

ABUS SEXUEL À L'ÉGARD D'ENFANTS

IMPUBÈRES ET PRÉPUBÈRES

Ce chapitre des Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement Édition 2006 a été révisé et mis à jour en date d'Octobre 2007. Le tableau ci-dessous résume les importants changements apportés au chapitre et met en référence les pages correspondant à la copie courante en papier des lignes directrices.

<u>Section</u>	<u>Page</u>	<u>Formulation courante</u>	<u>Mise à jour/Clarification</u>
Tableau 2	290	Erreur dans la colonne " <i>Probabilité d'abus</i> " pour la <i>Gonorrhée</i> Forte; probable si l'enfant a <i>moins</i> d'un an	Changé à: Forte; probable si l'enfant a <i>plus</i> d'un an
Déclaration des cas et notification aux partenaires	294	Nouvel énoncé requis pour clarifier la prise en charge des personnes nommées dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants.	Addition d'une deuxième puce Toutes personnes suspectes dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants devraient être localisées et soumises à une évaluation clinique; le traitement prophylactique peut être offert ou non et la décision de traiter ou pas devrait être basée sur les antécédents du patient, les résultats de l'évaluation clinique et les tests de dépistage.

ABUS SEXUEL À L'ÉGARD D'ENFANTS IMPUBÈRES ET PRÉPUBÈRES

Contexte

Droit canadien en ce qui a trait à l'âge requis pour consentir à des relations sexuelles (au moment de la publication)

Le droit canadien est passablement nuancé lorsque vient le temps de définir les circonstances dans le cadre desquelles les activités sexuelles mettant en jeu des personnes de moins de 18 ans deviennent des actes criminels¹. Selon le cas, toute forme d'attouchement à des fins sexuelles peut constituer un acte criminel. Le consentement représente le facteur clé pour déterminer si une forme quelconque d'activité sexuelle constitue un acte criminel. La loi reconnaît à certains mineurs la capacité de consentir à des relations sexuelles, dans certaines situations. En règle générale, il est reconnu que les personnes de plus de 14 ans sont en mesure de consentir à des activités sexuelles, à moins que ces activités ne s'inscrivent dans le cadre d'une relation où l'un des participants se trouve en situation d'autorité ou de confiance par rapport à l'autre, où il existe un lien de dépendance ou lorsque l'un des participants exploite l'autre. Le *Code criminel* prévoit une exception quant à la « proximité d'âge » : une personne de 12 ou de 13 ans peut consentir à des relations sexuelles avec une autre personne lorsque moins de deux ans les séparent et lorsqu'il n'existe entre eux aucune relation de confiance, d'autorité, de dépendance ou d'exploitation. Les enfants de moins de 12 ans ne disposent pas de la capacité juridique de consentir à toute forme d'activité sexuelle.

Définition

La définition d'abus sexuel varie; elle couvre toutefois toutes les actes sexuels qu'un enfant n'est pas en mesure de comprendre, qu'il n'est pas en mesure d'entreprendre parce qu'il n'est pas prêt sur le plan du développement ou qu'il ne peut y consentir, et (ou) qui contrevient à la loi². Ces activités peuvent aller des attouchements à la pénétration. Pour les besoins des présentes lignes directrices, dans le contexte de la transmission potentielle d'infections transmissibles sexuellement (ITS), la définition couvrira également la pénétration pénienne totale ou partielle de la bouche, de l'anus ou du vagin. Il faut toutefois noter que le contact entre la bouche et les organes génitaux externes ou l'anus peut entraîner la transmission d'infections au virus Herpes simplex (VHS).

Par ailleurs, pour les besoins des présentes lignes directrices, « impubère » fait référence à toute personne âgée de 11 à 13 ans, alors que « prépubère » fait référence à toute personne âgée de moins de 11 ans.

Épidémiologie

Il est difficile d'évaluer de façon précise la prévalence des abus sexuels en raison de la sous-notification. La prévalence signalée varie d'une étude à l'autre, selon le nombre de facteurs pris en considération. Cette forme d'abus affecte les enfants, peu importe l'âge, la classe socio-économique et l'emplacement géographique³. Certaines études estiment qu'environ 1 % des enfants subissent une forme ou une autre d'abus sexuel chaque année, se traduisant par une victimisation sexuelle de 12 % à 25 % des filles et de 8 % à 10 % des garçons avant l'âge de 18 ans⁴. L'agresseur peut être un membre de la famille de l'enfant ou un pur étranger; peu importe le cas, il s'agit souvent d'un homme adulte (les adolescents peuvent être les agresseurs dans une

proportion pouvant aller jusqu'à 20 %). Les garçons peuvent être les victimes d'abus sexuels aussi souvent que les filles, mais sont moins susceptibles de signaler l'abus.

