



CrossMark

L'examen de l'enfant et de l'adolescent suspect d'agression sexuelle

Medical evaluation of suspected child and adolescent sexual abuse

C. Rey-Salmon

Unité médico-judiciaire, 1, place du Parvis-Notre-Dame, 75004 Paris, France

Disponible sur Internet le 4 mars 2014

Résumé

Les agressions sexuelles sont une forme de maltraitance. Les enfants ont souvent des difficultés à en faire le récit et les troubles du comportement sont un mode fréquent de révélation. L'agression datant de moins de trois jours est une urgence médico-légale. L'examen doit comporter un examen somatique général et un examen pelvien à la recherche de lésions traumatiques ainsi que des prélèvements orientés en fonction du contexte, du type d'agression et du délai écoulé. Dans la majorité des cas, l'examen se révèle normal, ce qui ne permet pas d'exclure la réalité d'une agression sexuelle. La prescription de lévonorgestrel et d'une trithérapie anti-VIH doit être discutée, ainsi que la prévention d'une séroconversion de l'hépatite B. L'indication d'une hospitalisation est à évaluer au cas par cas.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Sexual abuse is a form of abuse. Children often have difficulty making the story and behavioral disorders are a common mode of revelation. Aggression of less than 3 days is a medical and forensic emergency. The examination should include a general physical examination and pelvic examination for traumatic injuries. Samples are oriented depending on the context, the type of attack and delay. In most cases, the examination is normal, which does not exclude the reality of sexual assault. Prescription of levonorgestrel and anti-HIV combination therapy should be discussed, as well as prevention of seroconversion to hepatitis B. The indication for hospitalization is assessed on a case-by-case basis.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

I. DÉFINITIONS

Les agressions sexuelles de l'enfant et de l'adolescent sont définies comme la participation d'un sujet mineur à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son développement psychosexuel, qu'il subit sous la contrainte, par violence ou séduction, ou qui transgressent les tabous sociaux [1]. Ces agressions incluent les actes comportant un contact physique direct (attouchements, pénétration) et ceux qui se déroulent à travers une interaction visuelle, verbale ou psychologique (exhibition,

réalisation d'une image pédopornographique, message téléphonique obscène, demande de masturbation...). Elles doivent être différenciées des jeux sexuels qui concernent de jeunes enfants au même stade de développement, découvrant leur anatomie génitale dans un intérêt mutuel, sans contrainte ni pénétration sexuelle.

2. CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE

En dehors du contexte de la réquisition judiciaire, les circonstances dans lesquelles un médecin peut rencontrer un enfant ou un adolescent victime d'agression sexuelle sont variables. Deux scénarii sont schématiquement possibles. Dans

Adresse e-mail : caroline.rey@htd.aphp.fr.

le premier cas, le mineur dénonce des faits d'agression sexuelle dont il vient d'être victime – dans un contexte extrafamilial le plus souvent – ou consulte pour des faits anciens – agression datant de plusieurs mois, voire plusieurs années ou situation incestueuse – qu'il vient de révéler à un proche qui l'accompagne. Dans le deuxième cas, l'abus sexuel n'est pas directement verbalisé et le médecin peut être en difficulté pour décoder ce que l'enfant ou l'adolescent exprime à travers des plaintes somatiques ou des troubles des conduites qui motivent la consultation. Une multitude de signes et de symptômes ont été rapportés dans la littérature. Aucun pris isolément ne permet de porter le diagnostic [2].

3. L'EXAMEN CLINIQUE

Si le médecin n'en a pas l'habitude, il est préférable qu'il s'abstienne de le pratiquer et qu'il adresse la jeune victime à une équipe spécialisée. L'agression sexuelle datant de **moins de trois jours est une urgence médico-légale**. Il est alors **possible de trouver des lésions traumatiques récentes et d'effectuer des prélèvements probants**. Si l'agression est plus ancienne, l'urgence de l'examen est laissée à l'appréciation du médecin en fonction du contexte et de son expérience. Il est cependant souhaitable de réaliser un examen qui non seulement peut mettre en évidence des lésions évocatrices, mais a également une fonction de réassurance pour l'enfant et sa famille.

L'enfant est **si possible reçu sans ses parents** en entretien. Pour être le moins suggestif possible, l'entretien progresse par étapes. La première partie de l'entretien a pour but la mise en confiance. Elle est facilitée par une discussion avec l'enfant sur sa vie en général et ses activités. Au cours de cette étape, le médecin apprécie l'état psychologique de l'enfant et son niveau de développement.

