



Thèse

2024

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Amélioration de la qualité de prise en charge des victimes d'agression sexuelle aux urgences pédiatriques : revue narrative et développement d'un protocole dans notre institution

Zucchello-Bachmann, Stéphanie Zoé

How to cite

ZUCHELLO-BACHMANN, Stéphanie Zoé. Amélioration de la qualité de prise en charge des victimes d'agression sexuelle aux urgences pédiatriques : revue narrative et développement d'un protocole dans notre institution. Doctoral Thesis, 2024. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:180382

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:180382>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:180382](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:180382)

Section de médecine Clinique
Département de la femme, de l'enfant et de
l'adolescent
Service d'accueil et d'urgences pédiatriques

Thèse préparée sous la direction de la Professeure Annick Galetto-Lacour et du Dr Cyril Sahyoun

" Amélioration de la qualité de prise en charge des victimes d'agression sexuelle aux urgences pédiatriques: revue narrative et développement d'un protocole dans notre institution"

Thèse
présentée à la Faculté de Médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en médecine
par

Stephanie ZUCCHELLO-BACHMANN

de

Collonge-Bellerive (GE)

Thèse n° 11243

Genève, 2024

DOCTORAT EN MEDECINE

Thèse de :

Stephanie ZUCHELLO-BACHMANN

originaire de Collonge-Bellerive (GE), Suisse

Intitulée :

**Amélioration de la qualité de prise en charge des
victimes d'agression sexuelle aux urgences pédiatriques:
revue narrative et développement d'un protocole dans
notre institution**

La Faculté de médecine, sur le préavis du Comité directeur des thèses, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par-là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 26 septembre 2024

Thèse n° **11243**

Antoine Geissbühler

Doyen



N.B. - La thèse doit porter la déclaration précédente et remplir les conditions énumérées dans les "Informations relatives à la présentation des thèses de doctorat à l'Université de Genève".

Table des matières

Liste des abréviations	3
Résumé	4
Introduction	5
Violences sexuelles à l'encontre des enfants	
Amélioration de la qualité des soins aux urgences pédiatriques	
Prise en charge des victimes d'agression sexuelle aux urgences pédiatriques	
Enjeux autour de l'anamnèse	
Fausses croyances dans la population non professionnelle	
Revue de littérature	18
Méthode	
Résultats	
Discussion	24
Discussion de la revue narrative	
Soins tenant compte des traumatismes (« trauma informed care »)	
Nouveau protocole proposé	
Conclusion et perspectives	31
Remerciements	33
Bibliographie	34
Annexe 1 Équations et articles de référence de la revue de littérature	43
Annexe 2 Protocole de prise en charge des agressions sexuelles pédiatriques	45

Liste des abréviations

AAP	American Academy of Pediatrics
ACE	Adverse Childhood Experiences (traumatismes de l'enfance)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
EMDR	Eye Movement Desensitization et Reprocessing (psychothérapie par les mouvements oculaires)
EMSC	Emergency Medical Services for Children
EVIG	Audition d'Enfants Victimes ou témoins d'Infractions Graves
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
IC	Intervalle de confiance à 95%
IST	Infections sexuellement transmissibles
NICHD-R	Protocole d'audition Révisé du National Institute of Child Health and Human Development
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PECARN	Pediatric Emergency Care Applied Research Network
PPE	Prophylaxie post-expositionnelle
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PTSD	Post-traumatic Stress Disorder (syndrome de stress post-traumatique)
QI	Quality Improvement (amélioration de la qualité)
SANE-P	Sexual Assault Nurse Examiner- Pediatric (Infirmier.ère certifié.e pour l'examen médico-légal des victimes pédiatriques d'agression sexuelle)
SART	Sexual Assault Response Team (équipe spécialisée pour la prise en charge des agressions sexuelle)
TIC	Trauma Informed Care (soins tenant compte des traumatismes)

Résumé

Les agressions sexuelles à l'encontre des mineur-es ont une haute prévalence et des répercussions avérées à court et long terme sur la santé physique, psychique et comportementale. Cependant, leur prise en charge aux urgences est souvent lacunaire. Grâce à l'essor de la recherche en qualité des soins, des standards internationaux se définissent et nous donnent des outils théoriques et pratiques que nous avons choisi d'utiliser pour chercher à répondre à ce problème. Nous avons effectué une revue narrative de la littérature de l'amélioration de la qualité de telles prises en charge et constaté que la création et l'implémentation de protocoles locaux en équipe multidisciplinaire était essentielle. Afin de développer cela pour notre institution, nous avons appliqué les résultats issus de cette revue ainsi que les principes du « trauma informed care » qui traduisent les découvertes récentes en psycho-traumatologie en concepts applicables aux prises en charge médicales.

Introduction

“We were told throughout our lives that we were ‘useless’, ‘good for nothing’ and ‘deserving of everything we got’. This was reinforced by ‘betrayal’ from our family and ‘manipulation’ from the perpetrator/s who ‘dominated’ us from their position of power and trust, making us feel ‘powerless’, ‘worthless’, ‘ashamed’, ‘guilty’ and ‘to blame somehow’. We were ‘used’ and treated as ‘objects’ or ‘meat’. When other children were developing ‘the building blocks for a strong identity’ and understanding that they were unique and worthwhile, ‘able and OK’; we were ‘stuck’ in a world that taught us ‘we would never amount to anything’. But worse, we still carry the burden of ‘shame’ and ‘guilt’, ‘confusion’ and ‘sadness’ which continually diminishes our ‘self-worth’ and ‘shatters our identity’. We spent our childhood maintaining a shroud of ‘silence and secrecy’ around our perverse experiences of child sexual abuse. We coped by ‘suppressing memories’, ‘learning to forget’, ‘disengaging’, ‘disassociating’, ‘isolating ourselves emotionally and relationally’, ‘trying to please everyone’, ‘trying to adapt’ and accommodate our ‘weird situation’, because there was ‘no escape anyway’. This allowed us to survive our childhood. But as we became teenagers we came ‘unstuck’. We knew we ‘did not fit in’. So we ‘numbed our rotten feelings’ by using alcohol, drugs and/or gambling. For some of us self-harm and re-victimization continued. Weak ‘boundaries’ made us ‘an easy target’ for ‘predatory people’, increasing our ‘hopelessness and sadness’. We no longer trusted easily because ‘everyone seemed to want something from us’, so we chose to become ‘disconnected’ to protect ourselves from further ‘hurt’. We had ‘few dreams or hopes for the future’ using addictions to ‘escape’, ‘cope’ and even ‘survive’. We recognize these were ‘toxic life patterns’. When we encounter health professionals, we would like them to help us with ‘sensitivity’, ‘understanding’, ‘respect’ and ‘support’, so we can ‘heal and grow’ toward the future that was ‘taken from us during childhood’. We were ‘victims’, but we have become ‘survivors’, and with help we are daring to hope and believe we will eventually ‘thrive’.”

The common story (Van Loon 2004)

Comme nous pouvons le lire quasi quotidiennement dans la presse ou le voir sur les différentes plateformes d’informations ainsi que les réseaux sociaux, les agressions sexuelles à l’encontre des mineur-es sont un enjeu de santé publique majeur et persistant. Ces violences

sont encore largement sous-diagnostiquées et leur prise en charge médicale est complexe puisqu'elle relève d'une diversité de domaines – pédiatrie, gynécologie, infectiologie, chirurgie, médecine légale, pédopsychiatrie, psycho-traumatologie, protection de l'enfance – et comprend des aspects historiques, culturels et sociétaux. De plus, la paucité de formation en la matière engendre un inconfort majeur, qui contribue à faire de la prise en charge de ces situations un défi.

Grâce à l'essor de la recherche en qualité des soins, des standards internationaux se définissent et offrent des outils théoriques permettant de développer nos pratiques de manière structurée et conformes à des valeurs établies. L'institut de médecine américain a défini six objectifs – safe, effective, patient-centered, timely, efficient, equitable – qui sont globalement reconnus (Kohn 2001). Nous avons donc décidé d'aborder la problématique complexe de la prise en charge des victimes d'agression sexuelle aux urgences pédiatriques sous cet angle. Dans un premier temps, nous avons effectué une revue narrative de la littérature, dont nous détaillons la méthodologie et les résultats ci-dessous. Dans un deuxième temps, nous avons décidé de développer un protocole de prise en charge basé sur l'évidence. En effet, l'existence d'un protocole de prise en charge des victimes d'agression sexuelle dans les services d'urgences pédiatriques fait partie du top quinze des mesures de performance des urgences pédiatriques reconnues dans une recherche effectuée par le programme EMSC (Emergency Medical Services for Children) en partenariat avec le réseau PECARN (Pediatric Emergency Care Applied Research Network) (réf. n°19). Or, aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), nous n'avons actuellement pas de tel protocole. La pratique consiste à suivre celui pour les adultes. Cependant, la poursuite de cette pratique n'est pas souhaitable car comme nous le détaillerons dans ce travail, les particularités des agressions sexuelles sur mineur-e sont nombreuses et complexes.

Violences sexuelles à l'encontre des enfants

La définition d'une agression sexuelle peut varier selon la perspective. Nous proposons la suivante inspirée de celle de l'organisation mondiale de la santé (réf n° 69) : « tout acte ou menace d'acte à caractère sexuel (avec ou sans contact physique) commis sans le consentement exprès de la personne visée, en employant la force, la surprise, la contrainte, la menace implicite ou explicite ou toute forme de pression, ou commis sur une personne

incapable de donner son consentement (en raison de son jeune âge, d'un trouble du développement, d'une relation d'emprise ou de dépendance, de la coercition, de l'influence de stupéfiant ou d'alcool...) ». L'enfant est défini comme un être humain âgé de moins de dix-huit ans. Le terme de violence sexuelle est considéré selon les sources comme un concept plus large englobant par exemple le harcèlement sexuel ou l'exploitation sexuelle. Le but de ce travail étant autre qu'une analyse sémantique, nous avons choisi de ne pas faire de distinction entre les termes de violence et agression sexuelle.

A noter que dans ce travail, nous choisissons volontairement comme certain-es expert-es d'utiliser le terme « agression sexuelle » car le terme « abus sexuel » utilisé couramment nous semble problématique dans son sens premier (Rousselle 2018). En effet, en français, le terme abus signifie selon le dictionnaire Le Robert « l'action d'abuser d'une chose ; usage mauvais, excessif » ou en termes juridiques « le mauvais usage d'un droit, d'une prérogative, d'un privilège ». L'utilisation de ce terme dans le contexte des violences sexuelles envers les enfants engendre d'une part, une certaine minoration de la gravité des faits et de leurs conséquences et d'autre part, une forme de justification « puisque l'abus est généralement compris comme le franchissement d'une limite souvent mal définie ou comme un simple excès et non comme la commission d'un interdit. Abuser c'est aller trop loin, rendre critiquable et blâmable ce qui ne l'était pas sans le dernier excès commis ou la limite franchie. » (Rousselle 2018).

Concernant la prévalence, la plus récente revue systématique de la littérature concerne uniquement les filles, inclut 28 études dans 14 pays avec un total de 30'524 participantes et conclut que globalement 24% (IC 20-27%) d'entre elles ont subi des violences sexuelles pendant l'enfance selon la définition de l'OMS (Qu 2022). Une autre revue systématique conduite en 2013 et incluant 55 études dans 24 pays a montré une prévalence pour les agressions sexuelles sur les filles de moins de 18 ans de 15% (IC 9-24%) et plus spécifiquement de 9% (IC 6-14%) pour les pénétrations orales, vaginales ou anales forcées et respectivement de 8 % (IC 4-16%) et 3% (IC 1-9%) pour les garçons (Barth 2013). Le graphique ci-dessous tiré des statistiques de la gendarmerie française montre que les enfants sont les victimes principales des violences sexuelles intrafamiliales dénoncées, avec une proportion non négligeable de garçons.

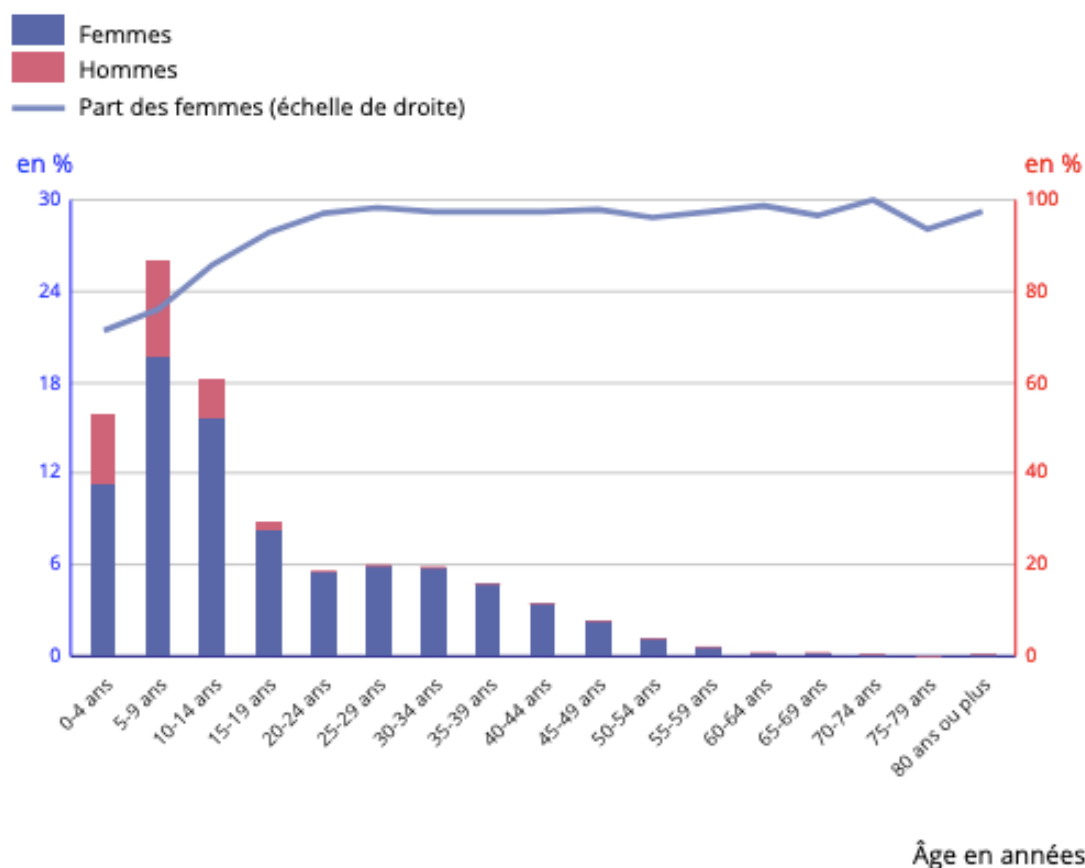


Figure 1 Répartition des victimes de violence sexuelle intrafamiliale par âge et sexe, sur la période 2016-2020, base des victimes de crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie en France (réf. n° 63)

Par ailleurs, plusieurs études ont montré que les adolescent-es avec des troubles du développement ont plus de risque de subir une agression sexuelle que leurs pairs (Crawford 2017). Il est estimé qu'environ 70% des femmes avec des troubles du développement seront agressées sexuellement pendant leur vie.

En Suisse, la dernière enquête date de 2018 et portait sur une population de 7142 personnes âgées entre 24 et 26 ans dont 16% des femmes et 3% des hommes ont déclaré avoir subi une agression sexuelle. L'âge moyen pour la première agression se situait juste en-dessous de 15 ans pour les deux sexes (Barrense-Dias 2020). Une revue systématique de la littérature suisse publiée en 2011 montre une prévalence au cours de la vie (« lifetime prevalence ») d'agression sexuelle avant l'âge de 18 ans entre 13-40% pour les filles et 2-11% pour les garçons, respectivement de 5-37% et 2-22% pour celles avec un contact physique sans pénétration ainsi que 1-6% et 0.8-1.2% pour celles avec pénétration (Schönbucher 2011).

À Genève, en 1996, une étude par questionnaire auprès de 1193 adolescent-es âgé-es de 13 à 17 ans en 9^{ème} année (11^{ème} Harmos actuelle) a mis en évidence une prévalence d'agression sexuelle de 34% chez les filles et de 11% chez les garçons et respectivement de 20% et 3% avec un contact physique, dont 46% avaient subi une première agression avant l'âge de 12 ans. Parmi les adolescent-es qui ont communiqué des informations concernant leur réaction à l'agression : 51% des garçons et 73% des filles avaient parlé de l'agression, dans 44% des cas cela était resté un secret à la demande de l'enfant, 26% considéraient que la révélation n'avait rien apporté et seul-es 27% rapportaient avoir été aidé-es par la divulgation (Halpérin 1996). Plus récemment, en 2020, l'équipe de la Dre M. Yaron aux HUG a publié les données démographiques et cliniques des victimes d'agression sexuelle qui se sont présentées aux HUG entre 2006 et 2014 dont 33 étaient âgées entre 0-12 ans et 289 entre 12-20 ans. Les enfants se présentaient pour des soins médicaux primaires de manière significativement plus tardive que les adolescent-es. Par ailleurs, les agresseur/euses des enfants étaient pour 40% des membres de la famille contre moins de 5% s'agissant des adolescent-es (Rizzo 2020).

A noter que les expert-es s'accordent à dire que ces chiffres sont probablement sous-estimés puisque les victimes restent souvent silencieuses. Plusieurs éléments l'expliquent concernant les enfants. Leur agresseur-se est dans la plupart des cas une personne proche. Elles peuvent alors craindre la perte de cette relation, d'éventuelles représailles, de l'exclusion du cercle familial voire mêmes des conséquences risquées par cette personne (par ex. l'emprisonnement), dont elles sont souvent dépendantes. Les victimes craignent aussi de ne pas être crues. Cette peur étant malheureusement fondée, au vu notamment des conséquences que la révélation a inévitablement sur l'ensemble de la famille. En outre, les enfants définissent la normalité à partir de leurs propres expériences, si bien que, pour les enfants incestés qui n'y ont pas été sensibilisés en dehors de leur cercle familial incestueux, l'inceste n'a pas lieu d'être dévoilé (Dussy 2013).

