

L'évaluation médicale des enfants prépubères qu'on soupçonne d'être victimes d'une agression sexuelle

Document de la Société canadienne de pédiatrie

Auteur(s) principal(aux)

Tanya Smith, Laurel Chauvin-Kimoff, Burke Baird, Amy Ornstein Société canadienne de pédiatrie, Comité des soins aigus, prévention de la maltraitance d'enfants et d'adolescents

Paediatr Child Health 2020 25(3):187–194.

Résumé

L'agression sexuelle sur les mineurs est un problème important et relativement courant. Les enfants victimes d'une agression sexuelle peuvent se présenter au cabinet d'un médecin, à un centre de soins d'urgence ou au département d'urgence d'un hôpital en vue d'une évaluation médicale. Cette évaluation peut rassurer à la fois l'enfant et la personne qui l'a à sa charge, établir les soins à apporter et offrir une interprétation précise des constatations au système de justice et aux services de protection de l'enfance. Étant donné le potentiel de conséquences médico-légales, une évaluation approfondie exige à la fois des connaissances à jour et des compétences cliniques. Le présent document de principes propose une approche fondée sur des données probantes et respectueuse des traumatismes lors de l'évaluation médicale des enfants prépubères victimes d'une agression sexuelle présumée ou confirmée.

Mots-clés : Ano-genital examination; Child protection ; Child sexual abuse; Forensic evidence; Sexually transmitted infections

Mises en situation

La région génitale d'une fillette de trois ans est rouge et sa couche contient une petite tache de sang... Les rougeurs sont une affection médicale courante chez les enfants, et le sang peut s'expliquer par un traumatisme ou une affection médicale.

Une mère craint que sa fille, dont l'ouverture vaginale semble trop grande, ait été victime d'une agression sexuelle... Une « plus grande » ouverture vaginale peut être une variante de la normale et n'est pas nécessairement indicatrice d'une agression sexuelle.

Un garçon de sept ans confie à son enseignante que son grand-père lui touche les « parties intimes »... Faites un signalement aux services de protection de l'enfance et proposez d'examiner le garçon après l'entrevue d'enquête à des fins judiciaires.

Une fillette de dix ans arrive en consultation à cause des signes d'une agression sexuelle qui se serait produite 48 heures plus tôt... Vous la dirigez immédiatement vers le centre local de soins aux victimes d'agression sexuelle pour qu'on puisse procéder à une intervention médicale et à la collecte de preuves médico-légales.

L'agression sexuelle sur des mineurs (ASM) est un problème important et relativement fréquent au Canada, et les inquiétudes à ce sujet peuvent prendre diverses formes au moment d'obtenir des soins médicaux. Les mises en situation précédentes peuvent soulever des inquiétudes. En 2017, l'Organisation mondiale de la Santé a défini l'ASM comme la participation d'un enfant ou d'un adolescent à des activités sexuelles qu'il ne comprend pas pleinement et auxquelles il ne peut pas donner son consentement éclairé, à l'égard desquelles il n'est pas préparé sur le plan du développement et auxquelles il ne peut pas consentir ou qui enfreignent les lois ou les tabous de la société [1].

D'après une méta-analyse de la prévalence internationale d'ASM réalisée en 2013, 13 % des filles et 6 % des garçons ont vécu une forme d'agression sexuelle comportant un contact physique [2]. Dans une étude ontarienne auprès d'adultes, 22,1 % des femmes et 8,3 % des hommes ont déclaré avoir vécu une forme d'ASM [3]. Les conséquences indésirables d'une ASM sur les victimes, qui incluent la consommation de substances psychoactives, les troubles de santé mentale et les conséquences sur la santé physique, sont importantes et permanentes [4][5]. Selon Statistique Canada, 14 000 enfants et adolescents ont été victimes d'infractions sexuelles en 2012, soit un taux de 205 victimes sur 100 000 enfants et adolescents [6]. Les études démontrent également qu'en moyenne, de 25 % à 50 % des femmes autochtones ont vécu des agressions sexuelles pendant leur enfance, par rapport à une moyenne estimative de 20 % à 25 % dans la population non autochtone [7].

