25,8% chez les 31 cas victimes d'agression sexuelle ; au total, 30,5% des 14-17 ans ont un hymen intact, sans déchirure hyménale ancienne ou récente.

Par ailleurs, 40% des femmes indemnes d'AS ont un hymen anciennement défloré, contre 67,7% chez les femmes victimes d'AS ; soit 63,9% de l'ensemble des femmes âgées de 14 à 17 ans.

On ne retrouve pas de caroncules hyménaux ni de lésions traumatiques hyménales d'allure récente chez les adolescentes indemnes d'AS, qui sont nulligestes.

Par contre, chez les victimes d'AS, il existe une seule femme âgée de 14 à 17 ans porteuse de caroncules hyménaux ; une femme présente des lésions de défloration récentes occasionnées par l'AS ; et une femme présente des lésions traumatiques génitales d'allure récente.

III.3.10.2. Les femmes âgées de 18 à 39 ans

Les adultes âgées de 18 à 39 ans sont la majorité des femmes de notre étude : elles représentent 56,3% de l'ensemble des cas (soit n=148 femmes), avec 92 femmes indemnes d'AS et 56 femmes victimes d'AS.

La majorité de ces femmes a débuté une activité sexuelle et a accouché par voie basse. L'hymen est donc en théorie défloré, et se présente sous la forme de caroncules (ou reliquats) hyménaux après un accouchement par voie basse.

Chez les femmes sans AS, plus de la moitié présente des caroncules (ou reliquats) hyménaux (51% des 18-39 ans sans AS), contre 28,6% chez les femmes victimes d'AS ; 34,8% des femmes indemnes d'AS ont un hymen anciennement défloré contre 64,3% des victimes d'AS ; 15,2% des cas indemnes d'AS ont un hymen qui semble intact (soit 14 femmes sur 92) contre 7,1% des victimes d'AS (soit 4 femmes sur 56) ; et 7,6% ont des lésions traumatiques hyménales d'allure récente.

Chez une femme victime d'AS, l'agression est responsable d'une défloration et l'examen retrouve des déchirures hyménales d'allure récente.

III.3.10.3. Les femmes âgées de 40 à 64 ans

Les femmes d'« âge mûr », c'est-à-dire dont l'âge est compris entre 40 et 64 ans constituent 26,2% de la population étudiée (n=69 femmes). L'aspect de l'hymen varie également.

Pour les 46 femmes sans AS, 78,3% sont porteuses de caroncules hyménaux, 19,6% ont un hymen anciennement défloré sans particularité, 8,7% ont des lésions traumatiques d'allure récente et seulement 2,2% ont un hymen intact (soit une seule femme).

Chez les 23 femmes victimes d'AS, 56,5% sont porteuses de caroncules hyménaux, 21,7% ont un hymen anciennement défloré, 4,3% ont des lésions traumatiques d'allure récente et 13% ont un hymen intact.

Une femme présente des signes de défloration récente secondaire à l'AS.

III.3.10.4. Les femmes âgées de plus de 65 ans

Les deux populations, indemnes et victimes d'agression sexuelle, comptent peu de femmes âgées de plus de 65 ans : 3,8% de l'ensemble des 263 femmes (n=10), soit 7 femmes indemnes d'AS (4,7% des femmes de plus de 65 ans) et 2,6% des femmes victimes d'AS, soit 3 femmes. Elles représentent un faible pourcentage de l'ensemble de la population.

Chez les femmes sans AS, 85,7% (soit 6 femmes) ont des reliquats hyménaux, et 14,3% présentent un hymen intact (soit 1 seule femme) ; en comparaison les femmes victimes d'AS ont 100% de caroncules hyménaux.

Au total, 90% de ces femmes ont des reliquats hyménaux. Pourtant, ces 10 femmes n'ont pas toutes été enceintes au cours de leur vie génitale et n'ont pas toutes accouchées : 3 femmes de plus de 65 ans sont nullipares (30%) et 7 femmes sont primipares ou plus (soit 70%) et ont accouché par voie basse.

Le tableau 3 ci-après récapitule le type d'hymen selon l'âge de l'ensemble des femmes de notre population.

Tableau 3. Aspect général de l'hymen selon l'âge

AGE	14-17ans (N=36)	18-39 ans (N=148)	40-64 ans (N=69)	≥ 65 ans (N=10)
HYMEN INTACT	**30,6%**	12,2%	5,8%	10%
HYMEN DEFLORE	**63,9%**	**45,2%**	21,8%	0
CARONCULES HYMENAUX	2,7% (1 cas)	**42,6%**	**71%**	**90%**
LESION(S) HYMENALE(S) RECENTE(S)	6,4% (2 cas AS+) 2 cas de défloration récente	5,4%	8,7% 1 cas de défloration récente	0

III.3.11. Hymen selon la voie d'accouchement

Chez l'ensemble des femmes de l'étude, 42,6% sont nullipares (GxP0), contre 50,2% de femmes primipares ou multipares avec un accouchement par voie basse (AVB). Seules 7,2% sont primipares ou multipares avec un accouchement par césarienne.

Si on différencie les deux catégories de femmes : 25,3% des femmes sans AS sont nullipares, contre 65,5% des femmes victimes d'AS ; 64% des femmes non agressées sexuellement sont au moins primipares avec un accouchement par les voies naturelles, contre 31,9% chez les femmes victimes d'AS ; et l'accouchement par césarienne concernent 10,7% des femmes sans contre 2,7% des femmes victimes d'AS.

Même si globalement, sur l'ensemble des femmes, il y a une proportion équivalente de nullipares et de primipares ayant AVB, les taux varient au sein des deux cohortes de femmes. Il y a 2 fois plus de femmes nullipares chez les femmes victimes d'agression sexuelle que chez les femmes sans AS. A l'inverse, il y a 2 fois plus de femmes primipares ou multipares ayant accouché par voie basse chez les femmes indemnes d'AS que chez les victimes d'AS.

Dans la majorité des cas, après un accouchement par voie naturelle (ou voie basse), l'hymen persiste sous la forme de reliquats ou caroncules hyménaux myrtiformes.

Chez les 50,2% femmes ayant au moins une fois accouchée par voie basse (soit 132 femmes), 88,6% sont porteuses de reliquats hyménaux : 91,7% des femmes indemnes d'AS (N=96) contre 80 ,6% des femmes victimes d'AS (N=36).

Les femmes ayant AVB présentent dans 9,1% un hymen de forme initiale conservée porteur de lésions de défloration : 5,2% des femmes sans AS contre 19,4% des femmes victimes d'AS.

On retrouve des lésions traumatiques génitales d'allure récente chez 6,25% des femmes indemnes d'AS, ayant déjà accouché par voie basse. Chez les femmes victimes d'AS et ayant déjà accouché par voie basse, seules 13,9% des femmes sont porteuses de lésions génitales traumatiques d'allure récente, soit 8,3% de l'ensemble des femmes ayant déjà AVB.

Chez 3 femmes sans AS mais ayant une activité sexuelle et ayant déjà accouché par voie basse, l'hymen semble intact sans lésion traumatique évidente vue, sans déchirure hyménale complète. Par opposition, aucune femme victime d'AS et ayant déjà accouché par voie basse

ne présente un hymen intact. Au total, selon notre recueil de données, trois femmes ayant déjà eu un AVB auraient un hymen intact, sans lésion traumatique hyménale complète.

Les femmes ayant accouché uniquement par césarienne ne représentent que 7,2% de l'ensemble de notre population. Soit 16 femmes indemnes d'AS et 3 femmes victimes d'AS. Au total, 78,9% de ces 19 femmes ont un hymen anciennement défloré sans particularité, et 15,8% présentent un hymen intact, sans déchirure hyménale complète. Aucune femme indemne d'AS n'est porteuse de caroncules hyménaux, mais une femme victime d'AS présente un hymen sous forme de reliquats, alors qu'elle n'a accouché que par césarienne. Chez l'ensemble des femmes césarisées, on retrouve une femme qui présente des traces traumatiques génitales d'aspect récent.

Il reste 42,6% patientes nullipares, soit 102 femmes.

Chez les 38 femmes non agressées sexuellement, on constate que :

- 65,8% ont un hymen anciennement défloré sans particularité en dehors des déchirures traumatiques complètes, anciennes, cicatrisées, situées sur le cadran postérieur de l'hymen ;
- 34,2% ont un hymen intact, donc compliant ;
- aucune patiente ne présente de reliquats hyménaux ;
- et une seule femme est porteuse de trace lésionnelle traumatique d'allure récente.

Chez les 74 femmes victimes d'AS, on retrouve :

- 75,7% ont un hymen anciennement défloré sans particularité ;
- 20,3% ont un hymen intact, donc compliant ;
- trois patientes, soit 4% des nullipares victimes d'AS présentent des reliquats hyménaux ;
- et 11 femmes, soit 14,9% des nullipares victimes d'AS, sont porteuses de trace lésionnelle traumatique génitale d'allure récente.

Au total chez les patientes nullipares, on retrouve 25% d'hymen intact, indemne de lésion traumatique ; 61,6% d'hymen anciennement défloré et 2,7% de reliquats hyménaux.

Les différents aspects possibles de l'hymen selon l'existence d'une parité, et notamment selon la voie d'accouchement sont résumés dans les tableaux 4 et 5 suivants.

Tableau 4. Hymen selon la voie d'accouchement chez les femmes sans agression sexuelle, soit 150 femmes non vierges

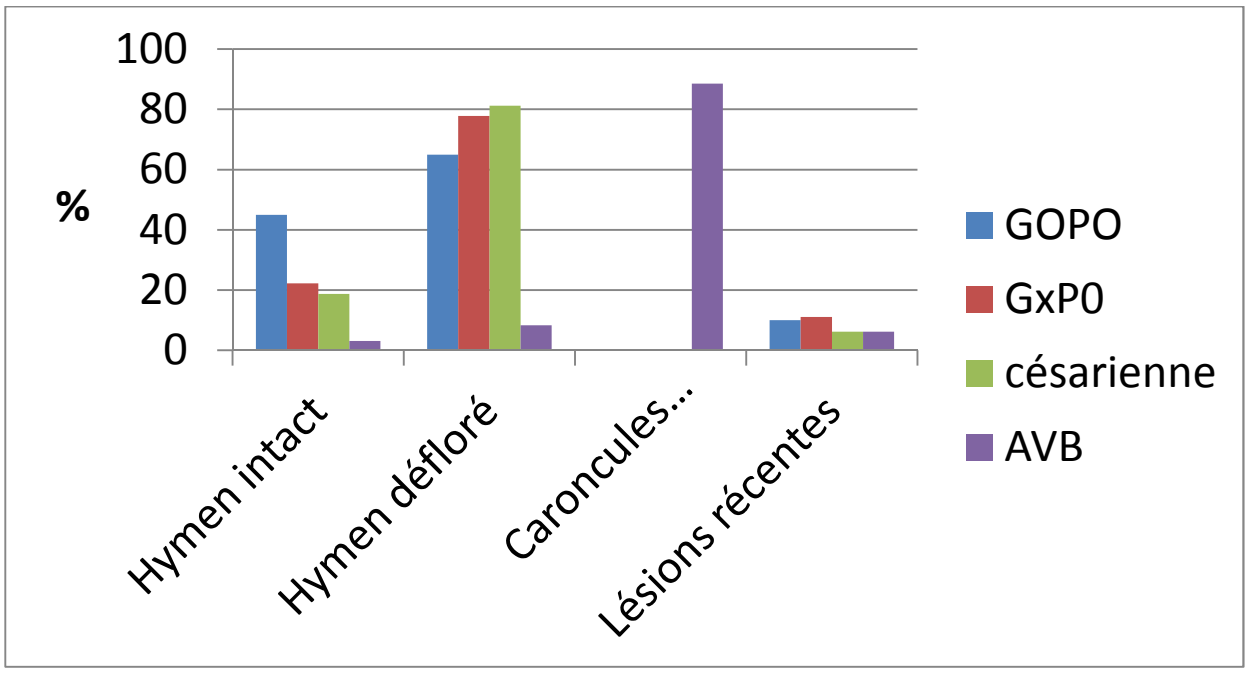
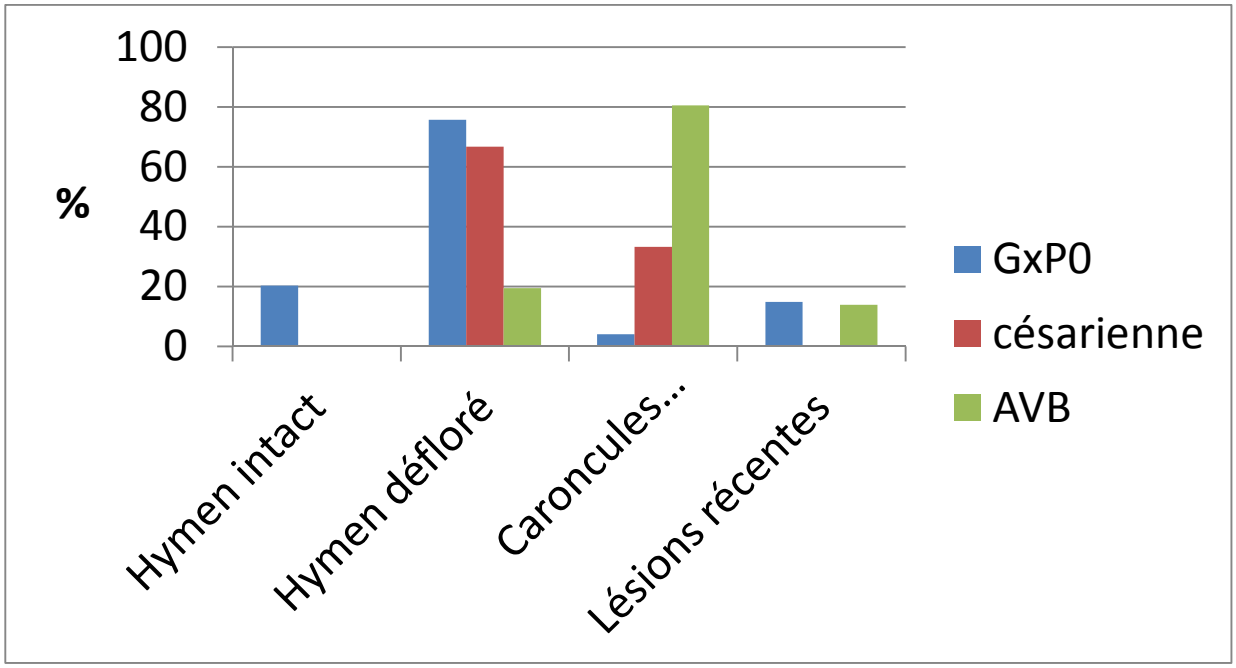


Tableau 5. Hymen selon la voie d'accouchement chez les femmes victimes d'agression sexuelle, soit 113 femmes



G0P0= femme nulligeste, nullipare

GxP0= femme nullipare mais ayant déjà été enceinte

III.3.12. Localisations des lésions hyménales dites de défloration

III.3.12.1. Défloration ancienne

Lorsque survient le premier rapport sexuel, l'hymen se rompt lors du passage du pénis à travers la membrane hyménale pour entrer dans le vagin. Cette rupture attendue, quasi-systématique, peut s'accompagner de douleurs et/ou de saignements. En principe, les déchirures traumatiques de l'hymen sont complètes et atteignent l'anneau hyménal. Les déchirures peuvent être incomplètes, ou partielles, et ne pas concerner la totalité de la hauteur de la membrane hyménale.

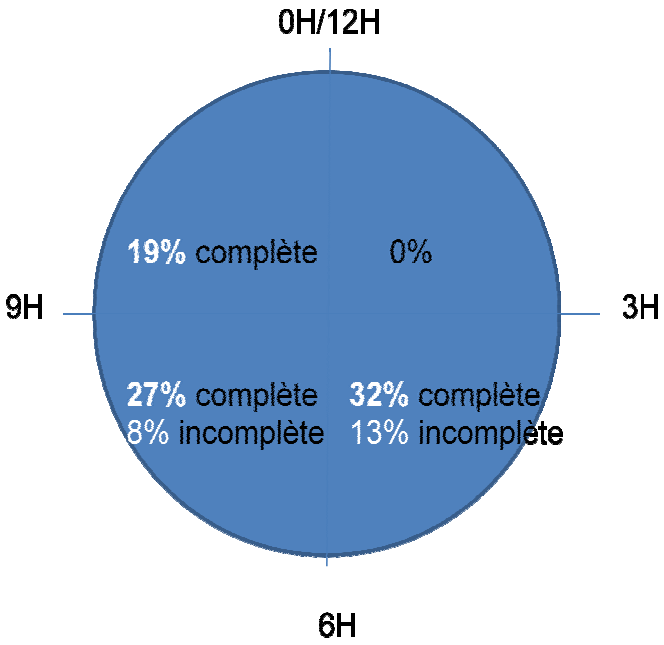
Elles siègent à différents niveaux sur l'hymen, mais prédominent au niveau du cadran postérieur.

Les 150 femmes sans agression sexuelle ne sont plus vierges et ont toutes débuté leur vie sexuelle. Chez 28,7% des femmes, il persiste un aspect d'hymen anciennement défloré, soit chez 43 femmes.

Les lésions de défloration peuvent être multiples sur un même hymen. Les déchirures hyménales se répartissent comme suit :

- 32% des déchirures se situent entre les rayons hyménaux de 3 et 6 heures, et sont complètes ;
- 27% se situent entre 6 et 9 heures et sont complètes ;
- 19% se situent entre les rayons de 9 et 12 heures et sont complètes (atteignant l'anneau hyménal) ;
- les déchirures sont incomplètes et siègent dans 13% des cas dans la zone comprise entre 3 et 6 heures ;
- et dans 8% entre les rayons de 6 et 9 heures.

Figure 1. Localisations des déchirures hyménales anciennes chez les 150 femmes non agressées (schéma symbolisant l'hymen divisé en cadrans horaires).



Les 113 femmes victimes d'agression sexuelle comptent 32 femmes vierges avant l'AS : seules 71,7% ont débuté leur vie sexuelle. Chez ces 81 femmes ayant eu des RS antérieurs à l'AS, 69,1% ont un hymen défloré porteur de déchirures hyménales traumatiques anciennes.

Lorsque l'information est renseignée sur les dossiers médicaux, dans 26,4% des cas, les déchirures complètent siègent sur le cadran postérieur de l'hymen ; on retrouve :

- 10,8% de déchirures hyménales incomplètes sur le cadran postérieur ;
- 6,1% des déchirures incomplètes hyménales se situent sur le cadran antérieur ;
- et une déchirure hyménale complète siège sur le rayon de 1 heure.

Les lésions hyménales peuvent être isolées ou associées entre elles.

III.3.12.2. Défloration récente

Dans notre travail, on retrouve également des lésions traumatiques hyménales d'allure récente. Chez les victimes d'AS, pour trois d'entre elles, l'agression est à l'origine de lésions

récentes dites de défloration : les déchirures hyménales se situent toujours entre les rayons de 3 et 6 heures.

Aucune femme sans AS n'a de lésions hyménales traumatiques témoins d'une défloration récente : elles ont toutes des lésions témoignant d'une défloration ancienne, ou un hymen intact de lésion traumatique ou des lésions hyménales récentes, qui se surajoutent aux lésions de défloration anciennes déjà cicatrisées depuis longtemps.

III.3.13. Hymens intacts

Bien que la défloration, définie par la rupture de l'hymen lors des premiers RS, soit la conséquence physio-anatomique attendue après un rapport sexuel vaginal, dans certains cas où l'hymen présente une élasticité importante, celui-ci reste intact malgré la pénétration vaginale pénienne.

1) Les 150 femmes non agressées sexuellement ne sont plus vierges et ont toutes débuté leur vie sexuelle.

Dans 12,7% des cas, l'hymen semble intact, soit 19 femmes.

L'aspect d'hymen intact est retrouvé chez 34,2% des femmes non agressées sexuellement nullipares et chez 5,4% des femmes ayant accouché.

L'hymen est donc suffisamment élastique pour ne pas se rompre malgré les RS : il est alors compliant ou complaisant.

Chez les 19 femmes non vierges possédant un hymen intact, plus d'une femme sur trois auraient présenté une symptomatologie lors du premier RS : 21% des douleurs, 32% des saignements et 16% l'association des deux symptômes (n=19).

Selon les données recueillies, 68,4% des 19 cas d'hymen intact, utilisent des tampons vaginaux comme protection périodique.

Selon les résultats, 3 femmes ayant au moins une fois accouchée par les voies naturelles sont porteuses d'un hymen intact, sans déchirure traumatique complète. Et deux de

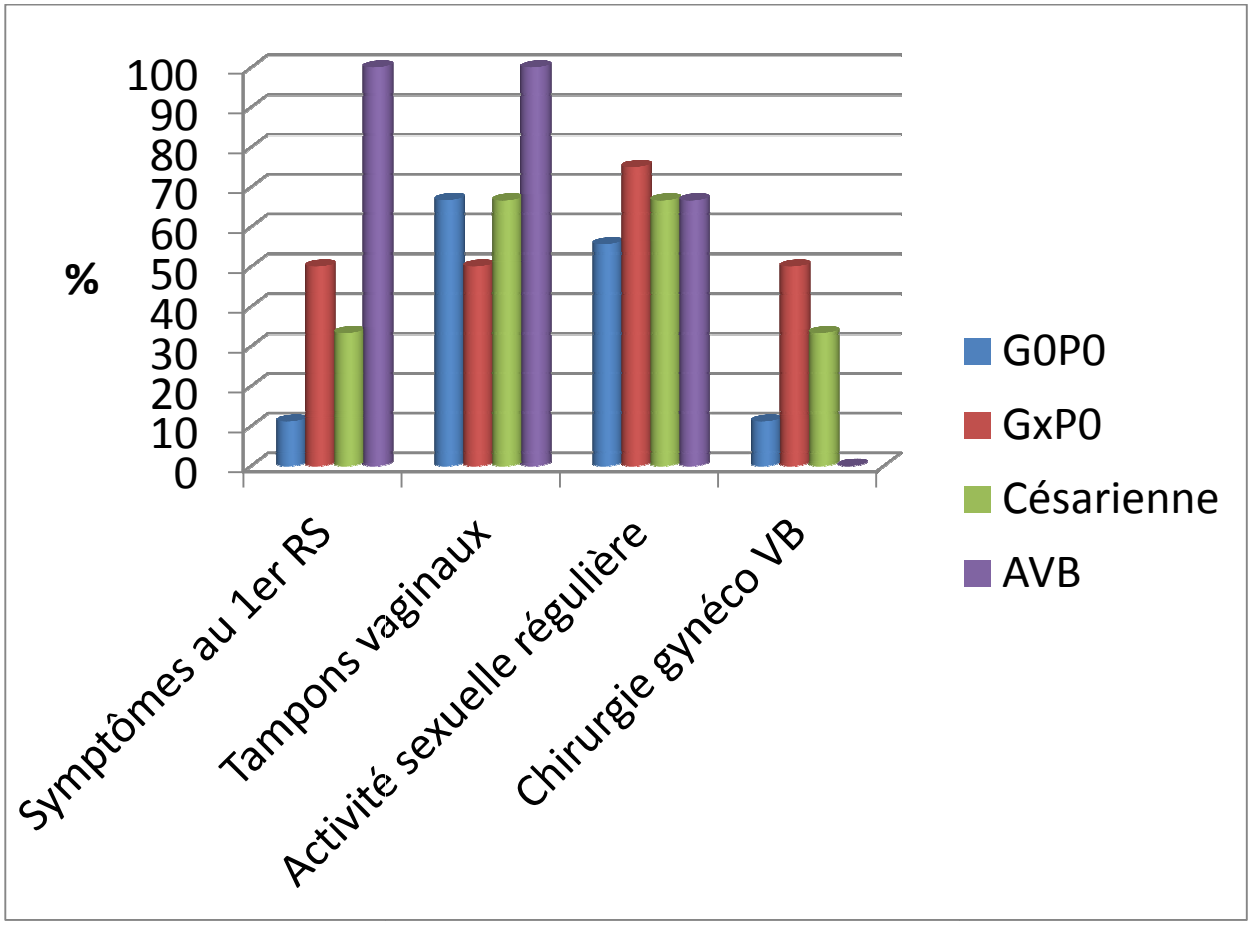
ses femmes sont multipares. Ce résultat est assez surprenant ; il sera commenté secondairement lors de la discussion.