Les nombreuses conséquences des agressions sexuelles subies durant l'enfance ont été largement étudiées (figure 2). Les muqueuses guérissent vite et souvent sans cicatrices mais les répercussions sur la santé globale et l'atteinte psychique sont conséquentes (Johnson 2004).

Child	Adult
Academic performance poor ²²	Adjustment problems (males) ⁴
Anxiety ^{23,24}	Anxiety ^{36,37}
Behavioural or psychological problems ^{25,26}	Attachment disorder ³⁸
Depression ^{23,24,27}	Binge eating in women ³⁹
Dissociation ²⁸	Bipolar disease ⁴⁰
Distress ^{23,27}	Children who are sexually abused ³⁸ (the abused person's own children may be more likely to be sexually abused, or the abused person may go on to abuse children themselves)
Emotional problems ²⁵	Coerced intercourse ⁴¹
HIV ²⁹	Conversion disorder ⁴²
Homeless, runaway ³⁰	Depression ^{37,43,44}
Hopelessness ²⁴	Dissociation ²⁸
Hostility ²³	Divorce ³⁷
Neuroendocrine dysfunction ³¹	Irritable bowel syndrome ⁴⁵
Obsessive compulsive behaviour ²³	Marital conflict ³⁸
Paranoid ideation ²³	Maternal functioning problems ³⁸
Pregnancy in adolescence (trend) ³²	Medical symptoms ⁴⁶
Psychotic behaviour (psychoticism) ³¹	Panic disorder ⁴⁷
Post-traumatic stress disorder ^{33,34}	Pap smear, less likely to have ⁴⁸
Sexualised behaviour ^{33,34}	Paternity in teen pregnancy ⁴⁹
Somatic problems ²⁶	Paedophilia ⁵⁰
Substance abuse ³⁰	Pelvic pain ⁵¹
Suicide or suicide attempts ³⁵	Premenstrual distress ⁵²
	Prenatal weight gain, inadequate or excessive ⁵³
	Post-traumatic stress disorder ⁴⁴
	Rape reports ^{37,41}
	Sexual abuse offence ⁵⁴
	Sexual dysfunction ³⁸
	Sexually transmitted disease, including HIV ^{55,56}
	Substance abuse ^{57,58}
	Suicide or suicide attempt ^{37,43}
	Urinary retention, chronic ⁵⁹

Figure 2 Liste non exhaustive des conséquences d'une agression sexuelle pendant l'enfance (Johnson 2004)

De manière plus globale, les liens entre les problèmes de santé à l'âge adulte et les expériences traumatiques de l'enfance ou ACE (Adverse Childhood Experiences) ont fait l'objet de nombreuses publications depuis celle de Felitti en 1998 qui grâce à une cohorte de 17'000 adultes a pu mettre en évidence la relation dose-effet entre le nombre d'exposition aux ACE et de nombreuses maladies dont le diabète ou le cancer ainsi que des comportements à risque pour la santé. Sur la base de ces découvertes, son équipe a mis au point un modèle théorique résumé sous forme de pyramide (figure 3).

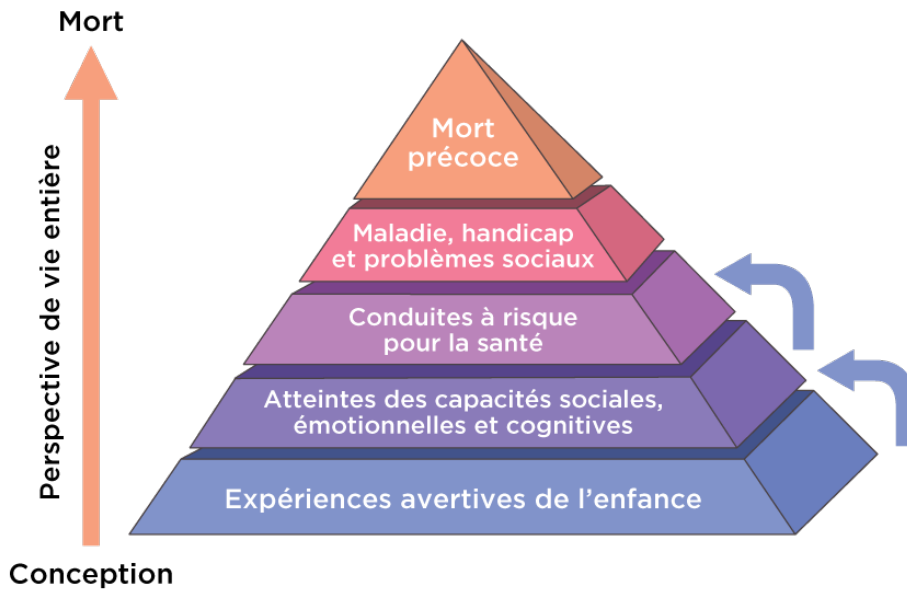


Figure 3 Mécanismes par lesquels les expériences traumatiques de l'enfance influencent la santé et le bien-être au cours de la vie entière (Felitti 1998)

Par la suite, il a été aussi démontré que les ACE provoquaient des perturbations physiologiques directes via des mécanismes épigénétiques, une altération neuronale structurelle et fonctionnelle ainsi qu'une suractivation des systèmes neurobiologiques tels que le système nerveux sympathique ou l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien (Soares 2021).

Une revue parapluie de 2019 concernant les conséquences à long terme des agressions sexuelles dans l'enfance, comprenant 19 méta-analyses incluant 55 études primaires et 4 089 547 participant-es a trouvé une association entre ces agressions et un risque élevé de conséquences à long terme sur le plan psycho-social, psychiatrique et de la santé physique, l'association étant particulièrement forte et de bonne qualité s'agissant de la schizophrénie, du PTSD et de la toxicodépendance.

Amélioration de la qualité des soins aux urgences pédiatriques

En tant qu'urgentistes pédiatres, nous souhaitons prodiguer des soins sûrs et de la meilleure qualité possible à nos patient-es. L'institut de médecine américain a défini six domaines devant être pris en compte pour l'analyse de la qualité des prises en charge médicales (Kohn 2001). Ils sont détaillés ci-dessous avec leurs particularités dans le cadre de

la prise en charge spécifique à notre travail.

- ***Sécurité (safety)***

Garantir la *sécurité* des patient-es consiste à éviter de leur nuire, y compris au travers de prises en charge dont l'intention est de les soigner. L'erreur la plus courante aux urgences pédiatriques est celle de la prescription médicamenteuse (Borland 2015). Dans notre institution, elle est probablement mitigée par un outil informatique d'aide à la prescription sous la forme d'ordres médicaux prédéfinis par intervalle de poids. Dans le domaine des agressions sexuelles, un des enjeux est de ne pas « retraumatiser » la victime par exemple au travers d'un examen physique forcé ou douloureux. De plus, « la recherche de la vérité peut enfermer l'enfant dans une introspection socio-judiciaire et médico-légale où son intimité est disséquée au détriment de ses besoins et au mépris de son identité d'enfant » (Romano 2006).

- ***Efficacité (effectiveness)***

L'*efficacité* dans son sens anglophone consiste à prodiguer des soins optimaux basés sur l'évidence scientifique, ce qui implique aussi d'éviter les interventions non bénéfiques. Concernant la prise en charge des agressions sexuelles, il s'agit notamment d'administrer les différentes prophylaxies contre les maladies sexuellement transmissibles virales et bactériennes ainsi que la grossesse avec les bonnes indications et posologies. Il s'agit également d'effectuer un examen médico-légal comprenant une récolte de preuves qui suit les dernières recommandations scientifiques.

- ***Centré sur la-e patient-e (patient-centered)***

L'approche *patient-centered* consiste à prodiguer des soins qui sont respectueux et à l'écoute des préférences des patient-es, de leurs besoins et valeurs. Dans le contexte pédiatrique, il s'agit de manière plus large d'une approche centrée sur la famille, puisque le bien-être de l'enfant est directement lié à ses adultes référent-es. Dans les situations d'agression sexuelle intra-familiale, il faut toutefois s'assurer que ces derniers-ères sont protecteur-rices et surtout pas agresseurs-ses.

- ***Respect des délais (timeliness)***

Le *respect des délais* recouvre une diversité d'éléments relevant de l'organisation

systemique, notamment les délais dans lesquels ont lieu : l'évaluation par un-e médecin, les examens complémentaires, la prise en charge des lésions et la sortie du service des urgences. Concernant la prise en charge des agressions sexuelles, il est recommandé dans la littérature d'effectuer les prélèvements médico-légaux en urgence lorsque l'agression date de moins de 72 heures.

- ***Efficience (efficiency)***

L'*efficience* implique d'éviter le gaspillage d'équipement, de fournitures, d'idées et d'énergie et donc de viser la meilleure allocation des ressources possibles. Elle peut notamment être améliorée en réduisant le nombre d'actions effectuées plusieurs fois pour les mêmes patient-es.

- ***Équité (equity)***

L'*équité* consiste à garantir une prise en charge identique quelles que soient les caractéristiques personnelles comme le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, l'ethnicité, la langue, le type d'assurance ou le statut socio-économique. Comme les agressions sexuelles notamment intrafamiliales touchent toutes les classes sociales, des biais de détection et de prise en charge ont été identifiés par exemple dans les cas où les révélations ont lieu dans des milieux socio-économiques privilégiés (Romano 2023).

Prise en charge des victimes d'agression sexuelle aux urgences pédiatriques

Malgré la haute prévalence de cette problématique et le rôle important de l'équipe professionnelle des urgences dans ce contexte, il existe peu de données concernant la fréquence des consultations aux urgences pédiatriques pour agression sexuelle. Des données nationales américaines publiées en 2016 démontrent une augmentation de l'incidence des consultations aux urgences pour agression sexuelle pour les moins de 18 ans de 6.9 à 12/100'000 entre 2010 et 2016 (5138 à 8818 en nombre absolu par année) dont 85% sont des filles et 45% des adolescent-es âgé-es entre 12 et 17 ans (Helton 2020). En comparaison aux victimes adultes se présentant aux urgences, les adolescent-es victimes d'agression sexuelle ont plus souvent consommé de l'alcool ou d'autres toxiques, consultent plus tardivement et

ont moins fréquemment des lésions en dehors de la zone ano-génitale. De plus, les garçons signalent moins fréquemment une agression que les filles.

La prise en charge aux urgences comprend de nombreux aspects tant médicaux, psychiatriques, sociaux que médico-légaux. De plus, au vu de la haute prévalence de victimes pédiatriques, ce service apparaît comme un lieu potentiel de dépistage.

Sur le plan médical, il y a lieu de constater les éventuelles lésions aiguës – rarement avec un risque vital en cas de saignement actif par exemple – et de les prendre en charge, de dépister les maladies infectieuses sexuellement transmissibles, d’administrer les prophylaxies antibactériennes et virales ainsi que de dépister et prévenir une possible grossesse. Dans une étude de compliance dans 11 départements d’urgence dans l’état américain de Rhode Island, il a été démontré que le taux de suivi des guidelines de l’AAP pour la prise en charge des victimes adolescentes pour ce qui est des analyses (test de grossesse, dépistage du T. Pallidum, de la N. Gonorrhoeae et de la C. Trachomatis) ainsi que de la prophylaxie (N. Gonorrhoeae, C. Trachomatis, VIH et grossesse) est bas, particulièrement pour les garçons – 0% contre 12% pour les filles (Merchant 2008).

Sur le plan de la santé psychique, il est important d’évaluer l’indication à un examen pédopsychiatrique en urgence notamment pour ce qui est du risque suicidaire immédiat. Au vu des répercussions connues, il faut s’assurer qu’un suivi psychothérapeutique spécialisé à moyen-long terme pourra être instauré par les adultes référent-es ou d’autres professionnel-les qui prendront le relai de la prise en charge aigue.

Sur le plan social, le rôle des pédiatres est d’assurer la sécurité physique et psychologique de la victime et d’évaluer si un retour à domicile est possible. A Genève, la loi d’application du code civil suisse prévoit que tout-e professionnel-le en relation avec des mineur-es qui a la connaissance d’une situation d’un-e mineur-e dont le développement est menacé, doit la signaler au service de protection des mineurs (SPMI) (LaCC, article 34). Les obligations relatives à la levée du secret professionnel par l’instance compétente demeurant réservées, les médecins doivent être déliés du secret professionnel par l’enfant capable de discernement, ses représentant-es légaux-les en cas d’incapacité de discernement ou, en dernier recours, par la Commission du secret professionnel. Pour les situations dans lesquelles il existe un risque immédiat pour l’enfant ou en l’absence de collaboration parentale, un

signalement au Tribunal de Protection de l'Adulte et de l'Enfant (TPAE) peut être réalisé sans levée du secret professionnel préalable.

Sur le plan médico-légal, il est primordial de récolter les évidences forensiques. Il est reconnu qu'un constat médico-légal devrait être fait de manière urgente si l'agression a eu lieu dans les 72 heures, s'il y a des douleurs ou des saignements génitaux et/ou anaux ou s'il y a des lésions évidentes (Adams 2007). Dans les autres situations, l'examen spécialisé peut être différé.

Les urgences pédiatriques sont fréquemment la porte d'entrée dans le système de santé pour les victimes d'agression sexuelle. Or, cet environnement chaotique et stressant n'est pas idéal pour établir des bonnes bases relationnelles entre les victimes et les professionnel·les. En effet, la qualité des interactions initiales influence grandement la manière dont les victimes et leur famille perçoivent les équipes médicales, sociales et juridiques dans la suite de leur parcours (aidantes et dignes de confiance vs inutiles et jugeantes) (Glick 2004). L'accompagnement de l'enfant victime d'agression sexuelle exige donc des connaissances et des compétences vastes et un travail multidisciplinaire. Aux États-Unis, cette prise en charge est coordonnée par des infirmier·ères formé·es spécifiquement à la prise en charge des agressions sexuelles (SANE-P). Cette formation professionnelle n'existant actuellement pas en Suisse, le développement d'un protocole conjoint interservices permettra une meilleure coordination des équipes tant sur le plan de la communication que des aspects pratiques ainsi qu'une formation régulière du personnel médico-soignant.

Les obstacles à la prise en charge sont nombreux, notamment la lourdeur administrative, l'inconfort des professionnel·les face à ces situations et leur crainte d'être impliqué·es dans une procédure judiciaire. La prise en charge des agressions sexuelles aux urgences pédiatriques a été reconnue comme un facteur de stress majeur pour les équipes (Crilly 2019). Dans une étude vaudoise concernant la détection et la prise en charge des cas de maltraitance infantile dans quatre services d'urgence (Knusel 2019), il est proposé de distinguer le sentiment d'incertitude qui est omniprésent et inévitable dans ce type de situation et le sentiment d'impuissance. Ce dernier peut être atténué par la mise à disposition de protocoles clairs.

Enjeux autour de l'anamnèse

Des enjeux cruciaux de la prise en charge se matérialisent autour de l'anamnèse. En effet, l'équipe professionnelle des urgences doit d'une part obtenir des informations précises pour pouvoir évaluer les risques médicaux, sociaux et psychologiques liés à une éventuelle agression sexuelle et d'autre part ne pas précéder la procédure judiciaire. À partir de travaux scientifiques évaluant les critères de fiabilité de la parole de l'enfant, un protocole structuré d'audition policière a été développé – le National Institute of Child Health and Human Development-Revised (NICHD-R) (Cyr 2023). Par la suite, de nombreuses études empiriques effectuées dans plusieurs pays et totalisant plus de 40'000 auditions ont démontré que son utilisation améliore la qualité des auditions. Ce protocole peut être utilisé dès l'âge de 4 ans. D'une part, il donne des instructions pour créer un environnement soutenant et libre de toute distraction. D'autre part, il apporte des outils pour construire une « relation de travail » avec l'enfant comprenant des règles de communication claires et l'obtention d'une confiance permettant de discuter d'événements intimes et potentiellement embarrassants. Selon ce protocole, avant d'aborder directement les événements ayant conduit à la procédure, l'interview doit se concentrer sur une autre situation vécue. Cela permet d'entraîner l'enfant à donner un récit détaillé et complet ainsi que de prendre la mesure de ses capacités développementales pour cela. Le protocole NICHD-R est utilisé par la police genevoise dans ce qu'elle appelle les auditions « Enfants Victimes d'Infractions Graves » (EVIG). Ces dernières sont réalisées dans le but d'obtenir un récit le plus fiable possible ainsi que d'éviter le retraumatisme ou la culpabilisation de l'enfant. En raison du nombre limité de preuves matérielles souvent disponibles, elles peuvent être d'une importance cruciale pour la suite de la procédure judiciaire.

Concernant l'anamnèse aux urgences, ce qui a donc été notamment démontré est la grande suggestibilité des enfants, qui est proportionnellement inverse à l'âge. De plus, l'enfant peut interpréter la répétition des questions comme le fait qu'elle/il ne réponde pas correctement ce qui peut la/le conduire à modifier sa réponse ultérieurement. Avant une audition par la police, il est donc primordial que l'enfant soit interrogé-e le moins possible et avec le minimum de questions qui doivent par ailleurs restées ouvertes. Ceci va à l'encontre de nos pratiques médicales et hospitalières ordinaires. En effet, particulièrement aux urgences, on recourt à de nombreuses questions fermées afin d'optimiser la rapidité de la prise en charge et de nombreuses/eux intervenant-es sont impliqué-es qui reposent à plusieurs reprises

les mêmes questions.

Les défis pour l'enfant sont nombreux notamment :

- elle/il doit apprendre à faire confiance à un-e inconnu-e et lui révéler quelque chose qui lui a fait peur, la/le rend inconfortable, duquel elle/il se sent responsable voire coupable
- elle/il doit expliquer quelque chose qu'elle/il ne saisit pas
- elle/il peut craindre de trahir un lien d'attachement avec un-e parent-e ou un-e membre de la famille avec la crainte de représailles, d'être puni-e ou des conséquences pour soi ou les autres (Cyr 2023)
- elle/il doit souvent faire face à de la pression de la part de ses proches et à des menaces de telles représailles.