L'*Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants*⁵ estimait que 135 573 enquêtes sur des cas de violence envers les enfants avaient été menées au Canada en 1998, soit un taux d'incidence annuel de 21,52 enquêtes par 1 000 enfants. Dans 10 % des cas (15 614 enquêtes, ou 2,48 par 1 000 enfants), l'abus sexuel constituait le principal motif de l'enquête. On estime que 2 742 de ces enquêtes portaient sur des allégations d'activités sexuelles de nature orale, vaginale ou anale. Des personnes autres que les parents ont le plus souvent fait l'objet d'une enquête dans les cas d'abus sexuel, des membres de la famille autres que les parents, les pères biologiques et les beaux-pères représentant, respectivement, 28 %, 15 % et 9 % de tous les cas. Dans sept pour cent des enquêtes portant sur un abus sexuel, la mère était l'agresseur présumé (mères biologiques dans 5 % des cas, belle-mères dans 2 % des cas). Dans soixante-huit pour cent des cas (~9 813 cas), les victimes étaient des filles, les adolescentes de 12 à 15 ans représentant 21 % de ces cas, et les filles de 4 à 7 ans représentant 23 % des cas.

Le risque de transmission d'une infection des suites d'un abus sexuel est influencé par plusieurs facteurs, dont les suivants⁶⁻⁹ :

- Prévalence des ITS au sein de la population locale.
- Type d'activité sexuelle : le risque de transmission d'une ITS par pénétration rectale est plus important que par pénétration vaginale, cette dernière entraînant un risque plus important que la pénétration orale, etc.
- Ampleur du traumatisme : les blessures au tractus génital sont plus fréquentes chez les enfants.
- Maturité sexuelle de l'enfant : susceptibilité modifiée aux ITS en raison de différences sur le plan du développement en ce qui concerne le tractus génital.
- La non-utilisation d'une méthode barrière.
- Abus répétés.

Prévention

Tout au long de l'enfance, au moment des consultations de routine, les professionnels de la santé devraient rechercher, chez les enfants, les signes permettant de soupçonner un abus sexuel. Les enfants présentant des problèmes médicaux, des troubles du développement et de comportement peuvent courir un risque plus élevé d'abus sexuel^{10,11}. Les professionnels de la santé devraient aussi savoir que le fait de reconnaître et de signaler un cas d'abus sexuel à l'égard d'un enfant représente le moyen le plus efficace de prévenir un abus subséquent, la possibilité de réaction abusé-abuseur et la pédophilie¹²⁻¹⁵.

Évaluation Clinique

Les enfants victimes d'abus sexuel peuvent se présenter de bien des façons différentes. Ils peuvent se présenter par eux-mêmes ou avec leurs parents afin de subir une évaluation relativement à un abus sexuel présumé. Ils peuvent se présenter au cabinet d'un professionnel de la santé pour un problème d'un tout autre ordre, puis profiter de l'occasion pour dévoiler l'abus. Le professionnel de la santé peut même soupçonner, pendant une consultation de routine, qu'il y

a eu abus; il faut donc faire preuve de vigilance, car les effets de l'agression peuvent se manifester de façon tellement non spécifique qu'ils peuvent facilement passer inaperçus¹⁶⁻¹⁸. Parmi les signes plus particuliers d'abus sexuel, mentionnons un saignement rectal ou génital, la présence d'une ITS et un comportement sexuel inhabituel compte tenu du développement¹⁹.

Les victimes d'agression sexuelle peuvent hésiter à dévoiler qu'elles ont fait l'objet d'une agression pour toute une gamme de raisons : elles peuvent avoir été contraintes au silence, avoir peur de ne pas être crues, ou avoir peur d'être victimes de représailles. Dans certains cas, les enfants peuvent même ne pas reconnaître le fait qu'il y a eu un abus sexuel.

L'évaluation et le suivi d'enfants victimes d'un abus sexuel devraient se faire avec la plus grande sensibilité, idéalement avec l'aide d'équipes ou de services expérimentés (reportez-vous à l'Annexe G). Lorsqu'il n'est pas possible d'orienter la victime directement vers un spécialiste (comme c'est le cas dans les régions éloignées), il faut déployer tous les efforts possibles pour faire en sorte de consulter le centre spécialisé le plus proche.

Les professionnels de la santé qui soupçonnent un abus sexuel ou la possibilité d'un abus sexuel devraient informer les parents ou les tuteurs de l'enfant avec calme, sans accuser qui que ce soit². Les professionnels de la santé devraient aussi connaître les exigences locales en matière de signalement (voir la section intitulée « Déclaration des cas et notification aux partenaires » ci-dessous).

Le rôle du professionnel de la santé ne consiste pas à mener un interrogatoire légal ou à obtenir de l'enfant des détails sur l'abus. Il consiste plutôt en ce qui suit²⁰ :

1. Déterminer les antécédents médicaux pertinents.
2. S'assurer du bien-être physique et émotionnel du patient.
3. Traiter ou prévenir toute maladie ou blessure.
4. Consigner avec exactitude toute déclaration spontanée ou tout renseignement donné volontairement.
5. Recenser et documenter les signes physiques caractéristiques d'un abus ou d'un soupçon d'abus.
6. Informer l'enfant et les fournisseurs de soins des conséquences médicales de l'enquête.
7. Assister les agences de protection de l'enfance et les autorités policières dans le cadre de leur enquête.

