

On peut schématiquement classer les situations de la manière suivante :

A. Peu de doute quant aux faits

- | | |
|--------------------------|------|
| 1. Endéans les 72 heures | p. 4 |
| 2. Au-delà des 72 heures | p. 7 |

B. Doutes quant aux faits

- | | |
|------------------------------------------------------|------|
| 1. Enfant non en danger, prise en charge ambulatoire | p. 8 |
| 2. Enfant en danger, hospitalisation | p. 9 |

Introduction :

La prise en charge doit être multidisciplinaire et coordonnée par le pédiatre de garde. Il doit veiller à la complétude du dossier médical. A ce stade du protocole, 2 remarques importantes s'imposent :

- Le degré de crédibilité (et donc toute la prise en charge ultérieure) doit être évalué entre le clinicien qui a pris l'enfant en charge à son arrivée et la personne de l'équipe SOS qui aura récolté sa parole.

Un résumé pratique a été élaboré par l'équipe SOS dans le but de récolter le plus adéquatement possible la parole de l'enfant (vous le trouverez en p. 1 et 2)

- Les bases médico-légales doivent être connues. Quelques informations pratiques concernant le set d'agression sexuelle (SAS) ont été introduites en p.3

Importance de la parole de l'enfant et de son recueil dans le cadre du protocole d'évaluation de l'enfant présumé victime d'abus sexuel :

Préliminaires :

- Pour commencer, il est indispensable de se présenter clairement en spécifiant sa fonction.
- Bien insister sur la notion de confidentialité et éventuellement voir l'enfant sans ses parents quand la situation semble le justifier.

Résumé pratique :

Lorsqu'un enfant est amené à la garde pour suspicion d'abus sexuel, la qualité de l'information relative aux faits est très importante pour procéder aux examens médicaux urgents à bon escient. Cette information est très souvent transmise par des tiers (mandants judiciaires, parents, intervenants). Elle est parfois sujette à caution ou très imprécise. C'est là que l'enfant ou l'adolescent devra être questionné, ne serait-ce que succinctement sur les faits.

Dans ce cas :

Ce qu'il faut savoir :

- les enfants sont une source d'information fiable
- importance de prendre le temps d'être présent avec l'enfant, tout simplement
- écoute patiente et attentive de l'enfant, base de l'écoute = empathie
- importance d'être conscient des capacités et limites de l'enfant en fonction de son âge et s'y adapter (langage, mémoire, suggestibilité, attention, notions de temps et d'espace...)

Recommandations concernant le type de questions à utiliser ou à éviter :

- l'intervenant doit introduire aussi peu d'information que possible tout en encourageant l'enfant à fournir un maximum d'informations sous la forme narrative
→ les questions ouvertes (donnent des réponses plus fiables) par exemple : « Que s'est-il passé ? » « Explique-moi ce qu'il t'est arrivé » sont très vivement recommandées, surtout en début d'entretien.
- les questions multiples et les questions fermées (oui/non) sont à éviter
- les questions suggestives sont à éviter (induisent en erreur, risquent de contaminer le témoignage de l'enfant et ce d'autant plus s'il est jeune).

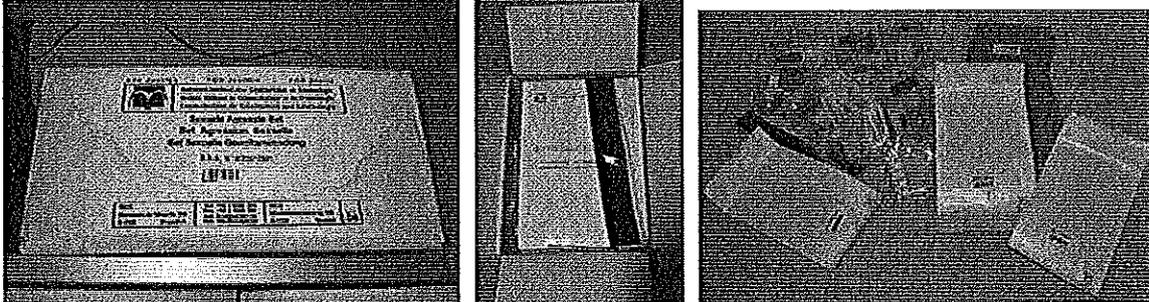
Recommandations concernant la formulation des énoncés :

- Utilisation de phrases courtes, d'un vocabulaire simple et de clarifications nombreuses (« ai-je bien compris ... ? » « Peux-tu me montrer .. ? »)
- Bannir le jargon médico-légal ou psychologique ainsi que les mots d'adulte pour décrire l'abus.