Une étude de 2015 relatant le récit de 37 victimes âgées entre 6 et 14 ans aux urgences montre qu'elles/ils parlaient de souffrance physique et psychique de manière implicite et explicite. Elles/ils se sentaient menacé-es par des actes sexuels pénétrants qui étaient douloureux. Les sentiments comme la peur, la culpabilité ou la timidité étaient exprimés de manière implicite, par exemple en ne regardant pas la/e soignant-e dans les yeux, ou explicite, par exemple en expliquant penser aux causes de l'agression ou vouloir effacer la preuve de celle-ci en s'essuyant. (Hassan 2015).

Fausse croyance dans la population non professionnelle

Afin de mieux comprendre le contexte socio-familial des victimes, il nous semble utile de rappeler certains mythes qui circulent dans la population non professionnelle au sujet des agressions sexuelles envers les enfants. Une revue systématique de la littérature publiée en 2022 nous montre plusieurs éléments (Glina 2022). Premièrement, la victime est encore fréquemment accusée, avec une variabilité selon les cultures. Deuxièmement, on constate un déni des agressions, particulièrement si l'agresseuse est une femme et la victime un enfant. Troisièmement, il est intéressant de noter que les femmes ont tendance à reconnaître l'agression comme plus sérieuse que les hommes. Quatrièmement, on reconnaît plus facilement les enfants prépubères comme des victimes crédibles que les adolescent-es.

Revue de littérature

Afin d'étayer notre propos et développer un protocole basé sur les dernières évidences en matière de qualité des soins, nous avons choisi d'effectuer une revue narrative de la littérature concernant des mesures d'amélioration de la qualité de la prise en charge des victimes d'agressions sexuelles dans les services d'urgences pédiatriques. Nous avons choisi d'effectuer une revue narrative de la littérature selon la méthode de l'IMRAD (introduction-méthode-résultats-discussion) en raison de la complexité de notre sujet, qui exclut une revue systématique (Saracci 2019). Le but est de détailler et analyser les mesures qui ont déjà été étudiées.

Méthode

Nous avons effectué nos investigations sur les moteurs de recherche Pubmed.gov et Embase. Nous avons choisi la période 2003-2023. Nos critères d'inclusion étaient : tout type d'étude comportant une intervention visant à améliorer la qualité de la prise en charge des victimes pédiatriques d'agression sexuelle aux urgences. Les critères d'exclusion étaient : l'absence d'intervention visant à améliorer la qualité de prise en charge ou l'absence d'une population pédiatrique étudiée ou l'absence de lien avec le service des urgences. Avec l'aide d'une spécialiste en recherche documentaire, nous avons construit des équations structurées pour les deux bases de données (cf annexe 1). De plus, nous avons vérifié la qualité de nos équations à partir d'articles d'intérêt (gold set). La bibliographie des articles retenus a été revue pour détecter d'autres publications pertinentes ce qui a permis d'identifier un article supplémentaire (Tener 2012).

Résultats

Ci-dessous figure le tableau de type PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) qui présente nos résultats. Les 21 articles exclus après lecture de l'abstract ne correspondaient pas à nos critères d'inclusion. L'article non récupéré (« not retrieved ») a été exclu car il était incomplet (Tang 2016). Dix articles ont été exclus après lecture complète car ils ne contenaient pas de mesures de qualité pour 9 d'entre eux et pour l'un car il ne comportait pas de lien avec les urgences. A noter que deux études

(Tener 2016 et Tener 2012) n'ont pas lieu directement dans un service d'urgence mais dans un service spécialisé pour l'examen médico-légal des victimes pédiatriques d'agression sexuelle en Israël, mais comme ceci est dû à des différences organisationnelles structurelles entre les pays et que cet examen correspond à celui effectué dans la plupart des services d'urgence notamment en Suisse, il est justifié de les inclure dans notre analyse. Un article retenu supplémentaire qui était sorti dans notre revue de littérature large préliminaire n'est pas détecté avec nos équations car la mesure d'amélioration de la qualité n'apparaît pas dans son abstract (Bravo-Queipo-De-Llano 2022).

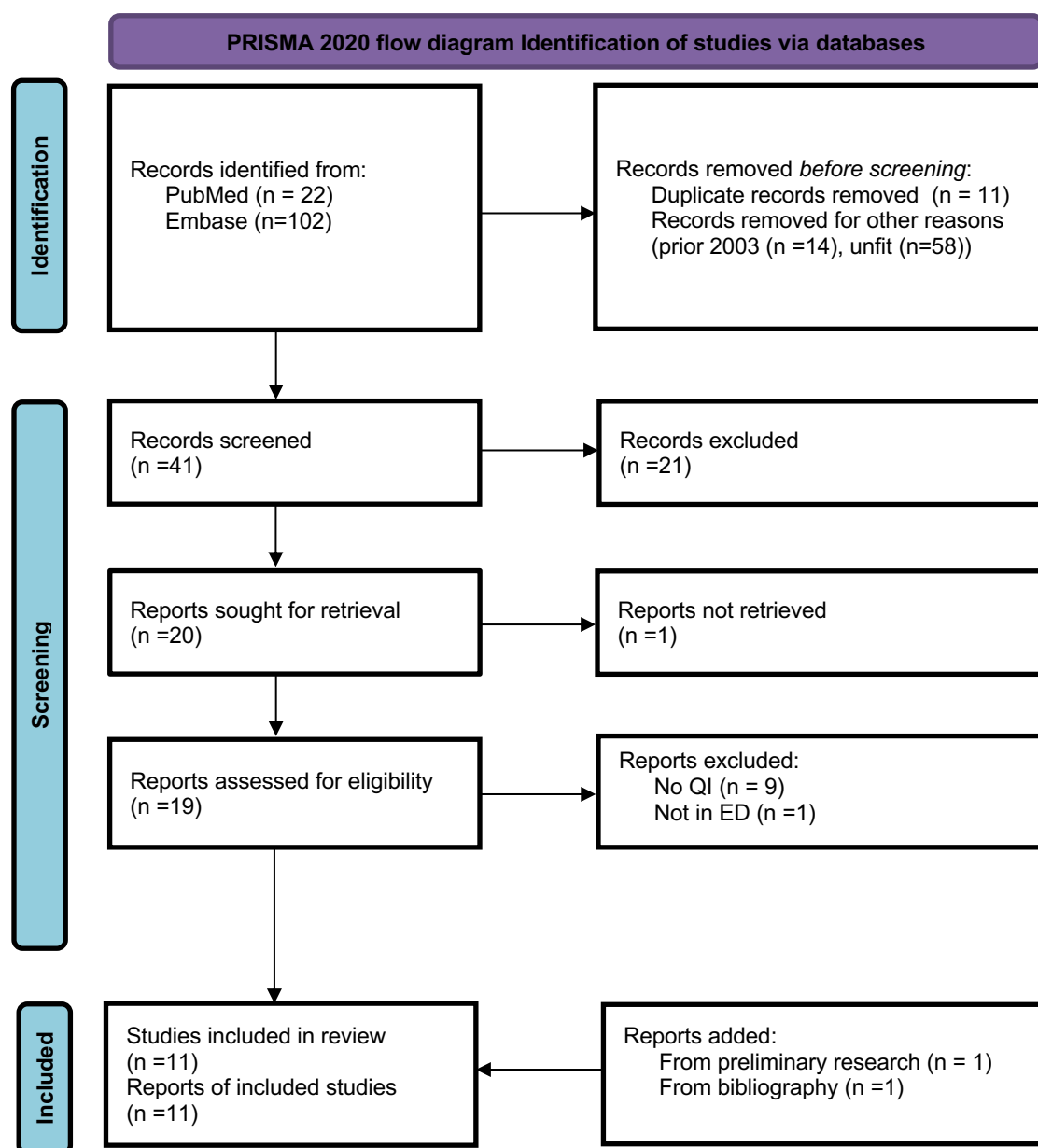


Figure 4 Flowchart selon PRISMA (Page 2021)

Afin d'en simplifier la lecture, les caractéristiques des 11 études retenues ont été résumées dans le tableau qui suit par ordre chronologique de la plus récente à la plus ancienne :

Référence	Interventions	Type d'étude et résultats	Objectifs spécifiques	Domaine de qualité
Bravo-Queipo-De-Llano 2022	Changement du protocole institutionnel	Étude rétrospective monocentrique qui montre une augmentation statistiquement significative dans le taux de détection microbiologique et le taux de suivi ambulatoire	Description des caractéristiques cliniques et de la prise en charge sur une période de 9 ans	Effective, patient-centered
Arias Constanti 2021	Implémentation d'une checklist	Étude observationnelle descriptive monocentrique qui montre une diminution significative des incidents de sécurité concernant les données anamnestiques, la documentation du status, du dépistage des IST et du suivi	Diminution des incidents définis comme une inobservation des recommandations internationales pour : les données anamnestiques, la documentation du status, le dépistage des IST, la prophylaxie et le suivi par une équipe spécialisée	Effective, safe
Mathey 2020	Développement d'un itinéraire clinique avec des rôles clairement définis, formation du staff, optimisation du dossier informatique	Utilisation par une équipe multidisciplinaire d'un centre tertiaire d'une méthodologie d'amélioration de la qualité pour une analyse de la situation actuelle, la conception de l'itinéraire clinique souhaité et la priorisation des interventions	Amélioration de la communication, de l'uniformité et de la continuité des soins	Effective, patient-centered
Jordan 2019	Formation interdisciplinaire de 3.5 heures des équipes infirmière, sociale, pédopsychiatrique	Étude à design mixte monocentrique qui montre une augmentation statistiquement significative des connaissances, de la confiance en soi et de l'efficacité personnelle	Amélioration des connaissances, de l'efficacité personnelle et de la confiance en soi	Effective, patient-centered
Hoehn 2018	Développement d'un algorithme de prise en charge basé sur l'évidence, formation, orderset électronique	Utilisation d'une méthodologie d'amélioration de la qualité dans un centre tertiaire qui montre une augmentation statistiquement significative de l'adhérence aux guidelines de 58% à 87%	Adhérence aux guidelines de la CDC et de l'AAP pour la récolte d'évidence, le dépistage et le traitement des IST y compris le VIH ainsi que pour la contraception d'urgence	Effective
Schilling 2017	Formation, itinéraire clinique avec appel	Étude monocentrique avec utilisation d'une méthodologie d'amélioration	Augmentation du pourcentage de patient-es qui reçoivent une PPE	Effective

	standardisé à 2-3 jours, orderset informatique	de la qualité qui a permis une augmentation de 40 à 84% du taux de PPE adéquate	VIH adéquate	
Tener 2016	Intervention d'un clown médical pendant l'examen gynécologique	Étude qualitative monocentrique qui suggère un changement positif de la perception de l'hôpital par l'enfant, de son expérience de l'examen gynécologique et de son propre récit de vie	Amélioration subjective de l'expérience pour l'enfant et sa/son accompagnant-e	Safe, patient-centered
Goyal 2013	Implémentation d'un programme spécifique comprenant une équipe spécialisée (SART)	Étude rétrospective transversale monocentrique qui montre un haut taux d'adhérence aux guidelines de dépistage, traitement et qualité du constat médico-légal	Pas d'objectifs spécifiques car étude purement descriptive	Effective, équitable
Tener 2012	Intervention d'un clown médical pendant l'examen gynécologique	Étude quasi-expérimentale monocentrique avec groupe contrôle montrant une diminution statistiquement significative du niveau de peur et de douleur	Amélioration du confort psychologique durant l'examen gynécologique	Safe, patient-centered
Hornor 2012	Implémentation d'un programme SANE-P	Étude rétrospective monocentrique avec mesures pré et post implémentation qui montre une augmentation statistiquement significative du taux d'identification et de documentation des lésions ano-génitales, de tests de grossesse et du dépistage pour N. Gonorrhoeae et C. Trachomatis	Taux d'identification et de documentation de lésions ano-génitales, de test de grossesse, de dépistage pour N. Gonorrhoeae et C. Trachomatis, de preuves médico-légales, de détection d'ADN de l'agresseur/se et d'inculpation judiciaire	Effective
Bechtel 2008	Participation d'un-e SANE dans la prise en charge	Étude rétrospective monocentrique avec groupe contrôle qui montre une augmentation statistiquement significative de la documentation du status génital, du testing des IST, de la contraception d'urgence et de l'organisation du suivi psychologique	Amélioration de la prise en charge en termes de documentation, de précision du status, de dépistage et de prophylaxie pour les IST/grossesse ainsi que de l'organisation du suivi psychologique	Effective, patient-centered

Tableau 1 Caractéristiques des études retenues

Le type des études est très variable avec 4 études rétrospectives, 4 descriptives de l'utilisation de méthodologies d'amélioration de la qualité, 1 descriptive avec des cas contrôle, 1 à design mixte et 1 qualitative. La majorité des interventions concernent le domaine de l'efficacité (9/11). Le deuxième domaine est celui des « soins centrés sur la ou le patient-e » (6/11) puis de la sécurité (3/11) et de l'équité (1/11). Nous n'avons pas trouvé d'étude concernant le respect des délais ni l'efficience.

Les mesures principales d'amélioration de la qualité concernent la formation d'une équipe infirmière spécialisée pour l'examen médico-légal des victimes d'agression sexuelle (SANE+/-P¹) (Goyal 2013, Hornor 2012, Bechtel 2008), la création et l'implémentation de protocoles institutionnels locaux en équipe multidisciplinaire (Bravo-Queipo-de-Llano 2022, Mathey 2020, Hoehn 2018, Goyal 2013) comprenant des outils d'aide à la prise en charge médicale tels que des « checklists » (Arias Constanti 2021) ou des « ordersets » informatiques (Schilling 2017) ainsi que la formation des équipes intervenantes (Mathey 2020, Jordan 2019, Hoehn 2018, Schilling 2017). Ces mesures ont permis d'améliorer les taux de dépistage et de traitement des IST correspondants aux recommandations internationales, de dépistage et de prévention des grossesses non désirées, de détection des lésions au status clinique, de documentation adéquate de l'anamnèse et du status clinique, de récolte des éléments de preuves médico-légales ainsi que de suivi ambulatoire infectiologique, gynécologique, pédopsychiatrique et médico-social.

Ainsi, Mathey et al ont utilisé une approche d'amélioration de la qualité transversale qui a permis de mettre en évidence l'importance de la communication et de la coordination entre les différent-es professionnel-les en définissant clairement les rôles et les responsabilités de chacun-e, ainsi que l'utilité d'un itinéraire clinique pour assurer une uniformité de prise en charge. Par ailleurs, cette approche les a conduit-es à former l'équipe des urgences et à optimiser le dossier médical informatique. Elles/ils ont instauré un « huddle » (réunion en petit comité) lors de chaque situation clinique comprenant l'ensemble des intervenant-es afin de partager les informations et définir de manière coordonnée la suite de la prise en charge. Ceci permet notamment de diminuer le nombre de questions répétitives posées aux victimes et à leur entourage. De plus, l'équipe sociale est contactée dès le tri pour pouvoir répondre aux besoins de la victime le plus rapidement possible.

¹ La formation spécifique pédiatrique existe depuis 2007 aux États-Unis. Ainsi, Bechtel et al ont étudié l'impact des SANE sur les prises en charge entre 2004 et 2006.

Concernant l'importance de former des équipes spécialisées, Bechtel et al démontrent que la présence de personnel qualifié pour la prise en charge des victimes d'agression sexuelle améliore la prise en charge d'une manière statistiquement significative dans leur cohorte en ce qui concerne le status gynécologique et sa documentation, le dépistage des maladies sexuellement transmissibles, la contraception d'urgence et l'organisation du suivi médico-psycho-social.

À l'aide d'une approche plus expérimentale et centrée sur l'expérience de la victime et de son entourage, Tener et al ont mené deux études différentes permettant d'étudier l'impact de l'intervention d'un-e clown médical-e lors de l'examen gynécologique médico-légal. En 2016, elles/ils ont pu démontrer que cela permet d'offrir une expérience positive de la prise en charge aux victimes et de transformer leur perspective sur leur histoire de vie en développant des outils pratiques et un narratif utiles à la résilience. L'intervention d'un-e clown permet aux enfants de voir l'hôpital comme un lieu qui renforce leur autonomie (empowerement). En 2012, elles/ils avaient déjà démontré que cela permettait de diminuer le niveau de douleur et d'anxiété. De plus, les professionnel-les impliqué-es ont aussi rapporté que l'intervention du clown était bénéfique pour le bien-être psychologique de l'enfant et de sa/son parent-e et même pour leur propre bien-être. Sur le plan de la sécurité, cette étude montre que la présence de la/du clown permet à l'enfant de différencier l'agression de l'examen médical, ce qui pourrait permettre de diminuer le risque d'une re-traumatisation. Concernant le domaine des « soins centrés sur la/le patient-e et sa famille », elles/ils suggèrent que cela pourrait également améliorer le soutien émotionnel des parent-es. En effet, ces dernier-ères sont sujettes à développer des symptômes de traumatisme secondaire et le fait de voir leur enfant interagir avec la/le clown dans un jeu sain et humoristique pourrait rétablir leur confiance dans les capacités de leur enfant à rester un enfant et à surmonter le traumatisme. L'intervention clownesque est également une invitation pour l'enfant et ses proches à utiliser l'humour comme outil de résilience.

Discussion

Discussion de la revue narrative

La conclusion principale de notre revue de littérature est qu'une approche interprofessionnelle collaborative et structurée comprenant la formation des intervenant-es et la mise en place de protocoles locaux est essentielle pour développer la qualité et la sécurité de la prise en charge aux urgences des enfants se présentant pour une suspicion d'agression sexuelle. Les protocoles devraient comprendre une aide aux décisions cliniques clés ainsi que les différentes molécules de chimioprophylaxie des germes causant les maladies sexuellement transmissibles telles que le VIH, le T. Pallidum, la N. Gonorrhoeae et la C. Trachomatis. Idéalement, la prescription médicamenteuse devrait être disponible sous la forme d'ordres informatisés comprenant la posologie adaptée au poids et à l'âge de la/du patient-e ainsi que la durée des traitements (Schilling 2017).