Les professionnels de la santé qui travaillent en milieu pédiatrique doivent comprendre les enjeux entourant les ASM et, plus précisément, savoir quelles évaluations médicales effectuer s'ils soupçonnent qu'un enfant présente des signes d'agression. Quel que soit le moment de l'agression, une évaluation médicale appropriée peut rassurer l'enfant et les personnes qui l'ont à leur charge et répondre aux inquiétudes immédiates en matière de santé physique et mentale. Pour procéder à l'évaluation médicale globale d'un enfant susceptible d'avoir été victime d'une agression sexuelle, le clinicien doit posséder des habiletés et des compétences particulières. Cependant, les professionnels de la santé possèdent une formation et une expérience très variables à cet égard ; leurs approches cliniques du diagnostic et des interventions sont souvent hétérogènes et peuvent être contraires aux directives publiées. Ces lacunes sont problématiques, car si les constatations dégagées à l'examen sont mal interprétées, l'information transmise au sujet de la santé de l'enfant et la compréhension qu'en a la famille risquent d'être faussées et d'avoir des répercussions négatives sur les décisions en matière de protection de l'enfant et de justice pénale. En raison de l'importance judiciaire et médico-légale de l'évaluation médicale, il faut adopter des approches d'évaluation et de prise en charge des cas d'ASM à la fois homogènes et fondées sur des données probantes.

Les directives de l'Organisation mondiale de la Santé ont fourni un solide corpus de données s'adressant à un public mondial, et d'autres protocoles sur les ASM fondés sur des consensus d'experts [8] ont récemment été mis à jour [9][10]. Toutefois, aucune analyse des

enjeux propres au contexte médical canadien n'a encore été publiée. Le présent document de principes fournit des conseils aux dispensateurs de soins canadiens qui reçoivent des enfants prépubères susceptibles d'avoir été victimes d'agression sexuelle.

Le signalement des soupçons

La présentation des signes et symptômes d'ASM peut être très variable. Lorsqu'ils consultent un dispensateur de soins, les enfants et les familles n'arrivent pas nécessairement avec des inquiétudes ou des allégations particulières. Les personnes en charge de l'enfant s'inquiètent souvent de nouveaux comportements apparemment sexualisés de leur enfant ou de changements de comportement plus généraux. Les inquiétudes relatives à une anatomie génitale « anormale » ou à des lésions, des écoulements, des douleurs ou des saignements génitaux inexpliqués sont courantes et peuvent également soulever des craintes de violence sexuelle. L'élicitation de la plus grande quantité d'information possible à l'égard du problème dès la première rencontre permettra de mieux déterminer les autres étapes de l'évaluation. Une consultation avec un spécialiste des ASM peut également l'aider à établir si l'enfant devra être soumis à un examen urgent ou non urgent. Les dispensateurs de soins sont tenus de signaler tout soupçon d'ASM aux services de protection de l'enfance de la région où habitent l'enfant et sa famille. Toutes les provinces et tous les territoires sont dotés de lois sur la protection de l'enfance (<https://cwrp.ca/fr/legislation>), qui situent le seuil supérieur de l'enfance entre l'âge de 16 et de 18 ans. Toute personne qui a des motifs raisonnables de croire qu'un enfant est à risque de violence sexuelle ou en a déjà été victime doit immédiatement en informer les services de protection de l'enfance et préciser les facteurs sur lesquels cette présomption repose. En fonction de lignes directrices, les services évalueront ensuite le degré de risque et l'urgence d'intervenir. Certains cliniciens hésitent à signaler des soupçons d'ASM parce que le mandat de signalement ne les satisfait pas ou qu'ils sont incertains des limites de la confidentialité, de l'anonymat ou du contrôle de l'information [11]. Cependant, la nécessité d'agir dans l'intérêt des enfants l'emporte toujours sur l'hésitation à signaler un cas.

Certaines localités du Canada ont établi des protocoles d'enquête conjoints avec les services de protection de l'enfance et les services de police, qui prévoient des enquêtes et des entrevues effectuées en collaboration. Les dispensateurs de soins demeurent tenus de signaler toute ASM présumée aux services de protection de l'enfance, car les lois sur la protection des renseignements personnels interdisent les signalements directs aux forces de l'ordre, à moins d'un consentement explicite. Le Code criminel du Canada oriente les procédures d'application de la loi relatives aux infractions à caractère sexuel contre des mineurs, qui incluent l'agression sexuelle, l'invitation à des contacts sexuels, les contacts sexuels eux-mêmes, l'exploitation sexuelle, la fabrication de pornographie juvénile et le leurre d'enfants (<https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-46>). Au Canada, l'âge de consentement aux activités sexuelles est fixé à 16 ans. Il existe toutefois des exceptions : 1) les jeunes de 12 ou 13 ans peuvent consentir à des activités sexuelles avec un partenaire si celui-ci est de moins de deux ans leur aîné ; 2) les jeunes de 14 ou 15 ans peuvent consentir pourvu que leur partenaire soit de moins de cinq ans leur aîné. Une analyse complète figure dans le commentaire intitulé *Age of consent for sexual activity in Canada* [12].

