

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

DISCUSSION

Résultats principaux

Confrontation à la littérature

Forces et faiblesses de l'étude

Implications futures

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXE

ABUS SEXUEL DANS L'ENFANCE : CONSTRUCTION ET APPLICATION D'UN OUTIL D'AIDE AU DEPISTAGE

Camille LABRIFFE¹, Cécile MASSON-BELLANGER¹, Catherine de CASABIANCA¹, Clotilde ROUGÉ-MAILLART², Estelle DARVIOT³, Jean-François HUEZ¹, William BELLANGER¹

¹ Département de médecine générale, UFR Santé, Université d'Angers, Angers, F-49000, France

² Département de médecine légale, CHU Angers, F-49000, Angers, France

³ Permanence d'Accueil Pédiatrique de l'Enfant en Danger (PAPED) – Fédération de pédiatrie – Pôle Femme - Mère - Enfant – CHU Angers, Angers, F-49000, France

RESUME

Contexte

L'abus sexuel dans l'enfance (AS_{enfance}) est un enjeu de santé publique. Il est fréquent et entraîne des séquelles psychiques et somatiques. Il n'y a pas de symptôme qui fait preuve, les médecins doivent être à l'écoute d'un cortège de signes cliniques non spécifiques qui évoque le vécu traumatique de l'enfant.

Objectif

Construction d'un outil d'aide au dépistage de l'AS_{enfance} utilisable par les professionnels puis application rétrospective de cet outil à des dossiers d'enfants reconnus victimes.

Méthode

Inspiration de la méthode PRISMA pour la création d'une grille de signes non spécifiques d'AS_{enfance} à partir de la littérature. Sélection de dossiers d'enfants reconnus victimes d'abus sexuel par la Justice et observés dans un foyer de l'enfance par différents professionnels.

Résultats

Une grille regroupant 80 signes cliniques, répartis en 7 catégories, a été élaborée. Cette dernière a ensuite été appliquée dans 17 dossiers d'enfants reconnus victimes d'abus sexuel dans l'enfance. Les enfants présentaient en moyenne 10 signes différents. 5 signes étaient présents chez plus d'un enfant sur deux : des plaintes fonctionnelles, un syndrome dépressif, une chute des résultats scolaires, une recherche excessive de contact/d'affection, des signes de maltraitance/négligence. La catégorie la plus représentée était celle des signes comportementaux généraux. 40% des signes décrits dans la littérature n'ont pas été retrouvés, principalement les signes sexuels ou de la sphère génito anale. Les plaintes fonctionnelles répétées ont été décrites : les douleurs abdominales, les céphalées et les douleurs de gorge sont au premier plan.

Conclusion

Sous réserve d'autres études confirmant ces résultats encourageants, cette grille de signes cliniques non spécifiques pourrait être un outil pertinent d'aide au dépistage de l'abus sexuel dans l'enfance.

INTRODUCTION

Il existe des sujets qui resteront toujours entourés de secret, de dénis, de tabous. C'est le cas de l'abus sexuel dans l'enfance (AS_{enfance}). Dans trois-quarts des cas, il a lieu dans le cercle familial (1), définissant l'inceste. Cela n'évoque pas la sexualité mais la violence et la maltraitance.

En France, 16 % des femmes et 5 % des hommes ont déclaré avoir subi des rapports sexuels forcés, ou tentatives de rapport forcé, au cours de leur vie. Cela s'était produit avant 18 ans pour 59 % des femmes et 67 % des hommes. Parmi les femmes de 18-39 ans, 11 % avaient connu un rapport forcé ou une tentative avant 18 ans (2,3). En 2006, sur les 79 000 signalements d'enfants en France, 5% concernaient des violences sexuelles soit 4300 enfants (4).

Le terme « abus sexuel », traduction inadaptée de la littérature anglo-saxonne « sexual abuse », est le plus reconnu. Krugman et Jones, le définissent comme « la participation d'un enfant ou d'un adolescent mineur à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son développement psycho-sexuel, qu'elles soient subies sous la contrainte, par violence ou séduction, ou qui transgressent les tabous sociaux » (1). Merrick, ajoute les notions d'état de dépendance et d'absence de l'accord éclairé de l'enfant (5). Dans la littérature internationale le terme « d'abus sexuels sur mineurs » recouvre des actes aussi éloignés que l'exhibitionnisme, les caresses érotiques et tous types de pénétration (1).