Sur le plan de l'amélioration de la qualité, il est intéressant de noter que la majorité des interventions concernent le domaine de l'efficacité ce qui correspond à la tendance décrite pour les mesures de performance actuellement utilisées dans les services d'urgences pédiatriques (Ku 2018). Par ailleurs, Alessandrini et al ont démontré en 2011 que cela correspondait à 50% des mesures de performance répertoriées à large échelle. Au vu des répercussions importantes à long terme sur la santé somatique et psychique du traumatisme de l'agression sexuelle, détaillées notamment dans notre introduction, il nous semblerait important de développer davantage les domaines de la sécurité et des soins centrés sur le/la patient-e. Cela permettrait d'une part de diminuer les risques de retraumatisation et d'autre part de favoriser l'entrée dans un chemin de résilience.

Concernant les limites de notre revue de littérature, nous avons retrouvé uniquement des études de faible qualité comprenant peu de données probantes, étant donné qu'elles sont plutôt descriptives, rétrospectives et monocentriques. Une autre limite est que ce sont toutes des études étrangères, principalement américaines (hormis deux israéliennes et une espagnole), alors que la prise en charge des agressions sexuelles comprend un volet médico-légal important et varie donc en fonction des organisations sociales et juridiques locales. De plus, l'organisation du système médical diffère dans chaque pays. Par exemple, dans les centres tertiaires américains, une grande partie de la prise en charge aux urgences s'effectue

par des équipes professionnelles non-médecins soit infirmières et sociales, ce qui n'est pas le cas en Suisse. Par ailleurs, il y existe une formation infirmière spécialisée pour l'examen médico-légal des victimes pédiatriques d'agression sexuelle (SANE-P) qui n'existe pas dans notre pays.

La prise en charge aux urgences des victimes pédiatriques d'agression sexuelle est donc une problématique complexe, transversale et multidisciplinaire, raison pour laquelle nous devons nous appuyer sur une littérature scientifique plus large que strictement médicale. Pour cela, il nous semble utile d'aborder la littérature du « trauma informed care » (soins tenant compte des traumatismes) dont nous souhaitons détailler le contenu pertinent ci-dessous (Forkey 2021).

Soins tenant compte des traumatismes (trauma informed care)

La notion de soins tenant compte des traumatismes (TIC) a émergé afin de traduire les découvertes récentes en traumatologie en concepts applicables aux prises en charge médicales. Ces découvertes sont issues de recherches dans des champs d'étude variés tels que la génétique, les neurosciences, l'épidémiologie, les sciences sociales, la psychologie, la psychiatrie et l'éducation. De manière plus concrète, l'idée est de donner des outils pour mieux identifier, reconnaître et répondre aux traumatismes d'une manière qui aide les patients et leurs proches à en guérir. La notion de traumatisme se définit comme « un événement, une série d'événements ou un ensemble de circonstances qu'une personne expérimente comme nocifs physiquement ou émotionnellement et qui peuvent avoir des effets délétères à long terme sur son fonctionnement et son bien-être mental, physique et émotionnel ; peuvent se produire en dehors des relations proches (care-giving) ou dans le contexte de ces relations ou dans le contexte de relations extérieures à la famille » (Forkey 2021). Ces situations sont donc nombreuses dans le cadre des urgences pédiatriques (par exemple les fractures, les accidents de la voie publique, les morsures d'animal, la maltraitance, les symptômes psychosomatiques dans le contexte d'harcèlement scolaire...). Un des éléments importants est d'offrir des conditions favorisant la résilience qui est définie comme un processus dynamique d'adaptation positive aux épreuves ou de développement positif malgré ces dernières. Les facteurs soutenant la résilience chez l'enfant ont été résumés sous le mnémonique THREADS.

T	Thinking and learning brain, with opportunity for continued growth; cognitive development
H	Hope, optimism, faith, belief in a future for oneself
R	Regulation (self-regulation, self-control of emotions, behaviors, attention, and impulses)
E	Efficacy (self-efficacy) or sense that one can impact their environment or outcomes
A	Attachment, secure attachment relationship with safe, stable, and nurturing caregiver or competent caregiver
D	Development, mastery of age-salient developmental tasks
S	Social context, or the larger network of healthy relationships in which one lives and learns

Tableau 2 Mécanismes adaptatifs de résilience (Forkey 2021)

Dans le contexte spécifique des agressions sexuelles, une revue de la littérature a démontré que des facteurs importants étaient l’externalisation de la culpabilité de la victime et le soutien des proches (Domhardt 2015). Nous pouvons avoir un impact sur ces facteurs lors de la prise en charge initiale notamment par nos paroles et en mobilisant l’entourage de la victime.

En d’autres termes, un changement de paradigme est proposé au corps médico-soignant, qui consiste à passer dans l’anamnèse de base du « Qu’est-ce qui ne va pas ? » au « Qu’est-ce qui t’est arrivé ? » puis au « Quelles sont tes forces ? » ainsi que d’un rôle de « je dois te réparer » à un rôle de « je dois te comprendre » (Forkey 2021).

Pour intégrer ces concepts à la prise en charge des situations à risque vital aux urgences pédiatriques, un protocole « D-E-F » a été proposé pour faire suite à l’évaluation et la prise en charge primaire « A-B-C » (réf. n° 15) :

- A : Airways (voies aériennes)
- B : Breathing (respiration)
- C : Circulation (hémodynamique)
- D : Distress (douleur et détresse psychologique)
- E : Emotional support (optimisation du soutien affectif)
- F : Family (détresse de l’entourage proche y compris de la fratrie)

Lors de réanimations pédiatriques, l’acronyme « A-B-C » organise les premières étapes cruciales pour restaurer les fonctions vitales. L’équipe médico-soignante est experte pour traiter les maladies et les blessures accidentelles et ainsi sauver des vies mais peut se sentir

moins qualifiée pour prendre en charge les répercussions psychologiques et émotionnelles de ces situations.

Les urgences pédiatriques sont un lieu où les symptômes d'un traumatisme peuvent être identifiés et donc leur origine potentiellement abordée pour la première fois. Les premiers jalons pour favoriser la résilience et entrer dans un processus de soin positif comprenant une relation de confiance avec les professionnel-les y sont posés. D'autant plus que les enfants victimes d'agression sexuelle ont souvent été confronté-es à des adultes défaillant-es. Or, les urgences sont un environnement souvent chaotique, où le temps ainsi que la charge cognitive et émotionnelle des soignant-es sont des facteurs limitants. Il est donc important que ces connaissances soient traduites en outils pratiques et applicables. De plus, cela demande de la part des professionnel-les une expérience de terrain pour pouvoir identifier des indices de séquelles d'un traumatisme. Un exemple pertinent est celui d'une étudiante en médecine qui raconte son expérience d'un cours pratique pendant la pandémie de Covid-19 où elle avait des entretiens réguliers par vidéo avec une fille placée en famille d'accueil. Au fur et à mesure de ces échanges, elle a compris que le manque d'hygiène des cheveux de son interlocutrice - qu'elle avait attribué initialement au confinement- était en fait la manifestation de son manque d'estime d'elle-même en tant que symptôme d'un syndrome de stress post-traumatique (Kumar 2022).

Un dernier aspect pertinent de l'approche TIC est qu'elle inclut une attention particulière au stress traumatique secondaire, c'est-à-dire à l'impact d'un traumatisme pédiatrique sur les témoins que ce soit un-e proche ou un-e membre de l'équipe médico-soignante. Pour les soignant-es, la surcharge émotionnelle que cela engendre peut avoir des conséquences sur le fonctionnement professionnel mais également sur la qualité de vie. Les symptômes possibles ressemblent à ceux du PTSD (hypervigilance, désespoir, trouble du sommeil, fatigue chronique...). Il existe une corrélation probable entre le taux de burn-out et de dépression élevé parmi le corps médical et le risque de développer des symptômes de stress traumatique secondaire ainsi qu'entre ces trois facteurs et une augmentation du taux d'erreur médicale (Duffee 2021).

Nouveau protocole (cf annexe 2)

Notre revue de littérature a donc montré que pour améliorer la prise en charge des victimes pédiatriques d'agression sexuelle dans notre service d'urgence, il fallait développer et implémenter un protocole institutionnel. Nous avons pu participer à la rédaction d'un tel protocole avec l'équipe de médecine légale en collaboration avec l'équipe de gynécologie, du groupe de protection de l'enfance, d'infectiologie pédiatrique et de chirurgie pédiatrique.

Nous avons décidé d'appliquer les principes de la méthodologie « lean » (Migita 2018) :

- Partir du point de vue de la/du patient-e
- Développer le protocole avec les intervenant-es en première ligne en définissant clairement les rôles de chacun-e
- Définir un parcours clinique institutionnel
- Identifier et éliminer le « gaspillage » (waste)
- Développer un système qui fonctionne naturellement et révèle des opportunités d'amélioration

Afin d'améliorer l'efficacité (diminuer le « gaspillage »), nous avons travaillé en équipe pour diminuer le nombre d'interventions redondantes, notamment en définissant les tâches précises à effectuer par chaque intervenant-es. De plus, nous avons pu éliminer des actions inutiles qui étaient parfois effectuées dans ce type de présentation clinique telles que l'anesthésie générale pour un examen clinique invasif sans indication ou l'implication de spécialistes comme les gastro-entérologues pédiatres.

L'élaboration du protocole a permis de se rencontrer entre différents corps de métier, de mieux définir les rôles et de développer un itinéraire clinique institutionnel notamment pour le suivi en ambulatoire. Des interlocuteur/rices de référence ont été identifié-es qui pourront reconnaître et développer les axes d'amélioration. Le protocole sera aussi un outil de formation puisqu'il sera présenté aux équipes médico-infirmières des urgences pédiatriques de manière régulière lors des colloques hebdomadaires. En effet, il a été démontré que des modules d'éducation brefs d'une trentaine de minutes permettent d'améliorer efficacement les connaissances du staff médical des urgences concernant la reconnaissance clinique et la prise en charge des agressions sexuelles pédiatriques (Kiebel 2015). Le dossier médical avait déjà été optimisé conjointement par les équipes de gynécologie et de médecine légale qui ont créé

un formulaire unique pour les patientes adultes. La version du protocole et du formulaire médical pour les personnes de sexe masculin adultes est en cours de développement par l'équipe de médecine légale en partenariat avec celle de chirurgie adulte. Les deux formulaires seront adaptés aux situations pédiatriques.

Le protocole ayant déjà été testé dans notre service avant la fin de la rédaction de ce travail, nous avons pu identifier la nécessité de créer également une checklist à remplir par les différent-es intervenant-es car au vu de la longueur et de la complexité des prises en charge certains aspects sont souvent omis tels que l'évaluation pédopsychiatrique.

Dès leur arrivée aux urgences, les victimes devraient être priorisées pour leur prise en charge parfois pour des raisons somatiques, mais plus souvent pour des raisons psychologiques et sociales (Leech 2013). Les critères de tri ont été donc clairement définis.

La police genevoise étant formée au protocole d'audition filmée NICHDR, nous consacrons un chapitre du protocole à l'anamnèse afin de permettre aux équipes médico-soignantes de prendre conscience du risque de suggestibilité du discours des enfants et des enjeux médico-légaux autour de l'audition EVIG (Cyr 2023).

Dans la littérature, il est suggéré que la qualité de l'examen ano-génital est meilleure quand ce dernier est effectué par des médecins spécialisé-es en maltraitance, avec un colposcope, en ayant une approche TIC et avec des aides comme les « child life specialists » (spécialistes de la vie de l'enfant) (Kaplan 2021). Pour adapter cela à notre système suisse, la prise en charge conjointe gynécologique et médico-légale avec le soutien de l'équipe médico-soignante pédiatrique permet d'atteindre le meilleur niveau d'expertise.

Concernant le soutien de l'entourage, ont été relevés l'importance pour les parents de croire aux dires de leur enfant indépendamment des suites judiciaires ainsi que l'impact positif que cela a sur la réponse émotionnelle de l'enfant au traumatisme (Melville 2014). L'introduction du protocole dans les équipes permettra de les former et les sensibiliser à favoriser le soutien des adultes de référence (caregivers) à la victime (Malloy 2006).

Sur le plan pharmacologique, nous avons travaillé avec l'équipe de la pharmacie pour garantir la disponibilité immédiate de la PPE VIH dans notre service. Pour améliorer la

sécurité de prescription, un orderset spécifique d'ordres médicamenteux avec des dosages prédéfinis par tranche de poids est en cours d'élaboration dans notre application informatique. Nous avons également développé un orderset des ordres de laboratoire afin d'éviter des oublis qui pourraient engendrer la nécessité d'un nouveau prélèvement sanguin ce qui est un facteur potentiel de stress supplémentaire pour les enfants. A noter par ailleurs que pour tous les prélèvements sanguins dans notre service d'urgences pédiatriques, il est systématiquement proposé à l'enfant une anesthésie locale par patch de Lidocaïne/Prilocaïne. De plus, selon le niveau d'anxiété concernant l'examen clinique ou la prise de sang, il peut être proposé différents types de moyens anxiolytiques voire sédatifs tels que la réalité virtuelle, l'hypnose, l'inhalation de protoxyde d'azote voire une pharmacologie telle que la Dexmedetomidine intranasale.

Le suivi rapproché ambulatoire permet de limiter les conséquences négatives à moyen et long terme. Pour cela, plusieurs auteur/rices ont cherché à améliorer le taux d'adhérence au suivi ambulatoire. Par exemple, Kaplan et al mettent en évidence l'importance d'informer et d'encourager l'adulte référent-e à assurer le suivi de l'enfant (Kaplan 2021). De plus, elles/ils relèvent que limiter le nombre d'intervenant-es, et donc de rendez-vous différents, améliore le taux de suivi. Dans l'expérience de leur équipe, un téléphone direct aux patient-es et à leur famille dans les 72 heures de leur présentation aux urgences améliore le taux d'adhérence au suivi. Nous avons donc réduit le nombre d'intervenant-es au minimum et réparti les tâches de manière à garder des rendez-vous dans une chronologie réaliste pour la famille.

Comme il a été montré que plus de 80% des enfants victimes d'agression sexuelle présentent au minimum un symptôme de réaction post-traumatique lors de la première évaluation médicale après la révélation, dont 33% des idées auto-agressives, nous avons introduit spécifiquement l'évaluation de l'indication à une prise en charge pédopsychiatrique en urgence dans l'itinéraire clinique (Melville 2014). Concernant le traitement psychothérapeutique des conséquences psycho-sociales, une revue systématique de la littérature Cochrane récente a démontré qu'il y a une évidence faible de bénéfice des thérapies comportementales cognitives avec l'enfant et centrée sur l'enfant avec sa/son parent-e non agresseur-se pour réduire les symptômes de PTSD (Caro 2023). Il n'y a pas d'évidence concernant les autres modalités comme l'EMDR (Eye Movement Desensitization et Reprocessing), la psychodynamique ou la thérapie familiale. Nous n'avons pas trouvé de revue systématique concernant le traitement aigu.

Conclusion et perspectives

La richesse de notre travail a été de prendre en compte des ressources issues de différentes branches d'études pour améliorer la prise en charge des victimes d'agression sexuelle lors de leur présentation aux urgences pédiatriques en s'orientant sur leurs besoins spécifiques ainsi que ceux de leurs proches. Les barrières à une détection et une prise en charge optimales sont l'inexpérience des intervenant-es, la difficulté à aborder ce sujet sensible et la peur de se tromper voire d'être impliqué-es dans le système légal. Pour pallier cela, la collaboration et l'expertise de différent-es spécialistes qui partagent une même éthique de travail et des valeurs similaires comme la protection des enfants sont essentielles. Cela a pu être déployé dans notre institution grâce à l'élaboration du protocole.

A noter qu'une revue systématique des guidelines européennes est en cours (Otterman 2023) et il sera judicieux de comparer notre protocole institutionnel à leurs conclusions.

Ce travail de thèse a également été l'opportunité de développer des partenariats avec d'autres acteur/rices impliqué-es dans la prise en charge des victimes à Genève notamment le CTAS (Centre Thérapeutique : traumatismes-Agressions Sexuelle), ce qui a par ailleurs conduit à notre participation à leur colloque multidisciplinaire sur le sujet de l'inceste.

Les projets futurs basés sur notre recherche sont d'organiser de manière régulière des revues de cas et des simulations en équipe multidisciplinaire. Cela permettrait de mettre à jour et d'améliorer notre protocole de manière régulière comme suggéré dans la littérature (Schilling 2017). Nous souhaiterions aussi mener une étude prospective de cohorte des victimes d'agression sexuelle de moins de 18 ans se présentant aux HUG afin d'obtenir des données épidémiologiques ainsi que d'évaluer le vécu des patient-es et de leur entourage, les répercussions somatiques, psychologiques, comportementales et sociales à court, moyen et long terme, le taux d'adhérence aux guidelines concernant la prise en charge et celui de suivi ambulatoire ainsi que les suites légales. Cela permettrait également de définir et de mesurer des critères de qualité ainsi que de mettre en exergue les axes d'amélioration afin de pouvoir commencer des cycles PDSA (Plan-Do-Study-Act) – un concept d'amélioration de la qualité reconnu (Migita 2018). A noter que l'équipe de la Dre Abdulcadir aux HUG conduit actuellement une étude de cohorte prospective multicentrique concernant les agressions sexuelles des patientes adultes.

Une autre piste de développement serait de construire un partenariat avec l'équipe des clowns hospitalier/ères étant donné leur capacité à soutenir le développement des ressources naturelles des enfants pour favoriser la résilience. Voir l'enfant jouer et rire –c'est-à-dire retrouver son rôle d'enfant– pourrait aussi soutenir ses adultes référent-es ainsi que les professionnel-le-s impliqué-es, et potentiellement prévenir les traumatismes secondaires. De plus, cela pourrait favoriser un meilleur examen médico-légal et améliorer la sécurité en permettant de différencier l'expérience traumatique du corps liée à l'agression de celle bienveillante de l'hôpital (Tener 2016).

Un aspect reste toutefois interpellant : la discrépance entre le nombre de victimes présumées (1/5 soit environ 20'000 enfants dans le canton de Genève) et le nombre de consultations aux HUG qui est le centre de référence du canton (environ 50/années). Comme nous l'avons vu précédemment, les agressions sexuelles à l'encontre des enfants sont mises sous silence tant sur le plan familial que sociétal (Dussy 2013). Nous espérons donc qu'en formant les professionnel-le-s aux premières lignes pour briser cette loi du silence, les victimes soient encouragées à parler, qu'elles puissent être protégées de ces violences et entrer dans un chemin de résilience.