Antécédents

Il est essentiel qu'un professionnel de la santé qui soupçonne qu'il y a eu abus détermine les antécédents médicaux pertinents afin de pouvoir répondre aux besoins médicaux de l'enfant et de fournir aux agences de protection de l'enfance des renseignements adéquats pour les aider dans leur enquête.

Lorsqu'il n'est pas possible d'orienter le patient directement vers un centre spécialisé (comme c'est le cas dans les régions éloignées), plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour questionner les jeunes enfants au sujet de l'abus²¹. Il se peut aussi que l'enfant fournisse des renseignements de façon spontanée. Dans la mesure du possible, l'enfant devrait être questionné en privé; toutefois, la présence d'un prestataire de soins, qui n'est pas menaçant pour l'enfant, peut être appropriée. Par ailleurs, les parents ou les tuteurs pourraient fournir des antécédents de changement du comportement pouvant être pertinents compte tenu de la situation.

Examen physique

Les renseignements qui suivent sont fournis à titre de référence; ils peuvent être utiles pour déterminer s'il y a eu abus sexuel ou non. Idéalement, une évaluation clinique complète devrait être effectuée par un clinicien possédant de l'expérience dans le domaine.

Les blessures exigeant des soins immédiats devraient avoir préséance sur tout autre examen. On devrait expliquer à l'enfant en quoi consiste l'examen physique avant de l'effectuer; il ne devrait pas causer de traumatisme émotionnel additionnel.

Il faudrait procéder à un examen pédiatrique complet, en portant une attention particulière aux paramètres de la croissance et du développement sexuel de l'enfant à l'aide de la classification de Tanner (voir l'*Annexe H*). Les blessures devraient être documentées, ainsi que tout autre signe d'abus. Cela comprend les ecchymoses, les zones enflées et les zones sensibles. Si l'abus s'est produit au cours des 72 dernières heures, ou s'il y a présence de saignement ou d'une blessure aiguë, l'examen devrait être effectué immédiatement, de manière à ce que des échantillons puissent être prélevés aux fins de preuves médico-légales². Après 72 heures, s'il n'y a pas présence de blessures aiguës, l'évaluation devrait être effectuée lorsqu'il est opportun de le faire pour l'enfant et les enquêteurs.

Il faut examiner avec soin toutes les zones touchées par l'activité sexuelle et consigner par écrit toute anomalie constatée. Il peut être plus facile d'effectuer l'examen des régions génitales et rectales à l'aide d'instruments permettant d'illuminer ou de grossir la région en question. L'anus devrait être examiné tant chez les filles que chez les garçons; chez les filles, l'ouverture de l'hymen devrait aussi faire l'objet d'un examen. L'examen digital et l'examen au spéculum ne sont généralement pas nécessaires; ils ne devraient d'ailleurs pas être pratiqués sur des enfants prépubères.

Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire

Dans le cas d'un enfant pubère, la décision quant aux tests devrait être prise au cas par cas. Les situations suivantes présentent un risque plus élevé pour l'enfant en matière d'ITS, et la nécessité de procéder à des tests de détection²² :

- L'enfant présente des symptômes ou des signes d'ITS (p. ex., perte ou douleur vaginale, démangeaisons ou odeurs génitales, symptômes urinaires, ulcérations ou lésions génitales).
- On sait que l'agresseur a une ITS ou qu'il risque de contracter une ITS.
- Un autre enfant ou un adulte au sein du foyer a une ITS.
- La prévalence des ITS est élevée au sein de la communauté.
- Il y a des preuves de pénétration génitale, orale ou anale.

S'il est justifié d'effectuer des tests, un clinicien expérimenté (appartenant idéalement à un centre spécialisé) devrait être consulté; les procédures ci-dessous sont fournies uniquement à titre de référence.

Au minimum, les analyses devraient comprendre un test de dépistage pour le *Neisseria gonorrhoeae* et le *Chlamydia trachomatis*. S'il y a présence d'ulcérations génitales, il faudrait également effectuer un test de détection pour le virus Herpes simplex et la syphilis. Les organes génitaux des fillettes, des jeunes filles et des adolescentes diffèrent considérablement de ceux des adultes, ce qui influence la flore microbienne du tractus génital et des sites de prélèvement d'échantillons de dépistage. Les sites de prélèvement doivent être spécifiques à la maturité sexuelle de l'enfant. L'examen au spéculum ne devrait pas être effectué chez les filles prépubères.

Le professionnel de la santé peut choisir parmi un éventail de techniques, y compris le recours à de petits écouvillons (comme ceux servant à l'examen de l'urètre, de l'oreille, du nez ou de la gorge), humectés à l'aide d'une solution saline stérile pour effectuer un prélèvement vaginal transhyménéal. Le fait de placer l'enfant dans une position allongée où ses genoux sont appuyés contre sa poitrine permet d'effectuer les prélèvements de façon indolore, sans toucher l'hymen et sans que l'enfant ne soit apeurée par la vue de l'écouvillon²³. Les lavages vulvaires ou vaginaux sont aussi appropriés (voir le Tableau 1).