C'est un enjeu de santé publique ; il entraîne des séquelles à long terme sur le plan psychologique et somatique. Ainsi, pour exemple, l'AS_{enfance} concernerait 30 à 40% des adultes présentant des troubles fonctionnels intestinaux (6,7) et 57% des femmes atteintes de fibromyalgie (5). 76% des victimes d'inceste déclarent souffrir de troubles compulsifs alimentaires contre 9% dans la population française (8). Il y a presque trois fois plus de risque d'infarctus du myocarde chez les hommes lorsqu'ils ont été abusés dans l'enfance (9).

Cette forte prévalence de l'abus sexuel dans la population générale impose aux professionnels de l'enfance d'en faire le dépistage. Parmi eux, le médecin généraliste est un praticien de premier recours, fréquemment convoqué dans la vie intime des familles. Il est au cœur de ce travail d'accueil et de dépistage et accompagne les enfants dans le « bien grandir ». En France, les médecins sont incités à signaler la maltraitance, sans notion d'obligation dans

la loi de novembre 2015 (10). Comment les aider à reconnaître chez un enfant des signes non spécifiques d'AS_{enfance} ?

Dans ce contexte, il paraissait pertinent de 1) construire un outil d'aide au dépistage de l'AS_{enfance} sous forme d'une grille de signes cliniques non spécifiques à partir de la littérature, puis 2) d'appliquer rétrospectivement cette grille à des dossiers d'enfants reconnus victimes d'AS_{enfance}.

L'objectif de ce travail n'étant pas de rechercher le signe qui fait preuve mais un cortège de signes qui évoque l'histoire de l'enfant et son vécu traumatique.

MÉTHODES

Le premier temps du travail s'est inspiré de la méthode PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) pour la création d'un outil d'aide au dépistage de l'AS_{enfance}. À partir des données recensées de la littérature, une grille de signes cliniques non spécifiques a été créée (11).

Les articles devaient concerner des enfants et adolescents (0-18 ans), abusés sexuellement sans durée de suivi et quel que soit leur pays d'origine. Ont été considérés les articles en langue française ou anglaise, publiés entre 1999 et 2014, période choisie arbitrairement pour couvrir quinze années de la littérature.

Les bases de données ont été la source principale d'information avec un arrêt des recherches le 15/07/2014. Huit combinaisons de mots clés ont été systématiquement recherchées dans CISMEF, SUDOC et CAIRN : symptôm* abus sexuel* enfant*, signe* abus sexuel* enfant*, clinique abus sexuel* enfant*, dépistage abus sexuel* enfant*, repér* abus sexuel* enfant*, maltraitance sexuel* enfant*, child abuse, agress* sexuel* enfant*.

Une recherche plus spécifique a été menée dans PUBMED à partir de mots clés MESH articulés de la manière suivante : « child abuse, sexual/diagnosis »[MH] OR ((« child abuse, sexual »[TW] OR « child sexual abuse »[TW] OR « sexual child molestation » [TW] OR « child molestation, sexual » [TW] OR « sexual abuse, child » [TW] OR « abuse, child sexual » [TW] OR « sexual abuse of child [TW] OR « sexual child abuse » [TW] OR « molestation, sexual child » [TW] OR « molestation, sexual, child » [TW])) AND (« diagnosis » [TW] OR « findings » [TW] OR « symptoms » [TW] OR « differential diagnosis » [TW] OR « signs » [TW] or « screening »[TW])).

Tous les signes non spécifiques d'abus sexuel chez l'enfant ont été retenus. En cas de doublon, d'idées proches ou de synonymes, les deux termes ont été retenus et mis ensemble. Les lésions recherchées lors de l'examen médico-légal n'ont pas été prises en compte.

Le deuxième temps du travail a permis la sélection de dossiers d'enfants reconnus victimes d'abus sexuels au sein d'un réseau de pédophilie en Maine et Loire. Avant le procès aux assises en 2005, les enfants présumés victimes ont été confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) par mesure de protection. Parmi eux, certains ont été placés au Village Saint Exupéry (VSE), foyer départemental d'accueil d'urgence en Maine et Loire. Les enfants ont vécu de deux jours à plusieurs mois au VSE, en unités de vie. Ils ont été accompagnés et observés par des éducateurs, des maîtres de maison, des psychologues, des médecins généralistes, un

pédiatre, deux pédopsychiatres. Leurs observations écrites ont été consignées dans des dossiers, un par enfant. Nous avons sélectionné les enfants selon une liste remise par un Administrateur Ad Hoc, afin d'assurer la reconnaissance judiciaire de l'abus sexuel.