Il est démontré que les interventions consacrées à l'arrêt du cycle de la violence entraînent de nombreux bénéfices humains et économiques à l'échelle sociétale (Larkin 2014). Nous espérons dès lors que notre contribution à l'amélioration de la prise en charge d'une des expériences principales négatives de l'enfance dans notre hôpital à vocation publique, permettra d'encourager les investissements dans l'enfance agressée afin d'en diminuer les conséquences à long terme ainsi que leur transmission aux générations suivantes (Duffee 2021).

Remerciements

L'histoire de cette thèse ne pourrait être contée ici intégralement mais elle débute par une rencontre inattendue durant mes études avec la Professeure Annick Galetto-Lacour qui malgré la brièveté de cette entrevue a su allumer le feu de la vocation du métier d'urgentiste pédiatre. Je lui suis reconnaissante de l'inspiration qu'elle est pour moi, de ses nombreux conseils pour la conduite de cette thèse et aussi de m'avoir introduite auprès du Professeur Fracasso avec qui nous partageons deux intérêts : la maltraitance infantile et les agressions sexuelles. Mes remerciements à ce dernier de m'avoir introduite dans l'équipe pour la rédaction du protocole. Un tout grand merci à Dre France Evain avec qui nous avons pu partager notre motivation et notre expertise complémentaire pour achever ce travail titanesque.

La suite de l'histoire se poursuit avec le Dr Cyril Sahyoun qui en tant que fondateur de la PACTS (Pediatric Association for Comfort and Trust) m'a permis de développer l'approche des soins centrés sur la/le patient-e et sa famille. Je le remercie pour son soutien.

Merci également aux Dres Michal Yaron et Yasmine Abdulcadir qui ont déjà accompli beaucoup pour améliorer la prise en charge des victimes pédiatriques d'agression sexuelle et qui m'ont partagé leur expertise gynécologique de terrain afin d'enrichir ce travail. J'espère pouvoir continuer à développer ce domaine de recherche avec vous.

Mes remerciements à Dre Noémie Wagner et Dr Arnaud L'Huillier qui ont été très réactive/fs pour le développement des aspects infectiologiques de notre protocole.

Un grand merci à Madame Muriel Leclerc, bibliothécaire spécialiste au CMU qui m'a aidée à construire les équations de manière structurée et scientifique pour la recherche narrative.

Une mention spéciale à ma famille qui illumine ma vie (et me soutient pratiquement dans mon quotidien) : Adrien, Lexie, Selah, Paul, Laurent, Marlise, Gaëlle, Florine et Clément. Merci à ce dernier pour sa relecture experte en langage épique.

Ma reconnaissance également à l'équipe extraordinaire médico-infirmière du SAUP.

Cette thèse est dédiée à ma fille Lexie.

Bibliographie

1. Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, et al. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* Jun 2007;20(3):163-72. doi:10.1016/j.jpag.2006.10.001
2. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, et al. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* Apr 2016;29(2):81-87. doi:10.1016/j.jpag.2015.01.007
3. Alessandrini E, Varadarajan K, Alpern ER, et al. Emergency department quality: an analysis of existing pediatric measures. *Acad Emerg Med.* May 2011;18(5):519-26. doi:10.1111/j.1553-2712.2011.01057.x
4. Arias Constantí V, Curcoy Barcenilla AI, Trenchs Sainz de la Maza V, Martínez de Albéniz I, González Grado C, Luaces Cubells C. Abuso sexual infanto-juvenil agudo: una aportación metodológica para mejorar la calidad asistencial [Acute sexual abuse in children and adolescents: a methodological contribution to improve the quality of care.]. *Rev Esp Salud Publica.* 2021 Aug 27;95:e202108116. PMID: 34446691.
5. Bailey R, Dugard J, Smith SF, Porges SW. Appeasement: replacing Stockholm syndrome as a definition of a survival strategy. *Eur J Psychotraumatol.* 2023;14(1):2161038. doi: 10.1080/20008066.2022.2161038. PMID: 37052112
6. Barrense-Dias Y, Akre C, Berchtold A et al. Sexual health and behavior of young people of Switzerland. *Institut universitaire de médecine sociale et préventive-IUMSP-GRSA.* 2018 (291) :1-116. doi: 10.16908/issn.1660-7104/291
7. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health.* Jun 2013;58(3):469-83. doi:10.1007/s00038-012-0426-1

8. Bechtel K, Ryan E, Gallagher D. Impact of sexual assault nurse examiners on the evaluation of sexual assault in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. Jul 2008;24(7):442-7. doi:10.1097/PEC.0b01331817de11d
9. Borland ML, Shepherd M. Quality in paediatric emergency medicine: Measurement and reporting. *J Paediatr Child Health*. Feb 2016;52(2):131-6. doi:10.1111/jpc.13077
10. Bravo-Queipo-de-Llano B, Alonso-Sepulveda M, Ruiz-Dominguez JA, Molina-Gutierrez MA, de Ceano-Vivas La Calle M, Bueno-Barriocanal M. Child sexual abuse detection in the pediatric emergency room. *Child Abuse Negl*. Jul 2022;129:105676. doi:10.1016/j.chiabu.2022.105676
11. Caro P, Turner W, Caldwell DM, Macdonald G. Comparative effectiveness of psychological interventions for treating the psychological consequences of sexual abuse in children and adolescents: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. Jun 5 2023;6(6):CD013361. doi:10.1002/14651858.CD013361.pub2
12. Chiesa A, Goldson E. Child Sexual Abuse. *Pediatr Rev*. Mar 2017;38(3):105-118. doi:10.1542/pir.2016-0113
13. Crawford-Jakubiak JE, Alderman EM, Leventhal JM, Committee On Child A, Neglect, Committee On A. Care of the Adolescent After an Acute Sexual Assault. *Pediatrics*. Mar 2017;139(3)doi:10.1542/peds.2016-4243
14. Cyr, Mireille. Recueillir la parole de l'enfant témoin ou victime. De la théorie à la pratique. Paris, Dunod, 2023
15. D-E-F Framework for Trauma-Informed Pediatric Care, accès février 2024: <https://www.healthcaretoolbox.org/d-e-f-framework-trauma-informed-care>
16. Doyon Julie. About incest : historical approach. Conférence donnée dans le cadre du colloque scientifique annuel des groupes de protection de l'enfance suisses. 2 novembre 2023

17. Duffee J, Szilagyi M, Forkey H, et al. Trauma-Informed Care in Child Health Systems. *Pediatrics*. Aug 2021;148(2)doi:10.1542/peds.2021-052579
18. Dussy Dorothée. *Le berceau des dominations. Anthropologie de l'inceste*. Pocket. Paris, 2021
19. ED Pediatric Performance Measures toolkit. Emergency medical services for children innovation and improvement. Accès février 2024: <https://emscimprovement.center/resources/toolboxes/emergency-department-pediatric-performance-measures-toolbox/>
20. Ellis JC, Ahmad S, Molyneux EM. Introduction of HIV post-exposure prophylaxis for sexually abused children in Malawi. *Arch Dis Child*. Dec 2005;90(12):1297-9. doi:10.1136/ad.2005.080432
21. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. May 1998;14(4):245-58. doi:10.1016/s0749-3797(98)00017-8
22. Forkey H, Inkelas M, Ocampo A, et al. Pediatric Approach to Trauma Treatment and Resilience-A Novel Relationship-Based Curriculum and Approach to Train Pediatric Professionals to Provide Trauma-Informed Care. *Acad Pediatr*. Mar 2022;22(2):342-345. doi:10.1016/j.acap.2021.07.023
23. Forkey H, Szilagyi M, Kelly ET, et al. Trauma-Informed Care. *Pediatrics*. Aug 2021;148(2)doi:10.1542/peds.2021-052580
24. Glick NP, Lating JM, Kotchick B. Child sexual abuse evaluations in an emergency room: an overview and suggestions for a multidisciplinary approach. *Int J Emerg Ment Health*. Summer 2004;6(3):111-20.

25. Glina F, Carvalho J, Barroso R, Cardoso D. Lay People s Myths Regarding Pedophilia and Child Sexual Abuse: A Systematic Review. *Sex Med Rev.* Oct 1 2022;10(4):596-619. doi:10.1016/j.sxmr.2022.06.010
26. Goyal MK, Mollen CJ, Hayes KL, et al. Enhancing the emergency department approach to pediatric sexual assault care: implementation of a pediatric sexual assault response team program. *Pediatr Emerg Care.* Sep 2013;29(9):969-73. doi:10.1097/PEC.0b013e3182a21a0d
27. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry.* Oct 2019;6(10):830-839. doi:10.1016/S2215-0366(19)30286-X
28. Halperin DS, Bouvier P, Jaffe PD, et al. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey. *BMJ.* May 25 1996;312(7042):1326-9. doi:10.1136/bmj.312.7042.1326
29. Hassan M, Gary FA, Hotz R, Killion C, Vicken T. Young Victims Telling their Stories of Sexual Abuse in the Emergency Department. *Issues in Mental Health Nursing.* 2015;36(12): 944-952. DOI: 10.3109/01612840.2015.1063026
30. Helton JJ, Carbone JT, Vaughn MG, Cross TP. Emergency Department Admissions for Child Sexual Abuse in the United States From 2010 to 2016. *JAMA Pediatr.* Jan 1 2020;174(1):89-91. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.3988
31. Hoehn EF, Overmann KM, Fananapazir N, et al. Improving Emergency Department Care for Pediatric Victims of Sexual Abuse. *Pediatrics.* Dec 2018;142(6)doi:10.1542/peds.2018-1811
32. Hornor G, Thackeray J, Scribano P, Curran S, Benzinger E. Pediatric sexual assault nurse examiner care: trace forensic evidence, ano-genital injury, and judicial outcomes. *J Forensic Nurs.* Sep 2012;8(3):105-11. doi:10.1111/j.1939-3938.2011.01131.

33. Johnson CF. Child sexual abuse. *Lancet*. Jul 31-Aug 6 2004;364(9432):462-70. doi:10.1016/S0140-6736(04)16771-8
34. Joint Position Statement: Care of Prepubescent Pediatric Sexual Abuse Patients in the Emergency Care Setting. *J Forensic Nurs*. Jul/Sep 2017;13(3):150-153. doi:10.1097/JFN.0000000000000156
35. Jordan KS, Steelman SH, Leary M, et al. Pediatric Sexual Abuse: An Interprofessional Approach to Optimizing Emergency Care. *J Forensic Nurs*. Jan/Mar 2019;15(1):18-25. doi:10.1097/JFN.0000000000000232
36. Kaplan DM, Moore JL, Hirway P, Barron CE, Goldberg AP. A Comprehensive Pediatric Acute Sexual Assault Protocol: From Emergency Department to Outpatient Follow-up. *Pediatr Emerg Care*. Feb 1 2021;37(2):62-69. doi:10.1097/PEC.0000000000001652
37. Kiebel W, Charbonneau S, Woolridge D. The effect of a brief educational module on the basic knowledge of emergency physicians in the identification of common patterns of pediatric genital injury derived from sexual assault. *Academic Emergency Medicine*. May 2015 ;22(S1):S425
38. Knüsel R, Stauffer SD, Sigg C, Kosirnik C, Merminod É. Détection et signalement des cas de maltraitance infantile dans des services d'urgences. *Rev Med Suisse*. 2019 ;15 :1579-81.
39. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. Institute of medicine committee on quality of health care in America. *Crossing the quality chasm*. Washington, DC : National Academy Press: 2001
40. Kohn LT. The Institute of Medicine report on medical error: overview and implications for pharmacy. *Am J Health Syst Pharm*. Jan 1 2001;58(1):63-6. doi:10.1093/ajhp/58.1.63

41. Ku BC, Chamberlain JM, Shaw KN. Quality Improvement and Safety in Pediatric Emergency Medicine. *Pediatr Clin North Am.* Dec 2018;65(6):1269-1281. doi:10.1016/j.pcl.2018.07.010

42. Kumar D, Forkey H. Hair care: a lesson in trauma-informed medical practice. *Lancet Child Adolesc Health.* Apr 2022;6(4):227-228. doi:10.1016/S2352-4642(22)00069-4

43. Lalor K, McElvaney R. Overview of the nature and extend of child sexual abuse in Europe. *Protecting children from sexual violence - A comprehensive approach.* Council of Europe. Strasbourg. 2010: pp.13-43

44. Larkin H, Felitti VJ, Anda RF. Social work and adverse childhood experiences research: implications for practice and health policy. *Soc Work Public Health.* 2014;29(1):1-16. doi:10.1080/19371918.2011.619433

45. Leetch AN, Woolridge D. Emergency department evaluation of child abuse. *Emerg Med Clin North Am.* Aug 2013;31(3):853-73. doi:10.1016/j.emc.2013.04.003

46. Malloy L, Lyon TD. Caregiver support and child sexual abuse: why does it matter? *J Child Sex Abus.* 2006;15(4):97-103. doi:10.1300/J070v15n04_06

47. Mathey L, Balsley K, Msw SH, Simonton K, Celio J, Katsogridakis YL. Optimizing Interdisciplinary Care of Pediatric Sexual Assault and Abuse in the Emergency Department: A Quality Improvement Approach. *Clinical Pediatric Emergency Medicine.* 2020/09/01/ 2020;21(3):100799. doi:https://doi.org/10.1016/j.cpem.2020.100799

48. Matkins PP, Jordan KS. Pediatric sexual abuse: emergency department evaluation and management. *Adv Emerg Nurs J.* Apr-Jun 2009;31(2):140-52. doi:10.1097/TME.0b013e31819ca035

49. Melville JD, Kellogg ND, Perez N, Lukefahr JL. Assessment for self-blame and trauma symptoms during the medical evaluation of suspected sexual abuse. *Child Abuse Negl.* May 2014;38(5):851-7. doi:10.1016/j.chiabu.2014.01.020
50. Merchant RC, Kelly ET, Mayer KH, Becker BM, Duffy SJ, Pugatch DL. Compliance in Rhode Island emergency departments with American Academy of Pediatrics recommendations for adolescent sexual assaults. *Pediatrics.* Jun 2008;121(6):e1660-7. doi:10.1542/peds.2007-3100
51. Migita R, Yoshida H, Rutman L, Woodward GA. Quality Improvement Methodologies: Principles and Applications in the Pediatric Emergency Department. *Pediatr Clin North Am.* Dec 2018;65(6):1283-1296. doi:10.1016/j.pcl.2018.07.011
52. Otterman G, Nurmatov U, Akhlaq A, et al. Appraisal of published guidelines in European countries addressing the clinical care of childhood sexual abuse: protocol for a systematic review. *BMJ Open.* Apr 17 2023;13(4):e064008. doi:10.1136/bmjopen-2022-064008
53. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed).* Sep 2021;74(9):790-799. Declaracion PRISMA 2020: una guia actualizada para la publicacion de revisiones sistematicas. doi:10.1016/j.rec.2021.07.010
54. Qu X, Shen X, Xia R, et al. The prevalence of sexual violence against female children: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl.* Sep 2022;131:105764. doi:10.1016/j.chiabu.2022.105764
55. Reid SD, Reddock R, Nickenig T. Action research improves services for child sexual abuse in one Caribbean nation: An example of good practice. *Child Abuse Negl.* Feb 2019;88:225-234. doi:10.1016/j.chiabu.2018.11.018
56. Rizzo A, Ricard D, La Harpe R, Fracasso T, Yaron M. Female Child and Adolescent Sexual Abuse Cases Reported at the Geneva University Hospitals Between 2006 and

2014: A Retrospective Study. J Pediatr Adolesc Gynecol. Jun 2020;33(3):260-263. doi:10.1016/j.jpag.2019.11.003

57. Romano H. Suspicion d'abus sexuel chez les enfants de moins de quatre ans. A propos des fausses allégations. Le journal des psychologues. Mai 2006 ;238 :40-44. Doi 10.3917/jdp.238.0040
58. Rousselle Jérôme, Pourquoi l'abus sexuel sur mineur est un abus de langage. Libération. Paris. 4 décembre 2018
59. Saracci C, Mahamat M, Jacquério F. Comment rédiger un article scientifique de type revue narrative de la littérature? Rev Med Suisse 2019 ;15 :1694-8
60. Schilling S, Deutsch SA, Gieseke R, Molnar J, Lavelle JM, Scribano PV. Improving HIV post-exposure prophylaxis rates after pediatric acute sexual assault. Child Abuse Negl. Jul 2017;69:106-115. doi:10.1016/j.chiabu.2017.04.014
61. Schonbucher V, Maier T, Held L, Mohler-Kuo M, Schnyder U, Landolt MA. Prevalence of child sexual abuse in Switzerland: a systematic review. Swiss Med Wkly. 2011;140:w13123. doi:10.4414/smw.2011.13123
62. Soares S, Rocha V, Kelly-Irving M, Stringhini S, Fraga S. Adverse Childhood Events and Health Biomarkers: A Systematic Review. Front Public Health. 2021;9:649825. doi:10.3389/fpubh.2021.649825
63. SSMSI, base des victimes de crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie en France, accès février 2024 : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5763559?sommaire=5763633>
64. Tang S-J, Jhan S-J, Chen S-J, Lan A-R, You H-J, Jhang H-L, Li F-S. Emergency Information Systems for performance assessment value before and after child abuse and sexual assault of time after medical intervention. Nursing Informatics, 2016. Doi:10.3233/978-1-61499-658-3-826

65. Tener, D., Lang-Franco, N., Ofir, S., & Lev-Wiesel, R. The use of medical clowns as a psychological distress buffer during anogenital examination of sexually abused children. *Journal of Loss and Trauma*, 2012;17(1), 12–22. doi:10.1080/15325024.2011.578025
66. Tener D, Ofir S, Lev-Wiesel R, Franco NL, On A. Seriously clowning: Medical clowning interaction with children undergoing invasive examinations in hospitals. *Article. Social work in health care*. 2016;55(4):296-313. doi:10.1080/00981389.2016.1141826
67. Van Loon AM, Koch T, Kralik D. Care for female survivors of child sexual abuse in emergency departments. *Accid Emerg Nurs*. 2004 Oct;12(4):208-14. doi: 10.1016/j.aan.2004.06.003. PMID: 15474345
68. WHO clinical guidelines. Responding to children and adolescents who have been sexually abused. Geneva: World Health Organization; 2017
69. WHO. Prévention et lutte contre l'exploitation et les abus sexuels à l'OMS. Politique et procédures. Bureau de la conformité, de la gestion des risques et de l'éthique. Genève ; Mars 2017