Recommandations de fin d'entretien :

- Consigner précisément par écrit les paroles de l'enfant telles qu'elles ont été prononcées.
- l'assurer de l'importance de ce qu'il a transmis
- se limiter à ce qui s'avérerait nécessaire en situation d'examen médical
- se référer aux aides qui vont suivre et aux possibilités que l'enfant aura d'expliquer tout ce qui s'est passé (par audition de police si il y a plainte, aux psychologues de SOS Enfants).

Remarques concernant le Set d'Agression Sexuelle (SAS):



Le set permet de récolter des preuves pour identifier l'auteur présumé, pour autant que les faits remontent à moins de 72 heures. Avant de réaliser le set, il faut obtenir un réquisitoire.

L'ouverture d'un SAS nécessite une demande explicite du parquet et donc le dépôt écrit d'une plainte par la victime ou sa famille (il peut arriver que malgré le dépôt d'une plainte, le parquet ne décide pas l'ouverture d'un SAS). Si le patient refuse de porter plainte, il n'y a pas d'ouverture de ce SAS, mais la prise en charge globale est maintenue, et le dossier médical dûment rempli.

Ce dépôt de plainte est consigné par un Procès-verbal dont le numéro sera inscrit dans chacun des prélèvements utilisés pour le SAS. Donc, à priori, pas d'ouverture du SAS sans numéro de PV. Ceci signifie donc que la police doit être avertie du dépôt de plainte de la victime avant d'ouvrir le SAS.

La prise en charge sera donc différente en fonction qu'il y ait eu, ou non, dépôt de plaintes. Il est important d'en tenir compte.

Trois cas de figures semblent possibles :

- soit le patient est amené aux Urgences avec la police (et a déjà porté plainte → il existe un numéro de PV et la police a le réquisitoire).
- soit il vient directement à la garde mais souhaite porter plainte (la police est alors contactée et se rend aux urgences du CHU pour prendre la déposition et enclencher la procédure).
- Soit il vient directement à la garde et ne souhaite pas porter plainte.
Seule la prise en charge médico-psycho-sociale sera maintenue.

Attention : tous les prélèvements effectués pour le SAS ne seront d'aucune aide clinique (leurs résultats ne seront jamais transmis au pédiatre) → faire en double tout prélèvement nécessaire à la prise en charge clinique (cfr ci-dessous)

A. Peu de doute quant aux faits :

Remarque préliminaire importante : toujours hospitaliser l'enfant s'il ne semble pas être en sécurité ou si la situation est inquiétante ou conflictuelle.

1. Endéans les 72 heures

1.1 Examen pédiatrique général (par le pédiatre de garde)

Un examen clinique soigneux sera réalisé, en portant une attention particulière aux marques de traumatismes (photos éventuelles, appareil photo au centre néonatal). Un constat de lésions peut être rédigé à l'attention des parents, mais il faut éviter toute interprétation des faits dans ce document.

1.2 Examen gynécologique : soit il est fait dans le cadre du SAS, soit il est réalisé indépendamment de ce SAS par le gynécologue ou le pédiatre selon l'âge (penser à réaliser des photos). Si l'enfant est un garçon ou une fille prépubère, l'examen sera réalisé par le pédiatre de garde. Si l'enfant est une fille pubère, l'examen sera réalisé par le gynécologue de garde.

1.3 Examens complémentaires :

Ag HBS, anti HBC, anti HBS, hépatite C IgG, screening syphilis, sérologie HIV
Frottis : PCR gonocoque et chlamydia
Test de grossesse urinaire éventuel
Recherche de drogues dans les urines

1.4 Prophylaxies :

Les prophylaxies doivent impérativement être débutées endéans les 72 heures, et sont d'autant plus efficaces qu'elles sont données tôt. Elles ne doivent jamais être post-posées (même si le set SAS est post-posé par exemple).

Les prophylaxies doivent être initiées sous supervision directe à la garde.