Les enjeux fondamentaux

Les enfants risquent beaucoup plus d'être victimes de violence sexuelle de la part de quelqu'un qu'ils connaissent, comme un membre de la famille ou une connaissance, que d'un étranger [13]. Les agresseurs utilisent souvent des techniques de manipulation psychologique pour accéder aux victimes et les inciter à se soumettre à une activité abusive [14]. Les signes physiques ont tendance à être rares dans les situations d'ASM, peut-être en partie à cause de l'absence relative de violence et du délai avant le dévoilement. En effet, il est rare que les enfants victimes d'agression sexuelle dévoilent immédiatement l'événement. Selon une étude, 75 % des enfants ne dévoilent pas l'agression dans l'année suivant sa survenue, et 18 % attendent plus de cinq ans [15]. En cas de dévoilement tardif, les blessures physiques éventuelles ont le temps de guérir. Les enfants et les adolescents autochtones et les personnes qui les ont à leur charge peuvent hésiter plus particulièrement à participer à des enquêtes ou des examens relatifs à des ASM en raison de leurs expériences négatives dans les pensionnats et auprès des services de police ou des services de protection de l'enfance.

Qui devrait effectuer les évaluations médicales dans les cas d'ASM ?

Une étude de l'exactitude diagnostique des évaluations médicales de l'ASM a révélé que la formation du praticien, son expérience, son accès à la révision de cas par des experts et sa connaissance des publications médicales améliorent sa précision diagnostique [16]. Même s'il est toujours idéal de compter sur un expert pour effectuer les examens liés à l'ASM, ce peut toutefois être irréaliste, particulièrement dans les localités rurales ou mal desservies. Les infirmières autorisées, les infirmières praticiennes et les médecins peuvent fournir des soins immédiats dans de telles situations, mais doivent faire preuve de prudence dans l'interprétation des résultats ou l'avis qu'ils donnent à ce sujet. Les dispensateurs de soins doivent être conscients de leur propre degré de compétence et d'habileté lorsqu'ils sont appelés à intervenir, et être prêts à consulter des experts, c'est-à-dire des cliniciens qui ont une formation avancée, qui suivent des formations continues sur l'ASM et qui participent régulièrement à des révisions de cas [17]. Des experts consultants doivent être à la disposition des praticiens aux prises avec des cas d'ASM, prêts à examiner des images par téléphone ou visioconférence et à analyser les constatations médicales lorsqu'elles peuvent avoir des conséquences directes sur la protection de l'enfant ou les procédures d'application de la loi.

Quand et où devrait-on effectuer les évaluations médicales ?

Lorsqu'un enfant prépubère dévoile une récente agression sexuelle, l'évaluation médicale est plus urgente que si l'événement est plus lointain (dans les quelques semaines, les quelques mois ou les quelques années précédentes ; voir la figure 1 offerte en supplément). Cependant, tant dans les cas urgents que non urgents, l'enfant devrait rencontrer les services de protection de l'enfance ou les services de police avant d'être soumis à une évaluation médicale. Ce n'est pas toujours possible dans les localités où les ressources sont

limitées, mais il faut toujours envisager les paramètres suivants au moment de planifier un examen : le moment du dernier épisode allégué de violence sexuelle, l'identité de l'agresseur, le type de contact (p. ex., génito-génital, oro-génital, génito-anal) ou la présence de symptômes comme des douleurs, des saignements ou des effets psychosociaux (p. ex., tendances suicidaires) qui soulèvent des inquiétudes quant à la sécurité de l'enfant.

Une évaluation urgente s'impose lorsque l'enfant prépubère a subi une agression sexuelle dans les 72 heures précédentes, afin de procéder à une anamnèse ciblée et à un examen physique et ano-génital ainsi que de répondre aux inquiétudes psychosociales. Il faut également envisager la nécessité de dépister des infections transmises sexuellement (ITS), de prélever des échantillons pour recueillir des preuves médico-légales et d'administrer une prophylaxie postexposition (p. ex., contre le virus de l'immunodéficience humaine). Si l'agression sexuelle a eu lieu plus de 72 heures auparavant, il faut privilégier une approche harmonieuse des soins, en collaboration avec les services de protection de l'enfance ou les services de police de la région. En temps normal, ce sont les services de protection de l'enfance ou les services de police qui effectuent l'entrevue d'enquête, afin d'obtenir l'information relative à l'événement allégué directement auprès de l'enfant.

