

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. En 2006-2007, la Direction de protection de la jeunesse (DPJ) de Chaudière-Appalaches a retenu 126 signalements pour des allégations d'abus sexuels, représentant 7,1% de l'ensemble des signalements. On sait qu'il s'agit d'une sous-évaluation de l'ampleur de ce problème, puisque bien des situations ne sont ni signalées, ni identifiées. D'après une étude de prévalence faite en Ontario en 1997 au moyen d'un questionnaire chez de jeunes adultes, 13% des femmes et 4% des hommes ont révélé avoir été victimes d'abus sexuels durant leur enfance.

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 peuvent être divisés en trois catégories :

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

* Voir le lexique à l'annexe 2

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 inexplicite 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

Un outil très utile pour l'interprétation des signes physiques est la classification de Joyce Adams (Annexe 1).

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

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 ouï-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

4. Examen ano-génital

L'examen doit être fait immédiatement s'il s'agit d'un abus avec contact physique remontant à 5 jours ou moins, ou si l'enfant présente des symptômes. Autrement, il n'y a pas d'urgence.

L'examen doit toujours se faire avec le consentement de l'enfant. Lorsqu'il refuse toute collaboration, il vaut mieux remettre l'examen à un autre moment pour mieux le préparer. La force ne doit jamais être utilisée pour procéder, même en cas d'urgence. Dans les cas où un examen s'impose et que l'enfant ne veut pas collaborer, il faut avoir recours à une sédation ou à l'anesthésie générale. L'examen ano-génital s'inscrit dans le déroulement d'un examen physique complet. Les attitudes de l'enfant en cours de l'examen seront notées.

4.1 Techniques d'examen

Examen anal

L'enfant est couché sur le côté avec les genoux repliés vers lui (décubitus latéral). Les fesses sont écartées avec les pouces en exerçant une légère pression latérale. Il faut une observation d'au moins 30 secondes pour vérifier l'apparition ou non d'une dilatation des deux sphincters.

Examen génital (garçon)

L'examen peut se faire lorsque le garçon est couché sur le dos (décubitus dorsal). On observe le pénis et le scrotum. Chez le garçon non circoncis, le prépuce est dilaté en douceur pour vérifier le méat urétral et le gland. Le contenu scrotal est palpé.

Examen génital (fille)

La fillette prépubère est installée sur le dos (décubitus dorsal) avec les jambes écartées (position de grenouille). Pour dégager la région hyménale, on utilise la *séparation* et la *traction* des lèvres. La séparation des lèvres consiste simplement à exercer une pression latérale sur les grandes lèvres avec les pouces. Pour la technique de traction, il s'agit, à l'aide du pouce et de l'index de chaque main, de pincer légèrement les deux grandes lèvres et de les tirer en latéral et vers le bas. La position gènupectorale (couchée sur le ventre, les fesses en l'air) est utilisée lorsque la position de grenouille n'a pas permis une vision satisfaisante de la région péri-hyménale ou pour confirmer la présence d'anomalies.

5. Examens paracliniques

Les risques de retrouver une ITS chez un enfant prépubère asymptomatique avec un examen physique normal sont très faibles, ce qui explique qu'il n'y a pas d'utilité à procéder systématiquement à des examens de laboratoire lors de l'examen médical d'un enfant présumé victime d'abus sexuel.

Des prélèvements sont indiqués en présence de l'un des critères suivants :

- victime avec une ITS déjà identifiée
- présence de symptômes suggestifs
- anomalie à l'examen
- fratrie avec ITS
- agresseur avec ITS
- agresseurs multiples
- stade de Tanner ≥ 3

Les examens comprennent des cultures pour gonocoque et chlamydia au niveau des orifices impliqués. Les tests utilisant une technique d'amplification génique (PCR) n'ont pas encore une valeur reconnue sur le plan médico-légal. Il faut considérer dans des cas choisis un prélèvement sanguin pour des tests sur la syphilis, l'hépatite B et le VIH.