Ensuite, la grille de signes non spécifiques d'AS_{enfance} précédemment élaborée a été appliquée à chaque dossier d'enfant reconnu victime. Chaque signe était analysé comme étant présent ou absent du dossier. Un recueil libre d'un ensemble de symptômes hors-grille présentés par l'enfant a également été réalisé. La population a été décrite selon les critères d'âge et de sexe. Le poids et la taille ont été relevés afin de calculer l'IMC (Indice de Masse Corporelle). Des moyennes ont été élaborées à partir des données recueillies.

La création de la grille, la sélection des dossiers et leur analyse ont été réalisées par le même investigateur entre mars et juillet 2014.

L'accord du Comité d'Ethique du CHU d'Angers pour l'étude des dossiers et le travail de thèse a été obtenu.

RÉSULTATS

L'étude de la littérature a permis la sélection de 11 articles en texte intégral (Figure I) pour la création de l'outil d'aide au dépistage d'AS_{enfance}. Les articles étaient exclus lorsqu'ils concernaient une autre catégorie de population, l'examen médico-légal ou les autres types de maltraitements.

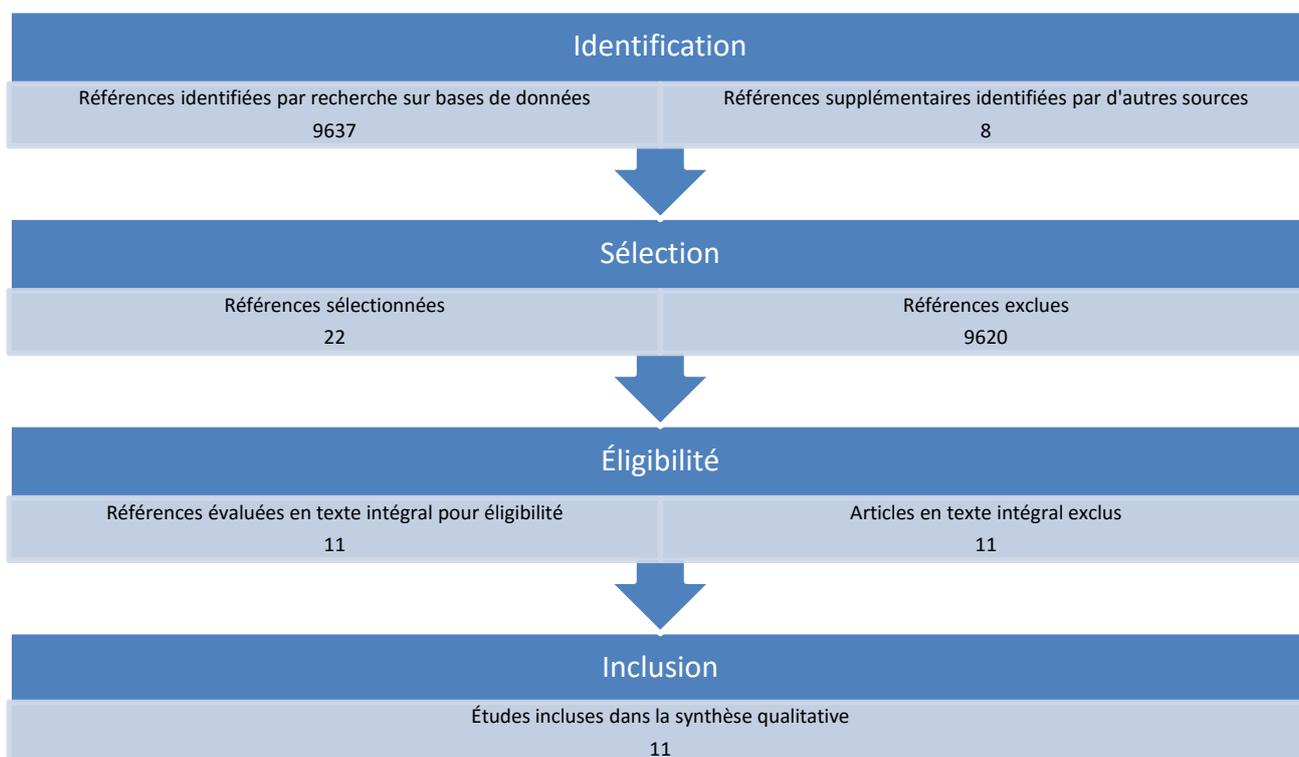


Figure I. Diagramme de flux.