Tous les prélèvements effectués aux fins d'analyse médico-légale devraient être effectués par des professionnels étant expérimentés dans la mise en œuvre de ces interventions. Ils devraient également respecter les protocoles locaux/régionaux établis (voir l'Annexe F). Il est à noter que la plupart des trousseaux d'analyse médico-légale ne contiennent pas le matériel nécessaire pour effectuer des tests visant les ITS ou les pathogènes à diffusion hémotogène. Ces trousseaux sont utiles pour l'identification du sperme ou d'autres liquides corporels, l'analyse médico-légale de l'ADN, l'examen microscopique des poils et des cheveux, l'évaluation des dommages causés au tissu des vêtements et les examens portant sur les fibres et d'autres éléments de preuve à l'état de trace. Les résultats de ces tests peuvent ensuite aider à établir qu'il y a eu une association quelconque entre la victime et l'accusé, qu'il y a eu contact sexuel et (ou) que ce contact a été violent ou forcé, indiquant par le fait même l'absence de consentement. Tous les isolats et échantillons devraient être conservés au cas où des tests devraient être effectués à nouveau ou s'il s'avère nécessaire d'en effectuer d'autres.

Tableau 1. Consultation initiale : Enfants prépubères

Type d'échantillon selon le sexe	Trouble ou organisme recherché
<p><i>Garçons et filles</i> Urine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Urine du premier jet (10–20 ml) deux heures après la dernière miction 	<ul style="list-style-type: none"> • Un test de diagnostic moléculaire, de préférence un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN), devrait être effectué pour la gonorrhée et la chlamydia. Ce test est généralement plus sensible que la culture génitale, et peut être acceptable à des fins médico-légales si un résultat positif est confirmé par une deuxième série d'amorces ou, dans certains cas, par un deuxième test envoyé à un autre laboratoire. Un TAAN post-exposition peut être effectué au moment de la présentation, sans avoir à attendre 48 heures après l'exposition; ceci est basé sur une opinion d'experts, qui suppose que les TAAN peuvent détecter l'inoculum (ADN ou ARN)
<p><i>Filles</i> Vagin, vestibule ou sécrétions (le cas échéant)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un prélèvement urétral à l'aide d'un écouvillon humidifié avec de l'eau stérile (pour minimiser l'inconfort)* • Lavage vaginal† privilégié par rapport à l'utilisation d'écouvillons multiples si le TAAN est utilisé pour le dépistage de <i>Chlamydia trachomatis</i> et de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Une coloration Gram devrait être effectuée, si possible, pour déterminer la présence d'une flore bactérienne anormale, d'une vaginose bactérienne, d'une candidose ou de gonorrhée. • Les tests de diagnostic moléculaire, surtout les TAAN, sont plus sensibles que les mises en culture quant au dépistage de <i>C trachomatis</i> et de <i>N gonorrhoeae</i>. • Les mises en culture représentent la méthode privilégiée sur le plan médico-légal, mais les TAAN peuvent être acceptables si les résultats positifs sont confirmés par une deuxième série d'amorces ou, dans certains cas, par un deuxième test envoyé à un autre laboratoire. • Si possible, les deux tests (mise en culture et TAAN) devraient être effectués. • Si possible, une préparation à l'état frais ou une mise en culture devrait être effectuée pour <i>T vaginalis</i>. <p>Comme les prélèvements aux fins de mise en culture effectués < 48 heures après l'exposition peuvent être faussement négatifs, ils devraient être effectués à nouveau de 1 à 2 semaines après l'exposition si aucune prophylaxie n'est offerte; un TAAN post-exposition peut être effectué au moment de la consultation sans attendre 48 heures; ceci est basé sur une opinion d'experts, qui suppose que les TAAN peuvent détecter l'inoculum (ADN ou ARN)</p>

*Les prélèvements vaginaux peuvent être effectués sans l'aide d'un spéculum, pourvu que la fillette soit détendue et que l'hymen ne soit pas touché. Il est préférable d'utiliser un petit écouvillon (p. ex., écouvillon urétral). L'examen au spéculum est rarement nécessaire; lorsqu'il l'est, dans le cas de filles prépubères, il faut consulter un spécialiste, et parfois même administrer une anesthésie générale.

†Le lavage vaginal consiste à introduire dans le vagin de 1,5 à 2 ml de solution saline normale stérilisée, sans agent de conservation et à température de la pièce, par l'entremise d'une version modifiée de la méthode décrite par Pokorny et Stormer^{24,25}. Le tube d'une aiguille à ailettes de 25 mm, dont l'aiguille et les ailettes ont été enlevées, est inséré par l'extrémité distale d'un cathéter pour la vessie de calibre 8. Ce dispositif est ensuite fixé à une seringue de 3 ml par l'extrémité du tube de l'aiguille à ailettes. Ce système permet d'aspirer le contenu du vagin sans que l'extrémité du tube ne soit bloquée par les parois vaginales. La solution saline normale et les écoulements vaginaux sont alors aspirés du vagin.