Même si l'hymen est intact au sens strict, c'est-à-dire qu'il ne présente pas de lésion traumatique telle qu'une déchirure hyménale, partielle ou complète, il peut présenter des encoches hyménales physiologiques : 15,8% des hymens intacts sont porteurs d'encoches hyménales physiologiques.

L'utilisation de tampons vaginaux, l'existence d'une symptomatologie lors du premier RS, une activité sexuelle régulière, ou un AVB, sont des facteurs qui peuvent intervenir ou non sur l'aspect de l'hymen.

Le tableau 6 ci-après, regroupe ces différents facteurs chez les femmes qui présentent un hymen indemne de déchirure traumatique.

Tableau 6. Caractéristiques retrouvées en cas d'hymen « intact » chez les femmes non victimes d'AS



2) Les 113 femmes victimes d'AS comptent 28,3% de femmes vierges avant les faits allégués, et 71,7% de femmes ayant déjà débuté leur vie sexuelle.

Malgré l'histoire d'agression sexuelle, dans 13,3% des cas, l'hymen est retrouvé intact, soit chez 15 femmes.

Chez les 32 femmes vierges avant l'agression, on retrouve 46,9% d'hymen intact. Selon leurs déclarations, les victimes vierges avant les faits et qui ont un hymen intact lors de la consultation, rapportent l'histoire d'une pénétration vaginale pénienne dans 60% des cas : on parle d'hymen compliant chez ces femmes (puisqu'elles relatent l'existence d'une pénétration pénienne vaginale).

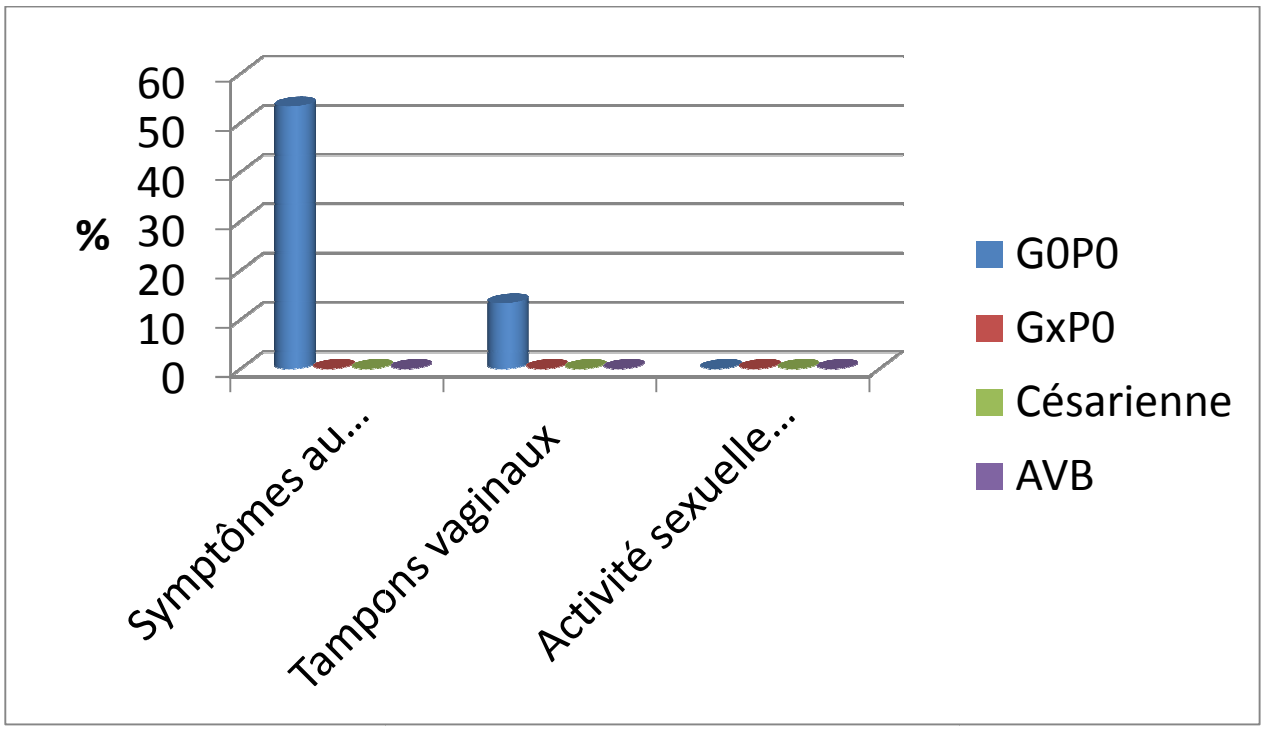
Dans ce groupe, les hymens intacts ne sont retrouvés que chez les patientes qui étaient vierges avant l'AS. Soit 20,3% des femmes nullipares victimes d'AS.

Mais toutes les victimes d'AS vierges avant les faits n'ont pas qu'un hymen intact lors de la consultation médicale post-agression.

Seules 13,3% des femmes utilisent régulièrement des tampons vaginaux.

Malgré le fait que l'hymen semble intact à l'examen, 53,3% des femmes ont présenté des douleurs et/ou des saignements post-coïtaux. Ces caractéristiques sont résumées dans le tableau 7 ci-après.

Tableau 7. Caractéristiques retrouvées en cas d'hymen « intact » chez les femmes victimes d'AS



Au total sur l'ensemble de notre population réunie :

- 12,9% présentent un hymen intact, sans lésion traumatique visible à l'œil nu (n=263) ;
- 25% des femmes nullipares présentent un hymen intact (n=112) ;
- 4% des femmes ayant accouché par voie basse et/ou par césarienne sont porteuses d'hymen intact (n=151) ;
- 82,4% des hymens intacts sont compliants.

En fait, tous les hymens intacts ne sont pas compliants puisque selon leurs allégations, les femmes possédant un hymen intact (au sens indemne de lésion traumatique) auraient eu des RS consentis ou non (mais comportant une pénétration pénienne vaginale) dans seulement 82,4%.

III.3.14. Caroncules hyménaux

III.3.14.1. Femmes sans agression sexuelle

Ces 150 patientes ne sont plus vierges et ont toutes débuté leur vie sexuelle. Chez 58,7% (soit 88 patientes), l'hymen est sous la forme de reliquats empêchant la visualisation des lésions hyménales initiales de défloration. Les caroncules hyménaux sont donc présentes chez 88 femmes, alors que 96 femmes ont accouché par voie basse : les caroncules hyménaux ne sont pas systématiquement retrouvées après un ou plusieurs accouchements par voie basse. En effet, l'hymen peut persister sous sa forme initiale, et présenter seulement des lésions de défloration sur le cadran postérieur.

Les caroncules hyménaux concernent 91,7% des femmes ayant eu un ou plusieurs AVB (n=96), 12,5% des femmes ayant accouché uniquement par césarienne (n=16) et une femme nullipare (n=38)[1].

III.3.14.2. Femmes victimes d'agression sexuelle

On retrouve 29,2% de femmes porteuses de reliquats hyménaux. Les caroncules sont donc présentes chez 33 femmes, alors que 36 femmes ont accouché au moins une fois par voie basse.

Les caroncules hyménaux concernent 80,6% des femmes ayant eu un ou plusieurs AVB (n=36), une femme ayant accouché uniquement par césarienne (n=3) et trois femmes nullipares (n=74).

Ces trois femmes nullipares qui présentent des caroncules hyménaux, comptent une femme se disant vierge avant l'AS : cette femme âgée de 22 ans, présente une infirmité motrice cérébrale ; elle a été vue 6 heures après l'AS ; l'examen mettait en évidence un aspect de

[1] Il s'agit d'une femme de 33 ans, primigeste, enceinte de 27 SA. Elle aurait présenté des saignements vaginaux lors de son premier RS à 19 ans. Le dernier RS consenti date de 6 mois. L'examen génital retrouve une imprégnation hormonale efficace et la présence de reliquats hyménaux, avec une frange hyménale de 10 mm sur le rayon de 5 Heures, une disparition de l'hymen sur les cadrans compris entre 6 et 9 Heures, et 2 et 3 heures. Il existe un ATCD de traumatisme vulvaire dans l'enfance.

vulve béante avec la présence de quelques reliquats hyménaux. La pertinence et la fiabilité de ses réponses, compte-tenu de son atteinte cérébrale et de ses possibles troubles du discernement, peuvent être mises en doute. Les deux autres femmes nullipares porteuses de reliquats hyménaux sont âgées respectivement de 66 et 86 ans, et n'étaient pas vierges au moment des faits. Une des femmes vivait en institution, l'autre à domicile ; les deux femmes ont été vu à plus de 5 jours de l'AS, et présentaient une atrophie importante, une vulve béante et des caroncules hyménaux.

Au total, un aspect de caroncules hyménaux est retrouvé chez 46% de femmes, soit 121 femmes.

Et 117 de ces femmes (96,7%) sont des primipares ou plus qui ont accouchées par les voies naturelles, soit 88,6% des femmes ayant AVB.

III.3.15. Lésions traumatiques hyménales d'allure récente

Les lésions traumatiques génitales d'allure récente sont interprétées et comparées chez les femmes non victimes et victimes d'AS. Selon le contexte, le RS est consenti ou non.

III.3.15.1. Femmes sans agression sexuelle

Chez les 150 femmes sans AS, 7,3% des femmes présentent des lésions traumatiques génitales d'allure récente, soit 11 femmes.

Les lésions sont la conséquence d'un acte sexuel consenti.

Toutes ces femmes sont majeures, et ont une corpulence normale (IMC<30 Kg/m²).

Dans six cas, le dernier RS remonte à 2 jours ou moins ; dans trois cas, le dernier RS date de 3 à 8 jours avant la consultation ; et chez deux femmes, le dernier RS date de 8 à 15 jours. Plus le RS est proche dans le temps, plus on retrouve de lésions génitales : dans 54,5% des cas, le dernier RS date de moins de 72 heures.

Les femmes présentant des lésions traumatiques hyménales récentes rapportent une pénétration vaginale pénienne dans 100% des cas, associée à une pénétration vaginale digitale dans 75% des cas.

Les lésions traumatiques génitales d'allure récente sont retrouvées :

- chez 13,2% des femmes nullipares ;
- chez 6,25% des femmes ayant accouché par les voies naturelles ;
- et chez 10% des femmes ayant eu un RS dans les 4 derniers jours.

Pour 27% des cas, les lésions traumatiques génitales sont retrouvées chez des femmes en ménopause ou péri-ménopause ; 2/3 se plaignent de dyspareunies d'intromission, et 1/3 de saignements post-coïtaux. La sécheresse présente, quasi-physiologique à cet âge, peut favoriser la survenue de lésions malgré le consentement du RS et son déroulement « normal ».

Seules 36,4% des 11 femmes porteuses de lésions génitales d'allure récente sont concernées par des lésions hyménales (soit 4 femmes). Les lésions de l'hymen sont toujours des déchirures traumatiques partielles, ou incomplètes. Une seule femme présente une érosion superficielle au niveau du sillon nympho-hyménal.

III.3.15.2. Femmes victimes d'agression sexuelle

Chez les 113 femmes victimes d'AS, 14,2% des femmes présentent des lésions traumatiques génitales d'allure récente, soit 16 femmes. Les lésions génitales récentes sont secondaires à l'AS, sauf lorsqu'un RS consenti est survenu après l'AS et avant la consultation.

Selon leurs déclarations, une seule femme a eu des RS consenti après l'AS ; il s'agit d'une femme dont l'AS remonte à plusieurs mois ; depuis l'AS, elle a des RS avec son partenaire. Les 15 autres femmes porteuses de lésions traumatiques récentes n'ont pas eu de RS depuis l'AS.

Dans 50% des cas (huit cas), l'AS remonte à moins de 24 heures ; chez trois cas, l'AS date de 24 à 72 heures avant la consultation ; et chez cinq femmes, l'AS date de plus de 72 heures, jusqu'à 6 mois et demi pour l'AS la plus éloignée dans le temps. Plus le RS est proche

dans le temps, plus on retrouve de lésions génitales : dans 68,5% des cas, l'agression sexuelle date de moins de 72 Heures.

Une seule femme porteuse de lésions traumatiques récentes aurait subi un viol en réunion, dans un contexte d'alcoolisation.

Un quart des femmes porteuses de ces lésions récentes auraient été victimes d'une AS sous l'influence de l'alcool et/ou de stupéfiants.

Les victimes présentant des lésions traumatiques hyménales récentes rapportent une pénétration vaginale pénienne dans 100% des cas, associée à une pénétration vaginale digitale dans 33,3% des cas.

Des lésions traumatiques génitales d'allure récente sont retrouvées :

- chez 16,2% des femmes nullipares, dont chez 18,8% des femmes vierges ;
- chez 11,1% des femmes ayant accouché par les voies naturelles ;
- et chez 17,2% des femmes ayant été victime d'une AS dans les 4 derniers jours (avec un chiffre égal à 18,3% si on diminue le délai à 72 heures).

Les lésions traumatiques retrouvées concernent des femmes nullipares dans 75% des cas ; et dans 37,5% des cas, les femmes étaient vierges avant l'AS.

Et dans 25% des cas, les lésions traumatiques génitales d'allure récente concernent des femmes ayant accouché par les voies naturelles.

Mais seules 3 femmes porteuses de lésions génitales d'allure récente concernent des lésions hyménales : deux cas sont des déchirures hyménales récentes partielles ; un cas est représenté par une déchirure traumatique complète. Ces 3 femmes étaient toutes vierges avant l'AS et ont donc été défloré lors de l'AS.

Au total, sur les 263 femmes de l'étude, 10,3% présentent des lésions génitales traumatiques d'allure récente, dont un quart sont des lésions hyménales.

Les lésions traumatiques d'allure récente sont plus fréquentes chez les femmes nullipares, en particulier chez les femmes vierges, et lorsque l'examen a lieu dans les 72 heures suivant le RS, consenti ou non.

III.3.16. Lésions traumatiques extra-hyménales

Dans notre étude, nos résultats s'attachent beaucoup à décrire l'hymen. Mais le RS peut occasionner des lésions traumatiques génitales péri-hyménales, vulvaires, voire périnéales et anales. Les lésions anales seront citées, mais non détaillés, puisque nous nous sommes limités à l'étude de l'appareil génital féminin externe, en insistant sur la vulve et l'hymen.

Dans le cadre du RS consenti entre 2 personnes, notre étude retrouve 7,3% de lésions génitales d'allure traumatique (soit 11 femmes), dont 7 cas concernent des sites vulvaires, extra-hyménaux : les lésions se situent au niveau de la fourchette vaginale postérieure chez 5 cas, et au niveau de la face interne des petites lèvres chez 2 cas.

Les femmes présentant des lésions traumatiques récentes rapportent une pénétration vaginale pénienne dans 100% des cas, associée à une pénétration vaginale digitale dans 42,8% des cas.

Les lésions au niveau de la fourchette vaginale postérieure sont fréquentes. Ce sont :

- des pétéchies retrouvées chez une femme ;
- un érythème présent chez 2 femmes ;
- une ulcération ou érosion concernant 2 cas.

Les lésions de la face interne des lèvres sont représentées à 50% par un érythème et à 50% par une ulcération.

Chez les femmes victimes d'AS, 14,2% des femmes présentent des lésions traumatiques génitales d'allure récente (soit 16 femmes), dont 13 cas concernent des sites extra-hyménaux : les lésions se situent au niveau de la fourchette postérieure chez 10 cas, et au niveau des petites ou des grandes lèvres chez 3 femmes.

Les victimes présentant des lésions traumatiques récentes rapportent une pénétration vaginale pénienne dans 69,2% des cas, une pénétration vaginale digitale dans 23,1% des cas, et des attouchements dans 7,7% des cas.

Les lésions au niveau de la fourchette vaginale postérieure sont fréquentes :

- ce sont des érosions et/ou des fissures superficielles dans 63,6 cas ;
- un érythème dans 36,3% des cas.

Les lésions des lèvres sont représentées à 100% par une érosion superficielle.

Même si l'état gravide n'entraîne pas de sur-risque de lésions génitales traumatiques récentes *[40]*, une femme non victime d'AS mais ayant des RS réguliers, enceinte de 13 SA, présentait une érosion de la fourchette vulvaire postérieure. Le RS avait eu lieu 5 jours auparavant et il y avait eu une pénétration vaginale digitale et pénienne.

Au total, 4,8% des parturientes de l'étude présentent une lésion traumatique génitale d'allure récente, ce qui est en-deçà de la moyenne de l'ensemble de notre population.

On retrouve une seule femme porteuse de lésions anales chez les victimes d'AS, alors qu'une pénétration anale ou tentative de pénétration anale est évoquée par 5,3% des femmes. La sodomie, ou pénétration anale, n'est pas systématiquement à l'origine de lésion anale (fissure ou érosion), même lorsque le rapport anal est récent.

Au total, 7,2% de la population étudiée présente des lésions génitales traumatiques extra-hyménales d'allure récente, secondaire à un acte sexuel. Les lésions prédominent au niveau de la fourchette vaginale postérieure, sous la forme de fissures et/ou d'érosions : elles concernent 5,3% de l'ensemble des femmes (soit 14 femmes sur 263), mais prédominent chez les victimes d'AS (8% contre 3,3% chez les femmes indemnes d'AS).

III.4. DISCUSSION

III.4.1. Synthèse des résultats et comparaison aux données de la littérature

III.4.1.1. Population de notre série

Dans notre étude, nous n'avons considéré et inclus que les femmes âgées de plus de 14 ans, pour plusieurs raisons :

- les femmes sont largement plus victimes d'AS que les hommes, puisque jusqu'à 20% des femmes contre 3% des hommes dans le Monde seraient victimes d'AS au moins une fois dans leur vie *[20, 27],* ou un garçon pour trois filles chez les enfants *[31]* ;

- la consultation gynéco-obstétricale programmée du groupe non victime d'AS ne voit que des femmes, les hommes étant vu dans le service d'urologie à l'hôpital Maillot de Briey ;

- et même si les enfants plus vulnérables représentent une partie non négligeable des victimes d'une AS *[15]*, nous ne les avons pas inclus puisque, à l'hôpital Maillot de Briey, les filles âgées de moins de 14 ans sont vues en service de pédiatrie.

L'ensemble de nos 263 cas est constitué de 150 femmes non victimes et de 113 femmes victimes d'AS.

Les deux cohortes diffèrent en nombre, les victimes sont moins nombreuses : le recueil de façon rétrospectif s'est avéré plus compliqué devant la carence d'informations contenues dans certains dossiers médicaux des femmes consultant suite à une AS.

Cependant, la maternité régionale de Nancy recense environ 70 à 80 victimes d'AS par an.

Nous avons dû exclure les hommes, les enfants âgés de moins de 14 ans, et les femmes qui n'avaient pas du tout été examinées.

Ainsi, sur 6 mois, nous avons pu recenser 150 patientes sans AS, alors que nous n'en avons que 113 sur les 2 années passées pour les victimes d'AS.

La différence qui définit les deux cohortes, à savoir l'existence d'une AS récente ou non, est significative.

Bien que nos deux groupes soient différents, l'origine ethnique est sensiblement identique chez les femmes indemnes et victimes d'AS, avec une large majorité de femmes caucasiennes dans 88,7% et 94,7% des cas respectivement dans chaque cohorte (avec p=0,0377).

L'ensemble des caractéristiques gynécologiques des deux groupes de femmes est résumé dans le tableau 8 suivant.