Trousse médico-légale

Elle est indiquée seulement lorsque *tous* les éléments suivants sont réunis :

- possibilité de contact avec les sécrétions génitales, salivaires ou avec le sang de l'agresseur
- épisode remontant à ≤ 5 jours
- accord des parents et de l'enfant
- plainte policière

6. Y a-t-il d'autres explications possibles?

6.1 Fausses allégations d'abus sexuels

Les médecins sont consultés bien souvent pour des allégations d'abus sexuel dans le contexte d'une séparation parentale avec dispute légale concernant la garde de l'enfant. Certaines de ces allégations sont fondées et d'autres sont fictives.

En cas de fausses allégations, le parent inquiet peut être tout à fait sincère et interpréter incorrectement des indicateurs comportementaux ou physiques non spécifiques. Dans le syndrome d'aliénation parentale, le parent accusateur tente systématiquement de dénigrer l'autre parent, sans se préoccuper des conséquences chez l'enfant.

Il faut envisager que les allégations peuvent être fausses, lorsqu'en plus d'un examen tout à fait normal de l'enfant, on rencontre les éléments suivants chez le parent accusateur et chez l'enfant :

Parent

- trouble psychiatrique
- personnalité hystérique ou paranoïaque
- syndrome de stress post-traumatique
- relation mère-enfant symbiotique
- haine excessive de l'ex-conjoint
- interprétation erronée de comportements ou de signes physiques
- refus d'une opinion différente
- multiples consultations médicales pour examen génital de l'enfant

Enfant

- modifications non spécifiques du comportement
- verbalisation facile sans affect négatif
- terminologie d'adulte
- vérification avec le parent accusateur
- aucune verbalisation à des tiers

Cependant, encore ici, ce n'est pas au professionnel de la santé de juger de la crédibilité des informateurs, mais au milieu socio-judiciaire. Il faut éviter de prendre partie dans ces cas et se contenter de transmettre les données que l'on a recueillies.

6.2 Conditions médicales

- a) Lichen scléreux ou scléroatrophique. Condition dermatologique atteignant communément la vulve et la région péri-ano, causant de l'atrophie, de la dépigmentation, de la friabilité et une hémorragie sous-muqueuse lors d'une irritation ou d'un trauma mineur.
- b) Prolapsus urétral. Mode de présentation fréquent : saignement « vaginal ». Peut survenir spontanément ou en raison d'une augmentation de la pression intra-abdominale ou d'un trauma externe.
- c) Vaginite avec écoulement sanguinolent. Peut être causée par des organismes divers, incluant la Shigella et le Streptocoque.
- d) Condylomes acuminés chez un enfant de moins de 2 ans. Peut venir d'une transmission verticale par la mère, même si cette dernière n'a pas de condylomes visibles ni d'histoire de condylomes au moment de l'accouchement. Même chez les enfants plus vieux, des verrues à la région ano-génitale peuvent être transmises par un contact étroit de nature non sexuelle.
- e) Varicelle à la région génitale. Les premières lésions peuvent apparaître à ce niveau, avant de s'étendre à d'autres régions du corps.
- f) Cellulite péri-ano à Streptocoque. Cause de la douleur, de la rougeur, des fissures.
- g) Maladie de Crohn touchant la région péri-ano ou vulvaire.
- h) Maladie de Behcet, causant des ulcères à la région génitale, avec ou sans lésions orales.
- i) Pemphigoïde bulleuse vulvaire.
- j) Dermite atopique, dermite de contact, psoriasis, ulcères ou pustules causés par des infections bactériennes et une variété d'autres conditions dermatologiques.
- k) Fissures anales. Peuvent être causées par des selles dures, de la diarrhée avec irritation secondaire, ou toute condition amenant une friabilité de la peau péri-ano.