Les cas les plus aigus se présentent d'abord au département d'urgence d'un hôpital, à un centre de soins d'urgence ou à un centre de santé communautaire, mais les cas moins urgents peuvent être pris en charge en clinique ou dans un centre d'appui aux enfants (ou un centre de services intégrés en abus et maltraitance). Le centre d'appui aux enfants est un carrefour où les partenaires du système sont formés pour répondre aux allégations par des approches harmonieuses et axées sur l'enfant et sa famille. Quel que soit l'établissement, il est essentiel d'adopter une approche des soins respectueuse des traumatismes et de choisir un environnement approprié, afin d'éviter de revictimiser l'enfant. Grâce à ce type d'approche, les dispensateurs de soins peuvent comprendre et déceler les répercussions du stress traumatique lié à une ASM alléguée et y répondre.

Figure 1 : Quand et où effectuer une évaluation médicale peut être consultée sous forme de fichier supplémentaire.

www.cps.ca/uploads/documents/Supplementary_Figure_FRE_Evaluation_of_Sexual_Abuse_-_FINAL.pdf

La collecte de l'histoire médicale

L'histoire médicale est différente de l'entrevue d'enquête. L'histoire médicale de l'enfant contribue à déterminer le type d'examen médical qui devra être effectué et à orienter les décisions sur les soins et les interventions cliniques. L'information recueillie lorsque les services de protection de l'enfance ou les policiers ont interviewé l'enfant peut orienter l'évaluation médicale, en ciblant les renseignements médicaux qu'il reste à obtenir. Le clinicien doit prendre l'histoire médicale auprès d'une personne en charge de l'enfant qui est neutre et n'est pas soupçonnée d'agression ou directement auprès de l'enfant lorsque la situation le permet. Il doit éviter de poser des questions directes à l'enfant au sujet des événements, mais se concentrer sur l'obtention de l'information pertinente auprès d'une personne neutre en charge de l'enfant, en l'absence de celui-ci. Il doit obtenir l'histoire médicale actuelle et passée (encadré 1) et recueillir l'information délicate, de manière à garantir la sécurité et la confidentialité. Parmi les précautions, il doit prévoir la présence d'un interprète professionnel, lorsque c'est nécessaire.

Encadré 1 | L'histoire médicale actuelle (et passée) inclut les éléments suivants :

- › Douleurs, saignements, démangeaisons ou écoulements ano-génitaux
- › Symptômes intestinaux et urinaires
- › Douleurs abdominales
- › Changements sur le plan de l'humeur, des comportements ou des craintes de l'enfant
- › Médication administrée, allergies et vaccins reçus

L'examen physique

L'établissement d'une relation de confiance, le respect de la vie privée et l'adoption d'une approche respectueuse des traumatismes, axée sur l'enfant et sa famille, sont tous des facteurs de la plus haute importance. Le clinicien doit privilégier une approche de l'examen adaptée au développement de l'enfant. La force, la coercition ou la contention sont à proscrire. Si l'enfant exprime des hésitations ou de la détresse à la perspective de s'y soumettre, il est préférable de reporter l'examen. La présence d'une personne rassurante dans la salle d'examen, telles qu'une personne neutre en charge de l'enfant, est à privilégier. Le clinicien doit effectuer un examen complet, de la tête aux pieds, qui comporte l'évaluation des téguments, de la croissance et du développement, de même que l'évaluation du stade de la maturation sexuelle (appelée auparavant classification de Tanner). Cette évaluation peut être précieuse pour planifier les interventions, telles qu'une prophylaxie contre la grossesse et des tests de dépistage des ITS.

Chez les filles, l'examen de la région ano-génitale doit se faire en position couchée, les jambes en position « de la grenouille » ou dans des étriers, afin d'assurer une vue optimale. Pour le jeune enfant, il peut être rassurant d'effectuer l'examen sur les genoux d'une personne qui l'a à sa charge, surtout pendant l'examen ano-génital. Le clinicien doit commencer par procéder à l'examen visuel des structures génitales externes, puis à une séparation et une légère traction des grandes lèvres vers le bas pour ensuite examiner l'hymen et les tissus périhyménaux. Il doit prendre note de toutes les anomalies, telles que les ecchymoses, les rougeurs, les abrasions ou les saignements. Ses notes au dossier sur l'examen génital doivent être claires et descriptives. Il doit y consigner avec précision toutes les structures génitales et le siège des constatations, d'après les positions d'une horloge, « 12 heures » correspondant à la partie antérieure de l'hymen. L'examen interne du vagin prépubère à l'aide d'un spéculum n'est justifié que dans des situations exceptionnelles (p. ex., en présence de saignements). En cas d'ASM, il est rarement indiqué d'opter pour un examen sous anesthésie ou sédation consciente. Chez les garçons, l'inspection du pénis, des testicules et du scrotum s'impose pour déceler les blessures ou traumatismes externes, suivie de la consignation soigneuse de toute anomalie. Chez tous les enfants, le clinicien doit examiner la région anale en position latérale afin de bien visualiser l'ouverture anale et les structures avoisinantes, puis bien consigner les signes de traumatismes, de cicatrisation ou d'autres anomalies. Il n'est pas recommandé de procéder à un examen digital

du rectum ou d'utiliser un anoscope, car ni l'un ni l'autre ne contribuent à distinguer les blessures causées par la violence sexuelle. Lorsqu'une blessure vaginale ou anale interne est préoccupante, il est recommandé de demander une consultation immédiate avec un expert des ASM, un gynécologue ou un chirurgien.

