

ENFANTS VICTIMES ou SUSPECTS D'ETRE VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

Principes de prise en charge aux urgences pédiatriques

1. INDICES DE SUSPICION :

- Paroles de l'enfant :
 - Ces paroles sont précieuses et doivent être entendues sans jugement. La façon de les recueillir est présentée au point 4.
 - Rappel : il est souvent imposé à l'enfant de garder secrets les actes sexuels qu'il a subis. L'enfant devient complice, a honte et se réfugie dans le silence.
- Lésions physiques :
 - Rares (< 30 %) mais importantes à rechercher.
- Troubles internalisés ou externalisés : l'enfant peut présenter des troubles de comportement (agressivité, agitation, fugue,...), un repli sur soi, des angoisses traduisant un mal-être, des conflits internes, ...
- Plaintes psychosomatiques :
 - Maux de tête ou de ventre, troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie) ou digestifs (vomissements), troubles du sommeil, énurésie, ...

2. PRINCIPES GENERAUX DE PRISE EN CHARGE :

- Importance dès le début de la qualité de l'accueil :
 - Discretion lors de l'inscription.
 - Court passage auprès de l'infirmier d'orientation de l'accueil (IOA).
 - Rôle important de la part de tous les intervenants dans cet accueil.
- Importance de la qualité de l'approche de l'enfant : cfr point 4.
- Prise en charge multidisciplinaire coordonnée par l'assistant(e) de pédiatrie ou le pédiatre :
 - Unité de crise (UC – équipe psychiatrique du service des urgences) et équipe SOS-enfants ou équipe de pédopsychiatrie.
 - Gynécologue et pédiatre infectiologue.
 - Autre intervenant selon les circonstances : service social, médecin spécialiste, ...
- Collaboration avec la police et le Parquet :
 - Collaboration essentielle s'appuyant sur les logiques respectives.
 - Respect de l'enfant et des procédures.
 - Si l'enfant ou son représentant légal a décidé de porter plainte à la police avant d'être pris en charge aux urgences, l'audition de l'enfant doit précéder l'anamnèse de l'enfant. L'examen clinique suit l'anamnèse.
 - Si l'enfant ou son représentant légal décide de porter plainte à la police au cours de la prise en charge aux urgences, tout ce qui a été dit par l'enfant doit être parfaitement transcrit dans le dossier (cfr point 4).

- NB : la prise en charge aux urgences se fait rarement avec l'aide d'un médecin légiste, que ce soit au début de la prise en charge ou même pendant le séjour dans le service.

3. LIEU ET INTERVENANTS :

- **Lieu(x) de rencontre aux urgences pédiatriques :**
 - Une cabine de consultation, le plus rapidement possible.
 - Si impossible, un autre endroit sans aucun autre patient présent ;
 - Exemple = « Espace rencontre », route 100 des urgences (accueil possible de plusieurs personnes ; endroit d'attente potentiel).
- **Séquence de prise en charge :**
 - Équipe des urgences : assistant(e) de pédiatrie, pédiatre, infirmier(e), autre médecin, ...
 - Ces personnes sont les premières à intervenir.
 - Le médecin de l'équipe pédiatrique appelle l'équipe de l'UC et l'équipe SOS-enfants ou le superviseur de pédopsychiatrie.
 - Ces deux appels se font avant le premier contact avec l'enfant ou après celui-ci selon les circonstances. Ils ne peuvent retarder le début de la prise en charge (ne jamais laisser l'enfant attendre sans information !).
 - Unité de crise :
 - Appel en toutes circonstances.
 - Aide pour tous les aspects médico-légaux, dont lors de l'ouverture d'un set d'agression sexuelle (SAS).
 - Équipe SOS-enfants ou équipe de pédopsychiatrie :
 - Appel de SOS-enfants si l'enfant est admis entre 9 et 18h un jour de semaine (4.2090).
 - Appel du superviseur de pédopsychiatrie en dehors de ces heures (cfr liste de garde). Cet appel se fait par le leader de l'équipe pédiatrique ou par l'UC (à convenir entre ces personnes).
 - Gynécologue :
 - Cfr point 5.
 - Pédiatre infectiologue ou infectiologue « adultes » en cas de non disponibilité du premier :
 - Cfr point 5.

NB : la disponibilité des personnes doit être rapide. En cas de souci, appel au superviseur de ces équipes ou au superviseur de pédiatrie.