Le Norlevo, le Zitromax et la Ceftriaxone sont disponibles à la garde enfant et la prophylaxie anti-VIH (kit 4 jours de démarrage) est disponible à la garde adulte. L'accord de l'adjoint de garde est nécessaire avant de débiter la prophylaxie VIH.

- Prévention grossesse si puberté débutée : Norlevo 1 comprimé en une prise, après avoir éventuellement exclu une grossesse en cours par un test urinaire.
- Prévention chlamydia : Zitromax (dose > 40 kg : 2 x 500 mg en une seule prise, dose pédiatrique 10 mg/kg en une prise soit 0.25 ml/kg en une prise).
- Prévention gono : Ceftriaxone : 30 mg/kg (avec un maximum de 250 mg), IM, 1 dose.
- Prévention VIH : les kits de prophylaxie pré-établis et disponibles aux urgences adultes contiennent les dosages adultes des médicaments. Les kits de prophylaxie pré-établis et

disponibles aux urgences pédiatriques sont à utiliser si l'enfant ne peut pas utiliser les comprimés disponibles à la garde adulte.

Différents cas de figure sont possibles :

1. Le(la) patient(e) pèse plus de 40 kg et il n'y a pas de notion d'insuffisance rénale => Stribild®

La posologie est de 1 comprimé / jour.

Le Stribild® est une association d'Elvitegravir (150mg) + Cobicistat (150 mg) + Emtricitabine (200 mg) + Tenofovir (245 mg)

Les effets secondaires éventuels sont des troubles digestifs, des maux de tête et des vertiges.

Le Stribild® DOIT être pris après un repas.

Le comprimé n'est pas sécable et ne peut pas être croqué. Il n'est pas reconditionnable.

2. Le (la) patient(e) pèse moins de 40 kg et/ou il y a une notion d'insuffisance rénale => association de Zerit® + Epivir® + Kaletra®

Dosages adultes :

Zerit®, 2 x 1 gélule à 30 mg

Epivir®, 2 x 1 comprimé à 150 mg

Kaletra®, 2 x 2 comprimés adultes

Le Zerit® et l'Epivir® ne sont pas sécables mais peuvent être reconditionnés en gélules dosées spécifiquement pour l'enfant. La tolérance de ces 2 médicaments est excellente et un léger surdosage pendant 2-3 jours devrait être très bien supporté.

Les comprimés de Kaletra® ne peuvent pas être reconditionnés et ne peuvent pas être croqués. Il peut occasionner des diarrhées en début de traitement et il n'est pas avisé de prescrire un dosage supérieur à ce qui est recommandé.

Les comprimés adultes de Kaletra® contiennent 200 mg de lopinavir associé à 50 mg de ritonavir.

Les comprimés pédiatriques de Kaletra® contiennent 100 mg de lopinavir associé à 25 mg de ritonavir.

Dosage pédiatrique : Zerit ® : 2 x 1mg/kg

Epivir ® : 2 x 4 mg/kg ou 1 x 8 mg/kg

Kaletra ® : 2 x (10 mg/kg de lopinavir + 2.5 mg/kg de ritonavir)

Dose d'antirétroviral du kit disponible à administrer (il n'y pas d'interférence avec les repas) :

Poids en kg	15 à 20	> 20à 30	> 30
Zerit ® mg	1 x 30	2 x 30	2x30
Epivir ®	1 x 150	2 x 150	2 x 150
Kaletra ® cp adultes (nombre)	2 x 1	2 x 1	2 x 2

3. L'enfant n'est pas capable d'avaler des comprimés

Les kits de prophylaxie pré-établis et disponibles aux urgences pédiatriques sont à utiliser si l'enfant ne peut pas utiliser les comprimés disponibles à la garde adulte. Ils contiennent les médicaments suivants :

- Retrovir® : Sirop à 10 mg /ml
- Epivir® : Sirop à 10 mg/ml
- Kaletra® : Sirop à 80 mg de lopinavir associé à 20 mg de ritonavir par ml (flacon à conserver au frigo)

Les dosages à utiliser sont les suivants :

Zidovudine (AZT), RÉTROVIR® (Glaxo Wellcome) :

Doses : Pédiatriques : 360 mg/m² en 2 fois / jour.

Adolescents et adultes : 250 à 300 mg x 2 / jour.