Grâce à la photodocumentation par caméra ou colposcopie, il est possible de consulter des experts tout en évitant la reprise des examens. Pour prendre des photos, le clinicien doit d'abord obtenir le consentement explicite de l'enfant (lorsque la situation l'indique) ou de la personne qui l'a à sa charge et qui est neutre. Il doit entreposer ces photos, les transférer et les conserver conformément aux politiques de la clinique ou de l'hôpital. Il doit également évaluer rigoureusement les demandes avant d'accepter de les transmettre.

L'interprétation des résultats

Dans les situations liées à une ASM, la plupart des examens génitaux sont normaux ou donnent lieu à des constatations non spécifiques [8][16]-[20]. Il est plus facile de comprendre l'absence de signes lorsqu'on met les situations en contexte. Par exemple, un contact inapproprié ne cause pas nécessairement de blessures tissulaires, et le moment du dernier contact est peut-être assez lointain pour que la région génitale se soit cicatrisée [8]. Les intervenants en services de protection de l'enfance ou les policiers demandent souvent les résultats de l'examen génital et l'interprétation des résultats. Les dispensateurs de soins doivent connaître leurs propres limites lorsqu'ils sont appelés à « expliquer » ou commenter ces résultats. Tous les praticiens doivent consulter des experts ou des spécialistes dans le domaine ou orienter leurs patients vers eux. Ces cliniciens experts ou spécialisés consulteront des lignes directrices à jour, fondées sur des données probantes, lorsqu'ils seront invités à interpréter les résultats [10] (tableau 1). Les cliniciens doivent connaître les constatations indicatrices d'un traumatisme ou d'une maltraitance, de même que les signes susceptibles d'être confondus avec des indicateurs d'agression [10].

Un clinicien possédant des compétences en matière d'ASM ou en gynécologie pédiatrique doit réviser les constatations pour éviter toute erreur d'interprétation [21]. Par ailleurs, un examen physique normal n'exclut pas la possibilité d'une agression sexuelle. Dans les notes au dossier, les constatations doivent être présentées d'un point de vue objectif. Lorsque des stagiaires effectuent l'histoire médicale et l'examen physique, le principal responsable (médecin ou dispensateur de soins) doit être présent et cosigner le rapport.

Tableau 1 | L'interprétation des résultats de l'évaluation médicale en cas de soupçons d'agression sexuelle sur des mineurs

L'examen physique

- › « Variantes de la normale » connues chez les nouveau-nés ou courantes chez les enfants non violentés (p. ex., hymen dentelé ou bosselé, crête intravaginale, défaut de fusion de la ligne médiane, dilatation partielle du sphincter anal externe).
- › Constatations souvent causées par d'autres affections médicales qu'un traumatisme ou un contact sexuel (p. ex., érythème, adhérences labiales, fissures anales).
- › Constatations considérées à tort comme découlant d'une agression, mais qui sont d'une autre nature (p. ex., prolapsus urétral, lichen scléreux, ulcères vulvaires).
- › Constatations dont la signification ne fait pas l'objet d'un consensus d'experts (p. ex., dilatation anale complète avec relaxation des sphincters externe et interne sans facteurs prédisposants ; encoche ou échancrure près de la base de l'hymen, au niveau de la ligne de 3 h à 9 h ou sous cette ligne).
- › Constatations découlant d'un traumatisme (p. ex., lésion aiguë ou signes de blessure résiduelle (guérie) aux tissus génitaux ou anaux). Par exemple, l'échancrure complète ou la transection hyménale est une anomalie de l'hymen située sous la ligne de 3 h à 9 h qui traverse l'hymen jusqu'à sa base.

Les infections

- › Infections non liées à un contact sexuel (p. ex., vaginite causée par des organismes transmis par voie non sexuelle et ulcères génitaux causés par des virus).
- › Infections à transmission non sexuelle ou sexuelle (p. ex., molluscum contagiosum, virus du papillome humain, virus herpès simplex).
- › Infections causées par un contact sexuel (p. ex., *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, virus de l'immunodéficience humaine).

Le diagnostic de contact sexuel

- › Grossesse.
- › Sperme identifié dans les prélèvements médico-légaux provenant directement du corps de l'enfant.