Tableau 8. Comparaison des caractéristiques gynécologiques des femmes victimes et indemnes d'agression sexuelle

	1 N=150 (57.0%)		2 N=113 (43.0%)		
	N	%/moy	N	%/moy	p*
Agression sexuelle					<0,0001
1	150	100,0	.		
2	.		113	100,0	
Age	150	36,4	113	28,5	<0,0001
Origine ethnique					0,0377
Caucasienne	133	88,7	107	94,7	
Afrique Nord	14	9,3	2	1,8	
Afrique Noire	2	1,3	4	3,5	
Asiatique	1	0,7	.		
ATCD GYNECOLOGIQUES					
Ménarche	150	100,0	112	99,1	0,2484
Age de ménarche	148	13,0	80	12,7	0,1515
Période du cycle					0,0004
Première	32	21,3	33	32,7	
Deuxième	49	32,7	40	39,6	
Grossesse	21	14,0	.		
Aménorrhée Secondaire	48	32,0	28	27,7	
Age de la grossesse en cours	20	9,6	0		.
Ménopause	22	14,7	11	9,8	0,2423
Age de la ménopause	22	50,4	8	44,9	0,0040
Régularité des menstruations	80	61,1	71	74,0	0,0421
Utilisation et Taille des tampons					0,2118
Petit	8	10,1	11	21,2	
Moyen	53	67,1	30	57,7	
Grand	18	22,8	11	21,2	
Antécédent de traumatisme sportif	4	2,7	.		0,0816
ATCD CONTRACEPTIFS					
Prise d'une pilule contraceptive hormonale					0,0049
NON	89	59,3	77	68,1	
estroprogestative	30	20	20	17,7	
progestative	21	14,0	3	2,7	
Autre	10	6,7	13	11,5	
Age de début de la pilule	55	26,1	27	24,0	0,5105
Observance contraception					0,2161
Parfaite	53	91,4	27	79,4	
médiocre	2	3,4	4	11,8	
Mauvaise	3	5,2	3	8,8	
Prise de THM	4	22,2	1	9,1	0,3637
Age de début THM	4	51,8	1	47,0	0,2356
Age de fin THM	3	57,7	0		.
Port de DIU					0,0817
non	131	87,3	107	94,7	
Hormonal	11	7,3	5	4,4	
Non Hormonal	8	5,3	1	0,9	
Utilisation de méthodes locales	8	5,3	4	3,6	0,5194

Tableau 8. Comparaison des caractéristiques gynécologiques des femmes victimes et indemnes d'agression sexuelle

	1 N=150 (57.0%)		2 N=113 (43.0%)		
	N	%/moy	N	%/moy	p*
Préservatif masculin	8	100,0	4	80,0	0,1880
Avec lubrifiant	4	50,0	4	80,0	0,2794
Méthodes naturelles	3	37,5	1	20,0	0,5060
Contraception définitive	12	63,2	1	20,0	0,0848
Méthode :					0,7638
Voie Haute	11	91,7	1	100,0	
Voie Basse	1	8,3	.		
VIE SEXUELLE					
Vierge	.		32	28,3	.
Age du premier rapport sexuel	148	18,0	17	16,2	0,0075
Symptomatologie au 1er rapport sexuel	62	41,3	1	2,9	<0,0001
Douleurs lors du premier rapport sexuel	47	74,6	1	100,0	0,5606
Saignement lors du premier rapport sexuel	52	82,5	1	100,0	0,6461
Difficulté ou impossibilité de pénétration	1	1,6	.		0,8990
Sécheresse vulvo-vaginale	10	100,0	1	100,0	.
Date du dernier rapport sexuel					0,0367
Moins4jours	60	40,0	16	26,7	
5jà3ans	80	53,3	43	71,7	
Sup3ans	10	6,7	1	1,7	
Fréquence des rapports sexuels					<0,0001
Quotidienne	7	4,8	.		
Hebdomadaire	55	37,4	2	3,4	
Mensuelle	7	4,8	.		
Autre	78	53,1	57	96,6	
Introduction vaginale digitale	42	38,2	1	50,0	0,7334
Introduction vaginale pénienne	110	100,0	2	100,0	.
Durée du dernier RS	97	23,2	1	20,0	0,8925
Position du dernier RS Allongé	102	97,1	2	100,0	0,8084
Position assise	12	11,4	.		0,6119
Position debout	5	4,8	.		0,7519
Utilisation d'objets	1	0,9	.		0,8908
Vécu des RS	37	25,0	4	7,0	0,0039
Douleurs d'intromission	11	29,7	1	25,0	0,8434
Douleurs profondes	14	37,8	4	100,0	0,0173
Saignements	6	16,2	.		0,3834
Erythème, irritation	9	24,3	1	25,0	0,9762
ATCD OBSTETRICAUX					
Gestité	150	2,4	80	1,7	0,0121
Parité	130	1,9	47	3,4	0,1430
Nombre d'accouchement à terme	114	2,0	39	2,0	0,8100
Nombre d'accouchement prématuré	113	0,1	39	0,1	0,7422
Nombre d'accouchement post terme	113	0,1	39	0,0	0,0465
Nombre d'AVB	114	1,9	39	2,1	0,4467
Nombre d'extraction instrumentale	68	0,2	4	0,3	0,7936
Nombre d'épisiotomie	75	0,8	6	0,7	0,6940
Nombre de déchirure périnéale	89	0,7	10	0,8	0,6359
Degré de déchirure périnéale					0,7351
Simple	45	91,8	7	100,0	

Tableau 8. Comparaison des caractéristiques gynécologiques des femmes victimes et indemnes d'agression sexuelle

	1 N=150 (57.0%)		2 N=113 (43.0%)		
	N	%/moy	N	%/moy	p*
Complète	3	6,1	.		
Complète Compliquée	1	2,0	.		
Nombre de césarienne	110	0,3	16	0,5	0,4054
Poids à la naissance du plus gros enfant en Kg	110	3,5	9	3,1	0,0594
Rééducation périnéale	49	43,8	1	11,1	0,0557
ATCD d'IVG	27	20,9	20	42,6	0,0041
Nombre d'IVG médicamenteuse	26	0,4	19	0,9	0,0226
Nombre d'IVG chirurgicale	26	0,8	19	0,5	0,1850
Méthode de l'IMG			.		.
			113	100,0	<0,0001
Notion de violences					
Délai agression - examen en heures			113	293,9	.
Notion d'attouchement	.		81	71,7	.
Utilisation d'objet	.		7	6,2	.
Pénétration pénienne	.		97	85,8	.
Pénétration digitale	.		59	52,2	.
Vécu après l'agression	.		70	61,9	.
Douleurs	.		66	94,3	.
Saignements	.		24	34,3	.
Erythème, irritation	.		9	12,9	.
Motif de consultation initiale					<0,0001
Gynécologique	129	86,0	.		
Obstétrique	21	14,0	.		
Autre	.		113	100,0	
Traces de violence physique	.		43	38,1	.
Marques d'empoignades aux bras	.		7	15,9	.
Ecchymoses aux cuisses	.		19	43,2	.
Autres lésions traumatiques	.		36	81,8	.

* Test du Chi-2 pour variables qualitatives, test issu d'un test de Student pour les variables quantitatives
Données SB. Analyse consultation méthodologie et statistiques EEC 20JUL2011

Les femmes indemnes d'agression sexuelle sont les femmes du groupe 1 (N=150), les femmes victimes d'agression sexuelle sont celles du groupe 2 (N=113).

Les résultats concernant les ATCD Obstétricaux sont donnés en nombre moyen de gestité, de parité, en nombre moyen d'AVB, etc…ce ne sont pas des résultats en pourcentages.

Des cohortes plus importantes sont nécessaires pour conforter nos données. La littérature compte de nombreux articles sur l'examen gynécologique génital des femmes ou adolescentes victimes d'AS, dont les cohortes varient entre 132 et 3436 femmes *[15, 29, 30, 34, 35, 36, 37, 46, 75, 79, 95]*.

D'autres articles étudient l'examen gynécologique des filles ou femmes non victimes d'AS, mais les cohortes sont plus petites, allant de 111 à 300 cas *[13, 16, 65, 71, 74, 80, 82, 86, 94]*.

La comparaison entre les femmes indemnes et victimes d'AS reste pauvre : certains auteurs comparent les femmes victimes d'AS vierges avant les faits et celles qui avaient déjà

une activité sexuelle *[75, 79]* ; d'autres comparent les victimes adolescentes des victimes adultes *[22]*; d'autres études se concentrent sur les aspects normaux et anormaux de l'examen génital des adolescentes (dans le but d'une meilleure approche des victimes présumées d'AS) *[88]*; mais la comparaison entre des femmes non victimes et victimes d'AS est rare.

L'étude que nous avons réalisée essaye de comparer ces deux groupes et de mettre en évidence des différences significatives si elles existent.

III.4.1.1.1. Age moyen

Les femmes sans AS ont une moyenne d'âge de 36,4 ans, contre 28,5 ans pour les victimes d'AS, avec une différence significative. Les femmes victimes d'AS sont plus jeunes de 8 ans que les femmes indemnes d'AS. La littérature confirme ces données : les femmes victimes d'AS sont des femmes jeunes, âgées de 15 à 25 ans ; elles représentent jusqu'à 43% des victimes selon les études *[22, 24, 26, 36, 37]*.

Cette différence d'âge était prévisible, puisque d'une part les femmes victimes d'AS sont âgées de 15 à 25 ans en moyenne, alors que d'autre part, les femmes du même âge non victimes d'AS sont souvent suivies par le centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) de leur ville, ou non suivies. Les femmes qui consultent un gynécologue-obstétricien sont des femmes plus âgées et/ou ayant déjà un enfant.

Cependant, l'analyse des traumatismes sexuels des adolescentes est délicate et particulièrement difficile *[22]*. Cela explique que les études se soient surtout penchées sur l'examen gynécologique génital des jeunes filles pré pubères et des adolescentes, plus que sur celui des victimes adultes *[13, 14, 15, 16, 39, 41, 59, 65, 71, 74, 75, 80, 82, 94, 99]*.

L'examen des femmes plus âgées, et notamment des femmes ayant une vie sexuelle active, voire ayant déjà accouché par voie basse, reste important car des variations anatomo-physiologiques sont possibles et il faut les connaitre *[22, 28, 47, 91, 98]*.

Chaque stade de la vie entraîne donc des modifications physiques qu'il convient de savoir interpréter afin d'éviter toute erreur d'analyse. Il en est de même pour femmes ménopausées, âgées de plus de 50 ans : elles ne sont pas les victimes d'AS les plus fréquentes mais leurs particularités physio-anatomiques peuvent modifier les constatations cliniques *[42, 100]*.

Notre travail permet d'apporter des données supplémentaires concernant les femmes adultes, qui ont une vie sexuelle, qui ont pour certaines accouché par les voies naturelles, ou qui sont ménopausées.

III.4.1.1.2. Statut hormonal

La littérature s'attache à montrer qu'il existe une modification hormonale physiologique qui apparait au moment de la puberté, à l'origine de changements anatomiques génitaux *[16, 25, 71, 74, 80]*. Sous l'effet des estrogènes naturels secrétés à la puberté, l'hymen devient plus élastique, redondant, et souvent plus difficile à examiner.

Notre étude ne compte aucune enfant, mais des femmes ou adolescentes âgées d'au moins 14 ans, toutes réglées sauf une. Ainsi, les hymens examinés sont censés être sous l'influence hormonale naturelle des estrogènes, voire aussi sous celle d'une contraception.

Du point de vue gynécologique, la ménarche a eu lieu au même âge pour les deux groupes : 13 et 12,7 ans (avec p=0,2484). Les différentes périodes du cycle menstruel sont représentées de façon quasi-équivalente dans les deux groupes de femmes.

Lors des règles, les femmes indemnes d'AS utilisent des tampons dans 52,7% des cas, contre 46% chez les femmes victimes d'AS. Elles utilisent des tampons de taille moyenne.

En ce qui concerne la contraception, les femmes utilisent une contraception hormonale, toute voie d'administration confondue, dans 48% des cas chez les femmes non victimes d'AS contre 36,3% des femmes victimes d'AS.

Les femmes en cours de grossesse ne sont que 8% des femmes de notre étude. Aucune femme enceinte n'est retrouvée dans la cohorte victime d'AS, alors que 14% des femmes indemnes d'AS présentent un état gravide lors de la consultation.

Selon les études, les femmes enceintes violées représentent 5% des parturientes, sans répercussion obstétricale *[40]*.

Chez les 21 femmes enceintes, elles sont sous l'influence hormonale physiologique de la grossesse, avec des variations hormonales selon l'âge de la grossesse. Les lésions génitales traumatiques externes ne sont pas plus fréquentes au cours de la grossesse, que le RS soit

consenti ou non, mais des saignements d'origine cervicale sont possibles du fait d'un ectropion physiologique.

Les femmes ménopausées sont plus nombreuses chez les femmes non victimes que victimes d'AS. Elles constituent 12,5% de notre population : 14,7% des femmes indemnes d'AS contre 9,8% des femmes victimes d'AS (mais la différence est non significative). Cette différence s'explique, entre autre, par le fait que les femmes indemnes d'AS sont plus âgées que celles qui ont été victime d'une AS. La littérature retrouve des chiffres inférieurs, puisque environ 2% des victimes d'AS seraient ménopausées *[40, 100]*.

L'âge à la ménopause est plus élevé chez les femmes indemnes d'AS : elles sont ménopausées à 50,4 ans, alors que les femmes victimes d'AS sont ménopausées à 44,9 ans (là encore, la différence est non significative).

Ces femmes, qu'elles soient victimes ou non d'AS, ont des tissus fragiles, atrophiques. Il convient de faire la différence entre les possibles lésions liées aux conditions locales et celles qui sont traumatiques, liées à un mécanisme exogène. Ces femmes ont souvent des lésions plus importantes que les femmes encore en activité génitale.

L'utilisation d'un traitement hormonal substitutif n'est pas renseignée dans la littérature. Dans notre étude, il concerne une minorité des femmes ménopausées. Dans nos deux cohortes, 4 femmes ménopausées (dont une en péri-ménopause) présentent des lésions traumatiques d'allure récente : les lésions siègent préférentiellement au niveau des lèvres, puis de la fourchette postérieure et l'hymen. Ces données sont superposables à celles de la littérature *[40, 42, 100]*.

III.4.1.1.3. Activité sexuelle

La sexualité est un sujet important dans notre travail. Il a fallu aborder la sexualité avec chaque patiente. Les femmes répondent sans problème aux questions lorsqu'elles se sentent en confiance et lorsqu'elles ont intégré que la sexualité n'est pas taboue : la santé telle que la définit l'OMS sous-entend le bien-être sexuel. Une sexualité épanouie est essentielle au bien être de la femme.

Sur les 263 femmes inclues dans notre étude, 57% sont représentées par des femmes non agressées sexuellement, soit 150 femmes. Elles sont majoritaires par rapport aux femmes victimes d'AS (soit 43% ou 113 femmes).

Les femmes qui ont des RS réguliers parlent de pénétrations vaginales péniennes, avec ou sans pénétration vaginale digitale, sans utilisation d'objet, en position de décubitus dorsal pour l'un des deux partenaires et décubitus ventral pour l'autre.

La sexualité active concerne 100% des femmes non agressées, mais seulement 71,7% des femmes victimes d'AS : 28,3% des femmes victimes d'AS seraient vierges avant les faits allégués.

Le nombre élevé de femmes dites vierges, retrouvé essentiellement chez les victimes d'AS (virginité avant les faits allégués) peut s'expliquer entre autres, par la présence d'une population plus jeune chez les victimes, avec 27,4% de filles âgées de moins de 18 ans, contre 3,3% chez les femmes indemnes d'AS.

Paradoxalement l'âge du premier RS est plus bas chez les victimes d'AS, avec un âge moyen de 16,2 ans contre 18 ans chez les femmes indemnes d'AS (avec une différence significative p=0,0075). Cependant, l'âge moyen de ce premier RS est probablement sous-évalué puisque seules 17 femmes ont répondu à la question sur les 113 femmes victimes. Les autres caractéristiques des RS sont difficilement comparables d'un groupe à l'autre car de nombreuses données manquent chez les femmes qui ont été victimes d'AS.

III.4.1.1.4. L'agression sexuelle

Nous avons déjà décrit précédemment les caractéristiques épidémiologiques de l'AS. Nous revenons sur les points importants qui ont concerné notre travail.

Les femmes, et surtout les jeunes filles, sont les principales victimes d'agression sexuelle *[22, 28, 32, 33, 34, 35, 36]* : seuls les individus de sexe féminin ont été inclus dans notre étude.

L'âge est un élément qu'il convient de prendre en considération chez les victimes d'AS : les jeunes filles ou femmes âgées de 16 à 24 ans, globalement de moins de 30 ans, sont les cibles principales *[24, 36, 37, 38]*. Les deux cohortes sont représentées par des femmes

dont les moyennes d'âge sont certes plus élevées, mais le groupe victime d'AS compte une moyenne d'âge de 28,5 ans, plus basse que celle des femmes indemnes d'AS et plus proche de la population cible retrouvée dans la littérature victime d'AS.

Les enfants sont également victimes d'AS mais nous les avons exclus de notre étude. Chez les enfants, garçon ou fille, l'interprétation des lésions est délicate et repose sur des recommandations et des protocoles mis au point pour uniformiser la pratique des médecins prenant en charge cette population de victimes *[19, 76]*.

Le type d'AS le plus fréquent reste la pénétration vaginale pénienne. Selon les études, le taux de pénétration pénienne vaginale forcée varie, jusqu'à 83% *[22, 34, 35, 36, 39]*. Nos données confirment la prédominance du viol avec pénétration vaginale comme étant le mode d'AS le plus fréquent : plus de 70% des femmes âgées de 14 à 64 ans auraient subi une pénétration vaginale, jusqu'à 95% des femmes âgées de 18 à 39 ans. Seule une femme sur les trois âgées de plus de 65 ans aurait été victime d'une pénétration vaginale pénienne.

Les attouchements sexuels sont également fréquents et semblent plus fréquents chez les enfants de moins de 15 ans *[34, 39]*. Nos données retrouvent que 71,7% des femmes auraient subi des attouchements, mais 85% auraient subi une pénétration vaginale pénienne : peut-être que si notre population avait été plus jeune, le pourcentage d'attouchements aurait été plus important ?

L'agresseur est un individu de sexe masculin, connu dans les trois quarts des affaires, notamment chez les victimes enfants *[29, 31, 34, 39]*.

Notre travail retrouve que dans 17,7% des cas, l'agresseur fait partie de l'entourage familial. Ce chiffre reste modéré par rapport à l'étude de EDGARDH et al, qui retrouve jusqu'à 81% d'AS intrafamilial *[39]*. Pour le viol intrafamilial, il concerne plus souvent des victimes mineures et représente alors au moins un tiers des AS *[29]*.

Les enfants de moins de 14 ans ayant été exclus de l'étude, le pourcentage d'agresseur intrafamilial et/ou connu est moins élevé que dans la littérature.

Le viol collectif, appelé viol en réunion, concerne 10,6% des femmes de notre étude. En 2004, la littérature américaine parle d'agresseurs multiples dans 8% des AS (avec n=758) *[37]*.

Dans notre étude, il existe un contexte non négligeable d'alcoolisation et/ou d'intoxication aigüe des victimes d'AS, de l'ordre de 15%. Ce phénomène est assez répandu dans la littérature, jusqu'à 58% selon les études *[26, 29, 37, 75, 93]* : l'alcoolisation est une caractéristique souvent associée aux victimes jeunes *[100]*. La notion d'alcoolisation ou de prise de toxiques reste corrélée aux déclarations de la patiente, plus qu'aux analyses toxicologiques quantitatives, qui ne sont pas systématiquement réalisées dans le cadre d'une agression sexuelle.

Il serait intéressant de savoir si l'alcool est un facteur confondant plutôt qu'un facteur causal d'agression sexuelle.

Les lésions hyménales peuvent exister mais ne sont pas systématiques après un viol : l'apparition des lésions est dépendante de l'âge, du statut hormonal ou encore du type d'AS. L'hymen peut revêtir de multiples aspects chez la femme victime d'AS *[77, 79]*.

Les différentes lésions retrouvées seront discutées ultérieurement.

Il convient de garder à l'esprit que les enfants victimes d'AS constituent une population particulière. La connaissance des variations anatomiques génitales qui les caractérisent est essentielle avant de prétendre pouvoir prendre en charge ces victimes *[78]*.

La réquisition judiciaire est fréquemment le mode de recours principal de la consultation médicale pour suspicion d'AS : plus de trois quart des examens médicaux se font sur réquisition judiciaire *[26, 34, 93, 104]*. Nos données sont conformes à la littérature puisque 84,1% des examens ont été réalisées sur réquisition judiciaire.

Les poursuites judiciaires ne concernent qu'une partie des affaires de suspicion d'AS. Selon les études, les chiffres varient : SAINT-MARTIN et al parlent de 36,3% des affaires qui auraient été jugées par un tribunal correctionnel, une cour d'Assises, ou un tribunal pour enfants ; l'auteur des faits aurait été condamné dans 32,8% des affaires *[34]*. En moyenne, le taux de poursuites judiciaires est plus bas : 15% des affaires d'AS sont résolues avec le concours de la justice *[49]*.

La pertinence des déclarations faites par la victime demeure une énigme: le faible pourcentage d'affaires jugées en Cour d'Assises peut-il s'expliquer, entre autres, par un nombre important de fausses déclarations ?

Le délai écoulé entre l'AS et la consultation médicale est un facteur important : plus le délai est faible, plus les issues judiciaires semblent importantes *[49]*. Le fait d'être examiné par un médecin légiste expérimenté est corrélé positivement à une issue pénale *[34]*.

Nous n'avons pas récupéré les issues judiciaires des affaires de suspicion d'AS pour lesquelles les femmes avaient consulté. Ces informations intéressantes pourraient faire l'objet d'études complémentaires afin de connaître le pourcentage d'affaires classées sans suite et celui des affaires ayant abouti à un jugement et une condamnation en Cour d'Assises.

III.4.1.2. Lésions traumatiques génitales

III.4.1.2.1. L'hymen

L'hymen, bien que connu en théorie de tous, et a fortiori, de tous les médecins, reste un organe mystérieux : sa localisation précise, ses variations et ses capacités d'adaptation apparaissent floues pour de nombreux praticiens.

Notre étude tend à fournir des données sur cet hymen chez des femmes vierges ou non, victimes ou non d'AS. Même si la fonction principale de l'hymen est peu connue, on sait que l'hymen est une membrane élastique qui peut prendre différents aspects, et qui peut varier selon l'âge, l'influence hormonale ou la pratique des RS *[10, 25, 72, 79]*.

L'hymen peut donc revêtir de nombreux aspects et de multiples formes qu'il convient de connaître. La forme de l'hymen et de l'orifice hyménal sont donc importants : un hymen scléreux, non élastique, est peu perméable au pénis et empêche souvent la réalisation de « RS complets » avec pénétration pénienne totale ; à l'inverse, un hymen très élastique peut se distendre et ne pas se rompre lors de la pénétration vaginale pénienne. Les variations de la morphologie hyménale sont reportées dans de nombreuses études *[78]*.

L'aspect de l'hymen est différent selon l'âge et le statut hormonal, la voie d'accouchement, ou encore selon la pratique régulière de RS. Cette diversité nécessite une nomenclature uniforme, claire, reproductible, applicable d'un cas à l'autre, par tous les praticiens *[13]*.