A partir de ces 11 articles, 80 signes non spécifiques d'AS_{enfance} ont été retenus (Annexe). Ils ont été regroupés en 7 catégories selon les données de la littérature : signes généraux, signes comportementaux généraux / syndrome psycho traumatique, signes comportementaux sphère sexuelle, signes comportementaux sphère relationnelle, signes comportementaux sphère scolaire, troubles des conduites, signes sphère génito anale.

Parmi les 45 enfants victimes d'AS_{enfance} au sein du réseau de pédophilie, 17 dossiers complets ont été étudiés. Ces 17 enfants constituent notre population d'étude. Au moment de leur arrivée au foyer de l'enfance, les enfants avaient entre 5 mois et 10 ans, avec un âge moyen de 5 ans et 8 mois. Il y avait 14 filles et 3 garçons.

Les Indices de Masse Corporelle (IMC) ont pu être calculés chez 14 enfants au moment de leur arrivée au foyer de l'enfance (Figure II). 6 enfants (36%) avaient un IMC inférieur au 10^{ème} percentile.

Dans la population générale, il y a 6% des enfants en insuffisance pondérale (<3^{ème} percentile soit - 2DS) ou en obésité (>97^{ème} percentile soit +2DS) contre 21% dans notre population.

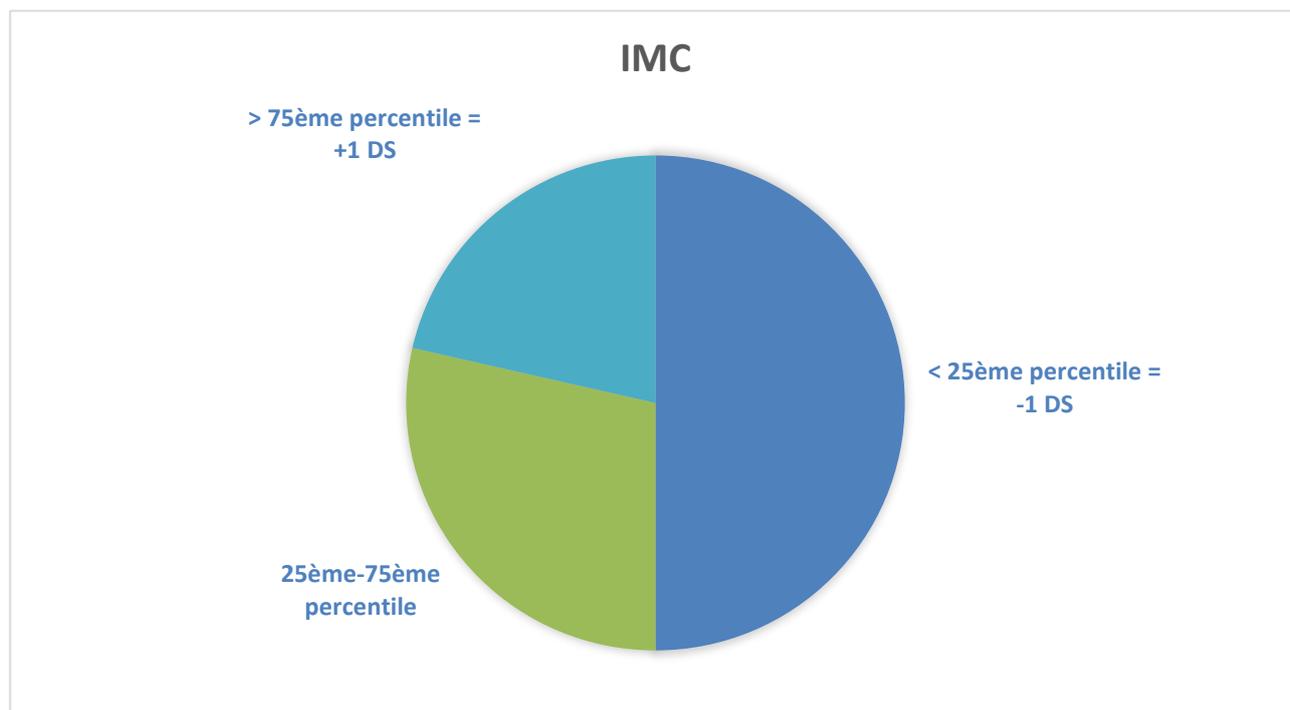


Figure II. Répartition des IMC dans la population d'enfants victimes d'abus sexuel.