6.3 Blessures accidentelles

- a) Traumatismes par chute à califourchon sur la région ano-génitale. Ce genre d'accident amène habituellement des ecchymoses aux grandes lèvres ou au

- scrotum, mais peut aussi causer des lacérations n'importe où au niveau du périnée. Parfois, les ecchymoses peuvent s'étendre au tissu hyménal.
- b) Chutes accidentelles sur un objet proéminent pointu ou arrondi, ce qui peut causer des lacérations à l'hymen, à la fourchette postérieure et même au vagin. Des lacérations péri-anales peuvent être produites de la même façon.
 - c) Lacérations vaginales par la pression d'un jet d'eau. Il y a eu des cas rapportés de lacérations vaginales survenant, sans blessure à l'hymen, chez des filles ayant fait certaines activités comme du ski nautique, des jeux avec les jets d'eau dans un bain tourbillon ou avec une douche-téléphone.
 - d) Blessures iatrogéniques. On a rapporté des cas de lacération hyménale accidentelle en cours d'examen médical. Il pouvait s'agir d'un doigt qui a glissé lors d'un toucher rectal ou bien de l'emploi inapproprié d'un spéculum chez une fillette sans utilisation de sédation. On a également rapporté des fissures anales lors d'une abduction des fesses d'un enfant pour un examen.

7. Conclusions

L'abus sexuel envers les enfants est une réalité troublante qui soulève, à juste titre, une réprobation universelle. En raison de ses conséquences à court et à long terme, il est important d'être éveillé à cette possibilité chez les enfants qui présentent des symptômes ou des signes d'appel. Il existe aussi des situations où des abus sexuels sont suspectés à tort, avec le risque de causer de graves problèmes à des innocents.

Malheureusement, le diagnostic d'abus sexuel n'est pas facile, puisqu'il entraîne rarement des conséquences physiques spécifiques. Il se base essentiellement sur une verbalisation crédible de la victime. Les professionnels qui côtoient des enfants ont un rôle important à jouer pour identifier des situations possibles d'abus sexuels, recueillir des éléments importants de preuve et faire un signalement au DPJ en cas de doute sérieux. Par ailleurs, ils ne doivent pas nuire au témoignage d'un enfant par une contamination involontaire de ses verbalisations.

Juillet 2007

Références

- Adams J et al. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse : it's normal to be normal. *Pediatrics* 1994; 94: 310-317.
- Adams JA. Medical evaluation of suspected child sexual abuse. *J Pediat Adolesc Gynecol* 2004; 17: 191-197.
- Allard-Dansereau C, Bernard-Bonnin AC, Haley N. Comment détecter l'abus sexuel chez l'enfant? *Le Clinicien* 1999 (Juillet) : 88-104.
- American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics* 1999; 103: 186-191.
- Atabaki S, Paradise JE. The medical evaluation of the sexually abused child : lessons from a decade of research. *Pediatrics* 1999; 104: 178-186.
- Berenson AB, Somma-Garcia A, Barnett S. Perianal findings in infants 18 months of age and younger. *Pediatrics* 1993; 91: 838-840.
- Berenson AB et al. Normal genital anatomy. *Child Abuse Negl* 1998; 22: 589-596.
- Berenson AB, Chacko MR, Wieman CM, Mishaw CO, Friedrich WN, Grady JJ. A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 820-834.
- Bernard D et al. The evaluation of suspected pediatric sexual abuse. *Clin Pediat Emerg Med* 2006; 7: 161-169.
- Boos SC. Accidental hymenal injury mimicking sexual trauma. *Pediatrics* 1999; 103: 1287-1289.
- Coulborn Faller K. Possible explanations for child sexual abuse allegations in divorce. *Amer J Orthopsychiat* 1992; 61: 86-91.
- Giardino AP, Finkel MA. Evaluating child sexual abuse. *Pediat Ann* 2005; 34 : 382-394.
- Girardet RG et al. Issues in pediatric sexual abuse – What we think we know and where we need to go. *Curr Probl Pediat Adolesc Health Care* 2002; 32: 216-246.
- Heger AH, Ticson L, Guerraq L et al. Appearance of the genitalia in girls selected for non-abuse: Review of hymenal morphology and non-specific findings. *J Pediat Adolesc Gynecol* 2002; 15: 27-35.
- Heger AH et al. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl* 2002; 26: 645-659.
- Heger AH et al. 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: 829-837.
- Hochart-Gille F. Attitude face à un enfant ou à un adolescent victime de maltraitances sexuelles. *Concours Méd* 2005 (13 avril) : 773-776.
- Holmes WC, Slap GB. Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae and management. *JAMA* 1998; 280: 1855-1862.
- Jayasinghe Y, Garland SM. Genital warts: what do they mean? *Arch Dis Child* 2006; 91: 696-700.