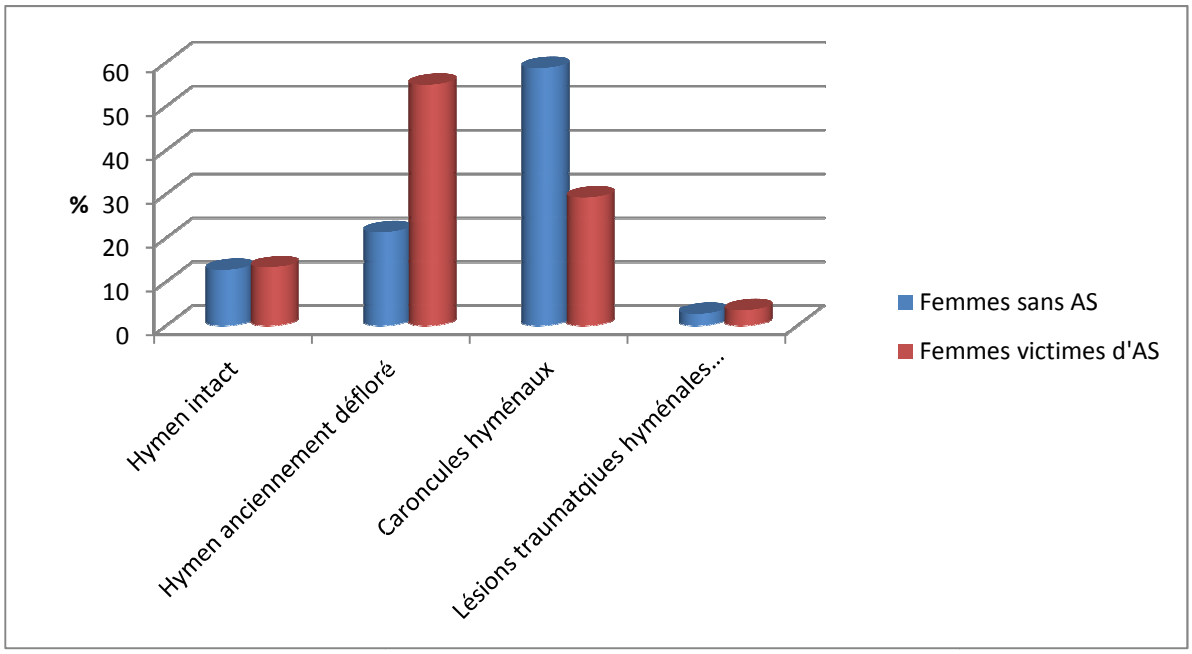
L'hymen est sensible à son environnement et s'adapte aux conditions qu'il subit :

- après plusieurs AVB, l'hymen est quasi-inexistant ou persiste sous forme de reliquats minimes au sein d'un orifice vaginal béant ;
- à l'inverse, en l'absence de RS, l'orifice hyménal peut se « refermer » en se reperméabilisant.

En 2005, trois cas de fermeture secondaire de l'hymen ont été décrits dans la littérature, dont un cas spontané : pour deux femmes, l'hymen s'est refermé secondairement après une chirurgie première d'imperforation hyménale, alors qu'il n'y avait pas eu de chirurgie première chez la femme ayant une reperméabilisation spontanée. Chez cette femme turque, durant sa grossesse et secondairement à l'arrêt de l'activité sexuelle, l'hymen se serait refermé, par un processus de remaniement des tissus collagènes *[18]*.

Le tableau 9 ci-après met en évidence une différence significative de l'aspect et de la forme prédominants de l'hymen chez les femmes victimes ou non d'AS.

Tableau 9. Aspect de l'hymen chez l'ensemble des femmes



Tout en sachant que les femmes non victimes d'AS sont majoritairement des primipares plus âgées que les femmes victimes d'AS, on constate que :

- les caroncules hyménaux sont majoritaires chez les femmes sans AS ;
- l'hymen anciennement défloré est le type le plus fréquent chez les victimes d'AS.

L'ensemble de notre population retrouve des hymens dont l'aspect de l'orifice hyménal se classe en 3 catégories : l'hymen frangé, l'hymen annulaire et l'hymen semi-lunaire (falciforme). Ces trois types d'hymen sont en accord avec la littérature, puisqu'ils représentent les trois grands types d'hymen : l'hymen semi-lunaire (29,6 à 40 %, les chiffres varient suivant les études), l'hymen annulaire à bords réguliers (33 à 53%) et l'hymen frangé (14 à 17%) *[13, 57]*.

III.4.1.2.1.1. Selon l'âge

Selon l'âge**,** l'hymen se présente différemment :

- dans l'enfance, l'hymen est mince, fin, souvent annulaire ou concentrique *[13, 14]*. Il peut même être imperforé. Le diagnostic est le plus souvent fait à l'adolescence, mais un examen minutieux d'un pédiatre peut le dépister. Son traitement est simple. Il s'intègre dans les cas difficiles d'étude hyménale *[58]*;

- à l'adolescence, l'hymen devient moins fin, plus épais, blanchâtre, élastique et redondant. L'apparition d'un taux élevé d'estrogènes et l'augmentation de l'élasticité hyménale sont à l'origine de cette modification *[16, 23, 24, 25, 59, 65, 80]*. La majorité des études concernant l'hymen des adolescentes est menée dans un contexte d'AS. En 2002, EDGARDH et al, insiste sur le fait que la normalité de l'hymen des adolescentes associée à l'implication du port de tampons vaginaux ou la pratique de RS doit être étudiée de façon longitudinale, à plus grande échelle *[74]* ;

- lors de la vie génitale, l'hymen peut être endommagé par les AVB, ou vulnérable aux RS répétés. La pratique de RS entraîne une diminution de l'épaisseur du bord hyménal (2,5 mm contre 3 mm en l'absence de RS) *[73]* ;

- à la ménopause, avec le déficit massif en estrogènes, les tissus deviennent atrophiques et il existe une sécheresse.

Dans notre travail, les fillettes ont été exclues.

Les jeunes adolescentes ont majoritairement un hymen redondant, frangé, plus difficile à examiner comme le confirme la littérature *[81]*.

Les femmes en âge de procréer ont des hymens anciennement déflorés, voire des caroncules hyménaux si elles ont accouché par voie basse.

Les femmes ménopausées, âgées de plus de 50 ans, représentent 12,5% de notre population et ont pour la plupart des vulves atrophiques associées à une sécheresse importante. La survenue de lésions hyménales peut être surestimée du fait de ces modifications physiologiques.

L'âge est une donnée importante pour interpréter les caractéristiques hyménales, surtout chez les enfants, les adolescentes et les femmes âgées. Ces 3 périodes de la vie sont régies par des changements hormonaux qui modifient l'hymen, indépendamment de l'existence de RS ou d'AVB.

Les lésions hyménales de défloration concernent principalement la région postérieure du bord hyménal, et se situent sur 180°, entre les rayons de 4 et 8 heures *[82]*. Les transsections hyménales ne guérissent pas, alors que des déchirures incomplètes ou des lacérations peuvent cicatrisées, voire disparaître *[14]*. Ces données sont superposables à celles de notre travail.

Dans certains cas, il existe des lésions hyménales typiques de défloration, telles qu'une déchirure du bord libre hyménal sur le rayon de 6 heures, alors que la femme ne rapporte aucun RS. Une insertion douloureuse des premiers tampons vaginaux est souvent rapportée dans ces cas *[73]*.

Mais, il est important de retenir que l'emploi de tampons vaginaux périodiques ne déflore pas *[40, 16, 83]* : plus de 40% des femmes possédant un hymen intact utilisent régulièrement des tampons dans notre étude. Dans l'ensemble, la littérature montre que les femmes qui utilisent des tampons vaginaux et qui n'ont pas encore eu de RS ont des hymens indemnes de fissure et/ou déchirure traumatiques.

Cependant, il existe des exceptions : en 2004, ADAMS et al, constate que sur 85 adolescentes, plus de la moitié utilisent des tampons. Mais pour 2 adolescentes, malgré l'absence de RS, une lésion traumatique est retrouvée sur le rayon hyménal de 6 heures. Ces 2 cas rapportent la notion d'une première utilisation douloureuse des tampons périodiques *[73]*.

III.4.1.2.1.2. Selon la parité et la voie d'accouchement

Le passé et/ou présent obstétrical n'est pas renseigné de façon équivalente dans les deux groupes : seules 70,8% des femmes victimes d'AS ont répondu sur leur gestité selon le tableau 9 ci-après. Cependant, les données diffèrent : les femmes sans AS sont majoritairement des femmes ayant déjà accouché par les voies naturelles, soit 64% des femmes ; inversement, les femmes victimes d'AS sont principalement nullipares, représentant 65,5% des cas.

Tableau 10. ATCD obstétrical et voie d'accouchement chez l'ensemble des femmes

	G0P0	GxP0 *	AVB	Césarienne
Femmes non victimes d'AS (N=150)	13,3%	25,3%	**64%**	10,7%
Femmes victimes d'AS (N=113)	58,4%	**65,5%**	31,9%	2,7%

* (incluant les G0P0)

Après un AVB, l'hymen prend la forme de reliquats épars, plus ou moins épais. Les caroncules hyménaux sont le résultat attendu de l'aspect hyménal après un ou plusieurs AVB *[101]*. Le passage d'un ou plusieurs enfants par les voies naturelles, associé à l'existence d'une déchirure vaginale et/ou d'une épisiotomie, modifient l'aspect de l'hymen et engendrent des conséquences physio-anatomiques irréversibles sur la sphère génitale *[56]*. Par ailleurs, il n'y a pas de différence selon la voie d'accouchement, césarienne ou voie basse, dans la survenue d'un prolapsus génital dans l'année qui suit la naissance *[84]*.

Selon certains auteurs, l'examen hyménal peut donner de bonnes corrélations par rapport à la parité. On sait que la localisation d'une déchirure traumatique hyménale sur le rayon de 6 heures est typique d'une défloration et d'une parité, mais qu'en est-il des autres localisations hyménales ? L'interprétation de la parité sur le seul examen hyménal se doit d'être prudente *[85]*.

Dans notre étude, il semble exister une différence concernant l'aspect hyménal selon la voie d'accouchement : les femmes ayant accouché par les voies naturelles sont porteuses de reliquats épars, alors que les femmes n'ayant bénéficié que de césariennes possèdent un hymen défloré, dont la forme initiale peut être retrouvée. Selon nos données, 91,7% des femmes indemnes d'AS ayant déjà AVB (n=96) présentent des reliquats hyménaux, contre 80,6% des femmes victimes d'AS (n=36).

Les caroncules hyménaux sont plus fréquentes chez les femmes non victimes que chez les victimes d'AS (58,7% contre 29,2%, avec une différence significative) : les femmes indemnes d'AS sont majoritairement des primipares ayant déjà eu un ou plusieurs AVB, ce qui peut expliquer cette différence.

La mise en évidence de reliquats hyménaux épars chez une femme nullipare n'ayant jamais accouché par voie basse est possible. Cependant, il ne faut pas omettre l'hypothèse de déclarations erronées de la part de la patiente, qui souhaiterait cacher une grossesse aboutie ou non.

Selon la parité et la voie d'accouchement, on peut présumer de l'aspect de l'hymen. Dans notre étude, la majorité des femmes ayant accouché par voie basse est porteuse de reliquats hyménaux.

A l'inverse, il semble que 3 femmes sans AS, qui ont une activité sexuelle normale et qui ont déjà accouché par les voies naturelles soient porteuses d'hymen indemne de déchirure traumatique hyménale. Ces résultats sont assez surprenants et évoquent la possibilité d'hymens très élastiques capables de se distendre au point de ne pas se rompre durant l'accouchement.

La littérature est pauvre quant à la possibilité d' « hymen intact » après un AVB.

Dans leur article BUCHSBAUM et al parlent de la possibilité d'avoir un hymen indemne de déchirure traumatique sur le rayon de 6 heures malgré un ou plusieurs AVB *[85]*.

Avant d'affirmer l'existence d'hymen intact après des AVB, il convient de s'assurer de l'absence de déchirures traumatiques partielles anciennes, et ce par l'intermédiaire d'un colposcope, voire d'une sonde à ballonnet de type sonde de Foley.

III.4.1.2.1.1. L'hymen intact

L'hymen intact concerne 19 femmes non agressées (soit 12,7%), contre 15 femmes victimes d'AS (soit 13,3%), avec une différence non significative.

Cette différence peut être liée au fait que les femmes victimes d'AS comptent plus de femmes vierges avant les faits, et peu de femmes ayant déjà accouché par voie basse.

Dans les deux cas, il y aurait eu un RS, consenti ou non.

Il n'est retrouvé que chez des femmes vierges avant les faits allégués pour les femmes victimes d'AS, alors qu'il concerne des femmes ayant déjà une activité sexuelle, et pour 3 d'entre elles ayant déjà accouché par les voies naturelles pour la cohorte sans AS.

L'hymen compliant est défini comme un hymen intact, c'est-a-dire sans déchirure traumatique complète, malgré la pratique de RS avec pénétration vaginale. Mais qu'est-ce qu'un hymen intact ? Un hymen qui empêche le passage d'un doigt intra-vaginal est « intact » ; mais la possibilité de réaliser un TV à 2 doigts, avec la mise en évidence d'une souplesse du bord postérieur hyménal peuvent témoignent d'une pénétration sexuelle *[92]*.

Le terme d'hymen intact est peut-être inexact : il conviendrait de parler plutôt d'hymen libre ou indemne de déchirures ou d'incisures traumatiques pour différencier d'une part, l'« hymen intact » synonyme d'absence de RS, et d'autre part, l'hymen dépourvu de lésions traumatiques, indépendamment de l'existence de RS *[58, 79]*.

Il semble donc impossible d'affirmer ou non l'existence de RS sur le seul examen de l'hymen dans de nombreux cas: l'« hymen intact » n'est pas synonyme de virginité.

Les femmes ou les adolescentes peuvent interpréter à tort un contact à l'entrée du vestibule comme une pénétration. Chez des femmes âgées d'au moins 14 ans, on peut estimer qu'elles savent différencier des attouchements d'une pénétration vaginale. Selon ANDERST et al, au-delà de l'âge de 10 ans, les enfants ou jeunes adolescentes sont capables de percevoir et décrire plus précisément le type d'AS qu'elles ont subies, et notamment une pénétration vaginale *[86]*.

Ce type d'hymen doit être connu et reconnu puisqu'il concerne environ 12,9% des femmes de notre étude, alors qu'elles ont toutes eu un RS : 12,7% des femmes sans AS contre 13,3% des femmes victimes d'AS.

Ces chiffres sont cohérents avec la littérature : les études retrouvent l'existence d'hymen compliant, c'est-à-dire non déchiré malgré des ATCD de pénétrations vaginales péniennes, chez 10% à un quart des femmes *[13, 20, 92]*. Selon l'étude d'ADAMS et al en 2004, sur leurs 27 sujets sexuellement actifs, 53% présentaient des hymens indemnes de déchirures ou d'encoches profondes sur les quadrants postérieur et latéraux *[73]*.

SIMONIN parlent de 13 cas d'hymen intact sur une cohorte de 75 femmes primipares, soit 17,3% *[17]*.

III.4.1.2.1.2. Les lésions traumatiques d'allure récente

Les lésions traumatiques génitales d'allure récente concernent 7,3% des femmes sans AS contre 14,2% des victimes d'AS, avec un RR égal à 1,93 (intervalle de confiance compris entre 0,93 et 4, donc une différence non significative).

Même si l'activité sexuelle dite « normale », survenant dans le cadre de RS consentis, peut engendrer des lésons hyménales, dans notre étude, comme dans la littérature, les lésions traumatiques récentes sont plus fréquentes en cas d'AS *[90]*.

La différence est non significative pour notre travail : 2,7% des femmes victimes contre 2,6% des femmes indemnes d'AS, soit respectivement 3 et 4 femmes, sont porteuses de lésions hyménales récentes.

MC LEAN et al parlent d'un risque trois fois supérieur de retrouver des lésions hyménales chez une femme victime d'AS par rapport à une femme ayant des RS consentis *[91]*.

Si on considère le type d'AS, on peut dire que les lésions traumatiques génitales d'allure récente sont retrouvées chez :

- 13,4% des femmes ayant été victimes d'un viol ;
- 18,8% des femmes ayant été victimes d'attouchements et/ou de pénétration pénienne digitale ;
- 7,3% des femmes ayant des RS consentis avec pénétration pénienne vaginale.

Les lésions traumatiques génitales sont possibles après un contact sexuel vulvo-vaginal digital, sans pénétration vaginale pénienne associée : selon ROSSMAN et al, 81% des

femmes victimes d'une pénétration vaginale digitale isolée présentent des lésions génitales d'allure récente *[93]*.

Notre étude retrouve un taux de lésions de 18,8% en cas de pénétration vaginale digitale : ce taux diffère de celui de ROSSMAN, mais il concerne 16 cas dans notre travail, contre 53 cas dans l'étude américaine. De plus, ils utilisent un colposcope qui peut majorer le nombre de lésions visualisées ; ce n'a pas été le cas dans notre travail.

Alors qu'on peut dans certains cas, se prononcer sur l'impossibilité d'une pénétration vaginale pénienne lors de l'examen génital, on ne peut pas infirmer ou confirmer la possibilité d'une pénétration vaginale digitale *[20]*. Même si des lésions traumatiques sont possibles après un traumatisme sexuel digital, elles ne sont pas systématiques. De plus, les lésions concernent souvent la fourchette postérieure ou encore les petites et grandes lèvres, beaucoup moins l'hymen ; les déflorations hyménales sont rares (mais non impossibles) en cas de pénétration vaginale digitale *[93]*.

Il semble qu'il existe plus de lésions traumatiques hyménales d'allure récente chez les jeunes filles ou femmes vierges en cas d'AS, que chez les femmes non vierges. La littérature confirme ce postulat, mais insiste sur le fait que les lésions génitales plus fréquentes chez les patientes vierges, ne concernent pas majoritairement l'hymen *[27, 75]*. Selon BIGGS et al, en 1998, les filles sans activité sexuelle préalable ont plus de lésions et de blessures hyménales que celles ayant déjà des RS avant AS *[79]*.

Dans notre étude, la plupart des victimes d'AS qui rapportent une pénétration vaginale pénienne n'ont pas de lésion évidente de pénétration à l'examen de l'hymen, qu'elles soient vierges ou non avant les faits.

En effet, une étude américaine réalisée en 2009 portant sur 56 filles âgées de 5 à 17 ans victimes d'AS non récentes, montre qu'il est impossible de faire une association entre le nombre de pénétrations vaginales rapportées et les lésions génitales définitives *[86]*. L'examen hyménal ne permet pas de prédire la fréquence des rapports sexuels, et de façon plus générale, ne permet pas d'affirmer ou d'infirmer des ATCD de rapports sexuels.

Selon nos données, 100% des femmes porteuses de lésions hyménales d'allure récente (n=7) avaient subi une pénétration vaginale pénienne.

On sait que les lésions hyménales cicatrisent en 5 à 15 jours selon les auteurs *[20, 23, 75]*. La cicatrisation dépend de la localisation de la lésion et de sa sévérité (profondeur, étendue). Mais, elle semble identique chez les fillettes et chez les adolescentes *[82]*.

Les lésions hyménales traumatiques complètes, intéressant toute la hauteur de la membrane hyménale cicatrisent mais ne disparaissent pas *[14]*.

De ce fait, les lésions hyménales d'allure récente sont retrouvées chez 7 femmes de notre étude : dans 71,4% des cas, le dernier RS, consenti ou non, date de moins de 72 Heures, et :

- 75% des femmes non victimes d'AS, présentant des lésions hyménales récentes, ont eu un RS datant de moins de 72 heures ;
- contre 66,7% des femmes victimes d'AS.

Passé ce délai de 3 jours (72 heures), la mise en évidence de lésions hyménales récentes, surtout superficielles, est amoindrie, avec des pourcentages variables selon les études *[49, 87]*. Selon WILEY et al, l'examen réalisé dans les 24 heures suivant l'AS est le plus contributif : il serait associé positivement à des poursuites et une issue judiciaires ($p<0,5$) *[49]*.

Les lésions siègent préférentiellement au niveau de la fourchette vulvaire postérieure, puis secondairement au niveau de l'hymen, dans notre étude, comme dans la littérature *[57, 79]*. Chez les adolescentes, les lésions siègent majoritairement sur la fourchette postérieure, puis au niveau des petites lèvres, de l'hymen et de la fossette naviculaire (ADAMS 2001) *[24]*.

La position d'examen gynécologique peut conditionner la mise en évidence de lésions ou non : toutes les femmes de l'étude ont été examinées en position gynécologique, sur une table d'examen gynécologique, en décubitus dorsal, les cuisses fléchies à 45° et en abduction. L'hymen a été examiné par traction douce des lèvres dans cette position.

Chez les femmes vierges, et chez des adolescentes, qui possèdent souvent des hymens frangés et redondants, la position génu-pectorale en décubitus latéral parait plus performante pour visualiser des microtraumatismes *[13]*. Notre cohorte sans AS n'étant plus vierge, toutes les femmes ont été examinées en position gynécologique sur table d'examen.

L'association de plusieurs techniques est souvent souhaitable : la traction douce des lèvres en position de décubitus dorsal, couplée à l'examen génital en position génu-pectorale est une option intéressante, puisqu'elle détecterait 100% des lésions hyménales *[65]*.

Cependant, l'examen est souvent stressant quand il s'agit d'une victime d'AS, et la rapidité de l'examen reste la priorité de la victime et de l'examinateur.

Outre la position gynécologique importante, les méthodes d'observation sont primordiales dans l'examen génital d'une femme : chez les jeunes adolescentes, et plus largement en cas d'AS, l'utilisation d'un colposcope est indispensable *[21, 34, 40, 54, 71, 73, 87, 88]*. Dès 1981, au Brésil, le colposcope est présenté comme un outil indispensable pour l'examen gynécologique des victimes d'AS *[89]*.

Les études effectuées dans les centres qui utilisent des colposcopes et la photo documentation mettent en évidence un nombre plus élevé de lésions ano-génitales, jusqu'à 80% des victimes. Certaines études proposent la méthode d'irrigation saline pour tenter de différencier les lésions hyménales physiologiques des lésions traumatiques chez les fillettes, mais cette méthode semble désuète *[71]*. Si aucun colposcope n'est disponible, l'utilisation d'un otoscope pédiatrique peut être proposée comme alternative *[90]*.

A défaut d'avoir un colposcope, ou en plus, l'utilisation d'un coton-tige peut s'avérer utile chez les adolescentes pour examiner les hymens redondants, frangés *[81]*.

Le colposcope n'a pas été utilisé de façon systématique chez l'ensemble des femmes de notre travail : cette non-utilisation peut être à l'origine d'erreurs de jugement et d'interprétation par non visualisation de traces traumatiques minimes ou millimétriques.

Nos deux cohortes ont des résultats très proches : de plus grandes cohortes permettraient de confirmer la présence d'une différence significative entre les femmes ayant des RS forcés ou consentis, ou au contraire, de montrer l'absence de différence entre les deux types de RS.

Pour comparer l'effet seul de l'acte sexuel, consenti ou non, sur les tissus génitaux, il faudrait apparier les deux cohortes de façon identique sur l'âge, le statut hormonal, et la parité.

L'absence de différence significative entre les deux groupes peut s'expliquer également par le délai écoulé entre le RS et l'examen médical : si toutes les femmes avaient été vues dans les 72 heures qui suivent le RS, le nombre de lésions traumatiques constatées

chez les femmes victimes d'une AS aurait surement été plus important. L'examen médical réalisé dans les 24 heures qui suivent l'AS a d'autant plus de chances de mettre en évidence des lésions génitales *[49]*.