La seconde étape de l'entretien aborde l'agression sexuelle proprement dite en laissant l'enfant en faire un **récit totalement libre**, même s'il se contredit ou hésite. Tout au plus, si l'enfant s'interrompt, le médecin peut-il **reprendre ses derniers mots pour tenter de lever un blocage**. **Ce n'est qu'au cours de l'étape suivante que le médecin aura recours à des questions ouvertes et spécifiques visant à faire préciser certains points, mais toujours en utilisant le vocabulaire de l'enfant**. Au terme de l'entretien, les points suivants doivent être précisés :

- **date, heure, lieu et circonstances de l'agression ;**
- **agression unique ou répétée ;**
- **nature de l'agression (attouchements, pénétration sexuelle, éjaculation, port de préservatif) ;**
- **menaces, violences associées ;**
- **liens entre la victime et l'auteur, liens affectifs ou d'autorité.**

L'examen somatique général recherche des traces de **violences (ecchymoses, hématomes, morsures...)** qui sont précisément décrites (taille, couleur, situation), consignées sur un schéma ou photographiées. Le retentissement fonctionnel des lésions est utile à préciser pour la détermination d'une incapacité totale de travail [3].

La présence de tâches de sang ou de sperme sur les vêtements impose de conserver ceux-ci dans un sac en papier – et non dans un sac en plastique où l'ADN risque d'être

dégradé – aux fins d'analyse ultérieure éventuelle par un laboratoire de police technique et scientifique.

La vulve est examinée dans sa totalité. La prise de clichés photographiques sous colposcope permet de fixer les constatations. Chez la petite fille, on utilise la position dite « de la grenouille » (décubitus dorsal, jambes fléchies, les plantes de pied se touchant). Sous bon éclairage et à l'aide d'une simple manœuvre de séparation-traction des grandes lèvres, l'hymen est bien exposé. L'adolescente est installée en position gynécologique et la bonne visualisation de l'hymen nécessite souvent l'utilisation d'une sonde à ballonnet.

Il est nécessaire de préciser la forme de l'hymen et l'aspect de son bord libre. Le degré de complaisance de l'hymen s'apprécie le plus souvent à l'œil nu chez la fillette mais nécessite le recours à une sonde de Foley chez l'adolescente.

La défloration médico-légale correspond à une interruption complète du tissu hyménéal jusqu'à la paroi vaginale. La majorité des adolescentes ont un hymen suffisamment souple et élastique pour autoriser un rapport sexuel complet sans entraîner de lésion traumatique, ce qui ne permet pas à l'examineur d'affirmer ou d'infirmer des antécédents de pénétration pénienne complète. En revanche, une pénétration vaginale chez une enfant pré-pubère entraîne systématiquement une rupture traumatique de l'hymen et des lésions des tissus adjacents.

L'examen proctologique se limite essentiellement à une inspection sous bon éclairage. Le médecin recherche au niveau de la marge anale des plaies, des abrasions, des ecchymoses, des fissures, des ulcérations, des marisques et/ou une disparition des plis radiés. Chez l'enfant, l'anatomie périnéale est un peu différente de celle de l'adulte et il n'est pas rare d'observer une béance anale « physiologique » en cas de présence de selles dans l'ampoule rectale ou favorisée par la position d'examen.

Dans la majorité des cas, l'examen se révèle normal, ce qui ne permet pas d'exclure la réalité d'une agression sexuelle. En effet, la révélation intervient souvent tardivement après les faits et la plupart des jeunes victimes sont examinées longtemps après l'agression, alors que les éventuelles lésions traumatiques ont déjà disparu. De plus, d'authentiques agressions sexuelles ne laissent aucune trace visible sur le corps de l'enfant, comme des attouchements sans pénétration ou une pénétration chez une adolescente déjà sexuellement active.

Certaines lésions ne sont pas spécifiques et leur interprétation peut être délicate. Les constatations en faveur d'une agression sexuelle sont rares (Tableau I). La Haute Autorité de santé a proposé une classification des constatations médico-légales en fonction de leur signification certaine ou incertaine, en lien avec des situations d'agression sexuelle [4].

4. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

La recherche de spermatozoïdes est impérative si l'agression date de moins de trois jours et a comporté une pénétration sexuelle. Les prélèvements sont réalisés dans tous les sites susceptibles de contenir du sperme, même en l'absence de lésion traumatique.

Tableau 1

Constatations en faveur d'une agression sexuelle.

<p>Lacération des lèvres, de la fourchette postérieure, du pénis, du scrotum, des tissus périnéaux ou du périnée (peut être aussi causée par un traumatisme accidentel)</p> <p>Lacération partielle ou complète de l'hymen, ecchymose hyménale, lacération vaginale</p> <p>Lacération péri-anale profonde touchant le sphincter anal externe</p> <p>Partie de l'anneau hyménal sans tissu visible jusqu'à la base, à la moitié postérieure (inférieure) de l'hymen, confirmée en position genu pectorale</p> <p>Cultures positives pour <i>Neisseria gonorrhoeae</i> au niveau génital, anal ou pharyngé, en dehors de la période néonatale</p> <p>Syphilis confirmée en dehors d'une transmission périnatale</p> <p>Grossesse</p> <p>Sperme dans ou sur le corps de l'enfant</p>

L'examineur adapte les autres examens complémentaires en fonction de l'âge de l'enfant, du type d'agression, des éventuels symptômes et du délai écoulé depuis la dernière agression. Le statut sérologique de l'auteur s'il est connu, la prévalence des maladies sexuellement transmissibles dans la communauté où vit l'enfant, ainsi que les craintes exprimées par l'enfant et sa famille sont également pris en compte. Un bilan complet à la recherche d'une grossesse et des maladies sexuellement transmissibles est recommandé chez l'adolescente (Tableau 2).