- Johnson CF. Sexual abuse in children. *Pediat Rev* 2006; 27: 17-26.
- Kellogg N et al. The evaluation of sexual abuse of children. *Pediatrics* 2005; 116: 506-512.
- Labbé J. Les abus sexuels envers les enfants prépubères. *Urgence Pratique* 2002 (Mai) : 59-63.
- Leder MR et al. Sexual abuse : when to suspect it, how to assess for it. *Contemp Pediat* 2001; 5: 59-76.
- Martin-Lebrun E. Les agressions sexuelles: analyse du discours de l'enfant. *Le Pédiatre* 2001; 36 (no 183): 17-21.
- McCann J, Voris J, Simon M, Wells R. Perianal findings in prepubertal children selected for non-abuse: a descriptive study. *Child Abuse Neglect* 1989; 13: 179.
- Niec A. Forensic issues in the assessment of sexually assaulted adolescents. *Paediat Child Health* 2002; 7: 153-159.
- Roux L et al. Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001.
- Van Gijseghem H. Les fausses allégations d'abus sexuel dans les causes de divorce, de garde d'enfants, de droits de visite. *Revue Can Psycho-éducation* 1991 ; 20 : 75-91.
- Wood JM, Garren S. How sexual abuse interviewers go astray: implications for prosecutors, police and child protection services. *Child Maltreatment* 2000; 5: 109-118.
- Yuille JC. The systematic assessment of children's testimony. *Can Psychol* 1988; 29 : 247-262.

Annexe 1

LE GUIDE ADAMS 2007 **Interprétation des trouvailles médicales en cas** **d'abus sexuel suspecté chez un enfant**

Trouvailles documentées chez des nouveau-nés ou retrouvées communément chez des enfants non abusés

(La présence de ces éléments ne permet ni de confirmer, ni d'infirmer une verbalisation d'abus sexuel)

Variantes de la normale

1. Bandelettes périurétrales ou vestibulaires
2. Colonnes ou crêtes vaginales
3. Bosse hyménale (caroncule)
4. Protubérance hyménale (hymenal tag) ou vestiges d'un septum
5. Linea vestibularis (ligne médiane avasculaire)
6. Encoche ou échancrure à la moitié antérieure/supérieure de l'anneau hyménal (fillettes prépubères), sur ou au dessus de la ligne de 3 à 9 heures, l'enfant étant en décubitus dorsal
7. Encoche superficielle ou peu profonde sur l'anneau inférieur de l'hymen (en dessous de la ligne de 3 à 9 heures)
8. Crête hyménale externe (external hymenal ridge)
9. Variantes congénitales de la forme de l'hymen, incluant l'hymen semi-lunaire, annulaire, festonné, septé, cribriforme, microperforé, imperforé
10. Diastasis ani (partie lisse de la peau anale à 6 ou 12 heures)
11. Acrochordon péri-anal ou marisque (skin tag)
12. Hyperpigmentation des petites lèvres ou de la région péri-anale d'origine raciale
13. Dilatation de l'ouverture urétrale lors d'une manœuvre de traction
14. Hymen épaissi (ceci peut correspondre à un effet d'oestrogénisation, un repli du bord de l'hymen, un gonflement par infection ou un gonflement post-trauma; ce dernier élément est difficile à identifier sans un examen de contrôle)

Signes souvent causés par d'autres conditions médicales

15. Érythème du vestibule, du pénis, du scrotum ou de la région péri-anale (peut être causé par un irritant, une infection ou un trauma*)
16. Vascularisation augmentée (dilatation de vaisseaux sanguins existants) du vestibule et de l'hymen (peut être causée par un irritant local ou constituer un aspect normal d'un tissu non oestrogénisé)