Une autre explication quant à la survenue de ces deux chiffres très proches : les femmes victimes d'AS ont été examinées par plusieurs praticiens. Les lésions hyménales incomplètes ou superficielles ne sont repérées que par des opérateurs entraînés *[23]*. N'y a-t-il pas eu confusion entre une encoche hyménale physiologique et une lésion traumatique superficielle ou incomplète du bord libre hyménal, sous-évaluant le nombre de réelles lésions traumatiques chez les femmes victimes d'AS ?

Dans tous les cas, la patiente et/ou la victime, quel que soit son âge, doit être relâchée et détendue pour optimiser la rapidité, la performance et l'innocuité de l'examen gynécologique génital *[13]*.

III.4.1.2.1.3. Les hymens à part

L'hymen microperforé est connu pour empêcher une pénétration pénienne vaginale, et devant ce type d'hymen, il parait licite d'affirmer l'impossibilité de RS.

Cependant, en 2006, la littérature rapporte le cas d'une patiente japonaise de 21 ans enceinte, se présentant en travail à 38 SA avec un hymen microperforé nécessitant une naissance par césarienne. La conception a été possible malgré l'hymen *[102]*. Ce cas reste isolé et sporadique nous imposant d'être prudent, et non généralisateur.

Aucun hymen microperforé n'a été retrouvé dans nos cohortes.

III.4.1.2.1.4. Conclusion de l'apport des données hyménales

Retenons que l'AS, notamment le viol, n'occasionne pas systématiquement de lésion hyménale *[79, 91]*. Et de façon plus générale, chez les adolescentes, l'absence de déchirures hyménales ne signifie pas l'absence de pénétration vaginale pénienne *[73, 20]*.

Il n'y a pas de marqueur spécifique, au niveau hyménal, d'AS.

Même si le diamètre hyménal peut sembler intéressant, il ne peut être utilisé à lui seul pour affirmer ou infirmer l'existence d'une pénétration vaginale pénienne. La taille de l'ouverture hyménale n'est pas un témoin d'une AS *[14, 15, 59]*. Par ailleurs, il n'y a pas de marqueur spécifique hyménal de la fréquence et du nombre de RS *[86]*.

L'hymen est une membrane évolutive : il est difficile d'attribuer aux différents facteurs quelles sont les lésions qu'ils occasionnent, indépendamment les uns des autres *[91]*. Des études de plus grande cohorte, en double aveugle, ou longitudinal, suivant la fillette puis la femme adulte, vierge puis sexuellement active, seraient nécessaires pour suivre l'évolution de tous ces facteurs.

III.4.1.2.2. Autres sites extra-hyménaux des lésions traumatiques

Bien que la littérature considère qu'en cas d'attouchements sans pénétration sexuelle pénienne ou digitale, l'examen gynécologique est le plus souvent normal et non contributif *[21]*, notre travail met en évidence un cas présentant une lésion génitale récente dans un contexte d'attouchement isolé. Il s'agit d'une femme de 86 ans, non vierge, mais ayant peu de RS, et notamment dont le dernier RS consenti remonte à plus de 4 ans, qui présente une atrophie et une sécheresse vulvo-vaginale importante. Le délai écoulé entre l'AS et la consultation est de 7 jours. L'érosion constatée au niveau de la face interne d'une grande lèvre est probablement secondaire à l'AS, mais est favorisée par la sécheresse et l'atrophie. La vulnérabilité des tissus génitaux est en grande partie responsable de cette lésion.

En 2004, ROSSMAN et al étudient l'effet isolé d'une pénétration vaginal digitale : ils constatent grâce à l'utilisation d'un colposcope, que 81% des femmes présentent des lésions génitales d'allure récente, sur les sites principaux (fourchette postérieure, petites et grandes lèvres et fossette naviculaire) *[93]*.

Notre étude retrouve des lésions traumatiques génitales d'allure recentre sur des sites attendus, les plus fréquemment retrouvés dans la littérature: la fourchette vulvaire postérieure, les petites et grandes lèvres, et l'hymen *[22, 79, 94]*. Que le RS soit consenti ou qu'il ait lieu dans le cadre d'un viol ou d'une AS, les lésions traumatiques se localisent aux mêmes endroits, à l'exception des cas particuliers.

Dans notre étude, les lésions de la fourchette postérieure, les plus fréquentes, prédominent chez les femmes victimes d'AS (8% chez les victimes contre 3,3% chez les femmes non victimes d'AS). Même si un RS consenti peut causer des lésions génitales, elles restent plus fréquentes en cas d'AS *[90]*.

Plus la victime ou la femme est vue tôt après le RS, plus les lésions ont de chance d'être constatées : un délai idéal de moins de 72 heures optimise la mise en évidences des lésions traumatiques corporelles *[34]*.

La majorité des lésions génitales non hyménales guérit rapidement ne laissant pas de trace de blessures ou de traumatismes sous-jacents *[94]*. Il est nécessaire d'examiner au plus tôt les victimes d'AS afin d'essayer d'obtenir des preuves médico-légales.

Des lésions du col utérin sont possibles, mais peu fréquentes dans la littérature *[95]*, et non retrouvées dans notre étude.

Il faut savoir que l'existence de lésions ano-génitales anormales lors d'un examen médico-légal réalisé chez des enfants suspectés d'être abusés sexuellement n'a pas de signification sur les résultats légaux et les poursuites juridiques *[96]*. Les déclarations et l'âge de l'enfant sont des facteurs beaucoup plus importants et significatifs pour les poursuites judiciaires.

III.4.1.3. Prise en charge des victimes d'agression sexuelle

Notre travail met en évidence la difficulté d'une uniformisation de prise en charge des AS. Sur notre population de femmes victimes d'AS, de nombreux praticiens sont intervenus dans la prise en charge : certains médecins formés à la prise en charge des victimes de violences sexuelles, d'autres moins. De ce fait, les résultats de l'examen gynécologique diffèrent. Les médecins habilités et compétents pour aborder les victimes d'AS, cherchent à connaître les ATCD gynécologiques et sexuels pertinents, et tentent d'interpréter les constatations cliniques de façon précise et adaptée.

Sur les 32 femmes vierges avant l'AS, plus de la moitié des femmes auraient des hymens anciennement déflorés, avec des déchirures traumatiques anciennes cicatrisées. La question de l'authenticité de l'aspect de l'hymen se pose : l'hymen est-il réellement porteur de lésions

traumatiques ou d'encoches physiologiques ? La pertinence des lésions visualisées par les praticiens mériterait d'être vérifiée.

Les lésions traumatiques génitales peuvent survenir après un RS, qu'il soit consenti ou non. Dans les deux cas, les lésions sont semblables et les sites lésionnels sont les mêmes. De nombreuses variables, telles que la parité, le statut hormonal, la pratique des RS, influent sur l'aspect et la compliance des tissus génitaux et la survenue ou non d'un traumatisme physique lié au RS consenti ou non *[79]*.

Devant la rapidité de guérison des lésions hyménales et/ou génitales, notamment superficielles, il est fortement souhaité que les victimes soient vues le plus rapidement possible après l'AS. Les praticiens doivent avoir conscience de l'importance d'une évaluation et d'une prise en charge urgente *[97]*.

Il convient de rester prudent quant à l'interprétation des lésions génitales, notamment dans le cadre d'AS présumée entre conjoints.

Selon la littérature, les médecins se sentent incompétents pour une prise en charge efficace et adaptée des victimes d'agression sexuelle : ils reconnaissent qu'une meilleure connaissance de l'anatomie génitale et de l'abord psychologique seraient souhaitables. Jusqu'à 70% des praticiens aux Etats-Unis s'estiment insuffisamment compétents pour accueillir des victimes d'AS *[27, 98]*.

Pourtant, il existe une association statistiquement significative entre la présence d'un médecin légiste et la condamnation pénale de l'auteur *[34]*. La formation des médecins accueillants les victimes d'agression sexuelle devrait être une des priorités des institutions ministérielles de la santé et de la justice si elles veulent améliorer leurs résultats en matière de délinquance sexuelle.

Des recommandations et des guidelines ont été créés afin d'aider les cliniciens, d'améliorer leur performance et leur interprétation des lésions observées lors de la prise en charge médicale des victimes d'AS, notamment chez les enfants *[19, 76]*.

III.4.2. Limites de cette étude

Comme dans la plupart des études réalisées, notre travail présente des biais. Le contexte d'un travail de recueil de données « parfait » paraît difficile à atteindre. Même si un des objectifs était de comparer deux groupes de femmes se distinguant uniquement par le fait d'avoir été victime d'une agression sexuelle, l'échantillonnage n'a pas été simple, et il existe de très nombreux biais à notre étude.

Tout d'abord, il existe des biais de sélection. Les deux groupes comptent des populations différentes en nombre : 150 femmes non agressées sexuellement et 113 femmes victimes d'AS. Les deux échantillons de population sont-ils comparables en tout point, à l'exception du fait d'avoir été agressé sexuellement ? La représentativité est-elle correcte ? Pour limiter le biais, le nombre de sujets pourraient être élargi afin d'améliorer la représentativité et la pertinence de nos résultats.

Le premier groupe constitué par des femmes sans AS a été sélectionné de manière prospective, alors que le deuxième groupe fait de femmes victimes d'AS a été choisi de façon rétrospective.

La période dans le temps diffère entre les deux groupes étudiés : le premier groupe a été constitué sur une période de 6 mois, alors que le deuxième groupe a nécessité une analyse rétroactive de 2 ans, à compter de la fin de la période des 6 mois du recueil prospectif.

Les sites de recueil diffèrent : la maternité de l'hôpital Maillot de Briey et la maternité régionale Adolphe Pinard de Nancy. Les deux hôpitaux se situent cependant en Lorraine, en Meurthe-et-Moselle. Même si les deux sites se trouvent dans la même région, et dans le même département, il existe une différence géo-sociale les distinguant : Briey se trouve dans une zone semi-rurale, à proximité de la frontière franco-belgo-luxembourgeoise ; Nancy est la préfecture du département, s'inscrivant dans un environnement plus citadin. Les populations de patientes des deux établissements diffèrent probablement dans ce sens.

Les deux groupes n'ont pas été constitués par les mêmes personnes : dans le cadre des femmes non victimes d'AS consultant en gynécologie-obstétrique à l'hôpital Maillot de Briey, l'auteur de ce travail a été la seule personne à examiner ces femmes et à remplir les questionnaires. Un seul intervenant réalisait l'examen et avait donc la même définition pour qualifier les lésions observées. A l'inverse, les femmes victimes d'AS ont été vues à la

maternité régionale de Nancy par plusieurs praticiens, notamment les gynécologues-obstétriciens de garde au service dans le contexte de l'urgence médico-légale. Même s'il existe des protocoles standardisés cherchant à uniformiser les pratiques *[annexe 7.6]*, chaque praticien a son idée sur ce qu'il voit et croit voir.

Lors de l'examen génital réalisé chez les femmes sans AS, se présentant pour une consultation gynécologique programmée, il n'a pas été réalisé d'examen colposcopique systématique. Initialement, on supposait que l'absence de virginité, la coopération des femmes et la bonne exposition vulvo-périnéale résultant d'une bonne position gynécologique sur la table d'examen autorisaient la non-utilisation d'un colposcope.

Les études confirment la nécessité d'un examen gynécologique génital réalisé à l'aide d'un colposcope, voire également d'une sonde urinaire à ballonnet, lorsque l'aspect de l'hymen ne permet pas de conclure via l'examen effectué à l'œil nu *[34, 73, 87, 89]*.

Un aspect d'hymen intact, sans lésion traumatique de défloration, chez une femme ayant des RS réguliers, et ce d'autant plus si elle a déjà accouché par voie basse, nécessiterait l'analyse clinique complémentaire par un colposcope : alors l'aspect d'hymen intact, donc compliant, pourrait être confirmé de façon formelle.

De la même manière, il n'a pas été utilisé de sonde à ballonnet, de type sonde de Foley, pour l'examen des hymens « difficiles ». Même si les femmes n'étaient plus vierges, dans certains cas, l'aspect, la forme et l'épaisseur de l'hymen restent complexes et l'interprétation n'est pas toujours facile. Les hymens charnus, poly frangés, peuvent masquer une déchirure hyménale partielle ou incomplète et en imposer pour un hymen intact. Les déchirures traumatiques complètes intéressant toute la hauteur de l'hymen sont remarquées par l'œil de l'examinateur entraîné, de façon systématique. Le ballonnet permet de déplisser l'intégralité des berges du bord libre de l'hymen et d'examiner chaque cadran horaire de l'hymen, limitant le nombre d'erreurs et de mauvaises interprétations *[99]*.

L'utilisation du colposcope, couplée ou non à celle d'une sonde à ballonnet, devrait être systématique pour l'analyse des hymens charnus, poly frangés, ou semblant intacts chez des femmes ayant des RS.

De plus, il n'a pas été réalisé de photographies chez les femmes non agressées sexuellement, vues en consultation de gynécologie-obstétrique. L'intérêt des photographies

est important d'un point de vue médico-légal, mais également sur le plan de l'enseignement et de la formation.

Des photographies interprétables sur le plan médico-légal se doivent d'être de qualité. Les règles de la photographie s'appliquent à la prise de ces photos. Un angle de prise et un éclairage adaptés, une distance « sujet-appareil » réglementaire, une légende adéquate et orientée, ainsi qu'un opérateur entraîné sont autant d'éléments nécessaires à la réalisation d'une bonne photographie : une photographie floue, non orientée, non légendée n'a aucun intérêt et aucune valeur. La présence de deux examinateurs lors de la consultation permettrait sûrement d'améliorer le nombre de photographies prises, et de limiter les problèmes liés à l'équipement. Les deux mains d'un des examinateurs occupaient à prendre la photographie seraient aidés des deux mains du second opérateur pour placer la légende, indiquer la lésion remarquable, ou encore orienter la lumière.

Par ailleurs, au début du recueil des données de l'étude, il a été demandé à certaines femmes leur autorisation pour les photographier de façon anonyme : les quelques femmes interrogées ont prétendu se sentir traquées dans leur intimité et ont majoritairement répondu négativement.

Il semble que la prise de photographies soit mieux acceptée chez les femmes victimes d'AS. Ces femmes consultent suite à une agression, un viol : elles veulent tout faire pour être aidées ; elles veulent qu'on retrouve leur agresseur ; elles veulent des preuves de ce qui leur est arrivé ; elles acceptent les photographies comme preuve médico-légale de leur AS.

Il peut y avoir un biais dû aux déclarations des sujets. Chez les femmes indemnes d'agression sexuelle, le recueil a été réalisé de manière directe en les interrogeant et en les examinant. La confiance des réponses apportées par ces femmes peut être discutée.

Lorsqu'il s'agit d'aborder la sexualité, certaines personnes se sentent gênées, et préfèrent éluder la question. Le thème de la sexualité est souvent un motif caché d'une consultation en gynécologie. Malgré l'accès à l'information de plus en plus libre (notamment via internet), la sexualité est encore taboue pour certaines personnes. Dans notre étude, la majorité des patientes a répondu à toutes les questions sur la sexualité de façon spontanée, mais qu'en est-il de la pertinence de leurs réponses ? Ont-elles répondu en toute sincérité ou pour dire « comme tout le monde »? Même s'il leur a été expliqué le caractère anonyme des réponses,

celles-ci ne peuvent être vérifiées et appartiennent à l'intimité de la personne qui nous les donne.

Le délai écoulé entre le RS et la consultation est une donnée qui peut limiter les résultats de l'analyse comparative. Dans le cadre des AS, même si les victimes sont examinées rapidement après les faits dans la majorité des cas, il existe des femmes qui, par honte, par culpabilité ou par peur de représailles, consultent à distance des faits. De même, en cas de vie sexuelle active, les femmes peuvent consulter à distance de leur dernier RS. Pour une analyse comparative entre les femmes victimes ou non d'AS, il conviendrait de voir les femmes à un délai égal et de voir si des lésions sont retrouvées, leur type et leur localisation.

Une limite importante pour l'analyse des résultats de l'examen gynécologique a été le nombre important de données manquantes (dans le dossier médical consulté) lors du recueil rétrospectif des données concernant les femmes victimes d'AS. La fréquence et la pratique des RS consentis, l'âge et la symptomatologie du premier RS, les ATCD obstétricaux font souvent défaut. Cependant, ils sont à prendre en compte pour une analyse complète de l'examen génital : une femme présentant un hymen intact a-t-elle présentait des douleurs et/ou des saignements lors de ses premiers RS ? A-t-elle des RS réguliers avec des pénétrations vaginales péniennes ? La réponse à ces questions peut avoir une incidence sur l'interprétation des constatations cliniques.

Les praticiens réalisant les examens médicaux gynécologiques ne sont pas aveugles quant à l'histoire du sujet et à son passé sexuel. Cette information peut être considérée comme une limite de l'étude. L'interprétation peut être influencée par l'histoire de la patiente : une femme ayant été victime d'agression sexuelle « doit » avoir des lésions traumatiques génitales engendrées par un RS forcé ; une femme qui se dit vierge ne peut avoir qu'un hymen intact. Autant de postulats ancrés dans les mémoires qui peuvent porter à tort des conclusions trop hâtives. Chaque patiente doit être examinée minutieusement et de façon identique quelle que soit son histoire.

III.4.3. Intérêts de cette étude

Le but du travail était de mieux comprendre les variations inter- et intra-individuelles de l'appareil génital féminin. L'étude permet d'essayer de décrire de façon précise, adaptée et reproductible l'aspect de l'appareil génital féminin, et notamment de la vulve et de l'hymen.

De nombreuses études existent sur l'examen génital des adolescentes et des jeunes filles pré-pubères *[71, 72, 73, 80, 88]*. Notre travail apporte des données sur l'examen génital des femmes non vierges, ayant déjà une activité sexuelle *[34, 37]*. Les données recueillies concernent des femmes âgées de 14 à 86 ans, à différentes périodes de leur vie, de l'adolescence jusqu'à la ménopause. Les femmes adultes peuvent, elles aussi être porteuses d'hymen charnu ou poly frangé, difficile à examiner. A notre échelle, les données complètent celles de la littérature concernant l'anatomie génitale des femmes.

Au-delà de comparer les femmes non victimes et victimes d'agression sexuelle, le travail cherche à comprendre les mystères de l'examen gynécologique d'une femme « normale », c'est-à-dire non agressée, et ayant une vie sexuelle active.

L'examen génital de la femme est réalisé par de nombreux praticiens. Les médecins ont un enseignement très précocement dans leur formation sur l'anatomie génitale féminine. Secondairement, plusieurs années après, ils mettent en pratique leurs connaissances théoriques.

La multitude de variations anatomiques de l'appareil génital féminin nécessite d'être décrite et connue des médecins amenés à prendre en charge des femmes victimes d'agression sexuelle.

Les lésions possibles engendrées par l'acte sexuel consenti doivent être connues des praticiens afin d'améliorer leurs interprétations des données d'un examen génital réalisé suite à une AS. Nos données permettent d'aider les praticiens à y voir plus clair dans leurs interprétations.

Les hymens peuvent revêtir de nombreux aspects, qui varient d'une femme à l'autre, d'un moment de la vie à un autre, et qu'il faut essayer de connaître pour parfaire ses compétences.

L'hymen intact n'est pas un mythe : notre travail confirme l'existence d'une proportion non négligeable d'hymen intact après un ou plusieurs RS, le qualifiant d'hymen compliant. Cet aspect élastique de l'hymen autorise la pénétration pénienne sans le rompre :

ce type d'hymen conforte l'idée que l'absence de lésion hyménale ne veut pas dire absence de rapport sexuel, consenti ou non.

A l'inverse, les lésions traumatiques génitales d'allure récente sont à interpréter selon le contexte : un RS consenti peut entraîner des lésions, sans que le RS ait été considéré comme « anormal », ou douloureux.

Notre travail a l'avantage de montrer que les lésions traumatiques d'allure récente ne sont pas systématiquement secondaires à des RS forcés, violents.

L'âge, le statut hormonal, l'existence d'AVB modifient l'aspect de l'hymen et peuvent le rendre plus vulnérable aux traumatismes.

III.4.4. Perspectives

L'ensemble des résultats de notre étude est intéressant mais nécessite d'être confirmé. Nos cohortes comptent 150 et 113 cas, soit 263 sujets au total. Les différences qui sont mises en évidence ne sont pas ou peu significatives liées au nombre total d'individus et donc à la faible puissance de l'étude.

On sait que la puissance d'une étude et des tests statistiques qu'elle utilise est proportionnelle au nombre total d'individus. Avec 263 sujets, répartis en deux cohortes de 150 et 113 cas, la puissance est de 80% si le risque relatif est égal à au moins 2,8.

Les lésions traumatiques génitales d'allure récente se retrouvent chez les victimes d'AS, mais également chez les femmes ayant une activité sexuelle consentie. Les hymens intacts ne concernent pas que les femmes vierges. Les caroncules hyménaux ne sont pas systématiques après un AVB.

Autant de possibilités qui rendent difficile l'interprétation de l'examen gynécologique, pouvant être source de confusion et d'erreur diagnostique.

Des études incluant de plus grosses cohortes semblent justifier afin d'affirmer ou non les différences retrouvées dans notre travail et d'améliorer l'état des connaissances de l'examen gynécologique et des effets physiques de l'activité sexuelle.

IV. CONCLUSION

L'hymen est une membrane élastique qui subit les modifications du temps et évolue selon les différents stades de la vie : il est discret, fin, souvent annulaire chez l'enfant ; il devient plus élastique et redondant chez l'adolescente ; il se rompt en général lors de la vie sexuelle ; il devient résiduel après un accouchement par voie basse ; et il s'atrophie après la ménopause.

Des exceptions confirment ces règles.

La diversité anatomo-physiologique de l'appareil génital des femmes demeure et nécessite d'être connue par le praticien qui l'examine : la qualité et la performance de la prise en charge d'une victime d'agression sexuelle s'apparentent à un opérateur éclairé et entraîné.

Les premiers rapports sexuels sont à l'origine d'une défloration, c'est-à-dire entraînant la survenue de déchirures traumatiques complètes siégeant au niveau du bord libre postérieur de l'hymen. Dans une moindre mesure, les lésions peuvent cependant être incomplètes, ou siéger au niveau du bord antérieur de l'hymen.

Les hymens compliants autorisent les pénétrations vaginales digitales et péniennes, consenties ou non, sans entraîner de déchirure hyménale. Ils ne concernent pas seulement les jeunes filles ou les adolescentes victimes d'agression sexuelle : selon nos données, l'hymen intact (c'est-à-dire indemne de déchirure traumatique) est retrouvé chez des femmes ayant une vie sexuelle régulière, et même chez des femmes ayant accouché par les voies naturelles.