Adapté et traduit de la référence 10

La collecte de preuves médico-légales

Dans les cas d'agression sexuelle aiguë, les services de police peuvent exiger la collecte de preuves médico-légales. Les services de police ou la Gendarmerie royale du Canada fournissent alors généralement une « trousse médico-légale ». C'est cependant un professionnel de la santé qui doit procéder à la collecte. Les trousse renferment des directives claires pour guider les cliniciens qui ne recueillent pas ce type de preuves régulièrement. La plupart des résultats positifs sont obtenus dans les 24 heures suivant l'agression sexuelle alléguée [22], mais selon des lignes directrices récentes, il peut être justifié dans certains cas de recueillir des preuves jusqu'à 72 heures après l'événement chez les enfants prépubères [23]. Après cette période, la collecte de preuve dépendra de l'information relative au cas et des lignes directrices de la région. Si un échange de liquides corporels est soupçonné, il faut procéder à des prélèvements des organes génitaux et des téguments par écouvillons et recueillir les vêtements et la literie, dans la mesure du possible. L'examineur doit obtenir le consentement de l'enfant (si la situation l'indique) ou de la personne qui l'a à sa charge. De plus, il doit conserver toutes les preuves recueillies avec lui jusqu'à ce qu'elles soient scellées, puis les ranger en sécurité en attendant leur remise aux services de police.

Les infections transmises sexuellement

Il est rare qu'un enfant prépubère victime d'une agression sexuelle contracte une ITS au Canada [24]. Dans une étude auprès de 563 fillettes victimes d'une agression sexuelle présumée, l'incidence de *C trachomatis* s'élevait à 3,1 %, et celle de *N gonorrhoeae*, à 3,3 % [25]. Étant donné la rareté de la transmission liée aux ASM dans cette population, la décision de procéder à des tests de dépistage des ITS dépend de chaque situation, conformément aux recommandations de l'Agence de la santé publique du Canada [24]. Il existe plusieurs méthodes de dépistage des ITS, y compris les cultures, les tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) et la sérologie. Chez les enfants prépubères, la culture de *N gonorrhoeae* et du *C trachomatis* a longtemps été le test de dépistage favorisé pour des besoins médico-légaux. Le TAAN peut toutefois être acceptable si les résultats positifs sont confirmés par une deuxième série d'amorces ou, dans certains cas, un deuxième test qui sera envoyé à un laboratoire différent [24]. Un TAAN réalisé sur 10 mL à 20 mL d'urine de premier jet est le moyen non intrusif idéal pour obtenir des prélèvements de *N gonorrhoeae* et de *C trachomatis*. Le siège des tests (vaginal, urétral, anal ou pharyngé) dépend du point de contact sexuel indiqué dans l'histoire du cas, du moment de l'exposition potentielle et de la présence de signes ou de symptômes. Si aucun point de contact n'est établi, l'examineur doit tenir compte du caractère intrusif de la méthode de dépistage et du risque de transmission de l'infection et envisager le report de ce dépistage.

En situation aiguë, il n'est habituellement pas recommandé d'administrer un traitement prophylactique ou empirique des ITS aux enfants prépubères, surtout s'ils peuvent se rendre dans une clinique de suivi pour se soumettre à des tests de dépistage complets. En offrant une prophylaxie, le praticien risque de masquer une infection précoce par inadvertance, ce qui peut avoir des conséquences cliniques et judiciaires. En l'absence de prophylaxie des ITS et de tests de dépistage en situation aiguë, il est recommandé d'assurer un suivi de une à deux semaines plus tard pour procéder aux tests.

Après une agression sexuelle aiguë, la prophylaxie postexposition du virus de l'immunodéficience humaine est recommandée chez les enfants prépubères en présence des facteurs à haut risque suivants : l'agresseur présumé est positif au virus de l'immunodéficience humaine, l'exposition a été importante (pénétration orale, anale ou vaginale sans condom ou sans que l'utilisation du condom soit confirmée) [24]. Le clinicien doit toujours discuter de l'intérêt de la prophylaxie postexposition avec un infectiologue si une pénétration orale, anale ou vaginale s'est produite dans les 72 heures précédentes. La prophylaxie doit être amorcée le plus rapidement possible après l'exposition, sans dépasser le seuil de 72 heures.