Tableau 1. Consultation initiale : Enfants prépubères (suite)

Type d'échantillon selon le sexe	Trouble ou organisme recherché
<p><i>Garçons</i> Méat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un prélèvement obtenu du méat urétral à l'aide d'un écouvillon humidifié avec de l'eau stérile; il n'est pas recommandé d'effectuer un prélèvement intra-urétral 	<ul style="list-style-type: none"> • Une coloration Gram devrait être effectuée pour déterminer la présence d'une urétrite gonococcique. • Les tests de diagnostic moléculaire, surtout les TAAN, sont plus sensibles que les mises en culture quant au dépistage de <i>C trachomatis</i> et de <i>N gonorrhoeae</i>. • Les mises en culture représentent la méthode privilégiée sur le plan médico-légal, mais les TAAN peuvent être acceptables si les résultats positifs sont confirmés par une deuxième série d'amorces ou, dans certains cas, par un deuxième test envoyé à un autre laboratoire. • Si possible, les deux tests (mise en culture et TAAN) devraient être effectués. • Si possible, une préparation à l'état frais ou une mise en culture devrait être effectuée pour <i>T vaginalis</i>. <p>Comme les prélèvements aux fins de mise en culture effectués < 48 heures après l'exposition peuvent être faussement négatifs, ils devraient être effectués à nouveau de 1 à 2 semaines après l'exposition si aucune prophylaxie n'est offerte; un TAAN post-exposition peut être effectué au moment de la consultation sans attendre 48 heures; ceci est basé sur une opinion d'experts, qui suppose que les TAAN peuvent déceler l'inoculum (ADN ou ARN)</p>
<p>Pharynx</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 écouvillon 	<ul style="list-style-type: none"> • Une mise en culture de <i>N gonorrhoeae</i> devrait être faite. • Effectuer un test par mise en culture, si possible, pour déterminer la présence de <i>C trachomatis</i>; prendre note qu'il est possible de constater la présence d'organismes dans l'oropharynx, à la suite d'une transmission périnatale, jusqu'à 6 mois après la naissance. • Aucun TAAN n'est approuvé pour les frottis de gorge.
<p>Rectum</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 ou 2 écouvillons 	<ul style="list-style-type: none"> • Une mise en culture de <i>N gonorrhoeae</i> et de <i>C trachomatis</i> devrait être faite; aucun TAAN approuvé pour le moment. • Une mise en culture du VHS devrait être faite (s'il y a présence d'inflammation).
<p>Ulcérations génitales</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 écouvillon 	<ul style="list-style-type: none"> • Une mise en culture du VHS devrait être faite. • Un test direct pour le <i>Treponema pallidum</i> devrait être effectué (voir le chapitre « Syphilis »).

VHS = virus Herpes simplex

Tableau 1. Consultation initiale : Enfants prépubères (suite)

Type d'échantillon selon le sexe	Trouble ou organisme recherché
<ul style="list-style-type: none"> Prélèvements sérologiques 	<p>Syphilis</p> <ul style="list-style-type: none"> Envisager d'effectuer un (des) test(s) de dépistage pour la syphilis[‡]. Les tests de détection pour la syphilis devraient être répétés 12 semaines et 24 semaines après l'exposition. Dans certains cas (p. ex., un agresseur présentant un risque élevé d'infection; voir le chapitre « Syphilis»), et dans des régions connaissant des flambées de syphilis, il peut être approprié de répéter les tests de 2 à 4 semaines après l'agression. <p>Hépatite B</p> <ul style="list-style-type: none"> Si l'on sait que l'enfant est immun contre l'hépatite B (anticorps anti-HBs ≥ 10 UI/L) ou qu'il est positif pour l'HBsAg, aucun test n'est requis. Il faudrait faire un dépistage de base des anticorps anti-HBs si l'état immunitaire quant à l'hépatite B n'est pas connu. <p>VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> Il faudrait effectuer un test de dépistage de base des anticorps anti-VIH. Ce test de dépistage devrait être répété 6 semaines, 12 semaines et 24 semaines après toute exposition importante. <p>Hépatite C</p> <ul style="list-style-type: none"> Le dépistage de base des anticorps anti-VHC est optionnel, étant donné que le taux de transmission du VHC par contact sexuel est faible. On peut l'envisager si le ou les agresseurs (présumés) risquent fortement d'être infectés par l'hépatite C (p. ex., utilisateur connu de drogues injectables) et si la victime a subi un traumatisme important à la suite de l'agression. Si les tests de base donnent des résultats négatifs, le test de dépistage des anticorps anti-VHC devrait être répété 12 semaines et 24 semaines après toute exposition importante.

anticorps anti-HBs = anticorps contre l'antigène de surface de l'hépatite B

HbsAg = antigène de surface de l'hépatite B

VHC = virus de l'hépatite C

[‡]Le dépistage de base de la syphilis devrait être envisagé dans les régions présentant une prévalence élevée ou des flambées régionales de syphilis, où il y a des enfants nés à l'étranger, où les parents/des membres de la famille/les agresseurs sont diagnostiqués avec la syphilis, et où les enfants sont atteints d'une autre ITS²⁶.