Après un accouchement par voie basse, l'hymen peut persister sous sa forme initiale: les reliquats hyménaux ne sont pas systématiques après un accouchement par les voies naturelles. A l'inverse, chez des femmes qui n'ont pas accouché par voie basse, mais qui ont une activité sexuelle régulière, l'hymen peut se cantonner à l'état de caroncules myrtiformes.

Chez une femme victime d'agression sexuelle ou chez une femme ayant des rapports sexuels consentis, les observations se superposent : les lésions traumatiques peuvent exister, mais ne sont pas systématiques. Les données de notre travail montrent qu'il n'y a pas de différence significative quant à la survenue de ces lésions génitales traumatiques d'allure récente entre les deux cohortes.

Cependant, la littérature affirme que les lésions traumatiques sont plus fréquentes en cas de pénétration vaginale non consentie : la confusion entre des encoches hyménales

physiologiques et des déchirures traumatiques incomplètes est possible, surtout chez des praticiens peu expérimentés.

Dans le cadre d'un examen médical pour suspicion d'agression sexuelle, il convient de rester prudent : les données de l'examen clinique s'inscrivent dans un contexte rapporté par les déclarations de la victime présumée. A ce stade, le médecin cherche à recueillir des preuves médico-légales de la véracité des dires de la patiente.

Dans de nombreux cas, l'examen génital seul ne permet ni d'affirmer, ni d'infirmer l'existence d'un rapport sexuel, et ce d'autant qu'il est avéré non consenti. Le nombre non négligeable d'hymens compliants et l'absence de lésions traumatiques génitales systématiques rendent difficiles l'interprétation des constatations médicales gynécologiques.

A ce jour, il n'existe pas de gold-standard pour déterminer la virginité.

Il est essentiel de souligner que l'histoire relatée par la victime reste une des considérations les plus importantes à prendre en compte lors de la prise en charge d'une victime d'agression sexuelle.

Les objectifs de l'ensemble des travaux concernant les données sur l'anatomie génitale féminine, aux différents stades de la vie, avec ou sans activité sexuelle active, cherchent à optimiser la prise en charge des victimes d'agression sexuelle, à réduire leur nombre, et tentent d'éradiquer les récidives.

Chaque acteur de la relation « médecin-malade » a son propre rôle à jouer :

- les victimes doivent trouver la force de lutter contre les agressions sexuelles, trop longtemps subies comme une fatalité. Il persiste aujourd'hui encore, une loi du silence autour des violences sexuelles, qui souligne une certaine carence de l'écoute des victimes, tant de la part des institutions que des proches ;

- et les soignants : nous devons savoir aborder et prendre en charge les victimes d'agression sexuelle. Cela impose la parfaite connaissance des variations anatomiques de l'anatomie génitale féminine, ainsi que de l'anatomie génitale masculine, puisque « l'homme est une femme comme les autres ».

V. BIBLIOGRAPHIE

[1] BOURGEOIS M-L. La différence des sexes et des genres. 1. Aspects biologiques. Annales Médico-psychologiques, 2008, 166, 9, p. 755-769.

[2] BARRIERE P, MIRALLIE S. Embryologie de l'appareil génital féminin. EMC, Gynécologie. Mise à jour 2007, 10-A-08, 20p.

[3] BARGY F, MOREL-BOUVATTIER C, BEAUDOUIN S. Ambiguïtés sexuelles. EMC, Gynécologie. Mise à jour 2008, 802-A-30, 14p.

[4] PORCU G, HECKENROTH H. Malformations utérines et infertilité. EMC, Gynécologie. Mise à jour 2005, 739-A-20, 10p.

[5] ENCHA-RAZAVI F, ESCUDIER E. Embryologie. EMC, Obstétrique. Mise à jour 2010, 5-001-A-50, 26p.

[6] DE TOURRIS H, MAGNIN G, PIERRE F. Gynécologie Obstétrique, Manuel Illustré. In: Masson, 7ème édition, 2003, 444p.

[7] LOUIS-SYLVESTRE C. Malformations congénitales de la vulve. EMC, Gynécologie. Mise à jour 2010, 115-A-10, 7p.

[8] KAMINA P, RICHER J-P, SCEPI M, et al. Anatomique clinique de l'appareil génital féminin. EMC, Gynécologie. Mise à jour 2003, 10-A-10, 28p.

[9] ZWANG G. Le remodelage de la vulve. L'exploitation d'une ignorance. Sexologies, 2011,20, 2, p 106-118.

[10] BASARAN M, USUAL D, AYDEMIR C. Hymen sparing surgery for imperforate hymen: case reports and review of literature. J Pedaitr Adolesc Gynecol, 2009, 22, 4, p. 61-64.

[11] ARDAENS Y, LEVAILLANT J-M, BADY J, et al. Malformations utérines et du tractus génital féminin. EMC, Radiologie et Imagerie Médicale : radiodiagnostic. Urologie-Gynécologie. Mise à jour 2010, 34-620-D-10, 19p.

[12] CHELLI D, KEHILA M, SFAR E, et al. Imperforation hyménéale: peut-on la traiter en préservant la virginité ? Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé, 2008, 18, 2, p. 83-87.

[13] HEGER AH, TICSON L, GUERRA L, et al. Appearance of the genitalia in girls selected for nonabuse: review of hymenal morphology and nonspecific findings.J Pediatr Adolesc Gynecol, 2002, 15, p. 27-35.

[14] PILLAI M. Genital findings in prepubertal girls: what can be concluded from an examination? J Pediatr Adolesc Gynecol, 2008, 21, 4, p. 177-185.

[15] PUGNO PA. Genital findings in prepubertal girls evaluated for sexual abuse. A different perspective on hymenal measurements. Arch Fam Med, 1999, 8, 5, p. 403-406.

[16] EMANS SJ, WOODS ER, ALLRED EN, et al. Hymenal findings in adolescent women: impact of tampon use and consensual sexual activity. Journal of Pediatrics, 1994, 125, 1, p. 153-160.

[17] SIMONIN C. Médecine légale judiciaire. Paris : Maloine, 1962.

[18] ONAN MA, TURP AB, TASKIRAN C, et al. Spontaneous closure of the hymen during pregnancy. Am J Obstet Gynecol, 2005, 193, p. 889-891.

[19] ADAMS JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. J Pediatr Adolesc Gynecol, 2004, 17, p. 191-197.

[20] ROUGE-MAILLART C. Prise en charge des violences sexuelles. EMC, Gynécologie. Mise à jour 2011, 802-A-50, 14p.

[21] QUESTREL F, KIERZEK G, FOURNIER L, et al. Aspects médico-légaux du traumatisme sexuel. EMC, Gynécologie. Mise à jour 2007, 205-A-10, 8p.

[22] JONES JS, ROSSMAN L, WYNN BN, et al. Comparative analysis of adult versus adolescent sexual assault: epidemiology and patterns of anogenital injury. Academic Emergency Medicine, 2003, 10, p. 872-877.

[23] Le praticien face aux violences sexuelles. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Secrétaire d'Etat à la Santé et aux handicapés. Paris : Ecole des parents et des éducateurs, Ile de France, 2000.

[24] GIRARDIN B. W, FAUGNO D. K, SPENCER M. J, GIARDINO A. P. Sexual Assault victimization across the life span. A Color Atlas. G. W. Graphics, Ann Przyzycki, Liz Stefaniak, editors, 2003.

[25] POKORNY SF, MURPHY JG, PREMINGER MK. Circumferential hymen elasticity. A marker of physiologic maturity. J Reprod Med, 1998, 43, 11, p. 943-948.

[26] SPITZBERG BH. An analysis of empirical estimates of sexual aggression victimization and perpetration. Violence Vict, 1999, 14, 3, p.241-260.

[27] LINET T, NIZARD J. Constats de violences sexuelles : rédaction d'un protocole d'accueil et mise en pratique. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2004, 33, p. 99-109.

[28] MEIN JK, PALMER CM, SHAND MC, et al. Management of acute adult sexual assault. MJA, 2003, 178, p. 226-230.

[29] DARU PH, OSAGIE EO, PAM IC, et al. Analysis of cases of rape as seen as the Jos University Teaching Hospital, Jos, North Central Nigeria. Niger J Clin Pract, 2011, 14, 1, p. 47-51.

[30] PETERMAN A, PALERMO T, BREDENKAMP C. Estimates and determinants of sexual violence against women in the Democratic Republic of Congo. Am J Public Health, 2011, 101, 6, p. 1060-1067.

[31] GUILLET-MAY F, THIEBAUGEORGES O. Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol. Médecine et Droit, 2006, 76, p. 35-43.

[32] LOVELL A-M, COOK J, VELPRY L. Les violences envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2008, 56, 3, p. 197-207.

[33] DELESPINE M. Le dépistage systématique des violences faites aux femmes dans la pratique des Sages-femmes. Vocation Sage-femme, 2010, 9, 80, p.18-22.

[34] SAINT-MARTIN P, BOUYSSY M, JACQUET A, et al. Les victimes d'abus sexuels : éléments médico-légaux et suites judiciaires (analyse de 756 cas). J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2007, 36, p. 588-594.

[35] GROSSIN C, SIBILLE I, LORIN DE LA GRANDMAISON G, et al. Analysis of 418 cases of sexual assault. Forensic Sci Int, 2003, 131, p. 125-130.

[36] RIGGS N, HOURY D, LONG G, et al. Analysis of 1076 cases of sexual assault. Ann Emerg Med, 2000, 35, p. 358-362.

[37] SUGAR NF, FINE DN, ECKERT LO. Physical injury after sexual assault: findings of a large case series. Am J Obstet Gynecol, 2003, 190, p. 71-76.

[38] SOUTOUL J.H, CHEVRANT-BRETON G. Les agressions sexuelles de l'adulte et du mineur. Paris: Ellipses Marketing, 1994, 254p.

[39] EDGARDH K, VON KROGH G, ORMSTAD K. Adolescent girls investigated for sexual abuse: history, physical findings and legal outcome. Forensic Sci Int, 1999, 104, p. 1-15.

[40] CHEVRANT-BRETON O, SIPROUDHIS L, EUDIER F, et al. Traumatismes chez la femme au cours de l'acte sexuel. EMC, Gynécologie. Mise à jour 1997, 190-A-20, 6p.

[41] MALEM KALISHA L, LUSSY JUSTIN P, KIMONA C, et al. Sexual violence toward children and youth in war-torn eastern DRC. PLoS One, 2011, 6, 1, e15911.

[42] ECKERT LO, SUGAR NF. Older victims of sexual assault: an underrecognized population. Am J Obstet Gynecol, 2008, 198, 6, p. 688. e1-7.

[43] SOMMERS MS, ZINK T, BAKER RB, et al. The effects of age and ethnicity on physical injury from rape. JOGNN Clinical Research, 2006, 35, 2, p. 199-207.

[44] ROUZIER R. Rétrécissement acquis de la vulve et du vagin. EMC, Gynécologie. Mise à jour 2009, 210-A-10, 11p.

[45] VOELLER B. AIDS and heterosexual anal intercourse. Arch Sex Behav, 1991, 20, p. 233-276.

[46] VASSEUR P. Profil de femmes victimes de violences conjugales. Presse Med, 2004, 33, p. 1566-1568.

[47] TEPLIN LA, MCCLELLAND GM, ABRAM KM, et al. Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the National Crime Victimization Survey. Arch Gen Psychiatry, 2005, 62, p. 911-921.

[48] Une femme, un viol, et après…Préfecture de la région lorraine, délégation régionale aux droits des femmes. Parimage, 1995.

[49] WILEY J, SUGAR N, FINE D, et al. Legal outcomes of sexual assault. Am J Obstet Gynecol, 2003, 188, 6, p. 1638-1641.

[50] TINTINALLI JE, HOELZER M. Clinical findings and legal resolutions in sexual assault. Ann Emerg Med, 1985, 14, p.447-453.

[51] LABAT J-J, RIANT T, DELAVIERRE D, et al. Approche globale des douleurs pelvi périnéales chroniques : du concept de douleur d'organe à celui de dysfonctionnement des systèmes de régulation de la douleur viscérale. Progrès en urologie, 2010, 20, 12, p. 1027-1034.

[52] LATHROP A. Pregnancy resulting from rape. J Obstet Gynecol Neonatal Nurse, 1998, 27, p. 25-31.

[53] PHILIPPE HJ, SAFAI K. Mutilations génitales féminines. EMC, Gynécologie. Mise à jour 2003, 195-A-10, 6p.

[54] BOUTET G. Examen gynécologique. EMC, Gynécologie. Mise à jour 2010, 43-A-10, 26p.

[55] LINET T. L'examen clinique et la sage-femme, spécificités de l'examen gynécologique. Vocation Sage-femme, 2009, 8, 76, p. 10-14.

[56] PARANT O, REME J-M, MONROZIES X, et al. Déchirures obstétricales récentes. EMC, Techniques Chirurgicales, Gynécologie. Mise à jour 2001, 41-898, 7p.

[57] SOMOGYI A. Item 183 : accueil d'un sujet victime de violences sexuelles. Elsevier, Masson. Le tout en un ECN, 2011.

[58] VOLPELLIER M. Physical forensic signs of sexual torture in children. A guideline for non-specialized medical examiners. Torture, 2009, 19, 2, p. 157-166.

[59] LILLIBRIDGE C, KAPPES B. Quantitative observations of hymens in prepubescent females selected for non-abuse. Alaska Med, 1993, 35, 2, p. 160-167.

[60] GUILLET-MAY F, GUY-POULIZAC G, MUHLSTEIN J, et al. Management of sexual violence. Médecine et Maladies Infectieuses, 2007, 37, 51, p. 18-20.

[61] VON HETZEN H, PIAGGIO G, VAN LOOK PF. Emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Lancet, 1998, 352, 9126, p; 428-433.

[62] SERFATY D. Contraception. 4ème édition. Paris : Masson, 2011, 562p.

[63] BRONCHARD M, ROBIN M, MAURIAC F, et al. Prise en charge des adolescentes et des adultes victimes de viols extra-familiaux dans les suites récentes de leur agression. L'Encéphale, 2001, 27, 1, p. 1-7.

[64] SPITZER RF, KIVES S, CACCIA N, et al. Retrospective review of unintentional female genital trauma at a pediatric referral center. Pediatric Emergency Care, 2008, 24, 12, p. 831-835.

[65] BOYLE C, MCCANN J, MIYAMOTO S, et al. Comparaison of examination methods used in the evaluation of prepubertal and pubertal female genitalia: a descriptive study. Child Abuse Negl, 2008, 32, 2, p. 229-243.

[66] GUILLET-MAY F, JUDLIN P, PICHENE C, PETON P. Les violences sexuelles : nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire. Contracept Fertil Sex, 1997, 25, p.1-3.

[67] Nouveau Code Pénal. Articles 222-22, 222-23, 222-27, 226-13, 226-14. 1994.

[68] BARATTA A, MORALI A, HALLEGUEN O, et al. Prise en charge médico-judiciaire des auteurs d'infraction sexuelle. Médecine et Droit, 2011, 107, p.114-123.

[69] ROURE L, BONETTI J-M. Situations médico-légales et sujet âgé. Violences sexuelles et personnes âgées. NPG, 2005, 5, 26, p.13-15.

[70] MANAOUIL C, PEREIRA T, GIGNON M, et al. La notion d'incapacité totale de travail (ITT) dans le code pénal. Revue de Médecine Légale, 2011, 2, 2, p. 59-71.

[71] MYHRE AK, BERNTZEN K, BRATLID D. Genital anatomy in non-abused preschool girls. Acta Paediatr, 2003, 92, 12, p. 1453-1462.

[72] HORNOR G. A normal ano-genital exam: sexual abuse or not? J Pediatr Health Care, 2010, 24, 3, p. 145-151.

[73] ADAMS JA, BOTASH AS, KELLOGG N. Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual intercourse. Arch Pediatr Adolesc Med, 2004, 158, p. 280-285.

[74] EDGARDH K, ORMSTAD K. The adolescent hymen. J Reprod Med, 2002, 47, 9, p. 710-714.

[75] WHITE C, MCLEAN I. Adolescent complainants of sexual assault: injury patterns in virgin and non-virgin groups. Journal of Clinical Forensic Medicine, 2006, 13, p. 172-180.

[76] ADAMS JA, KAPLAN RA, STARLING SP, et al. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. J Pediatr Adolesc Gynecol, 2007, 20, p. 163-172.

[77] SAMOĬLICHENKO AN. Expert evaluation of unusual anatomical structure of the genital organs and hymen in sexually assaulted victims. Sud Med Ekspert, 2009, 52, 3, p. 30-32.

[78] KERNS DL, RITTER ML, THOMAS RG. Concave hymenal variations in suspected child sexual abuse victims. Pediatrics, 1992, 90, 2, p. 265-272.

[79] BIGGS M, STERMAC LE. DIVINSKI M. Genital injuries following sexual assault of women with and without prior sexual intercourse experience. CMAJ, 1998, 159, p. 33-37.

[80] MYHRE AK, MYKLESTAD K, ADAMS JA. Changes in genital anatomy and microbiology in girls between age 6 and age 12: a longitudinal study. J Pediatr Adolesc Gynecol, 2010, 23, 7, p. 77-85.

[81] MCCANN J, VORIS J, SIMON M. Genital injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. Pediatrics, 1992, 89, 2, p. 307-317.

[82] MCCANNJ, MIYAMOTO S, BOYLE C, et al. Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. Pediatrics, 2007, 119, 5, p. 1094- 1107.

[83] GOODYEAR-SMITH F, LAIDLAW T. Can tampon use cause hymen changes in girls who have not had sexual intercourse? A review of the literature. Forensic Sci Int, 1998, 94, p. 147-153.

[84] HANDA V. L, NYGAARD I, KENTON K, et al. Pelvic organ support among primiparous women in the first year after childbirth. Int Urogynecol J, 2009, 20, 1, p. 1407-1411.

[85] BUCHSBAUM G. M, DUECY E. Is parity in the eye of the beholder? Int Urogynecol J, 2008, 19, p. 753-755.

[86] ANDERST J, KELLOGG N, JUNG I. Reports of repetitive penile-genital penetration often have no definitive evidence of penetration. Pediatrics, 2009, 124, p. 403-409.

[87] LENAHAN LC, ERNST A, JOHNSON B. Colposcopy in evaluation of the adult sexual assault victim. Am J Emerg Med, 1998, 16, 2, p. 183-184.

[88] ADAMS JA, WELLS R. Normal versus abnormal genital findings in children: How well do examiners agree? Child Abuse Negl, 1993, 17, p. 633-675.

[89] TEIXEIRA W. R. Hymenal colposcopic examination in sexual offenses. Am J Forensic Med Pathol, 1981, 2, 3, p. 209-215.

[90] EMANS S. J, WOODS E. R, FLAGG N. T, et al. Genital findings in sexually abused, symptomatic and asymptomatic, girls. Pediatrics, 1987, 79, 5, p. 778-785.

[91] MC LEAN I, ROBERTS SA, WHITE C, et al. Female genital injuries resulting from consensual and non-consensual vaginal intercourse. Forensic Sci Int, 2011, 204, 1-3, p. 27-33.

[92] GOODYAER-SMITH FA, LAIDLAW TM. What is an “intact” hymen? A critique of the literature. Med Sci Law, 1998, 38, 4, p. 289-300.

[93] ROSSMAN L, JONES JS, DUNNUCK C, et al. Genital Trauma associated with forced digital penetration. Am J Emerg Med, 2004, 22, 2, p. 101-104.

[94] MCCANN J, MIYAMOTO S, BOYLE C, et al. Healing of nonhymenal genital injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. Pediatrics, 2007, 120, 5, p. 1000-1015.

[95] KELLER P, LECHNER M. Injuries to the cervix in sexual assault victims. J Forensic Nurs, 2010, 6, 4, p.196-202.

[96] HANSEN LA, MIKKELSEN SJ, SABROE S, et al. Medical findings and legal outcomes in sexually abused children. J Forensic Sci. 2010, 55, 1, p. 104-109.

[97] ADAMS JA. Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008. Curr Opin Obstet Gynecol, 2008, 20, 5, p. 435-441.

[98] GARIMELLA R, PLICHTA SB, HOUSEMAN C., et al. Physicians beliefs about victims of spouse abuse and about the physician role. J Womens Health Gend Based Med, 2009, 9, p. 405-409.

[99] STARLING SP, JENNY C. Forensic examination of adolescent female genitalia: the Foley catheter technique. Arch Pediatr Adolesc Med, 1997, 151, p. 102-103.

[100] RAMIN SM, SATIN AJ, STONE IC, et al. Sexual assault in postmenopausal women. Obstet Gynecol, 1992, 80, p. 860-864.

[101] KOJIMA H. Medico-legal studies on the carunculae hymenales. Nihon Hoigaku Zasshi, 1970, 24, 4, p.340-350.

[102] GOTO K, YOSHINARI H, TAJIMA K, et al. Microperforate hymen in a primigravida in active labor: a case report. J Reprod Med, 2006, 51, 7, p.584-586.

[103] KINTZ P. Soumission chimique : prise en charge toxicologique. Annales de toxicologie analytique, 2003, 15, 4, p. 239-242.

[104] DU MONT J, WHITE D, MCGREGOR M.J. Investigating the medical forensic examination from the perspectives of sexually assaulted women. Social Science and Medicine, 2009, 68, p. 774-780.

VI. ANNEXES

VI.1. Glossaire des termes utilisés par l'APSAC pour décrire l'hymen, ses variantes et les organes génitaux dans un contexte d'agression sexuelle chez l'enfant

Glossary of terms in child sexual abuse.

***Modified from APSAC Descriptive Terminology in Child Sexual Abuse**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Scar: Fibrous tissue which replaces normal tissue after the healing of a wound.

May be difficult to prove on clinical grounds alone, such as during visual inspection or palpation.

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

- **Complete:** A tear or laceration through the entire width of the hymenal membrane extending from its edge to the vaginal wall attachment.
- **Partial:** A tear or laceration through a portion of the hymenal membrane not extending to the attachment to the vaginal wall.

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

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

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

(*Also called intralabial, dry or intrcrural intercourse.)*

Terminology involving the hymenal anatomy

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

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

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

- **Annular:** The hymenal membrane extends completely around the circumference of the vaginal orifice.
- **Caruncular Myrtiformis:** Small elevations of rounded mounds of hymen encircling the vaginal orifice. *Found in sexually active and postpartum females.* ***(Also called Caruncular hymenale*s)**
- **Cleft/notch:** An angular or "V"-shaped indentation on the edge of the hymenal membrane. May extend to the muscular attachment of the hymen.
- **Crescentic:** Hymen with anterior attachments at approximately the 11 o'clock and the 1 o'clock positions with no hymenal tissue visible between the two attachments.

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

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

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

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

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

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

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

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

(No opening)

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

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

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

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

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

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

Perihymenal: Pertaining to tissues surrounding the hymen.