Annexe 1

Equation Embase

('health care quality'/exp OR 'patient safety'/exp OR Compliance:ti,ab,kw OR effective:ti,ab,kw OR effectiveness:ti,ab,kw OR efficiency:ti,ab,kw OR efficient:ti,ab,kw OR equitable:ti,ab,kw OR improving:ti,ab,kw OR 'patient centered':ti,ab,kw OR 'performance measure*':ti,ab,kw OR quality:ti,ab,kw OR safe:ti,ab,kw OR safety:ti,ab,kw OR timeliness:ti,ab,kw OR timely:ti,ab,kw) AND ('child sexual abuse'/exp OR ((abuse* OR assault*) NEAR/2 sex* NEAR/2 (child* OR pediatric*)):ab,ti,kw) AND ('emergency medicine'/de OR 'pediatric emergency medicine'/exp OR 'emergency ward'/exp OR 'emergency care'/exp OR 'urgent care'/exp OR (pediatric* NEAR/2 (emergency OR service* OR department*)):ab,ti,kw OR 'emergency ward':ab,ti,kw OR 'urgent care':ab,ti,kw OR 'Acute care':ab,ti,kw)

102 résultats le 22.11.23

Equation Pubmed

("Quality Improvement"[MeSH Terms] OR "Patient Safety"[MeSH Terms] OR "Efficiency"[MeSH Terms] OR "quality indicators, health care"[MeSH Terms] OR "Quality"[Title/Abstract] OR "Safety"[Title/Abstract] OR "Effectiveness"[Title/Abstract] OR "Efficiency"[Title/Abstract] OR "Timeliness"[Title/Abstract] OR "quality indicator*"[Title/Abstract] OR "performance measure*"[Title/Abstract] OR "Safe"[Title/Abstract] OR "Effective"[Title/Abstract] OR "Patient-centered"[Title/Abstract] OR "Timely"[Title/Abstract] OR "Efficient"[Title/Abstract] OR "Equitable"[Title/Abstract] OR "Compliance"[Title/Abstract] OR "improving"[Title/Abstract]) AND ("child abuse, sexual"[MeSH Terms] OR "children sexually abused"[Title/Abstract] OR "child sexual abuse"[Title/Abstract] OR "child sexual assault"[Title/Abstract] OR "pediatric sexual abuse"[Title/Abstract] OR "pediatric sexual assault"[Title/Abstract] OR "pediatric victims sexual"[Title/Abstract:~2]) AND ("Emergency Medicine"[MeSH Terms] OR "Pediatric Emergency Medicine"[MeSH Terms] OR "Emergency Medicine"[Title/Abstract] OR "emergency department"[Title/Abstract] OR "emergency care"[Title/Abstract] OR "emergency service*"[Title/Abstract] OR "emergency ward"[Title/Abstract] OR "urgent care"[Title/Abstract] OR "acute care"[Title/Abstract])

22 résultats le 22.11.23

Articles de référence (gold set)

1. Goyal, M. K., Mollen, C. J., Hayes, K. L., Molnar, J., Christian, C. W., Scribano, P. V., & Lavelle, J. (2013). Enhancing the emergency department approach to pediatric sexual assault care: implementation of a pediatric sexual assault response team program. *Pediatr Emerg Care*, 29(9), 969-973.
<https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e3182a21a0d>
2. Hoehn, E. F., Overmann, K. M., Fananapazir, N., Simonton, K., Makoroff, K. L., Bennett, B. L., Duma, E. M., & Murtagh Kurowski, E. (2018). Improving Emergency Department Care for Pediatric Victims of Sexual Abuse. *Pediatrics*, 142(6).
<https://doi.org/10.1542/peds.2018-1811>
3. Jordan, K. S., Steelman, S. H., Leary, M., Varela-Gonzalez, L., Lassiter, S. L., Montminy, L., & Bellow, E. F. (2019). Pediatric Sexual Abuse: An Interprofessional Approach to Optimizing Emergency Care. *J Forensic Nurs*, 15(1), 18-25.
<https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000232>
4. Mathey, L., Balsley, K., Msw, S. H., Simonton, K., Celio, J., & Katsogridakis, Y. L. (2020). Optimizing Interdisciplinary Care of Pediatric Sexual Assault and Abuse in the Emergency Department: A Quality Improvement Approach. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 21(3), 100799.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpem.2020.100799>
5. Arias Constantí V, Curcoy Barcenilla AI, Trenchs Sainz de la Maza V, Martínez de Albéniz I, González Grado C, Luaces Cubells C. Abuso sexual infanto-juvenil agudo: una aportación metodológica para mejorar la calidad asistencial [Acute sexual abuse in children and adolescents: a methodological contribution to improve the quality of care.]. *Rev Esp Salud Publica*. 2021 Aug 27;95:e202108116. PMID: 34446691.

Annexe 2 – Protocole de prise en charge des victimes mineures d'agression sexuelle aux Hôpitaux Universitaires de Genève

Rédigé par Dre France Evain et Dre Stephanie Zucchello sous la direction du Professeur Tony Fracasso en collaboration avec les équipes de gynécologie (Dre Yasmine Abdulkadir, Dre Victoria Crofts, Dre Dehlia Moussaoui, Dre Michal Yaron), du groupe de protection de l'enfance (Dre Judith Muhlstein-Barasche, Dre Valeria Rincon-Cimorelli), d'infectiologie pédiatrique (Dr Arnaud L'Huillier, Dre Noémie Wagner) et de la chirurgie pédiatrique (Dre Ana Calinescu-Tuleasca, Prof Barbara Wildhaber)

- I. Introduction
- II. Cadre légal
- III. Objectifs de la prise en charge et rôle de chaque intervenant-es
- IV. Anamnèse et audition EVIG
- V. Protocole de prise en charge pour les victimes de sexe féminin
 - a. aux urgences pédiatriques
 - b. aux urgences de la Maternité
- VI. Algorithme de prise en charge pour victime de sexe féminin <16 ans
- VII. Protocole de prise en charge pour les victimes de sexe masculin
- VIII. Algorithme de prise en charge pour victime de sexe masculin <16 ans
- IX. Checklist pour les urgences pédiatriques
- X. Liste des abréviations
- XI. Références

Ce document est basé sur le « *Protocole complet de prise en charge au département de gynécologie et d'obstétrique des HUG des personnes victimes d'agression sexuelle* » (2014).

I. INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la **violence** constitue un problème de santé publique requérant des mesures prioritaires.

Afin d'introduire ce protocole, il convient de rappeler la définition de l'**agression sexuelle** : tout acte à caractère sexuel (avec ou sans contact physique) commis sans le consentement exprès de la personne visée, en employant la force, la surprise, la contrainte, la menace ou toutes formes de pression, ou commis sur une personne incapable de donner son consentement (jeune âge, trouble du développement, relation d'emprise ou de dépendance, coercition, influence de stupéfiant ou d'alcool).

La **violence sexuelle à l'encontre des enfants** inclut les rapports sexuels non consentis menés à terme ou tentés, les actes de nature sexuelle n'impliquant pas un contact (voyeurisme, harcèlement par exemple), les actes liés au trafic sexuel ainsi que la cyberpédocriminalité (grooming, pédopornographie...). Ces types de violence, si elles sont commises contre des filles ou des garçons du fait de leur sexe biologique ou de leur identité sexuelle, peuvent aussi constituer des violences sexistes. Si la prévalence des cas d'agression sexuelle sur mineur-es est difficile à évaluer, il est estimé que 1/4 filles et 1/13 garçons sont victimes d'agression sexuelle avant 18 ans, la majorité par une personne proche. En Suisse, en 2020, 1257 cas d'agressions sexuelles à l'égard des enfants de moins de 16 ans ont été enregistrés [*protection de l'enfance Suisse*]. À Genève, en 1996, une étude par questionnaire auprès de 1193 adolescent-es âgé-es de 13 à 17 ans en 9^{ème} année (11^{ème} Harmos actuelle) a mis en évidence une prévalence d'agression sexuelle de 34% chez les filles et de 11% chez les garçons et respectivement de 20% et 3% avec contact physique, dont 46% avaient été la cible du premier événement avant l'âge de 12 ans. Parmi les adolescent-es qui ont donné des informations concernant leur réaction à l'agression, 51% des garçons et 73% des filles avaient parlé de l'agression, dans 44% des cas à la demande de l'enfant cela était resté un secret, 26% considéraient que la révélation n'avait rien apporté et seul 27% rapportaient avoir été aidé par le fait de divulguer (Halpérin 1996). Plus récemment, en 2020, l'équipe de la Dre M. Yaron a publié les données démographiques et cliniques des 33 enfants entre 0-12 ans et 289 adolescent-es entre 12-20 ans qui se sont présenté-es aux HUG entre 2006 et 2014. Les enfants se présentaient de manière significative plus tardivement pour des soins médicaux primaires que les adolescent-es. De plus, les agresseur/ses des enfants étaient pour 40% des membres de la famille contre moins de 5% chez les adolescent-es (Rizzo 2020).

La violence à l'encontre des enfants peut avoir de nombreuses **conséquences** (à court, moyen et long terme) sur la santé et le bien-être des enfants et des familles. Elle peut en particulier entraîner des blessures, des troubles du développement, des comportements à risque pour la santé (consommation de stupéfiants, d'alcool, comportements sexuels à risque...), des troubles psychiques (anxiété, dépression, suicide...), aboutir à des grossesses non désirées et à d'autres problèmes de santé (affections gynécologiques et sexuelles, maladies sexuellement transmissibles, mais également diabète, obésité, cancer, maladies cardiovasculaires et respiratoires...).

Les soignant-es sont souvent les premières personnes à qui les victimes se confient (parfois longtemps après les faits). Au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), plusieurs services et unités peuvent alors entrer en jeu, notamment la Maternité, la médecine légale, les urgences pédiatriques, l'Unité Interdisciplinaire de Médecine et de Prévention de la Violence (UIMPV), le groupe de protection de l'enfance (GPE), le service d'infectiologie, etc.

La question d'un **constat d'agression sexuelle (CAS)**, éventuellement urgent, va se poser dans les situations où l'auteur/rice de l'agression sexuelle a eu un contact physique avec sa victime (viol vaginal, oral, anal par un sexe, doigt ou un objet, attouchements appuyés, éjaculation sur le corps ou les vêtements de la victime...).

Il n'est pas rare que lorsque l'enfant révèle une agression, les violences durent déjà depuis plusieurs semaines, voire des mois ou années. En effet, l'enfant est souvent réduit au silence, du fait du lien de dépendance (matériel autant qu'émotionnel) avec l'agresseur-se, ou parce qu'elle/il est l'objet de manipulations, pressions, voire de menaces.

Aux urgences, les défis pour l'enfant sont nombreux : expliquer quelque chose qu'elle/il ne saisit pas, apprendre à faire confiance à un-e inconnu-e, lui révéler quelque chose d'inconfortable, qui lui fait peur, duquel elle/il se sent peut-être coupable ou responsable. A cela s'ajoutent la peur de trahir ou de tromper le lien d'attachement avec un-e proche (notamment dans les cas d'inceste), la crainte de représailles, des conséquences pour soi ou pour les autres.

II. CADRE LEGAL

Constitution Fédérale :

Selon l'article 123b de la Constitution Fédérale, « *l'action pénale et la peine pour un acte d'ordre sexuel ou pornographique sur un enfant impubère sont **imprescriptibles*** ».

Code Pénal Suisse :

Les **infractions contre l'intégrité sexuelle** sont notamment régies par le Code Pénal Suisse (CPS), aux articles 187 à 200. Dans le cadre de ce protocole, nous précisons en particulier les articles suivants :

- article 187 CPS al. 1 – actes d'ordre sexuel avec des enfants : « *celui qui aura commis un acte d'ordre sexuel sur un enfant de moins de 16 ans, celui qui aura entraîné un enfant de cet âge à commettre un acte d'ordre sexuel, celui qui aura mêlé un enfant de cet âge à un acte d'ordre sexuel, sera puni d'une peine privative de liberté de 5 ans au plus ou d'une peine pécuniaire* » ;
- article 188 CPS (al. 1) – actes d'ordre sexuel avec des personnes dépendantes : « *celui qui, profitant de rapports d'éducation, de confiance ou de travail, ou de liens de dépendance d'une autre nature, aura commis un acte d'ordre sexuel sur un mineur âgé de plus de 16 ans, celui qui, profitant de liens de dépendance, aura entraîné une telle personne à commettre un acte d'ordre sexuel, sera puni d'une peine privative de liberté de 3 ans au plus ou d'une peine pécuniaire* » ;
- article 189 CPS (al.1) – contrainte sexuelle : « *celui qui, notamment en usant de menace ou de violence envers une personne, en exerçant sur elle des pressions d'ordre psychique ou en la mettant hors d'état de résister l'aura contrainte à subir un acte analogue à l'acte sexuel ou un acte d'ordre sexuel, sera puni d'une peine privative de liberté de 10 ans au plus ou d'une peine pécuniaire* » ;
- article 190 CPS (al. 1) – viol : « *celui qui, notamment en usant de menace ou de violence, en exerçant sur sa victime des pressions d'ordre psychique ou en la mettant hors d'état de résister, aura contraint une personne de sexe féminin à subir l'acte sexuel, sera puni d'une peine privative de liberté de 1 à 10 ans* » ;
- article 191 CPS (al. 1) – actes d'ordres sexuel commis sur une personne incapable de discernement ou de résistance : « *celui qui, sachant qu'une personne est incapable de discernement ou de résistance, en aura profité pour commettre sur elle l'acte sexuel, un acte analogue ou un autre acte d'ordre sexuel, sera puni d'une peine privative de liberté de 10 ans au plus ou d'une peine pécuniaire* » ;
- article 193 CPS (al.1) – abus de détresse : « *celui qui, profitant de la détresse où se trouve la victime ou d'un lien de dépendance fondé sur des rapports de travail ou d'un lien de dépendance de toute autre nature, aura déterminé celle-ci à commettre ou à*

subir un acte d'ordre sexuel sera puni d'une peine privative de liberté de 3 ans au plus ou d'une peine pécuniaire ».

Concernant les mutilations d'organes génitaux féminins, l'article 124 du CPS annonce que *« celui qui aurait mutilé les organes génitaux féminins, aura compromis gravement et durablement leur fonction naturelle ou leur aura porté toute autre atteinte sera puni d'une peine privative de liberté de 10 ans au plus ou d'une peine pécuniaire de 180 jours-amende au moins »*. A noter que *« quiconque se trouve en Suisse et n'est pas extradé et commet la mutilation à l'étranger est punissable »*.

On peut enfin relever l'article 219 du CPS, qui indique (al. 1) : *« Celui qui aura violé son devoir d'assister ou d'élever une personne mineure dont il aura ainsi mis en danger le développement physique ou psychique, ou qui aura manqué à ce devoir, sera puni d'une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d'une peine pécuniaire »*.

Code Civil Suisse :

L'obligation d'annoncer incombe uniquement aux personnes qui ne sont pas soumises au secret professionnel, actives dans les domaines de la médecine, de la psychologie, de la prise en charge et du service social, de l'éducation, de l'enseignement, de la religion et du sport et qui sont en contact régulier avec des enfants, ou les personnes qui ont connaissance de la mise en danger d'un enfant dans l'exercice de leur fonction officielle (article 314d du Code Civil Suisse, CCS).

Notons que, selon l'article 314c du CCS :

- *« toute personne a le **droit** d'aviser l'autorité de protection de l'enfant que **l'intégrité physique, psychique ou sexuelle** d'un enfant semble menacée » ;*
- *« les personnes soumises au secret professionnel en vertu du code pénal ont elles aussi le **droit** d'aviser l'autorité **lorsque l'intérêt de l'enfant le justifie**. Cette disposition ne s'applique pas aux auxiliaires soumis au secret professionnel ».*

Loi d'application genevoise du Code Civil :

Après avoir pris connaissance de l'article 314 du CCS, nous devons rappeler l'existence de la Loi d'application genevoise du Code Civil (LaCC, loi cantonale), laquelle règle notamment l'application du Code Civil.

Dans la LaCC, il convient de garder en mémoire l'article 34, qui énonce que :

- *« toute personne **peut** signaler au service de protection des mineurs la situation d'un enfant en danger dans son développement » ;*
- *« toute personne qui, dans le cadre de l'exercice d'une profession, d'une charge ou d'une fonction en relation avec les mineurs, qu'elle soit exercée à titre principal, accessoire ou auxiliaire, a connaissance d'une situation d'un mineur dont le développement est menacé, **doit** la signaler au service de protection des mineurs » ;*

- « *les obligations relatives à la levée du secret professionnel par l'instance compétente demeurent réservées* » ;
- « *sont notamment astreints à l'obligation de faire un signalement auprès du service de protection des mineurs, les membres des autorités religieuses, les responsables des organisations religieuses, les professionnels de la santé, les enseignants, les intervenants dans les domaines religieux, du sport et des activités de loisirs, les employés des communes, les policiers, les travailleurs sociaux, les éducateurs, les psychologues actifs en milieu scolaire et éducatif, les psychomotriciens et les logopédistes* » ;
- « *les personnes astreintes à l'obligation de signaler une situation de mineur sont réputées avoir satisfait à cette obligation par le signalement au service de protection des mineurs* » ;
- « *le signalement au service de protection des mineurs comprend le nom, le prénom et l'adresse du signalant* » ;
- « *les personnes astreintes à l'obligation de faire un signalement au sens des alinéas 2 et 3 l'adressent par voie écrite ou électronique* » ;
- « *le service de protection des mineurs n'entre pas en matière sur les signalements et requêtes anonymes, abusifs, ou manifestement mal fondés* » ;
- « *si des mesures de protection de l'enfant s'avèrent nécessaires, le service de protection des mineurs saisit le Tribunal de protection. Demeurent réservées ses interventions dans les cas de péril* ».