La grille de 80 signes a été appliquée au fur et à mesure de la lecture de chaque dossier. Chaque signe a été répertorié comme étant présent ou absent. Ensuite, des moyennes ont été réalisées pour chaque signe (Figure III).

40% des signes n'ont pas été retrouvés dans les dossiers des enfants victimes d'AS_{enfance} malgré leur description dans la littérature (Tableau I).

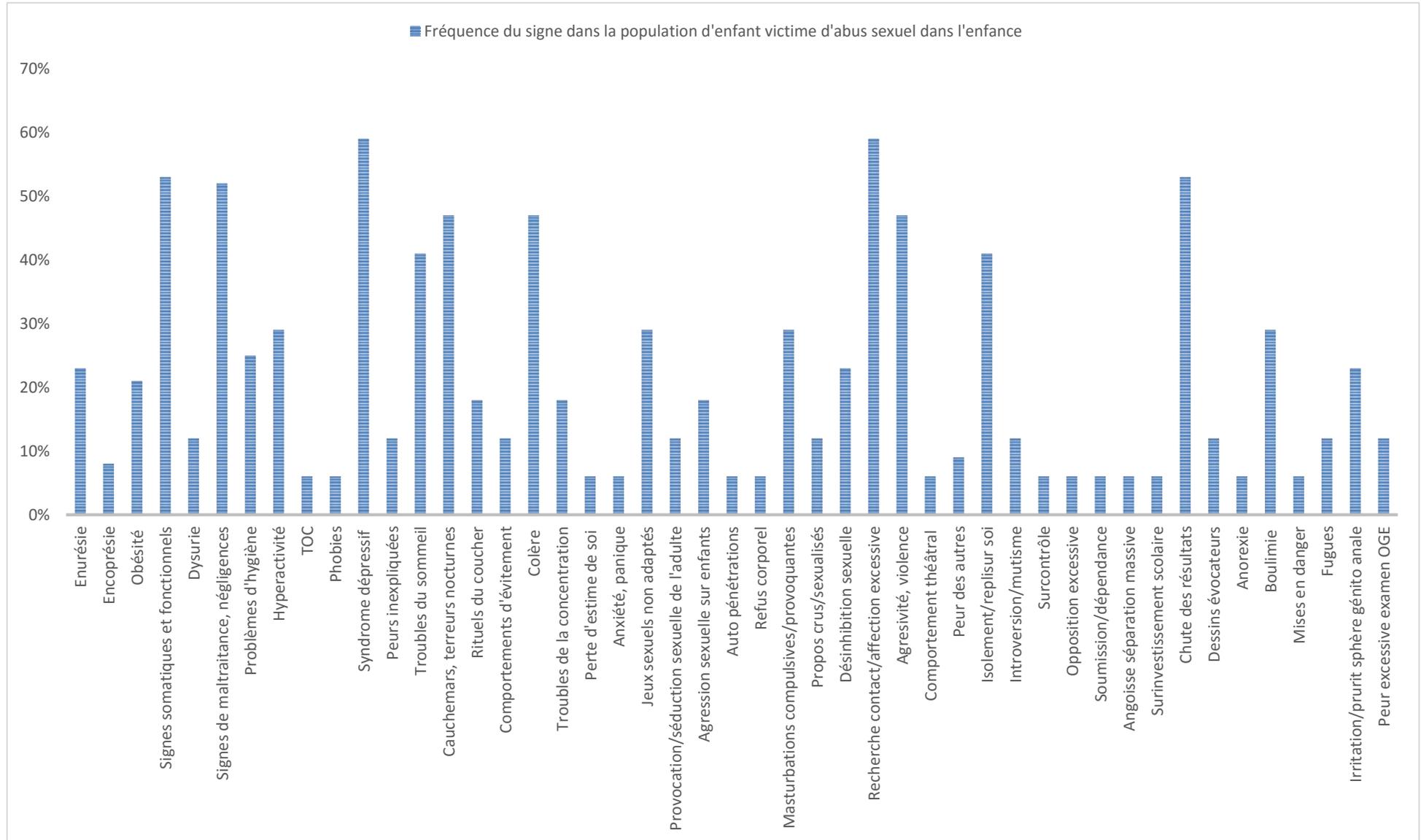


Figure III. Proportion d'enfants victimes d'AS_{enfance} pour lesquels le signe a été décrit.