Annexe 1 – Le guide Adams 2007 – suite

17. Adhésion des petites lèvres (peut être causée par de l'irritation ou un frottement)
18. Écoulement vaginal (plusieurs causes infectieuses et non infectieuses, une culture s'impose pour la recherche d'une ITS ou d'autres infections)
19. Friabilité de la fourchette postérieure ou de la commissure (peut être causée par une irritation, une infection ou par la traction exercée par l'examineur sur les grandes lèvres)
20. Excoriations/saignements/lésions vasculaires (peuvent être causés par diverses conditions comme le lichen scléreux, l'eczéma ou la séborrhée, le streptocoque de groupe A, un prolapsus urétral, des hémangiomes)
21. Sillon périnéal partiel ou complet (anomalie de la fusion médiane)
22. Fissures anales (habituellement causées par de la constipation ou une irritation péri-anales)
23. Congestion veineuse à la région périnéale (peut être causée par la position de l'enfant ou par de la constipation)
24. Replis anaux aplanis (peuvent être causés par la relaxation du sphincter externe ou par de l'œdème des tissus péri-anaux en raison d'une infection ou d'un trauma*).
25. Dilatation partielle ou complète de l'anus de moins de 20mm, avec ou sans selles visibles dans l'ampoule rectale (peut constituer un réflexe normal, ou peut avoir d'autres causes, comme une constipation sévère ou de l'encoprésie, une sédation, une anesthésie, des maladies neuromusculaires)

* Un examen de contrôle est nécessaire avant d'attribuer cette trouvaille à un trauma.

Trouvailles indéterminées : données insuffisantes ou contradictoires venant des travaux de recherche

(Trouvailles qui peuvent nécessiter une investigation supplémentaire pour préciser leur signification. Elles peuvent constituer un argument supplémentaire pour le diagnostic, si l'enfant a fait une verbalisation claire d'abus sexuel. En l'absence d'une telle verbalisation, leur interprétation doit se faire avec prudence. Dans certains cas, un signalement au DPJ peut être indiqué pour évaluer la possibilité d'un abus sexuel.)

Signes physiques

26. Encoche ou échancrure profonde à la moitié postérieure/inférieure de l'anneau hyménal, mais sans constituer une transection (voir 41).
27. Encoches profondes ou transections à 3 ou 9 heures chez des adolescentes.
28. Rebord régulier de l'hymen entre 4 et 8 heures mesurant moins de 1mm de largeur dans la position genu-pectorale ou après utilisation de salin physiologique sur l'hymen en décubitus dorsal.
29. Lésions verruqueuses à la région génitale ou anale (une biopsie et un typage viral peuvent être indiqués dans certains cas, si l'apparence des lésions n'est pas typique de condylomes acuminés.)

Annexe 1 – Le guide Adams 2007 – suite

30. Lésions vésiculaires ou ulcères dans la région ano-génitale (des cultures virales et/ou bactériennes, ou des tests au PCR peuvent être nécessaires pour le diagnostic).
31. Dilatation anale immédiate de 20 mm et plus, en absence de facteurs prédisposants.

Lésions avec étiologie confirmée : spécificité indéterminée pour une transmission sexuelle

(L'American Academy of Pediatrics recommande de faire un signalement au service de protection, à moins qu'une transmission périnatale, ou horizontale ne soit considérée comme probable.)

32. Condylomes acuminés à la région ano-génitale, en l'absence d'autres indicateurs d'abus sexuel
33. Herpès de type 1 ou 2 à la région ano-génitale, en l'absence d'autres indicateurs d'abus sexuel

Trouvailles diagnostiques pour un trauma et/ou un contact sexuel

(Trouvailles qui viennent corroborer une verbalisation d'abus sexuel. En l'absence d'une telle verbalisation, l'abus demeure probable s'il n'y a pas une histoire plausible de trauma accidentel. Il est recommandé de prendre des photographies des lésions afin de le faire réviser par un médecin expert, avant de conclure à un traumatisme aigu ou ancien. Un examen de contrôle est également recommandé.)