Tableau 2. Conséquences d'un diagnostic d'ITS en présence d'un abus sexuel^{2,9}

Période d'incubation de l'infection	Probabilité d'abus	Transmission de la mère à l'enfant
Gonorrhée : 2 à 7 jours	Forte; probable si l'enfant a plus d'un an	Peut être constatée chez les enfants de 0 à 6 mois
Chlamydia : 1 à 3 semaines, mais peut aller jusqu'à 6 semaines	Probable; forte si l'enfant a plus de 3 ans	Peut être constatée jusqu'à l'âge de 3 ans
VHS : 2 à 14 jours	Probable	Peut être constatée jusqu'à l'âge de 3 mois
Trichomonase : 1 à 4 semaines	Forte si l'enfant a plus de 6 mois	Peut être constatée chez les enfants de 0 à 6 mois
VPH : ≥ 1 mois	Possible; probable si l'enfant a plus de 2 ans	Peut être constatée jusqu'à l'âge de 2 ans
Syphilis : jusqu'à 90 jours	Forte	Doit être exclue
VIH : jusqu'à 6 mois, mais la séroconversion se produit la plupart du temps entre 4 et 12 semaines	Possible	Doit être exclue
Hépatite B : jusqu'à 3 mois	Possible	Doit être exclue

VHS = virus Herpes simplex

VPH = virus du papillome humain

Prise en charge et traitement

Prises en considérations pour la prophylaxie

- Offrir une prophylaxie si :
 - le patient se présente dans les 48 heures suivant une agression;
 - elle est demandée par un parent, le patient ou un tuteur;
 - le patient présente un risque élevé d'ITS (voir la section intitulée « Prélèvement d'échantillons et diagnostic en laboratoire », ci-dessus).
- Il devrait être noté que, dans le cas d'une agression sexuelle, l'efficacité d'une prophylaxie aux antibiotiques n'a pas fait l'objet d'études; la prophylaxie devrait se faire en fonction des recommandations quant au traitement d'infections spécifiques. Voir les chapitres portant sur les infections spécifiques pour obtenir de plus amples renseignements.

Tableau 3. Prophylaxie recommandée dans le cas d'infections urogénitales sans complication

(Voir les chapitres portant sur les infections spécifiques pour en savoir plus au sujet des choix d'autres traitements et des infections non génitales.)

Infection transmissible sexuellement	Prophylaxie recommandée
Gonorrhée	<ul style="list-style-type: none"> • ≤45 kg : céfixime 8 mg/kg, p.o., en dose unique (max. 400 mg p.o.) * † [A-I] • >45 kg : céfixime 400 mg, p.o., en dose unique ** [A-II]
Chlamydia	<ul style="list-style-type: none"> • ≤45 kg : azithromycine 15 mg/kg p.o., en dose unique (max. 1 g) [A-I] • >45 kg : azithromycine 1 g, p.o., en dose unique [A-I]
Trichomonase	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter uniquement en présence d'un résultat positif • ≤45 kg : métronidazole 30 mg/kg/jour p.o., en doses fractionnées toutes les 6 à 12 heures pendant une semaine [B-III] • >45 kg : métronidazole 2 g, p.o., en dose unique²⁷ [A-I]
Syphilis	<ul style="list-style-type: none"> • La prophylaxie à l'azithromycine (administrée pour traiter la chlamydia) n'est plus considérée comme étant efficace contre la syphilis en période d'incubation, étant donné l'émergence récente de cas de syphilis résistant à l'azithromycine. Une prophylaxie à l'aide d'autres agents peut être envisagée s'il est peu probable que le patient se présente à nouveau ou s'il existe une source qui présente un risque potentiellement élevé dans une région connaissant une flambée de syphilis infectieuse (voir le chapitre « Syphilis » pour obtenir de plus amples renseignements). • Si, ultérieurement, l'enfant présente une sérologie réactive pour la syphilis, il/elle devrait être traité(e) à nouveau avec un traitement recommandé pour la syphilis.

Tableau 3. Prophylaxie recommandée dans le cas d'infections urogénitales sans complication (suite)

(Voir les chapitres portant sur les infections spécifiques pour en savoir plus au sujet des choix d'autres traitements et des infections non génitales.)

Infection transmissible sexuellement	Prophylaxie recommandée
Hépatite B	<ul style="list-style-type: none"> • La prophylaxie contre l'hépatite B devrait être envisagée dans tous les cas d'agression sexuelle ou d'abus sexuel où il y a eu pénétration (anale ou vaginale) ou contact oral-anal sans condom, ou si l'état du condom est inconnu et si la source n'est pas immune contre l'hépatite B (voir le tableau 1). Les contacts oraux-génitaux et oraux-oraux ne semblent pas constituer des modes de transmission importants²⁸. • Parmi les prophylaxies recommandées dans le <i>Guide canadien d'immunisation, 2002</i>²⁹, mentionnons : <ul style="list-style-type: none"> – HBIG 0,06 ml/kg, i.m. jusqu'à 14 jours suivant l'exposition; – Une série de trois doses de vaccin contre l'hépatite B, à 0, 1 et 6 mois après l'exposition ou selon un schéma accéléré.
Hépatite C	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune PPE disponible
VIH	<ul style="list-style-type: none"> • L'administration d'une PPE contre le VIH est recommandée lorsque l'on sait que l'agresseur est infecté par le VIH et lorsqu'il y a eu une exposition significative (p. ex., pénétration orale, anale et/ou vaginale sans condom ou avec un condom déchiré ou dont l'état est inconnu)³⁰. • La PPE peut aussi être offerte au cas par cas en présence d'autres types d'exposition à risque élevé (p. ex., la source est un utilisateur connu de drogues injectables, il y a eu de multiples agresseurs et (ou) il y a eu des blessures importantes) et lorsqu'il y a eu pénétration vaginale, anale ou orale. • Les recommandations varient selon les provinces; la décision d'offrir une PPE devrait être prise conjointement avec un spécialiste de l'infection au VIH chez les enfants. • Si une PPE contre le VIH doit être administrée, elle devrait l'être dans les plus brefs délais — 72 heures après l'agression au plus tard — et poursuivie pendant 28 jours³⁰.