Lamivudine (3TC), EPIVIR® (Glaxo Wellcome) :

Doses :

- Pédiatriques : 4 mg/kg x 2 / jour.
- Adolescents et adultes : 150 mg x 2 / jour.

La prévention est recommandée si rapport réceptif vaginal, anal ou oral avec éjaculation.

Le traitement prophylactique doit être poursuivi pendant un mois. Le kit permet de démarrer le traitement, et l'enfant recevra les doses suivantes au rendez-vous de contrôle qui doit impérativement avoir lieu dans les 4 jours suivants. (Dr. Hainaut)

- Prévention tétanos : vérifiez la vaccination tétanos (si non vacciné ou vaccination douteuse) donner la première dose et prévoir les rappels (2 mois et 6 mois)

- Prévention hépatite B : la sérologie est prélevée : les gamma-globulines anti-hépatite B (dose : 0.06 ml/kg) seront données avec le vaccin au rendez-vous de contrôle au J2 ou J3 si la sérologie confirme que l'enfant n'est pas protégé et s'il n'y a pas de notion de vaccination (anti HbS <10 UI/ml). Elles gardent leur efficacité endéans les 14 jours post-exposition. L'enfant devra être vacciné. Le vaccin est disponible dans les frigos de la salle d'accouchement et à la garde adulte (attention : veiller à bien remplir la feuille de tarification et de remboursement).

Le schéma de vaccination est le suivant :

a) Si absence de vaccination :

Jusque 11 ans : 3 doses du vaccin pédiatrique (junior) 0-1-6 mois, soit Engerix soit HB Vax Pro

Entre 11 et 15 ans inclus : 2 doses du vaccin adulte (0-6 mois)

A partir de 16 ans : 3 doses du vaccin adulte 0-1-6 mois

b) Si vaccination incomplète : administrer les doses manquantes (il faut toujours 8 semaines minimum entre les doses 2 et 3, et 16 semaines minimum entre les doses 1 et 3).

c) Si vaccination complète et Ac anti-HBs <10 UI/ml : faire une dose de rappel (vaccin pédiatrique si <11 ans et vaccin adulte à partir de 11 ans) car considéré comme groupe à risque.

Il n'y a pas lieu de contrôler la sérologie après la mise en ordre de la vaccination.

1.5 L'équipe SOS est contactée dès l'arrivée de l'enfant aux Urgences : soit téléphoniquement pendant les heures de permanence soit via la feuille de liaison (à faxer rapidement)

1.6 Suivi :

- Pédiatrique : Dr. Rebuffat ou Dr. Hainaut (rendez-vous dès que possible, endéans maximum les 4 jours suivant le début du traitement prophylactique)
Contacter Evelyne ou Sophie (infirmières équipe HIV pédiatrique - 53422) si prophylaxie anti VIH débutée

Objectifs :

- au J2 ou 3 : vérification des résultats de la sérologie hépatite B et VIH, organisation de la suite du traitement PEP si nécessaire, résultats des frottis bactériologiques.
- à 1, 3, 6 mois : suivi sérologique et consultation (Dr. Hainaut)
- Psychologique : SOS Enfants
- Gynécologique si nécessaire en consultation à César de Paepe chez le Dr Albert (gynécologue pédiatrique), rdv au 02/506.70.91

1.7 Documents :

Une copie de la note de garde et une copie de la feuille de liaison SOS doivent être collectées dans une farde aux Urgences

2. Au-delà des 72 heures

2.1 Examen pédiatrique général

Un examen clinique soigneux sera réalisé, en portant une attention particulière aux marques de traumatismes (photos éventuelles). Un constat de lésions peut être rédigé à l'attention des parents, mais il faut éviter toute interprétation des faits dans ce document.

2.2 Examen gynécologique :

A programmer sans urgence en consultation de gynécologie pédiatrique (les jeudis à CdP de 8h à 16h, rdv au 02/506.70.91)

2.3 Examens complémentaires :

Ag HBS, anti HBC, anti HBS, hépatite C IgG, screening syphilis, sérologie HIV

Frottis : PCR gonocoque et chlamydia

Test de grossesse urinaire éventuel.