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

Redundant Hymen: Abundant hymenal tissue which tends to fold back upon itself or protrude.

A common finding in females whose hymenal membranes are under the influence of estrogen (both infants and adolescents).

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

A normal variant most commonly noted in prepubertal children.

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

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

Septal Remnant: A small appendage (tag) attached to the edge of the hymen. Commonly located in the midline on the posterior rim. Frequently associated with a concomitant thickened ridge on the hymen which extends from the appendage (septal remnant) to the muscular attachment of the vaginal introitus. May be associated with similar appendage on opposite side of hymenal orifice. (Similar to hymenal tags.) *Considered to be a normal variant. A diagnosis by implication unless an intact septum was previously seen.*

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

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

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

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

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

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

Terminology involving the anal anatomy

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

Anal Laxity: Decrease in muscle tone of the anal sphincters resulting in dilation of the anus.

May occur immediately following an acute/forced sodomy.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Also termed perianal venous engorgement or perianal venous pooling.)

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

VI.2. Texte d'introduction informatif remis aux patientes se présentant à la consultation gynéco-obstétricale programmée

Mademoiselle, Madame,

Dans le cadre de l'évaluation de nos pratiques professionnelles et d'un projet de recherche, nous réalisons une étude systématique de l'examen gynécologique génital chez la femme.

Les données de cette analyse cherchent à améliorer la connaissance des particularités de l'examen gynécologique féminin, et d'optimiser le dépistage et la prise en charge des violences faites aux femmes.

Avec votre accord, au cours de la consultation qui va suivre, nous allons vous poser quelques questions sur votre vie de femme et procéder à un examen médical adapté.

Merci pour votre compréhension et votre participation.

Julie Lejeune,

Interne des Hôpitaux de Nancy

VI.3. Grille de l'interrogatoire lors de la consultation gynéco-obstétricale programmée

IDENTIFIANT : **AGE :**	
ATCD Gynécologiques :	**ATCD Contraceptifs :**
✓ **Ménarche :** OUI, âge : NON ✓ **DDR :** ✓ **Ménopause :** OUI, âge : NON **Menstruations :** Régularité : Abondance : Utilisation tampons vaginaux : OUI, taille : NON **Chirurgie pelvienne/gynéco :** OUI : NON ✓ **Incontinence Urinaire d'Effort :** OUI NON ✓ **Prolapsus génital :** OUI NON ✓ **Autre signe fonctionnel ?** ✓ **ATCD génital traumatique :** « Sportif » (équitation, gym) « Médical » (ex gynéco…) au cours de rapports sexuels (RS) consentis : au cours de RS non consentis, agression ou violence sexuelle :	✓ **Prise d'une pilule contraceptive hormonale :** OUI, estroprogestative combinée Nom : Date de début : Observance : OUI, progestative seule Nom : Date de début : Observance : OUI, autre : NON ✓ **Port d'un Dispositif Intra Utérin (DIU) :** OUI, hormonal (MIRENA®) OUI, non hormonal NON ✓ **Méthodes locales :** Préservatifs masculins Préservatifs féminins Avec lubrifiants Spermicides, Eponges Diaphragmes, Capes ✓ **Méthodes naturelles :** OUI : NON **Contraception définitive :** OUI : Date : Technique/Méthode :

Vie sexuelle :	**ATCD Obstétricaux :**
✓ **Vierge :** OUI NON, âge du 1er RS : ✓ **Symptomatologie au 1er RS :** Douleur(s) Saignements Difficulté ou impossibilité de pénétration ✓ **Date du dernier RS :** ✓ **Fréquence des RS :** quotidienne hebdomadaire mensuelle autre : ✓ **Pratique des RS :** **-introduction vaginale digitale ?** **-introduction vaginale pénienne ?** **-durée du dernier RS :** **-positions du dernier RS :** **-utilisation d'objets ?** ✓ **« Vécu » des RS :** Douleurs d'intromission Douleurs profondes Saignements Erythème, irritation	✓ **Gestité :** ✓ **Parité :** ✓ **Mode d'accouchement :** Terme théorique: AVB : Extraction instrumentale : Episiotomie Déchirure périnéale : Degré : Césarienne : ✓ **Poids à la naissance :** ✓ **Rééducation périnéale :** OUI NON ✓ **ATCD d'interruption volontaire de grossesse (IVG) :** OUI, médicamenteuse Terme : OUI, chirurgicale Terme : NON ✓ **ATCD d'interruption médicale de grossesse (IMG) :** OUI : Terme : Méthode : NON
Notion de violences physiques/morales/autres dans votre vie de femme ?	**Commentaires :**
NON OUI :	**Motif de la consultation initiale:**

VI.4. Grille de l'examen clinique lors de la consultation gynéco-obstétricale programmée

IDENTIFIANT :	
Aspect général : Spéculum utilisé: TV (nombre de doigts): Anneau hyménal perçu? Aspect du périnée/Face interne des cuisses:	
Examen génital :	
✓ **Aspect périnée :** Ecchymoses Lacérations Erythème Autre lésion : ✓ **Aspect grandes lèvres :** NORMAL ANORMAL : ✓ **Aspect petites lèvres :** NORMAL ANORMAL : ✓ **Lésions condylomateuses :** OUI Localisation : Nombre : NON ✓ **Lésions signes d'une infection :** Vulvite : Vaginite Erythème Ulcération Chancre Vésicules Autres ✓ **Aspect de l'hymen (cf. schéma ci-après) :** FORME : Intact Annulaire Semi-lunaire/Falciforme	En carène Cribriforme A brides Membraneux Complaisant (Introduction de 2 à 3 doigts sans douleur) Labié En fer à cheval Autres **FRANGES :** OUI NON **ENCOCHES CONGENITALES** : OUI, localisation : NON **HAUTEUR BORD HYMENAL** : **EPAISSEUR/CONSISTANCE** : **LESIONS TRAUMATIQUES** : OUI Affrontement des 2 bords Anciennes Récentes : Pétéchies Ecchymoses NON **ASPECT DE LA FOURCHETTE POSTERIEUR** NORMAL ANORMAL :

✓ **Aspect du vagin et de ses parois :**

NORMAL
ANORMAL :

✓ **Aspect du col utérin :**

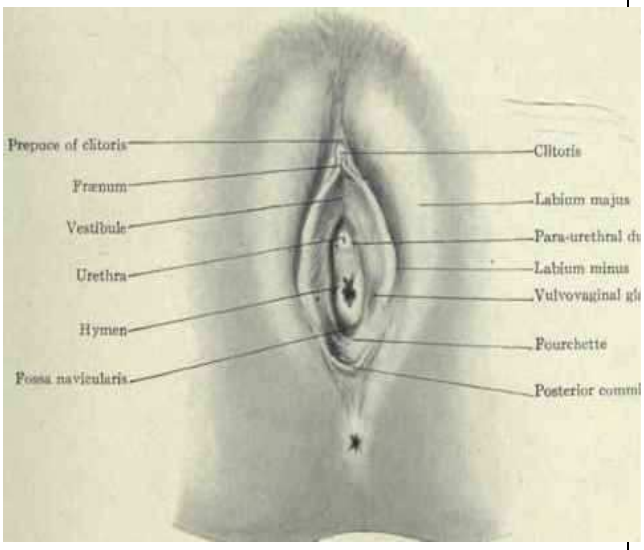
NORMAL
ANORMAL :

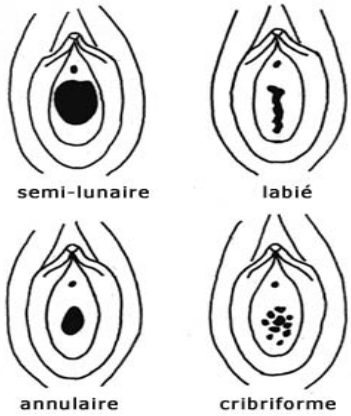
Particularités d'ADAMS :

Commentaires :

Traces physiques de violence ?
-Rougeur aux poignets ?
-Marques d'empoignade aux bras?
-Ecchymoses aux cuisses ?
-Autres ?

✓ **SCHEMAS :**





VI.5. Modèle schématique de l'anatomie génitale externe de la femme

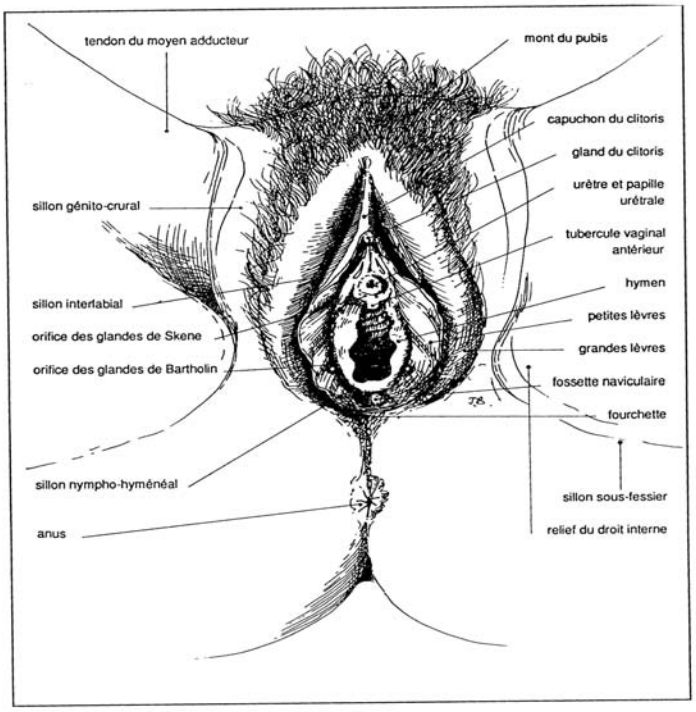


Figure 2 : rappel anatomique de la vulve

Légende:

≡ Hypertrophie labiale (flèche supérieure à 4 cm)
Δ Atrophie labiale
Zone dépigmentée/décolorée
Zone leucoplasique
Zone hyper pigmentée/anormalement colorée
∞ Lésion d'allure condylomateuse
○ Lésion papuleuse
◦ Lésion vésiculeuse
◘ Chancre génital
● Ecchymose
▬ Erosion
◊ Erythème
≈ Frange hyménale
□ Encoche hyménale congénitale/physiologique
/ Lésion hyménale traumatique ancienne
↑ Lésion hyménale traumatique récente
↕ Transsection hyménale ou déchirure complète

Commentaires libres:

VI.6. Protocole de Prise en charge des victimes de violences sexuelles, Pôle Régional d'Accueil des Victimes d'Agressions Sexuelles et Maltraitance à Enfants, Maternité Régionale Adolphe Pinard, Nancy, 2009

PROTOCOLE PRISE EN CHARGE VICTIMES VIOLENCES SEXUELLES.

Version 2

Pôle Régional d'Accueil des Victimes d'Agressions Sexuelles et Maltraitance à Enfants

Docteur F. GUILLET-MAY(Gynécologue-Obstétricien) - Docteur M.O. DELAPORTE* (Gynécologue-Obstétricien)*
Docteur P. FRANCK (Biologiste) B. VIDAL* (Pharmacienne) - Docteur J. FRESSON* (DIM) - S. ROTHENBURGER* (Pédopsychiatre)*
Professeur C. RABAUD (Maladies Infectieuses et Tropicales - CHU Nancy)- Professeur H. COUDANE (Médecine Légale - CHU Nancy)
Docteur A. TRACQUI (IML Strasbourg - toxicologie)
S. MACQUART-MOULIN (Substitut du Procureur - TGI Nancy) - M. SENTHILLE (Procureur - TGI Nancy)

** Pôle Régional - Nancy*

Mise à jour du protocole - Août 2009

I - Organisation de la prise en charge à partir de l'appel téléphonique de l'OPJ (cas le plus fréquent)

L'appel pour une patiente suspecte de viols ou d'agressions sexuelles est reçu DE JOUR au poste 3690 ou doit être transféré à ce numéro. Les détails y sont enregistrés avec le téléphone du correspondant et une première appréciation de l'urgence. La secrétaire joint alors la coordonnatrice du Pôle, ou en son absence, un des deux autres médecins experts près la Cour d'Appel de Nancy, pour juger de l'urgence et de leur disponibilité.
Si les experts ne sont pas disponibles et qu'il y a URGENCE, joindre le médecin senior de permanence qui doit donner un horaire ou trouver un senior pour réaliser cet examen.
L'examen se déroule en binôme avec une infirmière ou une sage-femme, jusqu'à 16 h à la CONSULTATION. Au-delà au PATUGO avec le personnel de ce site ou dans le lieu le plus approprié pour le bien-être de la victime.

Si l'appel ne provient pas d'un OPJ, le secrétariat demande des détails, transmet au médecin selon la même procédure que précédemment, en particulier pour juger de l'urgence, et de la nécessité de plainte préalable.

II - Les conditions de l'examen (uniquement par un médecin thésé : ACC ou PH, ou par un interne en formation de médecine légale sous couvert du responsable)

1. Sur réquisition du parquet ou d'un officier de police judiciaire (enquêtes préliminaires, enquêtes de flagrance).
2. Dans le cadre d'une expertise ordonnée par un Juge d'Instruction ou, plus rarement par une juridiction de jugement (Tribunal Correctionnel - Cour d'Assises). Le cas échéant, par une juridiction civile ou par le Juge des Enfants en assistance éducative.
3. Sur demande de la victime, en insistant sur le fait que les prélèvements qui lui seront remis auront moins de valeur médico-légale ; par ailleurs la patiente paie ses examens sauf s'ils sont réalisés sur réquisition (frais de justice). Cependant, ***toute femme qui se présente aux urgences doit y être examinée ou doit au moins être vue par le médecin senior qui juge de l'état de la patiente.*** Les prélèvements sont réalisés dans les mêmes conditions que sur réquisition. Prendre ensuite contact téléphonique avec la brigade des Mœurs -

Boulevard Lobau (03 83 17 28 34 ou 03 83 17 28 65) pour les avertir. Si patiente mineure, téléphoner à la brigade des mineurs au 03 83 17 28 44 ou 03 83 17 28 46. Si la patiente le souhaite, la faire accompagner au Boulevard Lobau, pour le dépôt de **plainte secondaire** (la réquisition aura lieu le même jour). Un externe de garde, une élève sage- femme, voire sur rendez-vous un représentant de l'Association ANNE (tel 03 83 90 22 55) pourra accompagner la victime boulevard Lobau. ***Rappel*** : Compte-rendu des notes de service des 5 dernières années, compte-rendu de la réunion du 26/9/2006, compte-rendu de la réunion du Pôle de Gynécologie-Obstétrique et Reproduction du Pr. JUDLIN d'octobre 2007.

4. ***Si la victime présumée a moins de 12 ans (ou s'il s'agit d'un adolescent), la transférer à l'Hôpital d'Enfants***, après contact téléphonique avec le Praticien Hospitalier des Urgences (03 83 15 47 27).

5. ***Si la victime est un homme*** (Cf Protocole PVS.402.SE.011), avant le transfert, téléphoner à la consultation médico-judiciaire de l'Hôpital Central :

De jour : responsable Dr Mickaël SEGONDY (Service d'Accueil des Urgences S.A.U. 03.83.85.20.59) ou, en son absence, à un autre médecin légiste des urgences

De nuit : Au service des Urgences

6. Archivage des dossiers : Les dossiers en cours et les dossiers de l'année précédente sont archivés, dans une armoire fermée, au secrétariat du Pôle, qui est toujours fermé en l'absence de la secrétaire. Ces dossiers ont un numéro d'IPUM. Pour toutes patientes suivies par ailleurs à la Maternité, et qui a été vue une fois dans le cadre du Pôle, la mention manuscrite "Pôle Régional" est inscrite sur son dossier. Une copie des expertises pénales pour viol doit être archivée au secrétariat du Pôle. Il est utile de comptabiliser à compter de 2008 tous les appels téléphoniques concernant les violences reçus au numéro d'urgence 3636, au PATUGO, ou en salle des naissances

III - Interrogatoire

Nom, prénom, ***date de naissance***, ***adresse actuelle*** (des parents s'il s'agit d'une mineure), ***n° de téléphone…***

Date et heure de l'examen. Lieu de l'examen.

Nom de la personne présente lors de l'examen : l'examen en binôme est nécessaire sur un plan psychologique et technique lors des prélèvements

Mode de vie, scolarité, profession, famille, centre d'hébergement, famille d'accueil…

Antécédents

♦Médico-chirurgical et psychiatrique : pathologie pouvant interférer avec les faits
♦Traitement suivi, prise de toxique
♦Gynécologique :
Date des premières règles
Date des dernières règles
Utilisation de tampons intra-vaginaux
Contraception
Grossesse antérieure ou grossesse en cours
Date du dernier rapport consenti éventuellement avec l'auteur de l'agression

Circonstances de l'agression sexuelle : Madame X déclare avoir été victime d'une agression sexuelle ***le*** …… ***à*** …… ***par***……(nombre d'agresseurs)

(Les prélèvements conservatoires en vue d'empreinte génétique ne peuvent plus être utilisés au delà de **4 jours** ; 5 jours maximum pour des spermatozoïdes dans une glaire péri-ovulatoire - rare)

Sévices associés :

♦Arme ou objet utilisé
♦Violence verbale ou physique
♦Prise d'alcool, de drogue ? (effets d'endormissement brutal, amnésie, etc…) (Retranscrire les mots utilisés par la victime)

Existence d'une pénétration vaginale, orale, anale
♦Avec ou sans éjaculation
♦Avec ou sans préservatif
♦Avec ou sans objet

Faits qui se sont déroulés entre l'agression et la consultation
♦Changement de vêtements, de slip, toilette… depuis l'agression sexuelle ?

IV - L'examen

Salle bien chauffée - Eclairage correct - au calme
Toujours expliquer les raisons de l'examen et le déroulement de celui-ci.
-Obtenir l'accord de la victime
-L'anesthésie générale n'est que très exceptionnellement nécessaire (en dehors de la nécessité d'une réparation chirurgicale) quel que soit l'âge des victimes. Elle ne peut se faire qu'avec l'accord du Procureur ou du Juge. Attention, l'anesthésie générale modifie les conditions de l'examen, en particulier la tonicité sphinctérienne.
-Un appareil photo numérique est à la disposition des médecins au secrétariat du pôle et en salle de naissances.

EXAMEN GENERAL

Débuter par l'examen de la partie supérieure du corps (la partie supérieure du corps devra ensuite être couverte pour la poursuite de l'examen, en particulier gynécologique). La patiente ne doit jamais être dénudée totalement

• *Pouls, tension, poids, taille*

• *Atteintes cutanées*

Description précise : taille en cm, forme (arrondi, ovalaire, triangulaire…), aspect (surinfecté…), couleur (pour datation), localisation par rapport à des repères anatomiques précis, nature (cutter, brûlures, couteau…), circonstances (coup en avant, en arrière…), identification de l'objet vulnérant.

A- Les lésions contuses

Elles sont produites par des objets contondants, poing, pied, manche d'outil, marteau… qui agissent par leur masse et leur vitesse.
-Erosions cutanées ou dermabrasions (existe aussi sur les muqueuses) : ce sont des arrachements superficiels par friction, elles peuvent contenir des incrustations de corps étrangers (cailloux, tissus…). Elles cicatrisent en moyenne en moins d'une semaine (en dehors de complication)
-Ecchymoses : sont des extravasations de sang coagulé infiltrant les tissus, secondaires à une rupture de capillaire de nature traumatique. L'étendue de l'ecchymose dépend de la violence du trauma, de la vascularisation de la région, de la laxité du tissu et de la dureté du plan sous-jacent. L'ecchymose peut diffuser : coup de poing sur l'œil, la joue ; coup sur la hanche, cuisse. L'ecchymose peut reproduire la forme de l'objet contondant
L'ecchymose est une lésion évolutive :
Rougeâtre ou noirâtre le 1 jour ; parfois ne se voit pas mais œdème et chaleur au toucher.
Violacé en deux à trois jours
Bleuâtre en trois à six jours Verdâtre en cinq à dix jours
Jaunâtre brunâtre en dix à quinze jours Disparition en deux à quatre semaines.
Mais variabilité d'un sujet à l'autre, donc donner une fourchette pour dater les ecchymoses
-Hématomes : contusions du deuxième degré, constituées par une collection sanguine dans une cavité néoformée, risque de compression.

-Ecrasement et broiement des tissus (vaisseaux, nerfs, muscles, os) : contusions du troisième et quatrième degré avec retentissement général possible

B- Les plaies contuses.

Irrégulières associant plaies, érosions, ecchymoses, attrition des tissus.
-A bords plus ou moins amincis
-Avec ou sans décollement cutané
-Avec ou sans bride ou pont entre les berges (brides = objet contondant, pas de bride = objet coupant)

C- Les brûlures

Lésions pouvant reproduire l'objet à l'origine de la brûlure :
-Brûlure de cigarettes : circulaire, creusante
-Brûlure du fer à repasser
-Brûlure par tison de cheminée

• *Fractures*

Radiographie en cas de suspicion

• *Examen de la cavité buccale*

En cas de fellation en particulier. Examen du frein de la langue, voile du palais, sillons gingivo-buccaux, lèvres, face interne des joues (prélèvements à la recherche de spermatozoïdes : cf § 4)

ETAT PSYCHIQUE (cf. les items du dossier type)

Se souvenir que les sentiments de honte et de culpabilité sont quasi constants
Calme, terrorisée, paniquée, bavarde, etc…
Drogue ? (toxiques urinaires et sanguins à placer au congélateur et mise sous scellés jusqu'à 5 à 7 jours après les faits. Prélèvement de cheveux : **immédiat** pour l'intoxication chronique, **1 mois** après les faits pour le viol sous « emprise ».
Alcool ? piquer alcoolémie, à mettre sous scellés ;
Douleurs physiques, psychologiques, troubles du sommeil, fugues, résultats scolaires perturbés…

Des kits contenant :

- Le dossier type
- Le matériel utile pour les prélèvements, les examens, les prescriptions, les traitements, sont à disposition en consultation, aux urgences et en salle de naissance. Ils sont, après chaque utilisation, réapprovisionnés par le personnel de chaque site, sous la responsabilité des cadres.

EXAMEN SEXUEL

Eviter de laisser la patiente totalement nue. La prévenir de tous les gestes médicaux, et la rendre « actrice » de l'examen

- **CARACTERES SEXUELS SECONDAIRES** : seins, pilosité (stade de Tanner. Annexe 1).