HBIG = immunoglobulines contre l'hépatite B

PPE = prophylaxie post-exposition

Grossesse

S'il y a une possibilité de grossesse, voir la section « Grossesse » du chapitre « Agression sexuelle chez les adolescents postpubères et chez les adultes ».

Autres questions liées à la prise en charge

- Le cas devrait être orienté de façon appropriée, selon la nécessité et la disponibilité (p. ex., agences de protection de l'enfance, équipes d'aide aux victimes d'agression sexuelle, service de police local/ Gendarmerie royale du Canada, soutien psychologique, groupes locaux de soutien aux victimes, etc.).
- Il faudrait envisager d'évaluer les autres enfants de la famille ou dans le milieu où l'on soupçonne que l'agression s'est produite, étant donné qu'il n'est pas inhabituel de constater que d'autres enfants ont aussi été victimes d'agression sexuelle⁵.
- Si le patient est sexuellement actif, il faut l'aviser de la nécessité d'adopter des pratiques sexuelles à risques réduits ou d'abstenir de toutes relations sexuelles en attendant que la possibilité d'infection ait été écartée ou que la prophylaxie ait été complétée.
- Il faudrait offrir d'administrer un toxoïde tétanique s'il est pertinent de le faire (p. ex., présence de blessures souillées ou d'abrasions subies à l'extérieur) et si le calendrier de vaccination de l'enfant n'est pas à jour.

Déclaration des cas et notification aux partenaires

- Toutes les provinces et tous les territoires disposent de lois exigeant le signalement de tout cas de violence infligée aux enfants. Bien que les exigences spécifiques varient selon la province et le territoire, les professionnels de la santé devraient être au fait des exigences et des procédures locales en matière de signalement en ce qui concerne la violence infligée aux enfants et tout autre mauvais traitement. S'il y a cause raisonnable de soupçonner que des enfants sont victimes de violence, il faut communiquer promptement avec les services de protection de l'enfance ou les autorités policières.
- Toutes personnes suspectes dans les cas d'abus sexuel à l'égard des enfants devraient être localisées et soumises à une évaluation clinique; le traitement prophylactique peut être offert ou non et la décision de traiter ou pas devrait être basée sur les antécédents du patient, les résultats de l'évaluation clinique et les tests de dépistage.
- Une personne atteinte d'une ITS à déclaration obligatoire devrait être signalée aux autorités provinciales ou territoriales, selon ce qui est approprié.
- La notification aux partenaires d'une personne infectée par une ITS devrait s'effectuer selon les recommandations se trouvant dans le chapitre pertinent.

Suivi

- Il est recommandé d'effectuer des tests de suivi de contrôle pour toutes les ITS guérissables identifiées chez les enfants impubères et prépubères. Le suivi varie selon le type de test effectué, ainsi que le type et la durée du traitement administré. En général, les tests d'amplification des acides nucléiques devraient être répétés de 3 à 4 semaines après la fin du traitement, et les tests de mise en culture devraient être répétés de 4 à 5 jours après la fin du traitement.

- Si aucune prophylaxie n'a été administrée, il faudrait prévoir un examen de suivi de 7 à 14 jours après la consultation initiale, afin de passer en revue les tests de laboratoire disponibles et d'effectuer un nouveau test de dépistage des ITS, en vue de détecter la présence d'infections contractées au moment de l'agression et qui n'ont pas été détectées lors de l'examen initial.
- Si un traitement prophylactique empirique a été administré, il faudrait prévoir un examen de suivi de 3 à 4 semaines après l'examen initial.
- Il faut prévoir un test sérologique de suivi pour le VIH, l'hépatite B et C, et la syphilis, le cas échéant (voir le tableau 1).
- Il faut évaluer l'état mental du patient et, le cas échéant, assurer son orientation vers les services de santé mentale appropriés.
- Il faudrait également offrir un soutien psychologique et social aux membres de la famille touchés.