En cas de transmission possible de l'hépatite B, le clinicien doit vérifier l'état vaccinal de l'enfant et envisager la vaccination et l'administration d'immunoglobulines contre l'hépatite B. Il doit prélever des sérologies de l'hépatite B, de l'hépatite C et de la syphilis. Il doit effectuer un test de suivi du virus de l'immunodéficience humaine six, 12 et 24 semaines après une exposition importante, et un test de l'hépatite C 12 et 24 semaines après une telle exposition [24]. Les Centers for Disease Control des États-Unis recommandent la vaccination postexposition contre le virus du papillome humain [26], mais ces directives n'ont pas été adoptées au Canada. Lorsque les résultats d'un test de dépistage des ITS sont positifs, le clinicien doit examiner les résultats avec un clinicien expert afin de reprendre le test, d'effectuer un test de confirmation ou des tests supplémentaires et d'amorcer le traitement.

Les enjeux psychosociaux

Le dévoilement ou la découverte d'une ASM est généralement considérée comme une crise qui touche de nombreux aspects de la vie familiale. Aucun symptôme précis ou groupe de symptômes ne caractérise la majorité des enfants victimes d'agression sexuelle, mais des réactions de stress post-traumatique et certains comportements sexualisés problématiques sont fréquents. Les conséquences d'une ASM pour les personnes en charge de l'enfant qui ne sont pas soupçonnées d'agression sont également importantes. L'adaptation de l'enfant et son évolution à long terme après une agression sexuelle sont fortement liées à la réponse et au soutien des personnes qui l'ont à leur charge [27]. Si celles-ci croient en lui et le protègent, il présentera une meilleure évolution. Dans le sillage immédiat d'un dévoilement, il est essentiel d'intervenir auprès des personnes en charge de l'enfant, afin de favoriser des résultats optimaux [28][29].

Les enfants qui ont été victimes d'une agression sexuelle n'ont pas tous besoin d'une thérapie intensive, mais il est essentiel qu'un professionnel de la santé mentale procède à une évaluation complète et attentive des traumatismes pour établir leurs besoins et un plan de traitement. La thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme est reconnue comme la modalité de traitement optimale auprès des enfants agressés sexuellement qui ont besoin d'une intervention [30].

Sommaire

Après le dévoilement d'une agression sexuelle, l'évaluation médicale joue un rôle important pour assurer le soutien de l'enfant et de sa famille, de même que sa santé et son bien-être globaux, et fournir de l'information aux services de protection de l'enfance et au système de justice pénale. Une formation continue, une analyse des publications scientifiques, l'envoi vers des experts et une consultation auprès d'eux sont essentiels pour assurer des

soins médicaux compétents. Selon des recherches, les cas d'ASM ne s'associent qu'à un petit pourcentage de constatations physiques révélatrices, mais les directives publiées contribuent à garantir l'interprétation exacte de l'ensemble de ces constatations. Dans la plupart des cas, aucun signe n'est constaté, ce qui ne signifie pas que l'ASM ne s'est pas produite. Le dévoilement par l'enfant demeure le volet le plus important de l'évaluation globale. Il est essentiel de collaborer avec les services de protection de l'enfance, les services de police et les organismes en santé mentale pour s'assurer de tenir compte de tous les aspects du bien-être de l'enfant et de sa famille. L'évaluation médicale est une étape pivot d'une trajectoire à la fois fondée sur des données probantes et respectueuse des traumatismes qui mènera au rétablissement de l'enfant et au retour à la sécurité.

Remerciements

Le comité de la pédiatrie communautaire, le comité de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis et le comité des maladies infectieuses et d'immunisation de la Société canadienne de pédiatrie ont révisé le présent document de principes, de même que les comités de direction de la section de la médecine d'urgence pédiatrique et de la section de la pédiatrie hospitalière.

Comité des soins aigus de la société canadienne de pédiatrie

Membres : Carolyn Beck MD, Laurel Chauvin Kimoff MDCM (présidente sortante), Kevin Chan MD (président), Kimberly Dow MD (représentante du conseil), Kyle McKenzie MD (membre sortant), Evelyne D. Trottier MD, Karen Gripp MD, Kristina Krmpotic MD

Représentant : Sidd Thakore MD (section de la pédiatrie hospitalière de la SCP)

Section de la prévention de la maltraitance d'enfants et d'adolescents de la société canadienne de pédiatrie

Membres du comité directeur : Laurel Chauvin Kimoff MDCM (présidente sortante), Emma Cory MD (vice-présidente), Natalie Forbes MD (secrétaire-trésorière), Clara Low-Décarie MD (administratrice), Robyn McLaughlin MD (administratrice), Karin Pépin MD (administratrice), Juliet Soper MD (administratrice), Amy Ornstein MD (présidente sortante), Michelle Ward MD (présidente)

Représentante : Marlène Thibault MD (Association des médecins en protection de l'enfance du Québec)

Auteurs principaux : Tanya Smith MD, Laurel Chauvin-Kimoff MDCM, Burke Baird MD, Amy Ornstein MD