Les résultats sont donnés à la victime et à ses parents dans le cadre de consultations de suivi.

Dans le cadre d'une suspicion de soumission chimique, c'est-à-dire l'administration de substances psycho-actives à l'insu de la victime, des prélèvements conservatoires de sang et d'urines méritent d'être effectués [5].

5. PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES

Si une victime adolescente est examinée dans les 72 heures suivant une agression sexuelle ayant comporté une pénétration vaginale, il lui est proposé un traitement **monodose par 1,5 mg de lévonorgestrel**.

L'antibiothérapie prophylactique des infections bactériennes n'est pas recommandée du fait de la faible prévalence des maladies sexuellement transmissibles chez l'enfant et de l'absence d'antibiotique unique efficace contre tous les agents bactériens incriminés [6].

La mise en route d'un **traitement antirétroviral** après exposition sexuelle a pour but de réduire le risque de séroconversion. Ses indications sont bien codifiées [7]. Si le risque d'une contamination est retenu, le traitement prophylactique doit être débuté le plus tôt possible. En pratique, deux analogues nucléosidés et un antiprotéase sont administrés en association le plus tôt possible, et au plus tard 48 heures après l'agression. Le traitement, en deux prises quotidiennes, est à poursuivre pendant 4 semaines si le statut de l'agresseur se révèle positif ou demeure inconnu. Une surveillance clinique et biologique est préconisée.

Une prévention de la séroconversion de l'hépatite B peut être réalisée dans les 48 heures suivant l'agression, si la victime n'est pas vaccinée. Elle comporte une sérovaccination par une

Tableau 2

Examens complémentaires recommandés.

<p>Recherche de spermatozoïdes par écouvillonnage simple et étalement sur lame, sans lamelle ni fixateur (trois lames et quatre écouvillons par site en adressant les lames au laboratoire pour recherche cytologique et en conservant les écouvillons au congélateur en attendant leur saisie par les services de police pour identification de l'auteur par empreinte génétique)</p> <p>Prélèvement local à la recherche de gonocoque si l'enfant présente des signes locaux évocateurs d'infection ou si l'examen est fait à distance de l'agression (> 5 jours)</p> <p>Sérologies : TPHA-VDRL, sérologie VIH ; sérologie hépatite B (en l'absence de vaccination antérieure) et sérologie hépatite C indiquent l'état de la victime au moment des faits et sont à répéter à 1 mois et à 3 mois (ou à 4 mois si un traitement antirétroviral a été prescrit)</p> <p>Recherche de <i>Chlamydia trachomatis</i> dans les urines par polymerase chain reaction</p>
--

injection d'immunoglobulines anti-HBs dans un bras et une injection d'une dose de vaccin dans l'autre bras.

L'indication d'une hospitalisation est à évaluer au cas par cas. Elle peut se révéler indispensable lorsque l'agresseur vit sous le même toit que la victime et qu'aucune mesure de protection n'a encore été mise en place autour de l'enfant ou de l'adolescent. La proposition d'une hospitalisation peut aussi répondre à d'autres impératifs, notamment du fait de **réactions émotionnelles très vives** de la part de la victime ou de son entourage, rendant impossible un retour immédiat au domicile. Elle peut être également justifiée par certaines circonstances, comme la nécessité d'un geste chirurgical, la découverte d'une grossesse ou des signes en faveur d'une infection.

Le suivi permet de dépister des complications médicales (grossesse, maladie sexuellement transmissible) et d'évaluer le retentissement psychologique marqué parfois par la survenue d'un état de stress post-traumatique à distance des faits.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

RÉFÉRENCES

- [1] Krugman R, Jones D. Incest and the other forms of sexual abuse in the battered child, 4th ed, Chicago: University of Chicago Press; 1980.
- [2] Bellaïche M, Jung C, Rey-Salmon C. Aggressions et mutilations sexuelles. In: Maltraitance chez l'enfant. Lavoisier; 2013: 94–108.
- [3] Haute Autorité de santé. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Texte des recommandations; 2011.
- [4] Haute Autorité de santé. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur; 2011.
- [5] Rey-Salmon C, Pepin G. Soumission chimique et agression sexuelle chez l'enfant : à propos d'une observation. Arch Pediatr 2007;14(11):1318–20.
- [6] Workowski KA, Berman S, Centers for Disease Control Prevention (CDC). Sexually transmitted disease treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep 2010;59:1–110 [erratum in MMWR Recomm Rep 2011;60:18].
- [7] Yeni P. (sous la direction de). Recommandations du groupe d'experts. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, rapport 2008. Paris: Médecine-Sciences, Flammarion; 2008 [432 pages].