Catégorie	Signes absents des dossiers
Signes généraux	Puberté précoce Cassure courbes de poids ou de taille
Signes comportementaux généraux Syndrome psycho-traumatique	Normalité Hyper vigilance Idées suicidaires Syndrome de dissociation/personnalités multiples Intrusion des traumatismes/Flash-Back Irritabilité Pseudo maturité
Signes comportementaux sphère sexuelle	Masturbations d'animaux Simulations de relations sexuelles Troubles de l'identité sexuelle Contraception précoce Craintes IST/grossesse Phobie sexuelle IVG Prostitution Grossesse précoce Déni de grossesse
Signes comportementaux sphère relationnelle	Phobie sociale
Signes comportementaux sphère scolaire	Refus ou phobie scolaire
Troubles des conduites	Toxicomanie, alcool, tabac Conduites auto destructrices
Signes sphère génito-anale	Saignements vaginaux Pertes vaginales Douleurs génitales/anales Troubles mictionnels Infections urinaires récurrentes Lésions MST Désinhibition lors de l'examen des organes génitaux externes (OGE) Peur injustifiée d'une anomalie des OGE

Tableau I. Signes décrits dans la littérature mais absents des dossiers d'enfants victimes d'abus sexuel dans l'enfance.

Les enfants présentaient de 2 à 24 signes distincts, avec en moyenne 10 ± 6.6 signes (Figure IV). 70 % des enfants présentaient au moins 6 signes d'AS_{enfance}.

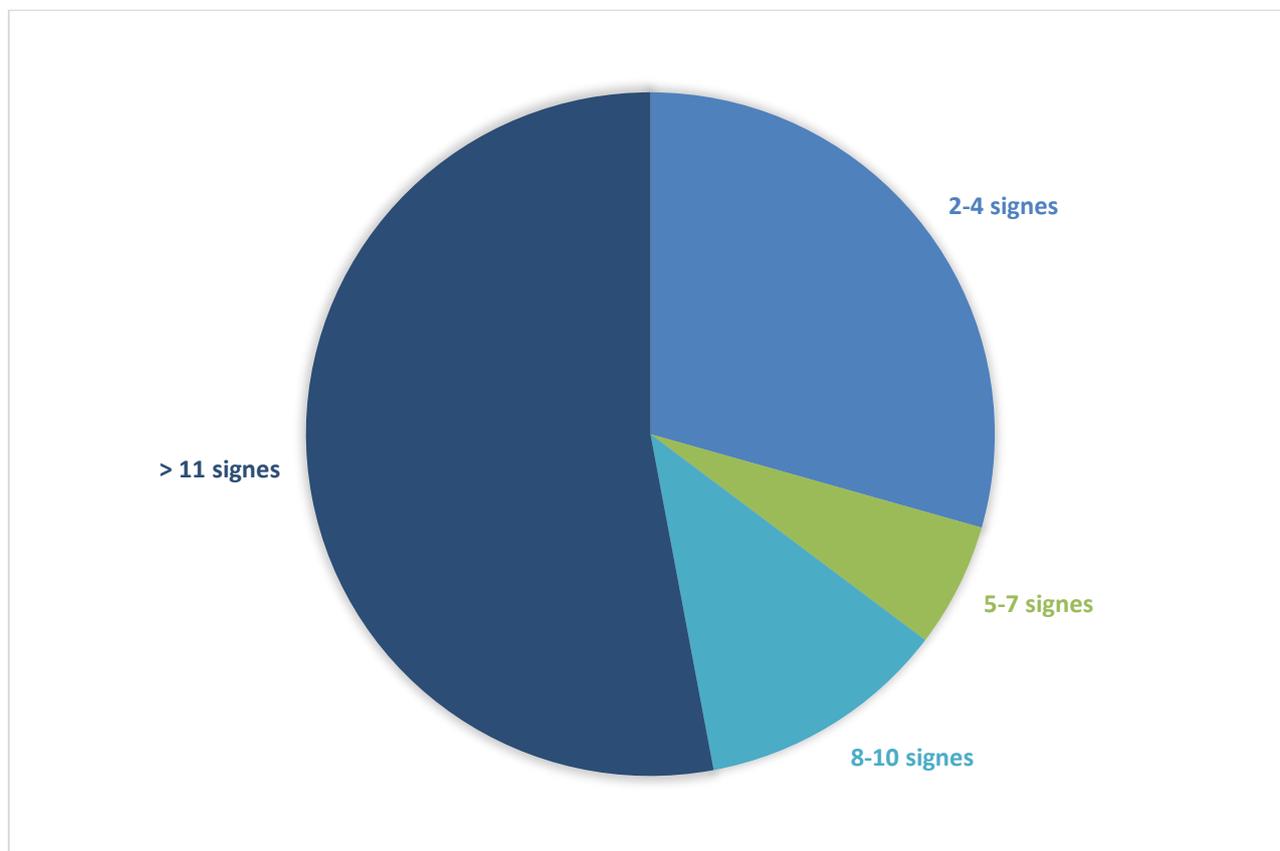


Figure IV. Répartition des enfants victimes d'abus sexuel dans l'enfance selon le nombre de signes différents exprimés.

Parmi les signes d'AS_{enfance} décrits dans la population à partir de la littérature, certains ont été plus fréquemment retrouvés. Ceux qui apparaissaient chez au moins 20% des enfants ont été rapportés dans le Tableau II.

Catégorie	Signes retrouvés chez au moins 20% des enfants
Signes généraux	Énurésie Obésité Signes somatiques et fonctionnels non spécifiques Signes de maltraitance ou de négligence Problème d'hygiène
Signes comportementaux généraux Syndrome psycho-traumatique	Hyperactivité Syndrome dépressif Troubles du sommeil Cauchemars, terreurs nocturnes Colère
Signes comportementaux sphère sexuelle	Jeux sexuels non adaptés à l'âge Masturbations compulsives, provoquantes Désinhibition sexuelle
Signes comportementaux sphère relationnelle	Recherche excessive de contact physique et d'affection Agressivité/violence Isolement/repli sur soi
Signes comportementaux sphère scolaire	Chute des résultats
Troubles des conduites	Boulimie
Signes sphère génito-anale	Irritation/prurit

Tableau II. Signes de la littérature apparaissant chez au moins 20% des enfants victimes d'abus sexuel dans l'enfance.

Cinq signes ont été décrits dans la littérature et retrouvés chez plus d'un enfant sur deux. Ils concernaient des sphères majeures du développement de l'enfant (Figure V).

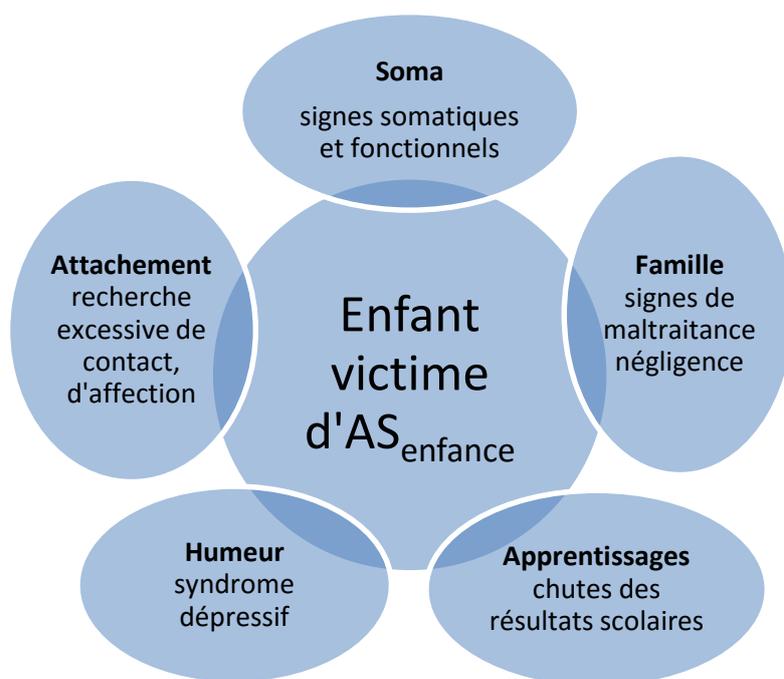


Figure V. Signes retrouvés chez au moins 50% des enfants victimes d’abus sexuel dans l’enfance et leurs sphères du développement respectives.

À la lecture des dossiers, d’autres signes qui semblaient pertinents mais non décrits dans la littérature ont été relevés. La notion de régression, « redevenir un bébé », a été retrouvée chez 7 enfants (35%). 9 enfants (53%) présentaient des signes fonctionnels de manière répétée. Douze signes fonctionnels différents ont été signalés. Les douleurs abdominales (7 enfants, 42%) étaient au premier plan, suivies des céphalées (4 enfants, 24%) et des douleurs de gorge (3 enfants, 18%).