- **METTRE DES GANTS SANS TALC POUR FAIRE LES PRELEVEMENTS QUI SONT A REALISER AVANT L'EXAMEN** (dans la mesure du possible) (voir page suivante)

- Puis **EXAMEN PERINEAL** : macroscopique puis au colposcope (++)

- Pubis,
- Clitoris,
- Grandes lèvres,
- Petites lèvres,
- Fourchette

• **EXAMEN DE L'HYMEN :**

1. Par traction en bas et en arrière des grandes lèvres : décrire les déchirures éventuelles, leur localisation, le plus souvent 5h et 7h, leur caractère récent ou non (cicatrisation habituelle en 5 à 8 jours)
2. Utilisation éventuelle d'un Coton tige : dire si une déchirure est incomplète, (respectant x mm du bord hyménal)
3. Chez les jeunes filles, utilisation d'une sonde urinaire (indolore) avec sonde à ballonnet : introduction d'une sonde de FOLEY dans le vagin. Gonfler le ballonnet à 5 à 10 cc selon l'âge de la patiente. Exercer des tractions douces de façon à bien étaler l'hymen et à noter son insertion sur l'anneau hyménal. Dégonfler le ballonnet avant son retrait. (Photos + schéma)

Remplir chaque item du dossier type (il n'y a jamais trop de détails au moment des assises) ++++

• **POSE D'UN SPECULUM TRANSPARENT LUBRIFIE A L'EAU :** noter la taille du spéculum. 4 tailles existantes disponibles.

• **INSPECTION DES CULS DE SACS VAGINAUX, DES FACES VAGINALES ET DU COL**

• **TOUCHER VAGINAL** à un et/ou deux doigts (après avoir effectué les prélèvements**)** Perception d'un anneau hyménal serré (peu compatible avec la pénétration d'un sexe adulte en érection)

• **EXAMEN DE L'ANUS :** inspection et toucher rectal. L'anus doit être déplissé afin d'avoir une vue de toute la marge et de rechercher une fissuration anale très souvent discrète. En cas de doute, il faut prévoir ***une anuscopie*** (Rendez-vous au Service de gastro-entérologie - Dr HUDZIAK - à Brabois le jour même ou le lendemain pour anuscopie).

En cas de sodomies répétées et anciennes, proposer ***une échographie endo-anale***

Docteur HUDZIAK (expert près la Cour d'Appel de Nancy) Service Gastro-Entérologie à Brabois 03.83.15.41.49 (endoscopie) ou 03.83.15.33.59 (secrétariat) Si absent : 03.83.15.33.54

• **LE TOUCHER RECTAL** permet en cas de pénétration anale d'apprécier la tonicité du sphincter, de rechercher un saignement intra-anal ou intra-rectal, permet l'étalement de la cloison recto-vaginale. Une douleur peut témoigner d'une fissuration anale**.**

V - TOUS les prélèvements, DE JOUR COMME DE NUIT, seront acheminés au laboratoire de biologie médicale) dès qu'ils ont été réalisés

Sur chaque feuille de prélèvement doit figurer le tampon "REQUISITION"

METTRE DES GANTS SANS TALC ou passés à l'eau et masque + charlotte en cas de prélèvement en vue d'empreintes génétiques (pour l'aide également)

1- Les prélèvements bactériologiques vaginaux : à expédier directement et rapidement.

Germes banals et gonocoque (2 écouvillons) sur milieu de transport de type « Portagerm »,
Chlamydiae, tube spécifique

Mycoplasme, tube spécifique conservé au réfrigérateur.

2- Les empreintes génétiques (avant la recherche pour examen direct car importance médico-légale +++ - réunion TGI du 17/01/2006)

IMPORTANCE DES GANTS (SANS TALC) + masque et charlotte (pour le médecin et l'aide)

Empreintes génétiques obtenues à l'aide de sondes moléculaires uni et multiloculaires - PCR (amplification génique).

SECRETIONS

Prendre des écouvillons stériles secs (qui n'ont pas baigné dans un milieu de culture). ***Il faut au minimum 8 écouvillons*** cervico-vulvo-vaginaux, ***4 écouvillons*** anaux et rectaux, en précisant l'ordre des prélèvements. Plus des écouvillons sur la peau et toutes autres zones en fonction des dires de la victime.
LES LAISSER SECHER A TEMPERATURE AMBIANTE AVANT DE LES PLACER DANS LE TUBE. Si les prélèvements sont bien secs, on peut laisser les écouvillons à température ambiante à l'abri de la lumière et de l'humidité. Si on a le moindre doute sur la qualité du séchage : ***METTRE***
Soit au frigo à - 4°C, en attendant l'acheminement au congélateur du laboratoire de biologie médicale.

Soit congélation à -20°C, si l'acheminement des prélèvements risque de se faire au-delà de 72 heures.

Les prélèvements conservatoires à visée génétique ne doivent jamais être placés dans des sacs en plastique, mais dans des enveloppes Kraft (à l'abri de la chaleur et de la lumière)

3 - La recherche de spermatozoïdes à l'examen direct

- Prélever des écouvillons au niveau de la vulve, de l'endocol, l'exocol, et cul de sac postérieur, étaler sur une lame, fixer, (le laboratoire de Biologique de la Reproduction lira les lames qu'il aura reçues dans les 24 à 48 heures)

- Si fellation : prélèvements de même type au niveau de la cavité bucco-pharyngée en regard des molaires et des incisives.

- Si sodomie : préciser si le prélèvement a été réalisé sur la marge anale et/ou en intra-rectal. (importance médico-légale : bien les séparer)
- Noter le nom de la patiente sur la lame au crayon de papier + origine du prélèvement

- Sur la feuille : nom de la patiente, tampon réquisition, date des faits.

4 - POUR LES CHEVEUX ET LES POILS de l'agresseur présumé, retrouvés sur la vulve, l'anus, le sillon inter fessier, etc… prélevez à la pince à épiler. Les placer dans un flacon stérile tels quels surtout ne pas scotcher. On peut aussi peigner les poils pubiens et mettre le peigne et les poils recueillis dans une enveloppe Krafft (mais plus difficile à analyser pour les biologistes car mélanger aux poils pubiens de la victime). Se conserve à température ambiante à l'abri de la chaleur. A confier à l'OPJ.

5 - Un tube de sang de la victime systématique, tube EDTA (bouchon violet) : en cas de difficulté de diagnostic pour les empreintes génétiques. A confier à l'OPJ.

6 - Saisie des vêtements : Dans des enveloppes de papier Krafft,(jamais dans du plastique) à l'abri de la chaleur et de la lumière.

7 - **Les tâches (sang, sperme)** doivent être prélevées sur leur support. Idem pour mégots de cigarettes, bouteille, enveloppe, timbre, urine…à confier à l'OPJ.(Enveloppe Kraft)

EN CONCLUSION : Ce qui change à compter du lundi 3 décembre 2007

Tous les prélèvements (sur réquisition ou non), à visée médico-légale, de jour comme de nuit, sont acheminés au laboratoire de biologie médicale (2e étage, bâtiment de Néonatalogie). Ce dernier se chargera de les dispatcher secondairement dans les laboratoires correspondants, ou de les confier aux OPJ si nécessaire.
Les dossiers sont déposés la nuit sur le bureau de la surveillante du bloc obstétrical, qui les donnera au secrétariat du Pôle le lendemain.
En cas d'urgence, le dossier est déposé immédiatement au secrétariat du Pôle avec les prélèvements conservatoires. Copie du dossier et prélèvements seront remis à l'OPJ immédiatement par le secrétariat.
S'il n'y a pas d'urgence, dès le certificat dicté, le dossier est remis au secrétariat du Pôle.
A compter du 3 décembre, il n'y aura plus aucun prélèvement médico-légal dans le cadre du Pôle ni au Centre de Tri, ni au Laboratoire de Biologie de la Reproduction, déposés immédiatement après l'examen.

8 - Les prélèvements sanguins :

Béta - HCG
HIV
Hépatite
Anticorps anti - Hbs
Sérologie Syphilis (TPHA - VDRL)
Ag P24
Chlamydiae Trachomatis
Alcoolémie
NF - Plaquettes
Avant trithérapie préventive du HIV
TGO -TGP - Amylasèmie
Urée - Créatinémie

9 - Les autres prélèvements à la recherche de toxiques
La Circulaire DHOS/DGS n° 2002-626 du 24 décembre 2002 explicite les conditions des prélèvements à la recherche de produits psycho-actifs administrés à des victimes à leur insu.
Tous prélèvements doit être confiés à l'autorité requérante, mis sous scellés immédiatement et accompagnés d'une fiche de renseignements détaillant les signes cliniques qui ont motivé les prélèvements (Par exemple, en cas d'amnésie totale évoquant l'utilisation de gamma OH, ou en cas de confusion, de trouble de la conscience, de myosis, de mydriase, etc..) L'OPJ les acheminera dans les laboratoires agréés.

A - Prélèvement de cheveux : A la recherche **de toxiques**. Prélever une mèche au niveau de la nuque, de la taille d'un crayon, la placer dans un tube sec, la remettre à **l'OPJ pour scellés**. Dans l'attente de jour, au secrétariat du pôle ; de nuit au laboratoire de biologie médicale.
Jamais au congélateur.

B - Toxiques sur urines : miction complète dans un flacon à ECBU fractionnée en deux échantillons d'au moins 30 ml chacun. Congélation systématique laboratoire de biologie médiale Maternité Dr FRANCK- (OPJ)

C - Toxiques sur sang : La peau ne doit pas être désinfectée à l'alcool mais à l'hibitane : 2 tubes de 2 ml, héparinés bouchons verts. Congélation systématique au laboratoire de biologie médicale - Dr FRANCK-(OPJ)

VI - Le traitement

Il peut être **local : soins des plaies….**

Il peut être **général** :
-Sérologie ou vaccination antitétanique s'il y a des plaies
-Antalgiques : paracétamol (cp dans le dossier)
-Anxyolytiques : 1 cp Atarax® 25 mg
-Somnifère : 1 cp Imovane®

Contraception post-coïtale : si le constat n'a pas eu lieu plus de 72 heures après l'agression.
NORLEVO ® le plus vite possible après le rapport (12 h si possible) 1 cp en 1 seule prise.

Prophylaxie des MST :
ZITHROMAX ® monodose - 4 comprimés à 250 mg en une seule prise (***refaire une ordonnance).***
OU
PYOSTACINE ® 500 mg - 2 comprimés par jour pendant 5 jours.
HIV - HEPATITES : (annexe 2)

*1ère consultation **dans les 4 jours** suivant l'agression :*

Si l'agresseur est inconnu :
Le considérer comme infecté par VIH, VHB (VHC si saignement) jusqu'à preuve du contraire
Facteur de risque pour le HIV : rapport en période de règles, sodomie, plaie vulvo-vaginale, présence avérée de sperme (en pratique très difficile sauf si présence de spermatozoïdes à l'examen direct) Proposer une trithérapie
- **KALETRA® +COMBIVIR** ®
Kit dans les dossiers et feuille explicative de prise pour 72 h en raison des jours fériés.

Vaccin **ENGERIX B** ® le jour : à la pharmacie + immunoglobulines dans les 24 heures si non vaccinée
Réévaluation à **48 heures** par le médecin infectiologue référent (lettre manuscrite de liaison dont le double est conservé dans le dossier) - service des maladies infectieuses et tropicales - HOPITAL DE BRABOIS - Tour Drouet - Tél. 03/83/15/40/06

Si l'agresseur est connu :
(Article 706-47-1 du CPP, loi du 18 mars 2003)
Faire pratiquer (demander au procureur via l'OPJ) le plus rapidement possible : sérologie VIH, AgP24, VHC chez l'agresseur présumé.
Les résultats vous seront communiqués par l'OPJ ou le procureur, ceci pour éviter une trithérapie chez la victime.

1ère consultation **au delà de 4 jours**

- Sérologies
- Pas de traitement en dehors des soins locaux, antalgiques
- Suivi biologique J28 : VIH, AgP24 et syphilis

- Vaccin hépatite B
- Consultation infectiologue

VII - PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Expliquer à la victime, sa nécessité, en raison de troubles secondaires possibles. Le syndrome post-traumatique est très fréquent ; ses conséquences physiques, psychologiques et socio-professionnelles parfois durables et redoutables. Et proposer systématiquement à l'**entourage** cette aide.

SI VIOL RECENT

Pour les femmes adultes :

Proposer systématiquement un soutien par les psychiatres de l'UAUP (Service d'Urgences psychiatriques à côté du service des Urgences de l'Hôpital Central - En face de la Maternité). Insister pour un rendez-vous à l'issue de l'examen gynécologique. Téléphoner alors à l'UAUP 03/83/85/12/56, devant la victime pour convenir de ce rendez-vous pour la victime ***et son entourage***. Lettre de liaison manuscrite à confier à la victime (double dans le dossier)
En cas de viol récent, la nuit, si pas de famille, proposer une hospitalisation qui permettra une prise en charge psychologique le lendemain matin.
Le week-end, une infirmière de l'UAUP peut se déplacer pour un premier contact.
Si urgence en hospitalisation, contacter Salomé Garnier, psychologue du pôle, ou le Docteur Sophie Rothenburger

Pour les adolescentes

Proposer une hospitalisation à l'Hôpital d'Enfants après accord téléphonique avec le Praticien Hospitalier de Garde.
Prendre contact téléphonique avec le Secrétariat du Docteur Kabuth, chef de service de service Pédopsychiatre, et l'ACC Responsable de l'UF maltraitance (Tél. 03/83/15/48/50)

VIII - Le certificat (valeur médico-légale +++)

Ne pas oublier :
- ***l'examen général***, en particulier si des lésions du corps sont compatibles avec les dires de la victime (strangulation, hématome, griffures sur les zones de contention),
- ***le contexte psychologique***.

Il ne faut pas utiliser le terme viol, ne pas interpréter les dires de la victime. Il faut employer le terme de violence sur les régions sexuelles et ***utiliser le conditionnel***
- DIRE si l'HYMEN est COMPATIBLE avec la PENETRATION (exemple : hymen intact avec possibilité de pénétration).
- DIRE si les lésions décrites sont compatibles avec les dires de la patiente
- DIRE si l'absence de lésion permet ou ne permet pas d'éliminer l'agression décrite par la patiente

On doit rédiger le certificat à la main sur le certificat type (surtout la conclusion). Il peut être remis tel quel à l'autorité judiciaire après en avoir conservé une photocopie (photocopieur en salle des naissances) en cas d'urgence (c'est à dire la nuit si pas de secrétaire)
De jour, si urgence (par exemple si l'auteur présumé est en garde à vue), le certificat doit être de préférence dicté très vite, et s'il est dicté, tapé immédiatement et remis à l'OPJ (cas rare et postérieur au dépôt de plainte et à l'examen)
Faire dactylographier ensuite par les secrétaires un certificat le lendemain. Ne pas oublier le nom de la personne présente lors de l'examen.

Les noms du prescripteur d'examens complémentaires, du préleveur (pour les prises de sang) sont indispensables, il en est de même pour les noms de la personne qui remet les scellés et de l'OPJ qui reçoit les scellés (feuille jointe au dossier). Ceci est capital lors de la phase du procès.
Tous les prélèvements de nuit, comme de jour, doivent être acheminés au laboratoire de biologie médicale à compter du 03/12/2007. Un congélateur et une armoire sont dédiés aux prélèvements médico-légaux à compter du 3 décembre 2007. Les OPJ s'adresseront à ce laboratoire pour mise sous scellés et récupération des prélèvements (tel jour…… nom……..), qu'ils soient ou non congelés, avec fiche de traçabilité.

IX - Remarques

• Le dossier est à faire parvenir à la secrétaire du Pôle Régional de jour. La nuit, le dossier doit être déposé sur le bureau de la surveillante du bloc d'obstétrique qui l'acheminera le lendemain au secrétariat du Pôle.

• Les résultats reviennent directement au médecin prescripteur avec double au secrétariat de Pôle. Ces résultats peuvent avoir :
- Une importance médicale (envoi d'un traitement à la patiente). Le médecin prescripteur est responsable de cette prescription.
- Une importance sur le plan de l'enquête (présence de spermatozoïdes à l'examen direct)

D'où la nécessité d'en prendre connaissance et de les transmettre aux OPJ à leur demande• Une consultation sera fixée dans un mois à 6 semaines avec le Docteur GUILLET-MAY pour remettre à la patiente ses résultats, réaliser le suivi sérologique et établir si des consultations spécialisées sont nécessaires. Planning au secrétariat du Pôle (toujours le mercredi en raison de la population adolescente)

• L'ITT : incapacité totale de travail. Il s'agit d'une notion juridique qui est différente de l'arrêt de travail professionnel (l'expliquer à la victime). Sa détermination n'est pas nécessaire dans le cas d'un viol ou d'une autre agression sexuelle car l'ITT n'est ni un élément constitutif de cette infraction, ni une circonstance aggravante. Il est en revanche nécessaire de décrire minutieusement les blessures ou lésions associées. Leur existence et leur gravité peuvent d'une part être utiles pour prouver la réalité de l'agression sexuelle (notamment lorsque l'agresseur allègue le consentement de sa victime). D'autre part, ces blessures et lésions constituent des circonstances aggravantes des crimes et d'agressions sexuelles :
- Mutilation ou infirmité permanente (art. 222-24 du Code Pénal)
- Torture ou acte de barbarie (art. 222-26 du Code Pénal)
- Blessure ou lésions (art. 222-28 et 222-30 du Code Pénal)
L'ITT selon la loi est :
* > 8 jours = tribunal correctionnel
* ≤ 8 jours = tribunal de police sauf en cas de circonstances aggravantes (au nombre de 11) liées à la victime (conjointe, mineur….) à l'auteur (ascendants….) ou aux circonstances (armes…)

• Pour les honoraires, envoyer l'original de la réquisition avec le mémoire de frais et un RIB à la Régie d'Avance et de Recettes au Tribunal de Grande Instance - Cité Judiciaire - NANCY (Voir le secrétariat du Pôle)

EN RESUME : quand elle quitte l'établissement, la victime doit avoir :

1) Une lettre avec les coordonnées des différentes personnes à joindre en cas de complications notamment d'ordre psychologiques, et un rendez-vous dans les 4 à 6 semaines auprès du Docteur Frédérique GUILLET-MAY, Médecin Responsable du Pôle, pour communication du résultat des examens.
2) Une ordonnance pour la prophylaxie des MST si nécessaire **(cf. ordonnances prétapées dans le dossier)** plus ou moins une ordonnance pour la vaccination contre l'hépatite B, plus ou moins une lettre pour le médecin référent de maladies infectieuses.
3) Une contraception post-coïtale (dans le dossier). Si nécessaire des antalgiques et 1 cp d'anxiolytique et/ou de somnifère.

Ne pas oublier de refaire une nouvelle ordonnance afin que les kits soient toujours complets

4) Prescriptions d'examens de laboratoire de contrôle **(ordonnances tripliquées)**

- ***Jl4 ou J21***
- **J28**
- **J90 et J180**

5) Une **lettre type** avec des conseils et des numéros de téléphone pour :

-Référent Maternité

-Référent Maladies Infectieuses

-Suivi psychiatrique et psychologique

-Consultation médico-judiciaire

-Accueil individualisé, conseil juridique, groupe de parole

-Associations d'aide aux victimes à Nancy : ANNE

-Permanence avocats……

VI.7. Classification de Tanner

Les stades du développement pubertaire sont résumés dans les tableaux ci-dessous :

FILLES

	Développement mammaire		Pilosité pubienne
S1	Pas de tissu glandulaire.	**P1**	Pas de pilosité.
S2	Tissu glandulaire palpable.	**P2**	Quelques poils fins le long des grandes lèvres.
S3	Augmentation de la taille des seins ; Profil arrondi de l'aréole et du mamelon.	**P3**	Poils pubiens plus pigmentés.
S4	Augmentation de la taille des seins ; Mamelon surélevé par rapport au sein.	**P4**	Poils plus durs, recouvrant le mont de vénus.
S5	Augmentation de la taille des seins; profil arrondi de l'aréole et du mamelon.	**P5**	Poils de type adulte, s'étendant vers les cuisses.

GARCONS

	Testicules		Pilosité pubienne
T1	< 2,5 cm	**P1**	Pas de pilosité.
T2	Augmentation des testicules > 2,5 cm ; Amincissement du scrotum.	**P2**	Quelques poils sur le scrotum.
T3	3,0 à 3,5 cm ; Epaississement du pénis.	**P3**	Poils plus pigmentés, contournés sur le pubis.
T4	3,5 à 4 cm.	**P4**	Poils plus durs sur le pubis.
T5	> 4 cm ; Taille adulte du pénis.	**P5**	Pilosité de type adulte, s'étendant vers les cuisses et la paroi abdominale.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

De nos jours, le nombre de femmes victimes d'agression sexuelle reste élevé, malgré l'amélioration de la prévention et de l'information.
Ces victimes sont aussi bien des jeunes enfants, des adolescentes, des femmes en âge de procréer, que des femmes ménopausées.
La diversité morpho-anatomique de l'appareil génital féminin impose une acquisition des connaissances de toutes les variations physiologiques existantes, par l'ensemble des praticiens prenant en charge ces victimes.
Notre travail a pour objectifs de décrire l'examen gynécologique génital des femmes ayant une activité sexuelle consentie, et de comparer l'examen gynécologique normal de ces femmes à celui de victimes d'agression sexuelle.
Les lésions traumatiques génitales d'allure récente sont retrouvées chez 14,2% des femmes victimes d'agression sexuelle contre 7,3% des femmes normales, avec une différence non significative. La littérature précise que les lésions traumatiques sont plus fréquentes en cas de pénétration vaginale non consentie : la confusion entre des encoches hyménales physiologiques et des déchirures traumatiques incomplètes est possible, surtout chez des praticiens peu expérimentés.
Les hymens intacts, indemnes de déchirure traumatique, sont présents chez 12,7% des femmes normales (qui ont toutes débutées une vie sexuelle) contre 13,3% des victimes d'agression sexuelle. L'hymen intact est possible chez des femmes ayant une vie sexuelle régulière.
Il n'existe pas de gold-standard pour déterminer la virginité.
Dans de nombreux cas, l'examen génital seul ne permet ni d'affirmer, ni d'infirmer l'existence d'un rapport sexuel, et ce d'autant qu'il est avéré non consenti.
Les objectifs de l'ensemble des travaux concernant les données sur l'anatomie génitale féminine, cherchent à optimiser la prise en charge des victimes d'agression sexuelle, à réduire leur nombre, et tentent d'éradiquer les récidives.

TITRE EN ANGLAIS

Medicolegal Findings in the Normal Gynecological Examination Contrasted with Those in Victims of Sexual Assault

THÈSE : Gynécologie Médicale – ANNÉE 2011

MOTS CLEFS :

Hymenal injuries ; Hymen injuries ; Accommodation hymen ; Sexual assault ; Hymen ; Agression sexuelle ; Examen génital ; Anatomie génitale féminine ; Viol ; Procédure pénale ; Prélèvements.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY-1
Faculté de Médecine de Nancy 9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex