

COMMENT IDENTIFIER L'ENFANT VICTIME D'ABUS SEXUEL ?

Jean Labbé, MD, FRCPC Professeur titulaire Département de pédiatrie Université Laval; Consultant pédiatrique en protection de l'enfance Direction de santé publique de la Capitale-Nationale

1. Introduction

Il ne fait pas de doute que les abus sexuels constituent un problème important dans notre société, en raison de leur fréquence et de leurs conséquences.

La plupart des séquelles d'abus sexuels sont psychologiques et peuvent donner des manifestations durant l'enfance, l'adolescence et même la vie adulte. Parmi ces manifestations, on peut mentionner le syndrome de stress post-traumatique, des troubles extériorisés (problèmes de comportement, abus de substances, fugues...), des troubles intériorisés (dépression, tentatives de suicide...) et des dysfonctions sexuelles (frigidité, dyspareunie, promiscuité sexuelle, prostitution...).

Dans la littérature pédiatrique mondiale, on utilise surtout le terme « abus sexuel ». Voici l'une des définitions les plus fréquemment utilisées :

« Toute interaction ou tout contact sexuel avec un enfant, inapproprié pour l'âge de celui-ci ou pour son niveau de développement, accompli dans le but d'une stimulation sexuelle ou d'une gratification de l'adulte ou même d'un enfant plus âgé. »

Du côté québécois, on utilise dans les Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle le terme « agression sexuelle », que les victimes soient des enfants ou des adultes. La définition retenue est la suivante :

« Agresser sexuellement une personne, c'est lui imposer des attitudes, des paroles ou des gestes à connotation sexuelle contre sa volonté ou sans son consentement, en ayant recours à la manipulation affective ou matérielle, à l'intimidation, à la menace, au chantage ou à la violence verbale, physique ou psychologique, de manière évidente ou non et qu'il y ait ou non évidence de lésion ou traumatisme physique ou émotionnel. Il y a agression, que l'agresseur soit connu ou non, et peu importe le sexe et l'âge des agresseurs et des personnes agressées.»

Quand les gestes se produisent entre des enfants du même âge, il faut distinguer les jeux sexuels « normaux » de l'abus. Pour faire cette distinction, il faut tenir compte, non seulement de l'âge des participants, mais aussi de leur niveau de développement, des gestes posés et de l'utilisation ou non de contrainte.

Les abus sexuels envers les enfants :

- Gestes d'abus sans contact avec l'enfant
- Exhibitionnisme, voyeurisme, pornographie juvénile...
- Viol
- Pénétration vulvaire ou anale par le pénis.
- Autres gestes d'abus avec contact physique

- Contact oro-génital, pénétration de la vulve ou de l'anus avec un objet autre que le pénis, attouchement, masturbation...

2. Quelles sont les symptômes et signes suggestifs d'abus?

L'abus sexuel diffère de l'abus physique, notamment parce que ses conséquences ne sont pas aussi apparentes. Son diagnostic ne repose pas sur des signes physiques, mais essentiellement sur la verbalisation de la victime. Il faut y penser en présence des éléments suivants :

2.1 Conditions « médicales » (non spécifiques)

Énurésie secondaire,
 Encoprésie secondaire
 Perte d'appétit
 Perte ou gain de poids
 Infections urinaires récidivantes
 Symptômes psychosomatiques persistants
 Symptômes au niveau de la vulve, du vagin ou de l'anus chez la fille
 Symptômes au niveau du pénis ou de l'anus chez le garçon.

2.2 Comportements particuliers (non spécifiques)

Troubles du sommeil
 Symptômes d'hystérie de conversion
 Agressivité
 Retrait social
 Craintes excessives
 Performance scolaire en baisse
 Changement d'humeur
 Symptômes de dépression
 Fugue Automutilation
 Tentative de suicide
 Délinquance
 Abus de drogue ou d'alcool

2.3 Comportements sexualisés

Masturbation excessive
 Comportement séducteur
 Connaissance ou langage sexuel inapproprié
 Préoccupation sexuelle excessive
 Jeux sexualisés
 Organes sexuels représentés dans les dessins
 Abus sexuel d'un enfant plus jeune
 Prostitution

2.4 Comportements lors de l'examen médical

Crainte exagérée ou refus de subir l'examen anal ou génital
 Désinhibition, attitude inhabituelle lors de l'examen anal ou génital
 Crainte inexplicquée de grossesse ou d'infection transmise sexuellement (ITS)

2.5 Signes physiques

Les données les plus récentes indiquent que les signes physiques spécifiques d'abus sexuel sont l'exception plutôt que la règle, et ce, même avec une histoire de pénétration. Parmi les victimes prouvées d'abus sexuel, 85% ont un examen physique normal, 10% ont des signes non spécifiques et seulement 5% ont des anomalies considérées comme très suggestives. Que la majorité des examens soient normaux s'explique de plusieurs façons :