Aussi, à Genève, le signalement au Service de protection des mineur-es, d'un-e mineur-e en danger dans son développement par les personnes soumises au **secret professionnel** doit être effectué après en avoir été délié par l'enfant capable de discernement, ses représentant-es légaux/les si incapacité de discernement ou, en dernier recours, par la Commission du secret professionnel.

Pour les situations dans lesquelles il existe un **risque immédiat** pour l'enfant et/ou en l'absence de collaboration parentale, un signalement au Tribunal de Protection de l'Adulte et de l'Enfant (TPAE) peut être réalisé sans levée du secret professionnel préalable.

III. OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE ET RÔLE DES INTERVENANT-ES

La prise en charge des victimes d'agression sexuelle vise à offrir un suivi médical, psychologique, médico-légal et social à court, moyen et parfois long terme. Elle a également pour but de pouvoir répondre, en cas de procédure pénale (et avec l'accord de la victime ou de ses représentant-es légaux/les), aux besoins des **autorités judiciaires**.

En urgence, il importe de procurer un cadre accueillant, sécurisant et garantissant la confidentialité. Tout au long de la prise en charge, il faut être attentif.ve au stade de développement de l'enfant et tenir compte des réactions aux traumatismes (« trauma-informed care ») afin d'offrir un cadre favorisant la résilience notamment en veillant à (re)donner un maximum de contrôle à la victime et en veillant à maintenir une relation de **confiance**. Les référent-es de l'enfant doivent être informé-es de l'importance de prendre au sérieux les dires de leur enfant indépendamment des suites judiciaires et de l'impact que leur soutien aura sur la réponse émotionnelle à l'agression. **Il convient également de leur faire savoir qu'un examen normal n'exclut pas une agression.**

Ces situations complexes exigent donc une **approche intégrée et multidisciplinaire** avec :

- La/le médecin légiste :
 - si l'indication à un CAS est posée, elle/il procède à l'examen médico-légal avec ou sans mandat judiciaire (constat de coups, examen gynécologique/anal) en présence de la/du gynécologue, pédiatre ou chirurgien-ne pédiatrique selon la situation
 - s'assure d'obtenir les prélèvements médico-légaux nécessaires et de leur acheminement au CURML
 - remplit le formulaire CAS avec la/le gynécologue
- L'équipe médico-infirmière de gynécologie :
 - procède à l'examen gynécologique et à l'inspection de la sphère anale des victimes de sexe féminin (ayant une vulve/vagin)
 - remplit le formulaire CAS avec la/le médecin légiste
 - évalue la nécessité d'une PPE VIH/HBV/gonocoque/chlamydia/vaccin HPV pour les patientes >16 ans
 - évalue la nécessité d'une contraception d'urgence >16 ans
 - organise un suivi gynécologique à J10 (avec TG de contrôle) pour les patientes de > 16 ans et un suivi en gynécologie pédiatrique à J10 pour les < 16 ans
- Le groupe de protection de l'enfance (GPE : assistant-e social-e et/ou médecin) :
 - doit être informé de toute suspicion/situation avérée d'agression sexuelle sur mineur-e,
 - en heure ouvrable, pose l'indication à un CAS conjointement avec CDC/MA SAUP+- gynécologue
 - évalue le risque social immédiat (heures ouvrables) et à moyen-long-terme,
 - signale au SPMI ou au TPAE si nécessaire,
 - oriente pour les différentes procédures légales (audition EVIG, LAVI...)

- organise une consultation GPE à 3 semaines avec un TG de contrôle pour les patientes de < 16 ans
- piste si un soutien psychologique est déjà en place ou nécessaire (possibilité d'adresser au CTAS, guidance infantile, OMP...);
- L'équipe médico-infirmière du SAUP (interne sous supervision directe CDC/MA) :
 - Évalue en premier lieu les patient-es <16 ans
 - prend en charge les risques vitaux en priorité (ABCD), procède à l'examen pédiatrique complet. A noter qu'une description précise des lésions sera faite par la/le médecin légiste
 - effectue les soins d'urgence nécessaires
 - pose l'indication à un CAS avec le GPE en heures ouvrables +-gynécologue
 - s'assure que les prélèvements ont été faits soit au SAUP soit aux urgences de gynécologie (frottis, urines, sérologies, chimie sanguine...) et que les différentes prophylaxies ont été données quand indiquées (VIH/HBV/Gono/Chlamydia/vaccin HPV, anti-tétanique)
 - si sérologies prélevées ou PPE instaurée, informe l'équipe d'infectiologie pédiatrique par e-mail pour demander un rdv à J5 (avec PPE) ou 6 semaines (sans PPE)
 - évalue la nécessité d'une contraception d'urgence <16 ans
 - procède au CAS des victimes de sexe masculin conjointement avec la/le médecin légiste
 - organise une sédation au SAUP si nécessaire pour **raisons médicales** pour l'examen gynécologique/anal des petites filles/garçons
 - organise la prise en charge par d'autres spécialistes si nécessaire (chirurgien-ne pédiatre, infectiologues pédiatres...)
 - évalue le risque suicidaire et la nécessité d'une évaluation pédopsychiatrique en urgence et l'organise
 - évalue le risque social immédiat hors des heures ouvrables (principalement danger d'un retour à domicile)
 - fait signer la levée du secret médical aux parents pour SPMI, instances judiciaires, pédiatre
 - élabore un rapport de consultation précis, relu et signé conjointement avec CDC/MA ;
- L'équipe médico-infirmière d'infectiologie pédiatrique :
 - assure le suivi ambulatoire pour l'adhérence à la PPE si instaurée, les sérologies, les rappels vaccinaux et les examens de contrôle à J5, S6 et S12
- UIMPV :
 - Assure le suivi global pour les patient-es dès 16 ans en collaboration avec l'équipe d'infectiologie adulte

IV. ANAMNÈSE ET AUDITION EVIG :

Si l'anamnèse relative à l'agression sexuelle est indispensable pour l'évaluation médicale, les questions suggestives peuvent pousser les victimes (en particulier en bas âge) à faire des déclarations inexactes voir à former des souvenirs erronés de l'évènement.

Les enfants sont sensibles à une pression exprimée (verbalement ou non), elles/ils veulent plaire et recherchent l'approbation sociale. Ainsi, elles/ils ne corrigent pas les faux-dires des adultes et, selon leur âge, n'ont pas la capacité métacognitive d'exprimer ce qu'elles/ils ne savent pas. Lors de questions répétitives, elles/ils ont tendance à croire avoir répondu faux et à modifier leurs propos.

La police judiciaire genevoise dispose d'un groupe EVIG (*Enfants Victimes d'Infractions Graves*), rassemblant notamment des inspecteur-rices spécialisé-es provenant de différentes brigades et des psychologues. Leur rôle est de procéder aux auditions filmées des mineur-es (de 4 à 18 ans) victimes et/ou témoins d'infraction grave (alléguée par l'enfant lui-même ou constatée par un tiers). Ces auditions sont organisables 7/7 jours entre 8h et minuit.

Ces auditions suivent un protocole précis (NICHHD-R) et se déroulent dans les locaux de la police judiciaire genevoise. Elles sont réalisées dans le but d'obtenir un **récit le plus fiable possible** et d'éviter le re-traumatisme ou la culpabilisation de l'enfant. En raison du nombre limité de preuves « matérielles », elles peuvent être d'une importance cruciale pour la suite de la procédure judiciaire.

Aussi, lorsqu'une victime mineure est admise aux urgences et qu'elle n'a pas été entendue par la police en audition EVIG, **il importe de ne pas « polluer » ni d'orienter le discours de l'enfant**, ce qui pourrait rendre l'audition EVIG caduque, inexploitable. Même si l'audition a déjà été effectuée, l'anamnèse devrait se réduire à obtenir les informations importantes pour la prise en charge médicale (type de contact (oral, anal, vaginal...), contact avec fluides corporels...)) si possible auprès des professionnel-les déjà impliqué-es.

Par conséquent, l'équipe médico-soignante doit être attentive lors de l'anamnèse, à :

- se limiter aux **questions vraiment nécessaires** à l'évaluation, et se coordonner pour que les questions nécessaires ne soient posées qu'une seule fois ;
- poser des questions les plus **ouvertes** possibles ;
- respecter des silences ;
- **noter** précisément les questions posées et les réponses de l'enfant, en reprenant son propre vocabulaire ;
- **éviter les résumés** ;
- ne pas émettre de doute ni de jugement de valeur ;
- éviter les « pourquoi » (souvent utilisé quand l'enfant a fait des bêtises), le remplacer par « qu'est-ce qui fait que... » ;
- questionner l'enfant et ses représentant-es légales/ux sur leur volonté de contacter la police et les y encourager (possibilité de les contacter ensemble par téléphone).

V. PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE POUR LES VICTIMES DE SEXE FÉMININ

Aucune barrière administrative faisant obstacle à la prise en charge ne doit exister.

Quelle que soit la porte d'entrée des personnes victimes d'agression sexuelle aux HUG, les premières constatations médico-légales, l'instauration des différentes prophylaxies ainsi que la prise en compte de la souffrance psychologique représentent une urgence.

a. Aux urgences pédiatriques

Les patient-es de < 16 ans sont initialement pris-es en charge au Service d'Accueil et d'Urgences Pédiatriques (SAUP), **sauf en cas de nécessité d'une prise en charge gynécologique en urgence** (saignement génital actif, douleur génitale aiguë, etc.).

Au SAUP, l'échelle de tri est respectée avec un tri 3 (=évaluation dans les 30') pour une agression <72h et un tri 4 (=évaluation dans les 2 heures) si >72h, qui peuvent être surcotés s'il y a la présence de saignements, douleurs ou détresse psychologique. L'IRAO doit informer le CDC/MA du SAUP dès le tri, mettre de l'EMLA et si possible installer l'enfant et ses accompagnant-es dans un lieu à l'écart. Si l'agression date <72h, les prélèvements urinaires et sanguins pour la recherche de toxiques doivent être faits au plus vite. Si l'indication à un constat d'agression sexuelle en urgence est posée (validée par le GPE en heure ouvrable ou discutée conjointement entre cadres en dehors des heures ouvrables), il faudra contacter la/le CDC des urgences gynécologiques qui coordonnera le CAS avec la médecine légale. C'est en effet aux urgences de gynécologie que le constat d'agression sexuelle sera réalisé en raison de la présence d'un colposcope par la/le gynécologue disponible la/le plus expérimenté-e en la matière, et en collaboration avec la/le médecin-légiste. Si la dernière agression date de >72 heures mais de < 7 jours, le CAS sera organisé en journée 7/7 jours par la/le CDC de gynécologie et la médecine légale. Si cela date de >7 jours, le CAS sera organisé par l'équipe de gynécologie pédiatrique en heures ouvrables.

Le but de l'évaluation au SAUP est de dédouaner la victime d'un point de vue somatique/psychiatrique/social et de dépister d'autres violences. Comme mentionné au chapitre IV, l'anamnèse concernant l'agression doit être la plus sommaire possible. A noter que si un constat d'agression sexuelle est réalisé, il n'est **pas nécessaire de réaliser de constat de coups ni d'examen de la sphère génitale et anale** (il sera effectué par la/le médecin légiste et la/le gynécologue). Ce constat d'agression sexuelle ne pourra être pratiqué qu'avec **l'accord** de la personne mineure, si celle-ci est capable de discernement.

Dans le cadre de la prise en charge somatique à la suite d'une agression sexuelle, la nécessité des bilans suivants doit être évaluée (orderset SAUP CAS) :

- FSC/ASAT/ALAT/créatinine/bilirubine (bilan pré-PPE)
- +/- Crase/GS/RAI
- Alcoolémie
- Dépistage toxiques (**sang et urine**), asap, sur Hémaxis possible
- Dépistage GHB (**urine**, si cohérent)
- Sérologies de dépistage Syphilis, VIH, HBc-Ig, Hbs-Ag, HBs-Ig, HCV-Ig (**sang**)
- PCR Neisseria gonorrhoeae et Chlamydia trachomatis (**urine non stérile**)
- β -HCG (si stade Tanner>3)

En outre, en vue d'analyses complémentaires (notamment toxicologiques et/ou génétiques) par le Centre Universitaires Romand de Médecine Légale (CURML) dans le contexte du constat d'agression sexuelle (en particulier lors de mandat judiciaire), les prélèvements de sang et d'urine suivant devront être réalisés à but purement médico-légal (**pas de requête labo sur DPI**, simplement coller une étiquette patient-e et indiquer la date et l'heure du prélèvement sur le tube) :

- 2x MiniCollect® EDTA de 0,5 ml (sang capillaire)
- 1-2 tube/s sec d'urine

Comme alternative (notamment pour les enfants en bas âge, dans le cas où le prélèvement en MiniCollect® pose problème), il est possible de prélever du sang capillaire et de le déposer sur deux cartes en papier buvard (kits « HémaXis », quatre gouttes de sang par carte), en vue d'éventuelles analyses toxicologiques. Si la question d'une exposition de l'enfant à l'alcool éthylique se pose, il est également possible d'effectuer un prélèvement de sang capillaire sur une carte similaire spécifique à la recherche d'un métabolite spécifique de l'alcool (phosphatidyléthanol, PhEt).

Ces prélèvements destinés à la médecine légale doivent être conservés au frigidaire. Lors d'examens réalisés sans mandat judiciaire, ils sont acheminés au service de médecine légale par un transporteur, en heure ouvrable. Lors d'examens réalisés avec mandat judiciaire, la/le médecin légiste vient chercher en personne les prélèvements au SAUP.

Une fois ces prélèvements réalisés, la victime est transférée aux urgences de la Maternité pour la prise en charge conjointe gynéco-médico-légale.

A l'issue du CAS à la Maternité :

- les victimes de **< 16 ans**, rentrent à domicile ou sont transférées aux urgences pédiatriques si la prise en charge pédiatrique n'est pas aboutie (mise à l'abri, évaluation pédopsychiatrique à faire...). Elles sont évaluées par le GPE en heures ouvrables, qui pourra notamment décider s'il faut signaler la situation au SPMI. Si la patiente refuse d'être transférée au SAUP, la situation doit être discutée avec la/le CDC du SAUP+-GPE qui pourra aider à l'orientation selon le type de situation.
- les victimes âgées **entre 16 et 18 ans** sont adressées à l'**UIMPV**. Si la patiente est accompagnée d'un-e de ses représentant-es légales/ux ou qu'elle accepte de les contacter, le suivi est organisé de concert avec la/le représentant-e légal-e. Si la patiente refuse qu'un contact soit établi avec ses représentant-es légales/ux et que la/le médecin estime que la patiente a sa capacité de discernement, l'évaluation de la nécessité d'une hospitalisation jusqu'à ce qu'elle puisse être vue par l'**UIMPV** doit être faite (ou en dehors des heures ouvrables par la psychiatrie de liaison).

b. Aux urgences de la Maternité

Lorsqu'une victime **< 16 ans** se présente à la Maternité pour réaliser un CAS, elle doit être référée dans un premier temps au SAUP (sauf en cas de saignement génital actif sans risque vital). Si elle a **>16 ans**, le protocole habituel est suivi. Toutefois, la prise en charge doit être adaptée en raison du status de mineur et du stade de développement.

Critères d'urgences pour effectuer un CAS :

Délai depuis l'agression (ou la dernière AS)	
< 72 heures	Prélèvements urines+sang au plus vite CAS en urgence à la maternité
72 heures à 7 jours	CAS à organiser la journée 7/7 j*
7 jours	Examen à organiser en gynécologie pédiatrique en heures ouvrables*

*A noter qu'un examen gynécologique voire médico-légal pourrait être indiqué également en urgence au-delà des 72 heures si l'enfant se plaint de douleurs génitales et/ou anales ou en cas de lésions évidentes ou de saignement génital/anal lors de l'examen clinique.

Techniques d'examen

Avant de débiter l'examen, il importe de revoir avec l'enfant qui a le droit de regarder ou toucher ses parties intimes. Il faut s'assurer que l'enfant est confortable et l'inclure dans son examen (par exemple en tenant le flacon de sérum physiologique...), le laisser diriger (importance de reprendre le contrôle) et inclure les parents (si non suspects).

Certains parents et enfants sont étonné-es voire ne se sentent pas cru-es lorsque l'examen est décrit comme "normal". Il est important de préciser, avant de commencer l'examen, que l'examen est souvent normal même en cas d'agression, et que ça ne veut pas dire qu'il ne s'est rien passé ou qu'on ne les croit pas.

La technique d'examen doit être appropriée et la moins invasive possible. Différentes positions d'examens sont préconisées, en fonction du développement pubertaire et de la zone d'intérêt (J.A. Adams et al).

Une documentation de l'examen avec un **colposcope** est indispensable. La/le médecin légiste peut, de façon complémentaire, se munir d'un appareil photo avec un objectif « macro » pour compléter la documentation.

➤ *Victime pré-pubère :*

- examen de la sphère génitale en position gynécologique (par exemple avec le parent installé sur la chaise gynécologique avec l'enfant sur lui) ou sur le dos avec les cuisses écartées et les pieds joints (position « de la grenouille », éventuellement sur le parent) ;
- examen de la vulve et de l'hymen réalisé avec une traction-séparation des grandes lèvres (et pas un simple écartement) ;
- s'il persiste un doute sur une lésion et/ou que la visualisation de l'hymen n'est pas complète, la victime est placée à genou sur le ventre (position « prone knee-chest »), en réalisant une traction des fesses vers le haut si nécessaire. Cette position permet en particulier une meilleure visualisation de la partie postérieure de l'hymen, des parois du vagin et du col utérin.

➤ *Victime pubère :*

- l'examen de la sphère génitale est réalisé en position gynécologique ou en position « prone knee-chest ».

A noter que la réalisation d'un examen avec spéculum n'est **pas recommandée chez les victimes pré-pubères avec un score de Tanner < 3**. Toutefois, un examen gynécologique complet sous sédation (au SAUP) voire anesthésie générale (au bloc de pédiatrie) peut s'avérer nécessaire pour des **raisons médicales** (par exemple lors de saignements vaginaux dont l'origine ne peut pas être mise en évidence lors de l'examen standard).