Trauma aigu à la partie externe de la région ano-génitale

34. Lacérations aiguës ou ecchymoses importantes des lèvres, des tissus péri-hyménaux, du pénis, du scrotum ou du périnée (pouvant provenir d'un accident, d'un abus physique ou d'un abus sexuel)
35. Lacération récente de la fourchette postérieure, ne touchant pas l'hymen (à distinguer d'une adhésion labiale déchirée ou d'une absence de fusion de la ligne médiane; peut aussi être causée par un trauma accidentel, ou des relations sexuelles consensuelles chez des adolescentes)

Blessures guéries

Ces lésions sont difficiles à évaluer à moins qu'un trauma aigu ait été préalablement documenté au même endroit.

36. Cicatrice péri-anale (rare; peut aussi être causée par d'autres conditions, comme la maladie de Crohn, un trauma accidentel ou une procédure médicale antérieure)

Annexe 1 – Le guide Adams 2007 – suite

37. Cicatrice de la fourchette postérieure ou de la fossa navicularis (une zone pâle sur la ligne médiane peut être causée par la linea vestibularis ou une adhésion labiale)

Blessures indiquant un trauma pénétrant par un objet émoussé, ou, dans certains cas, une compression abdominale/pelvienne, s'il y a une histoire en ce sens

38. Lacération aiguë de l'hymen, partielle ou complète
39. Ecchymose de l'hymen, en l'absence d'une infection ou d'une coagulopathie
40. Lacérations péri-anales s'étendant jusqu'au sphincter anal externe (à ne pas confondre avec une absence partielle de fusion médiane)
41. Transection hyménale (guérie). Région entre 4 et 8 heures où l'hymen a été complètement déchiré, jusqu'à la base, de telle sorte qu'il n'y a pratiquement plus de tissu hyménal à cet endroit. Confirmation par des techniques additionnelles d'examen : position genupectorale, coton-tige, catheter Foley (adolescentes seulement), sérum physiologique sur le rebord de l'hymen (fillettes prépubères). La transection est aussi appelée « encoche complète » chez des adolescentes sexuellement actives.
42. Absence focale de tissu hyménal. Partie du contour hyménal postérieur/inférieur sans tissu visible jusqu'à la base, plus large qu'une transection, confirmée par des techniques ou positions additionnelles d'examen déjà décrites.

Présence d'une infection confirmant le contact de la muqueuse avec des sécrétions génitales infectées, contact très probablement de nature sexuelle

43. Culture positive pour le gonocoque au niveau de la région génitale, de l'anus, de la gorge, en dehors de la période néonatale
44. Syphilis confirmée, après élimination d'une transmission périnatale
45. Vaginite à *Trichomonas vaginalis* chez une fillette de plus d'un an, diagnostiquée par culture ou par un examen direct effectué par un technicien expérimenté
46. Culture positive pour la *Chlamydia* à la région ano-génitale chez un enfant de plus de 3 ans au moment du diagnostic. Une méthode autre que la culture, si approuvée par les Centers for Disease Control, pourrait être aussi utilisée.
47. Sérologie positive pour le VIH, après élimination d'une transmission néonatale ou avec une aiguille ou des produits sanguins

Trouvailles diagnostiques d'un contact sexuel

48. Grossesse
49. Spermatozoïdes identifiés dans des prélèvements pris directement à partir du corps de l'enfant

Annexe 2

Lexique de termes médicaux employés dans ce texte

Condylomes : petites tumeurs cutanées siégeant au niveau de l'anus ou des organes génitaux.

Encoprésie secondaire : incontinence des matières fécales, survenant après l'acquisition de la propreté.

Énurésie secondaire : incontinence d'urine survenant après l'acquisition de la propreté.

Fossa navicularis : partie du vestibule située postérieurement à l'orifice vaginal et s'étendant jusqu'à la fourchette postérieure.

Fourchette postérieure : jonction postérieure des petites lèvres.

Stades de Tanner : stades de développement pubertaire décrit par Tanner, selon les modifications anatomiques constatées chez les filles et les garçons. Au stade 3 sur 5, la puberté est déjà bien engagée.

Transaction : encoche complète de l'hymen, c.-à-d. s'étendant jusqu'au rebord vaginal.

Vestibule : cavité anatomique bordée par le clitoris en avant, les lèvres sur le côté et la fourchette postérieure en arrière.