- certains abus n'impliquent pas de contact physique.
- les contacts physiques se font en douceur la plupart du temps, sans causer de lésion
- les lésions guérissent rapidement (7-30 jours)
- le processus de guérison peut entraîner une réparation d'un bris de l'hymen
- des fillettes peuvent interpréter à tort un contact à l'entrée du vestibule comme une « pénétration »
- l'hymen possède une grande élasticité, après la puberté
- un lubrifiant a été utilisé

Signes physiques non spécifiques

Rougeur des organes génitaux ou de l'anus
Écoulement vaginal
Petites encoches hyménales
Adhésions des petites lèvres
Dilatation anale de < 20 mm Fissures anales

Signes physiques indicatifs

Lacérations aiguës ou ecchymoses importantes des lèvres, des tissus péri-hyménaux, du pénis, du scrotum ou du périnée
Lacération récente de la fourchette postérieure
Lacération aiguë partielle ou complète de l'hymen
Ecchymose de l'hymen
Lacérations péri-anales
Transection hyménale
Absence focale de tissu hyménal
Cicatrice péri-anale , cicatrice de la fourchette postérieure ou de la fossa navicularis

2.6 Infections

Infections non spécifiques :
Gardnerella vaginalis
Condylomes
Herpès

Infections spécifiques :

Gonocoque
Chlamydia
Trichomonas vaginalis
Syphilis
VIH

4 2.7 Preuves de contact sexuel

Traces de sperme sur le corps ou les vêtements de l'enfant
Grossesse

3. La suspicion est-elle corroborée par l'histoire?

L'élément le plus important du diagnostic d'abus sexuel, c'est une verbalisation crédible obtenue de la victime. Toutefois, ce n'est pas au professionnel de la santé qu'il revient d'établir la crédibilité de ses informateurs. Cette responsabilité revient au système judiciaire. Toutefois, il est important que le professionnel connaisse certains éléments permettant de reconnaître la crédibilité d'un témoignage, afin de les noter lorsqu'ils sont présents (verbalisation spontanée, détails sur les gestes, les lieux, le temps, les paroles prononcées, d'éventuels incidents, l'état émotionnel). Il est également important qu'il sache comment éviter la contamination du témoignage d'un enfant.

3.1 Questionnaire du responsable de l'enfant (hors de sa présence)

Les éléments à rechercher comprennent les antécédents personnels et familiaux ainsi que la description du milieu familial dans lequel évolue l'enfant. Qui garde cet enfant? Se développe-t-il normalement? Au niveau de la revue des systèmes, a-t-il présenté des symptômes au niveau de la région ano-génitale. Y a-t-il des indicateurs comportementaux pouvant faire penser à une perturbation psychologique et éventuellement à un abus?

Qu'est-ce qui a amené la suspicion d'abus sexuel envers l'enfant? Si l'enfant a fait des verbalisations, cela s'est fait dans quelles circonstances? Quelles questions ont été utilisées? Qu'a-t-il dit exactement?

À noter que les verbalisations que l'enfant qui vous sont rapportées ne représentent que du oui-dire. Il faut donc spécifier dans le dossier quelle est la personne qui les a obtenues

3.2 Questionnaire de l'enfant

Le questionnaire d'un enfant présumé victime d'abus sexuel est rempli de pièges. L'enfant victime peut nier parce qu'il ressent de la gêne, de la honte ou de la culpabilité face aux gestes d'abus, parce qu'il a reçu des menaces ou qu'il craint de faire du tort à sa famille. Un jeune enfant non victime peut laisser croire qu'il a subi des abus en raison de questionnaires répétés, de questions suggestives ou parce qu'il veut plaire à celui qui l'interroge.

C'est pourquoi le professionnel de la santé doit habituellement s'en tenir à un questionnaire bref dont l'objectif n'est pas de prouver l'existence d'un abus, mais seulement de recueillir suffisamment de renseignements pour appuyer ou infirmer sa suspicion.

Il est préférable de ne pas questionner un enfant lorsqu'une rencontre avec un délégué du DPJ ou un policier a été effectuée ou est prévue.

Conseils pour le questionnaire d'une présumée victime :

- ne pas questionner l'enfant en présence d'un agresseur potentiel
- faire l'entrevue en privé, ou placer le parent en retrait
- prendre le temps d'établir un lien de confiance avec l'enfant
- vérifier son vocabulaire
- utiliser un langage qu'il comprend

- utiliser des questions ouvertes (ex : « Dis-moi ce qui s'est passé? ») au début et l'encourager à décrire les événements dans ses propres mots
- se servir de questions de précision par la suite au besoin
- éviter les questions suggestives ou directives (ex : « Est-ce que ton père a mis son doigt dans ton vagin? »)
- lui apporter du soutien s'il apparaît perturbé
- éviter de l'interrompre
- ne faire aucune pression si l'enfant ne veut pas parler
- éviter de porter un jugement sur les actes posés ou sur l'agresseur
- rassurer l'enfant sur le fait qu'il n'est pas responsable des gestes posés ni des conséquences du dévoilement
- noter par écrit (indiquer au dossier) les questions utilisées et les réponses de l'enfant dans ses propres termes
- noter également l'attitude de l'enfant au cours du questionnaire et son état émotionnel