Prélèvements

Au cours de l'examen gynécologique, pour les victimes pubères et pour lesquelles un examen au spéculum a été réalisé, les prélèvements habituels (ADN et infectiologiques) sont récoltés.

Pour les victimes pré-pubères et/ou pour lesquelles l'utilisation du speculum n'est pas possible, un rinçage vaginal à l'eau stérile tiède est réalisé. Le liquide est récupéré pour d'éventuelles analyses ADN et prélèvements bactériologiques (bactério générale, chlamydia et gonorrhoeae).

Les prélèvements réalisés lors de CAS sans mandat judiciaire de victimes mineures sont conservés au CURML jusqu'aux 25 ans de la victime.

Les prélèvements réalisés lors de CAS avec mandat judiciaire sont conservés au CURML pendant une durée de 3 ans.

Techniques complémentaires d'examen

Pour les victimes pubères, des examens complémentaires peuvent s'avérer utiles dans le but de visualiser l'ensemble de l'hymen (qui peut être œstrogénisé et former des plis lors de la puberté) :

- utilisation d'une sonde de Foley :
 - insertion de la tige dans le vagin,
 - gonflement du ballonnet avec de l'eau (2-3 cc)
 - légère traction sur la tige pour permettre au ballonnet de déplisser l'hymen.

Attention : les prélèvements d'ADN doivent être pratiqués **avant** l'utilisation de la sonde de Foley.

Examen de l'anus

Pour les victimes pubères et pré-pubères, **l'examen de la sphère anale** est réalisé sur le dos avec les jambes repliées sur le tronc (position « supine knee-chest »), en position « prone knee-chest » ou en décubitus latéral, tout en écartant les fesses.

Lorsqu'une lésion anale est mise en évidence/suspectée, l'examen et les prélèvements (frottis bactériologiques et d'ADN) seront faits en collaboration avec la/le **chirurgien-ne**

pédiatrique, après une discussion collégiale. Là encore, une anoscopie sous sédation (au SAUP) voire anesthésie générale (au bloc de pédiatrie) peut s'avérer nécessaire pour des **raisons médicales** uniquement (par exemple lors de saignements internes, de lésions rectales, de risque de corps étranger...).

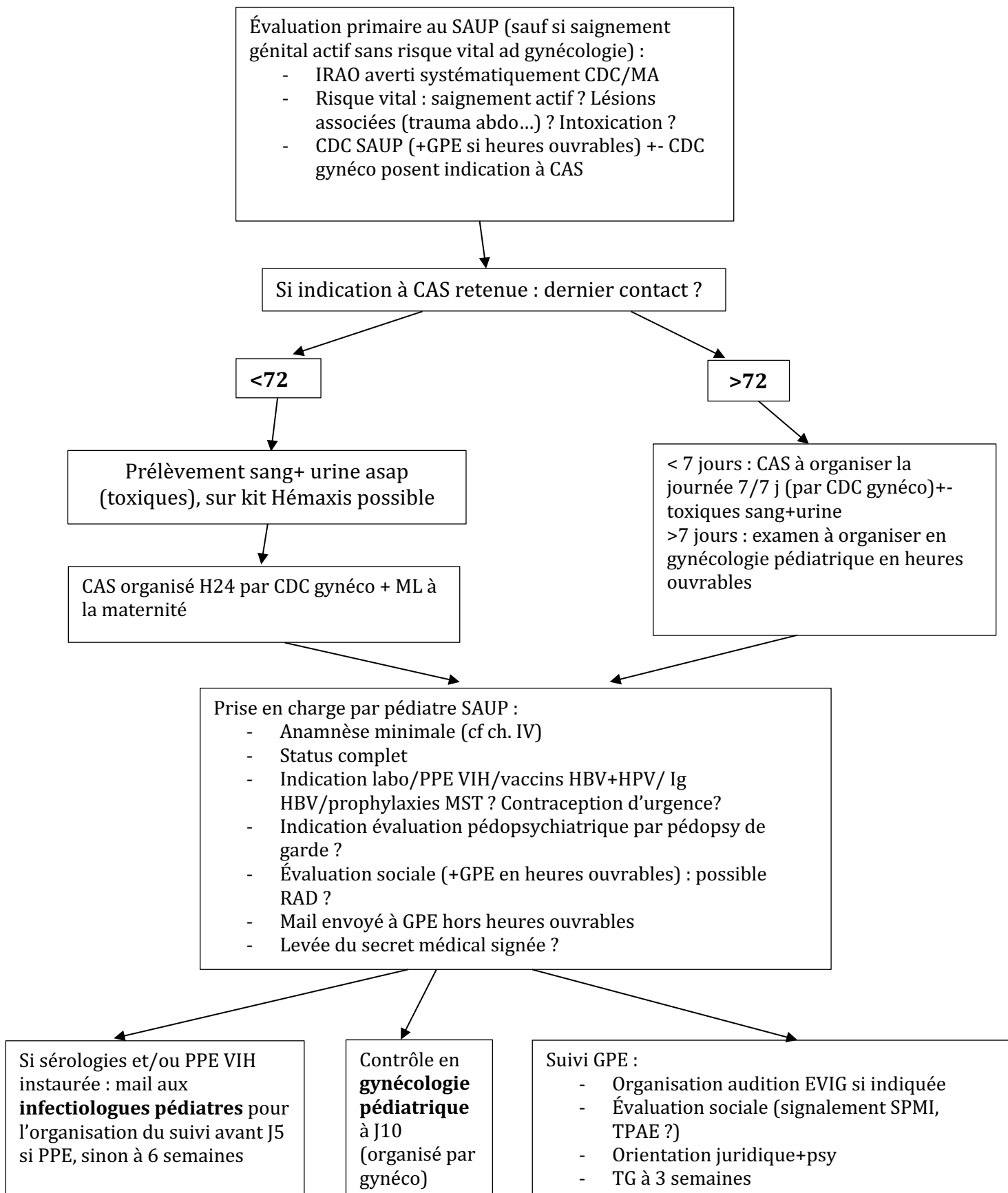
c. Prise en charge infectiologique

Pour les patient-es >16 ans se référer aux protocoles adultes.

Pour les patient-es de <16 ans :

- Pour la PPE VIH : cf. protocole d'infectiologie pédiatrique « Recommandations pour la prophylaxie post-expositionnelle au VIH pédiatrie » (sur C8). Starterkit de 5 jours à remettre directement (dans la pyxis du SAUP) + ordonnance pour 1 mois (préciser à la famille d'aller chercher rapidement les médicaments car il y a souvent des délais d'approvisionnement et de contacter l'équipe d'infectiologie s'ils ne sont pas disponibles en pharmacie).
- Prophylaxie pour prépubère: pas de prophylaxie chlamydia/gonorrhoea d'emblée, traitement seulement si positif. Engerix B10 (si < 11 ans) ou B20 (dès 11 ans) à tous/tes (indépendamment du status vaccinal) +Immunoglobulines anti-HBV si pas vacciné-e et agresseur/se HBsAg+.
- Prophylaxie pour pubère : Ceftriaxone 500 mg IM + Azithromycine 1 g per os, Engerix B10 (si < 11 ans) ou B20 (dès 11 ans) à tous-tes (indépendamment du status vaccinal) +Immunoglobulines anti-HBV si pas vacciné-e et agresseur/se HBsAg+
- Vaccin HPV dès 9 ans.
- Suivi ambulatoire en infectiologie pédiatrique à J5 pour l'adhérence à la PPE si instaurée, et à S6 et S12 pour les sérologies, les rappels vaccinaux et les examens de contrôle

VI. ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE D'UNE VICTIME DE SEXE FÉMININ <16 ANS AVEC SUSPICION OU SITUATION AVÉRÉE D'AGRESSION SEXUELLE

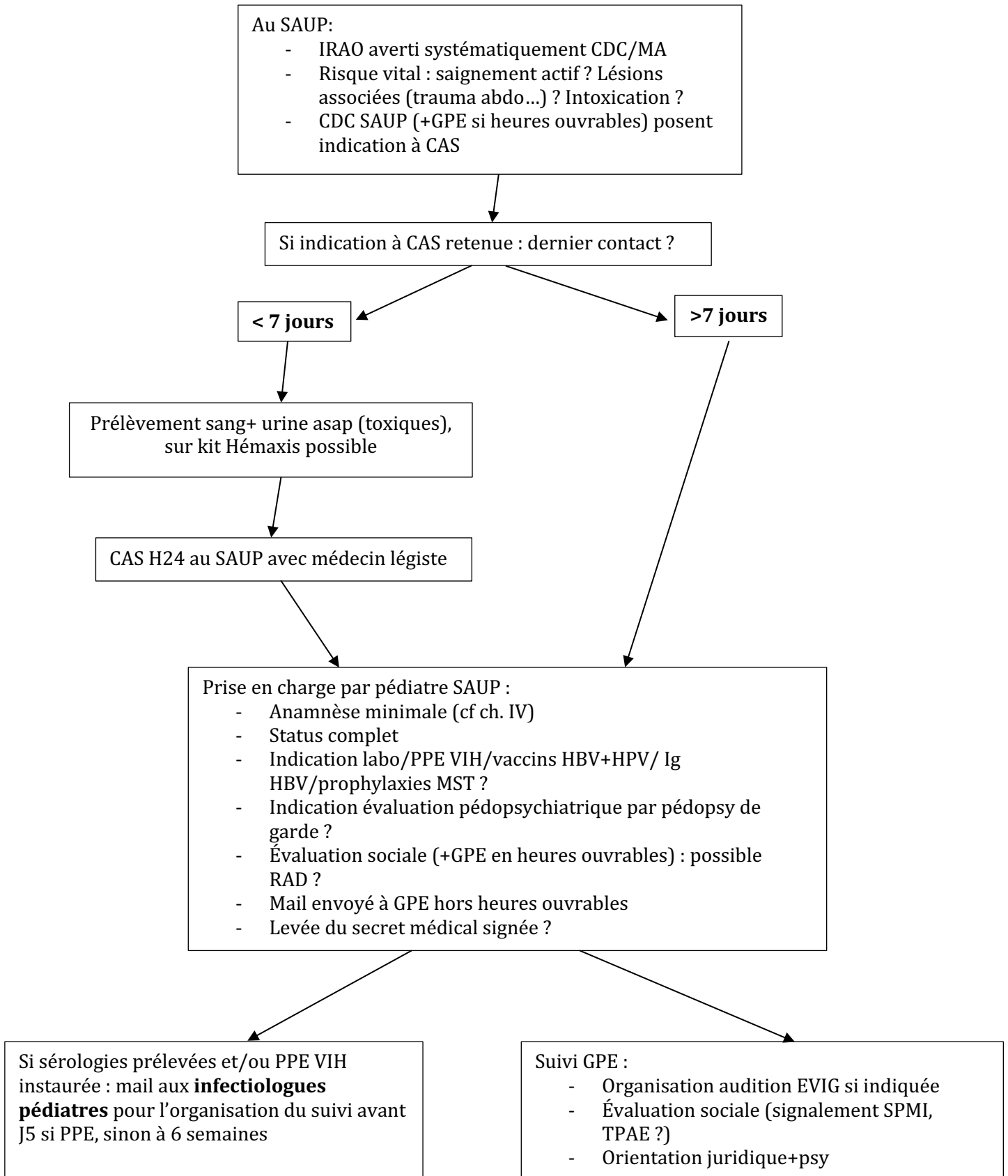


VII. VICTIMES DE SEXE MASCULIN

Lorsqu'un enfant de sexe masculin est admis aux urgences pédiatriques avec une suspicion d'agression sexuelle, le protocole de prise en charge ci-dessus est suivi, avec toutefois les adaptations suivantes :

- En l'absence de mandat judiciaire, la/le pédiatre des urgences appelle le piquet de la médecine légale si le dernier contact date de < 7 jours.
- La prise en charge somatique, psychiatrique et sociale repose sur la/le pédiatre, tandis que la/le médecin légiste réalise le CAS au SAUP.
- L'examen de l'anus se fait selon les indications du paragraphe « *examen de l'anus* ». Pour rappel : lorsqu'une lésion anale est mise en évidence/suspectée, l'examen et les prélèvements (frottis bactériologiques et d'ADN) seront faits en collaboration avec la/le chirurgien-ne pédiatrique qui pourra organiser une anoscopie sous sédation (au SAUP) voire anesthésie générale (au bloc de pédiatrie) pour des **raisons médicales uniquement** (par exemple lors de saignements internes, de lésions rectales, de risque de corps étranger...).
- Pour les patients de plus de 16 ans, se référer au protocole adulte (prise en charge au SU et suivi par UIMPV).

VIII. ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE D'UNE VICTIME DE SEXE MASCULIN <16 ANS AVEC SUSPICION OU SITUATION AVÉRÉE D'AGRESSION SEXUELLE



IX. CHECKLIST POUR LES URGENCES PÉDIATRIQUES
(à imprimer comme aide à la prise en charge selon la situation)

- ☐ Status complet (y compris cutané)
- ☐ Sang + urine prélevés pour toxiques + médico-légal
- ☐ Sérologies VIH, Syphilis, HBV, HCV (orderset SAUP)
- ☐ Urines pour PCR Gonocoque/Chlamydia trachomatis
- ☐ Test de grossesse si sexe féminin et Tanner >3
- ☐ Vaccin HBV +/- Ig
- ☐ Vaccin HPV si >9 ans
- ☐ Vaccin anti-tétanique si indication
- ☐ Ceftriaxone IM/Azithromycine PO si pubère
- ☐ Contraception d'urgence
- ☐ Si indication à PPE :
 - ☐ Bilan pré-PPE : FSC/ASAT/ALAT/créatinine/bilirubine
 - ☐ starter kit de 5 jours donné
 - ☐ ordonnance pour 1 mois
 - ☐ Mail envoyé
- ☐ Si indication à CAS : fait de suite ou organisé à distance le _____
- ☐ Indication à évaluation pédopsychiatrique en urgence (risque suicidaire...): OUI/NON, si oui, faite O
- ☐ Évaluation sociale : retour à domicile sécuritaire OUI/NON
- ☐ Levée du secret médical pour médecin traitant, SPMI et instances judiciaires signée et dans DPI
- ☐ GPE informé (mail ou direct)
- ☐ Contrôle en gynécologie pédiatrique à J10 organisé le _____
- ☐ Rapport de consultation revu par CDC/MA

X. LISTE DES ABRÉVIATIONS

CAS	Constat médico-légal d'Aggression Sexuelle
CDC	Médecin Chef-fe de Clinique
CTAS	Centre Thérapeutique : traumatismes-Agressions Sexuelles
CURML	Centre Universitaire Romand de Médecine Légale
EVIG	Auditions des Enfants Victimes ou témoins d'Infractions Graves
GPE	Groupe de Protection de l'Enfance
IRAO	Infirmier-ère Responsable de l'Accueil et de l'Orientation des patients-es au SAUP
LAVI	Centre de consultation pour Victimes d'Infraction
OMP	Office Médico-Pédagogique
MA	Médecin Adjoint-e
ML	Médecine Légale
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
NICHD-R	National Institute of Child Health and Human Development-Revised
PPE	Prophylaxie Post-Expositionnelle
RAD	Retour à Domicile
SAUP	Service d'Accueil et d'Urgences Pédiatriques
SPMI	Service de Protection de Mineurs-es
TG	Test de Grossesse
TPAE	Tribunal de Protection de de l'Adulte et de l'Enfant
UAO	Urgences, Accueil et Orientation pédopsychiatrique
UIMPV	Unité Interdisciplinaire de Médecine et de Prévention de la Violence

XI. RÉFÉRENCES

- Adams, J. A., Kellogg, N. D., Farst, K. J., Harper, N. S., Palusci, V. J., Frasier, L. D., Levitt, C. J., Shapiro, R. A., Moles, R. L., & Starling, S. P. (2016). Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 29(2), 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.01.007>
- Chiesa, A., & Goldson, E. (2017). Child Sexual Abuse. *Pediatr Rev*, 38(3), 105-118. <https://doi.org/10.1542/pir.2016-0113>
- Crawford-Jakubiak, J. E., Alderman, E. M., Leventhal, J. M., Committee On Child, A., Neglect, & Committee On, A. (2017). Care of the Adolescent After an Acute Sexual Assault. *Pediatrics*, 139(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-4243>
- Cyr Mireille, Recueillir la parole de l'enfant témoin ou victime, de la théorie à la pratique, 3ème édition, Dunod, 2023
- Forkey, H., Szilagyi, M., Kelly, E. T., Duffee, J., Council On Foster Care, A., Kinship Care, C. O. C. P. C. O. C. A., Neglect, C. O. P. A. O. C., & Family, H. (2021). Trauma-Informed Care. *Pediatrics*, 148(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052580>
- Halperin, D. S., Bouvier, P., Jaffe, P. D., Mounoud, R. L., Pawlak, C. H., Laederach, J., Wicky, H. R., & Astie, F. (1996). Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey. *BMJ*, 312(7042), 1326-1329. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7042.1326>
- Johnson, C. F. (2004). Child sexual abuse. *Lancet*, 364(9432), 462-470. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16771-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16771-8)
- Mathey, L., Balsley, K., Msw, S. H., Simonton, K., Celio, J., & Katsogridakis, Y. L. (2020). Optimizing Interdisciplinary Care of Pediatric Sexual Assault and Abuse in the Emergency Department: A Quality Improvement Approach. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 21(3), 100799. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpem.2020.100799>
- Rizzo, A., Ricard, D., La Harpe, R., Fracasso, T., & Yaron, M. (2020). Female Child and Adolescent Sexual Abuse Cases Reported at the Geneva University Hospitals Between 2006 and 2014: A Retrospective Study. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 33(3), 260-263. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.11.003>
- Schonbucher, V., Maier, T., Held, L., Mohler-Kuo, M., Schnyder, U., & Landolt, M. A. (2011). Prevalence of child sexual abuse in Switzerland: a systematic review. *Swiss Med Wkly*, 140, w13123. <https://doi.org/10.4414/smw.2011.13123>
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Dev Psychopathol*, 23(2), 453-476. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000174>