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: Clinical guidelines, 2017. www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/clinical-response-csa/en/ (consulté le 15 octobre 2019).
2. 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* 2013;58(3):469-83.
3. MacMillan HL, Tanaka M, Duku E, Vaillancourt T, Boyle MH. Child physical and sexual abuse in a community sample of young adults: Results from the Ontario Child Health Study. *Child Abuse Negl* 2013;37(1):14-21.
4. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health : A systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev* 2009;29(7):647-57
5. Berkowitz CD. Medical consequences of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1998;22(6):541-50.
6. Cotter A, Beaupré P. *Les infractions sexuelles commises contre les enfants et les jeunes déclarées par la police au Canada*, 2012. www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2014001/article/14008-fra.htm (consulté le 15 octobre 2019).
7. Collin-Vézina D, Dion J, Trocmé N. Sexual abuse in Canadian Aboriginal Communities: A broad review of conflicting evidence. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health* 2009;7(1):27-47.
8. Adams JA, Kaplan RA, Starling SP et coll. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007;20 (3):163-72.
9. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ et coll. Updated guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016;29(2):81-7.
10. Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: An update for 2018. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2018;31(3): 225-31.
11. Vulliamy AP, Sullivan R. Reporting child abuse: Pediatricians' experiences with the child protection system. *Child Abuse Negl* 2000;24(11):1461-70.
12. Bellemare S. Age of consent for sexual activity in Canada. *Paediatr Child Health* 2008;13(6):475.
13. Rotenberg C. *Les agressions sexuelles déclarées par la police au Canada, 2009 à 2014 : un profil statistique*. 2017. www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2017001/article/54866-fra.htm (consulté le 15 octobre 2019).
14. Bennett N, O'Donohue W. The construct of grooming in child sexual abuse: Conceptual and measurement issues. *J Child Sex Abus* 2014;23(8):957-76.
15. Elliot DM, Briere J. Forensic sexual abuse evaluations of older children: Disclosures and symptomatology. *Behavioural Sciences and the Law* 1994;12(3):261-77
16. Adams JA, Starling SP, Frasier LD et coll. Diagnostic accuracy in child sexual abuse medical evaluation: Role of experience, training, and expert case review. *Child Abuse Negl* 2012;36(5):383-92.

17. Smith TD, Raman SR, Madigan S, Waldman J, Shouldice M. Anogenital findings in 3569 pediatric examinations for sexual abuse/assault. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2018;31(2):79-83.
18. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: Medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl* 2002;26(6-7):645-59.
19. Heppenstall-Heger A, McConnell G, Ticson L, Guerra L, Lister J, Zaragoza T. Healing patterns in anogenital injuries: A longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. *Pediatrics* 2003;112(4):829-37.
20. Berenson AB, Chacko MR, Weimann CM, Mishaw CO, Friedrich WN, Grady JJ. A case-control study of anatomical changes resulting from sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182(4):820-34.
21. Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: It's normal to be normal. *Pediatrics* 1994;94(3):310-7.
22. Thackeray JD, Hornor G, Benziger EA, Scribano PV. Forensic evidence collection and DNA identification in acute child sexual assault. *Pediatrics* 2011;128(2):227-32.
23. Christian CW. Timing of the medical examination. *J Child Sex Abus* 2011;20(5):505-20.
24. Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*. www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes/infections-transmissibles-sexuellement.html (consulté le 16 octobre 2019).
26. Girardet RG, Lahoti S, Howard LA et coll.. Epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault. *Pediatrics* 2009; 124(1): 79-86
27. Meites E, Kempe A, Markowitz LE. *Use of a 2-dose schedule for human papillo-mavirus vaccination* — Updated recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. —MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2016;65(49):1405-8.
28. Elliott AN, Carnes CN. Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child Maltreat* 2001;6(4):314-31.
29. National Child Traumatic Stress Network. *Sexual Development and Behaviour in Children*. 2009. www.nctsn.org/sites/default/files/resources//sexual_development_and_behavior_in_children.pdf (consulté le 7 novembre 2019).
30. National Child Traumatic Stress Network. *What Parents Need to Know about Sexual Abuse*. www.nctsn.org/sites/default/files/resources/factsheet/caring_for_kids_what_parents_need_know_about_sexual_abuse.pdf (consulté le 7 novembre 2019).
31. Cohen JA, Kelleher KJ, Mannarino AP. Identifying, treating, and referring traumatized children: The role of pediatric providers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162(5):447-52.

Avertissement : Les recommandations du présent document de principes ne constituent pas une démarche ou un mode de traitement exclusif. Des variations tenant compte de la situation du patient peuvent se révéler pertinentes. Les adresses Internet sont à jour au moment de la publication.

Mise à jour : le 15 novembre 2020