- **Rencontre de l'enfant :**
 - Rencontre en tête à tête afin de recueillir la parole de l'enfant en l'absence de tiers (famille, ...).
 - Si c'est impossible, l'enfant est écouté en présence de l'adulte qui l'a accompagné et en qui l'enfant a (a priori) confiance : parent(s), enseignant, ... Le choix de la personne dépend aussi du contexte (allégation d'abus intra- ou extra-familial ?).
 - Rencontre à plusieurs à envisager si l'enfant est prêt à le faire à un moment ou l'autre de son séjour aux urgences.
 - Examen clinique en présence de deux personnes.
 - Rencontre de policiers ou inspecteurs : demander à l'enfant s'il souhaite être accompagné et avoir l'accord des policiers ou inspecteurs.

4. APPROCHE DE L'ENFANT :

- Mettre l'enfant à l'aise.
- Se présenter : identité et fonction.
- S'adapter à l'âge de l'enfant ; langage ; phrases courtes et simples ; savoir arrêter et distraire l'enfant.
- S'assurer que l'enfant comprenne les raisons de sa présence aux urgences.
- Insister sur la notion de confidentialité (y compris vis-vis des parents, surtout si l'enfant a une capacité de discernement).

- L'enfant doit savoir cependant que plusieurs personnes viendront le voir et que ces dernières respecteront le secret.
- L'enfant doit aussi savoir que la confidentialité sera rompue si le médecin estime qu'il existe un danger grave et imminent pour son intégrité mentale et physique sans que l'enfant lui-même ou un tiers ne puisse protéger cette intégrité.
- Avoir confiance en l'enfant (il est fiable sauf exceptions) et gagner sa confiance. Questions :
 - Poser des questions sur les faits.
 - Questions simples et ouvertes : que s'est-il passé ? ...
 - Aucune question suggestive ou orientée : mieux = je n'ai pas compris ; ...
 - Questions parfois sans réponse ; ne pas forcer le silence.
 - Prendre note au plus près de l'allégation (veiller à bien transcrire le mot à mot).
 - Éviter à l'enfant de répéter sans arrêt ce qu'il a dit ; il risque de s'enfermer ou de se refermer dans son silence.
- Prendre le temps si l'enfant ne veut pas ou plus parler : être présent, parler d'autre chose, s'intéresser à lui, à ses centres d'intérêt, ...
- Proposer une boisson, un téléphone, une présence, de regarder un film vidéo.
 - NB : L'enfant peut souhaiter prendre une douche ; ce n'est possible que si un SAS ne doit pas être ouvert. Il faut en tout cas offrir cette possibilité après l'examen clinique complet.

5. EXAMEN CLINIQUE DE L'ENFANT :

- **Examen clinique « classique »** par le pédiatre :
 - Toujours et complet.
 - Photographies :
 - A envisager avec l'accord de l'enfant s'il est capable de discernement ou de ses parents – tuteur légal dans le cas contraire.
 - Photographies des lésions visibles ; veiller à l'éclairage ; indiquer la taille des lésions, l'idéal étant de placer un mètre ruban ou une latte à côté de la lésion.
 - En cas de plaintes au Parquet, signaler que des photos ont été faites.
 - L'enfant est directement vu par un assistant de pédiatrie ou par un pédiatre, jamais par un stagiaire.
- **Examen gynécologique :**
 - Examen à réaliser par le gynécologue :
 - L'examen peut être fait par le pédiatre si l'enfant est pré-pubère.
 - En cas de plainte au Parquet et pour une agression potentielle ou prouvée ayant eu lieu endéans les 72 heures, ouvrir un set d'agression sexuelle (SAS) uniquement si un numéro de PV a été communiqué par le Parquet :
 - L'infirmier(e) de l'UC aide le gynécologue lors de l'ouverture du SAS.
 - Le gynécologue vérifie les conditions d'ouverture du SAS, prête serment par écrit, complète les données du SAS et le fait sceller, en présence de la police.
 - a. Deux médecins sont requis (ex : assistants de gynéco junior et senior) ; l'assistant(e) de pédiatrie ou le pédiatre peut être le 2^{ème} médecin.
 - b. Les instructions du SAS doivent être suivies étape après étape.
 - Ces démarches peuvent être faites par un médecin légiste. Malheureusement, la disponibilité de ces médecins est réduite à Bruxelles. Les médecins des Cliniques universitaires Saint-Luc (CUSL) peuvent être mandatés par le Parquet pour faire l'examen gynécologique et compléter le SAS. Les médecins des CUSL ne peuvent refuser de faire ces démarches si un numéro de PV est disponible.
 - Toute attente de l'enfant constitue un stress pour lui. L'équipe soignante doit tout faire pour réduire le temps de prise en charge.
 - En cas de plainte au Parquet et pour une agression potentielle ou prouvée ayant eu lieu il y a plus de 72 heures, le patient doit prendre (ou recevoir de la part du médecin qui a pris contact) un rendez-vous chez un(e) gynécologue.
 - En l'absence de plainte à la police, l'examen médical est orienté selon les plaintes.

6. EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- Examens coordonnés par l'assistant de pédiatrie ou le pédiatre.
- Examens à réaliser :
 - Sérologies : Hépatite B (Ag HBs, Ac anti-HBs), Hépatite C, HIV, Syphilis
 - PCR *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* (gonocoque) sur les urines
 - Test de grossesse
- Autres examens selon la clinique.

7. POURSUITE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT :

- **Principe fondamental** : ne jamais laisser un enfant avec un sentiment d'abandon, même si l'abus est douteux.
- **Choix potentiels** :
 - Retour à domicile
 - Unité d'observation (UO)
 - Hospitalisation en pédiatrieN.B. : dans la mesure du possible, aborder la question aussi avec un clinicien de SOS- enfants.
- **Conditions indispensables** :
 - Accompagnement par une personne en qui l'enfant a totale confiance.
 - Une protection de l'enfant peut être requise et, en cas de danger grave menaçant l'enfant, demandée par le médecin au Procureur du Roi.
- **Suivi à organiser depuis les urgences** :
 - Équipe SOS-enfants / pédopsychiatre / unité de crise :
 - Un enfant ne peut quitter le service des urgences si aucun contact n'a été établi avec un des membres d'une de ces équipes.
 - Suivi infectieux :
 - Le pédiatre infectiologue ou l'infectiologue évalue l'indication d'une chimioprophylaxie VIH.
 - Les médicaments et vaccins à prescrire à l'enfant sont vérifiés avec lui :
 - a. Noms des médicaments
 - b. Doses
 - c. Durée du traitement
 - d. Prophylaxie hépatite B (vérifier status vaccinal et décider de la stratégie vaccinale (y compris l'indication d'immunoglobulines si indiqué)
 - e. Prophylaxie tétanos (vérifier status vaccinal de l'enfant)
 - Ce médecin assure le suivi en consultation (endéans les 4 semaines).
 - Suivi gynécologique :
 - Le gynécologue évalue la nécessité de ce suivi en tenant compte de l'âge de l'enfant, des circonstances et de son examen clinique initial.
 - Suivi par un pédiatre ou le médecin traitant :
 - L'enfant doit être revu par un médecin qui coordonne la prise en charge globale de l'enfant. Le rapport d'admission aux urgences doit être envoyé le plus rapidement possible à ce médecin. Ce médecin peut être un médecin des CUSL ou son médecin/pédiatre traitant si ce dernier est impliqué dès le début.
 - Enquête de police :
 - Collaboration entre le médecin et les policiers.
- **Dossier de l'enfant aux urgences** :
 - Anamnèse détaillée, sans jugement ; transcrire le mieux possible les paroles de l'enfant.
 - Examen clinique complet.
 - Examen gynécologique fait par le gynécologue ou le pédiatre.
 - Constat des lésions : être factuel.

- Détailler les événements :
 - Evolution au cours de la prise en charge. Tout doit être noté.
 - Intervenants : nom, heure, prise en charge réalisée, conclusions. Chaque intervenant doit écrire un mot et ne peut refuser de le faire.
- Adjonction des photos prises.
- Le pédiatre ou l'assistant de pédiatrie est responsable de la tenue du dossier.

- **Documents pour la police**
- **Certificat scolaire**

Pr S. Clément de Cléty
Pédiatre
Urgences pédiatriques

Mr E. Vermeiren
Psychologue
Unité de crise

Pr E. de Becker
Pédopsychiatre
SOS-enfants

Dr F. Weerts
Pédiatre
SOS-enfants

Pr D. van der Linden
Pédiatre
Infectiologie