Références

1. Code Criminel du Canada, R.S., 1985, c. C-46, s.150.1-153.1.
2. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. « Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: Subject review », *Pediatrics*, vol. 103, 1999, p. 186-191.
3. MURAM, D. « The medical evaluation of sexually abused children », *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, vol. 16, 2003, p. 5-14.
4. Finkelhor, D. *Sourcebook on Sexual Abuse*, Beverly Hills (Californie), Sage Publications, 1986.
5. TROCMÉ, N., B. MACLAURIN, B. FALLON B et coll. *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : Rapport final*, Ottawa, 2001, Agence de santé publique du Canada, [en ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cisfr-ecirf/pdf/cis_f.pdf] (1^{er} février 2006)
6. HAMMERSCHLAG, M.R. « The transmissibility of sexually transmitted diseases in sexually abused children », *Child Abuse and Neglect*, vol. 22, 1998, p. 623-635.
7. DUNCAN, M.E., G. TIBAU, A. PELZER et coll. « First coitus before menarche and risk of sexually transmitted disease », *Lancet*, vol. 335, 1990, p. 338-340.
8. GREENBERG, J., L. MAGDER et S. ARAL. « Age at first coitus. A marker for risky sexual behavior in women », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 19, 1992, p. 331-334.
9. THOMAS, A., FORSTER, G., ROBINSON, A. et K. ROGSTAD. « National guideline for the management of suspected sexually transmitted infections in children and young people », Clinical Effectiveness Group (Association of Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases), *Sexually Transmitted Infections*, vol. 78, 2002, p. 324-331.
10. FALLON, M.A., K. EIFLER et J.P. NIFFENEGGER. « Preventing and treating sexual abuse in children with disabilities: Use of a team model of intervention », *Journal of Paediatric Nursing*, vol. 17, 2002, p. 363-367.
11. BALOGH, R., K. BRETHERTON, S. WHIBLEY S et coll. « Sexual abuse in children and adolescents with intellectual disability », *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 45, 2001 (Pt 3), p. 194-201.
12. ANDREWS, G., B. GOULD et J. CORRY. « Child sexual abuse revisited », *Medical Journal of Australia*, vol. 176, 2002, p. 458-459.
13. JANKOWSKI, M.K., H. LEITENBERG, K. HENNING et P. COFFEY. « Parental caring as a possible buffer against sexual revictimization in young adult survivors of child sexual abuse », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 15, 2002, p. 235-244.
14. LEE, J.K., H.J. JACKSON, P. PATTISON et T. WARD. « Developmental risk factors for sexual offending », *Child Abuse and Neglect*, vol. 26, 2002, p. 73-92.
15. BENTOVIM, A. « Preventing sexually abused young people from becoming abusers, and treating the victimization experiences of young people who offend sexually », *Child Abuse and Neglect*, vol. 26, 2002, p. 661-678.
16. KRUGMAN, R.D. « Recognition of sexual abuse in children », *Pediatrics in Review*, vol. 8, 1986, p. 25-30.
17. ADAMS, J.A., K. HARPER, S. KNUDSON et J. REVILLA. « Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: It's normal to be normal », *Pediatrics*, vol. 94, 1994, p. 310-317.
18. JOHNSON, C.F. « Child sexual abuse », *Lancet*, vol. 364, 2004, p. 462-470.

19. FRIEDRICH, W.N. et P. GRAMBSCH. « Child sexual behaviour inventory: Normative and clinical », *Psychological Assessment*, vol. 4, 1992, p. 303-311.
20. ALBERTA MEDICAL ASSOCIATION. *Protocol for Medical Examination of the Abused Child*, Calgary, Alberta Medical Association, 1998.
21. FALLER, K.C. « *Child Sexual Abuse: Intervention and Treatment Issues* », Washington, DC, 1993, *Department of Health and Human Services*, [en ligne]. [nccanch.acf.hhs.gov/pubs/usermanuals/sexabuse/index.cfm] (1^{er} février 2006)
22. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2002 », *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, vol. 51, RR-6, 2002, p. 1-78.
23. ADAMS, J., E. ALDERMAN, R. KONOP et coll. « Genital complaints in prepubertal girls », 2004, [en ligne]. [www.emedicine.com/ped/topic2894.htm] (1^{er} février 2006)
24. POKORNY, S.F. et J. STORMER. « Atraumatic removal of secretions from the prepubertal vagina », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 156, 1987, p. 581-582.
25. EMBREE, J.E., D. LINDSAY, T. WILLIAMS, R.W. PEELING, S. WOOD et M. MORRIS. « Acceptability and usefulness of vaginal washes in premenarchal girls as a diagnostic procedure for sexually transmitted diseases », *Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 15, 1996, p. 662-667.
26. BAYS, J. et D. Chadwick. « The serologic test for syphilis in sexually abused children », *Adolescent and Pediatric Gynecology*, vol. 4, 1991, p. 148-151.
27. FORNA, F. et A.M. GULMEZOGLU. « Interventions for treating trichomoniasis in women », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 3, CD000218, 2000.
28. SCHREEDER, M.T., S.E. THOMPSON, S.C. HADLER et coll. « Hepatitis B in homosexual men: Prevalence of infection and factors related to transmission », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 146, 1982, p. 7-15.
29. SANTÉ Canada. *Guide canadien d'immunisation*, 6^e éd., Ottawa, 2002, *Santé Canada*.
30. SMITH, D.K., L.A. GROHSKOPF, R.J. BLACK et coll. « Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: Recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Department of Health and Human Services, *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, vol. 54, RR-2, 2005, p. 1-20.