2.4 Prophylaxies :

- Prévention grossesse si puberté commencée : Ellaone 1 Co est efficace pendant 5 jours

- Prévention chlamydia et gonocoque : pas de traitement préventif (si les examens bactériologiques confirment une infection, un traitement sera prescrit).
- Prévention VIH : pas d'indication au-delà de 72 heures après l'exposition. Un suivi sérologique doit être instauré.
- Prévention tétanos : vérifiez la vaccination tétanos → si pas vacciné ou vaccination douteuse : donner la première dose et prévoir les rappels (2 mois et 6 mois)
- Prévention hépatite B : vaccination complète contre l'hépatite B si enfant non protégé

2.5 Suivi : - Drs. Hainaut ou Rebuffat (pédiatres)
- SOS (suivi psychosocial et juridique)
- Gynécologue pédiatre (gynécologue) si examen gynéco initial le nécessite

2.6 Documents :

Une copie de la note de garde et une copie de la feuille de liaison SOS doivent être collectées dans une farde aux Urgences

B. Doutes quant aux faits :

Soit le contexte est douteux (par exemple conflit parental autour d'une question de droit de visite) soit l'anamnèse est floue (histoire non spécifique ou évoquée uniquement par les parents, ou encore modification du comportement de l'enfant, ou signes indirects tels que constipation, dysurie, ...).

Ces cas sont délicats à évaluer. Il faut éviter que la prise en charge ne soit une caisse d'amplification d'inquiétudes peut-être fondées, sans sous-estimer la possibilité d'un abus réel.

1. L'enfant ne vous semble pas en danger dans l'immédiat et une évaluation en ambulatoire doit être préférée.

Un examen clinique soigneux sera réalisé, en portant une attention particulière aux marques de traumatismes (photos éventuelles, appareil photo au centre néonatal). Un constat de lésion peut être rédigé à l'attention des parents, mais il faut éviter toute interprétation des faits dans ce document.

L'enfant doit être orienté vers une équipe multidisciplinaire : équipe spécialisée dans la maltraitance (équipe SOS) et un pédiatre (Dr. Rebuffat ou Dr. Hainaut) qui se chargeront de préciser l'anamnèse et d'évaluer la situation plus en détails.

En fonction de cette évaluation des examens complémentaires seront éventuellement réalisés :

- examen gynécologique à réaliser en ambulatoire chez un gynécologue pédiatrique
- bilan sanguin : Ag HBS, anti HBC, anti HBS, hépatite C IgG, screening syphilis, sérologie HIV
- Frottis : PCR gonocoque et chlamydia
- Test de grossesse urinaire éventuel

2. L'enfant vous semble en danger, soit physique, soit psychologique, et vous ne jugez pas adéquat de le laisser rentrer chez lui en attendant la consultation SOS Enfant.

Une hospitalisation est recommandée, tant pour mettre l'enfant à l'abri que permettre une évaluation plus sereine de la situation. Si les parents refusent l'hospitalisation et que l'enfant vous semble être en danger, il est nécessaire de contacter le magistrat de garde pour lui faire part de vos inquiétudes, lui seul pourra délivrer une ordonnance de placement.

Un examen physique complet sera réalisé.

L'enfant sera également vu par l'équipe SOS qui doit toujours être prévenue.

En fonction de cette double évaluation, des examens complémentaires seront réalisés (examen gynécologique, bilan sanguin).

Une copie de la note de garde et une copie de la feuille de liaison SOS doivent être collectées dans une farde aux Urgences.

Le suivi sera assuré par l'équipe SOS et par les Drs. Hainaut ou Rebuffat.

Ont contribué à la rédaction de ce protocole : E. Van Der Kelen (infirmière pédiatrique), le Dr Parent (médecin légiste), les Dr Merckx et Gilles (gynécologues), les Drs Gérard et Vanthournout et N. Winner (équipe SOS Enfants ULB).

COMMENTAIRE D'EVOLUTION

EVOLUTIONS

Rédigé par	Vérifié par	Approuvé par
Elisabeth REBUFFAT CHU EMETTEURS 29/05/2017	Tessa GOETGHEBUER MEDECINS PEDIATRE 31/05/2017	ACT_PARTICIPANTS_NAME_SIGN 3 ACT_PARTICIPANTS_FUNCTION_SIGN3 ACT_PARTICIPANTS_DATE_SIGN3 _NOTIME