Les 80 signes de la grille étaient répartis en sept catégories, les plus représentées dans la littérature. Les signes généraux étaient les plus fréquents chez les enfants victimes d’AS_{enfance} (Figure VI).



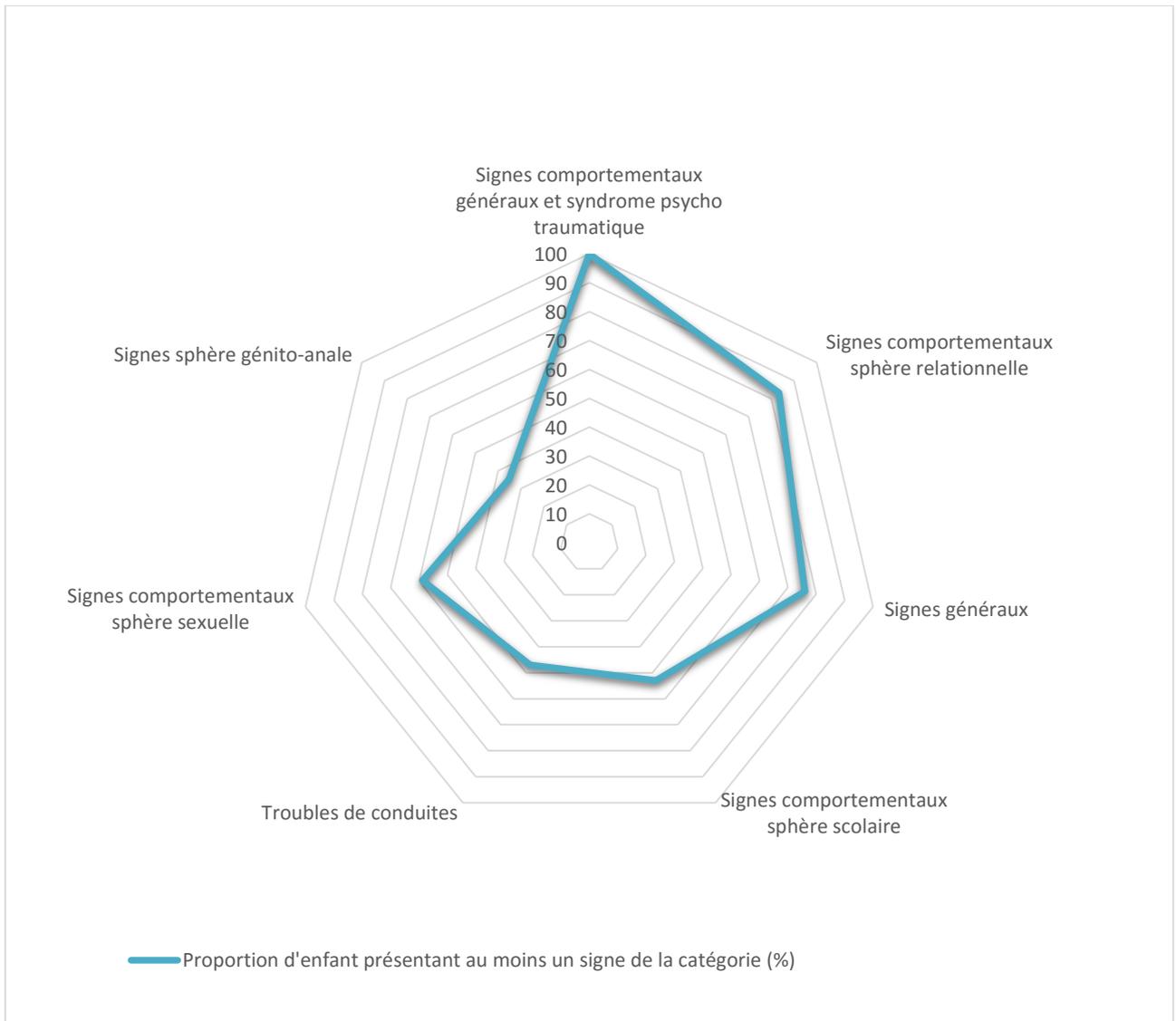


Figure VI. Proportion d'enfants victimes d'abus sexuel dans l'enfance qui présentaient au moins un signe de la catégorie.

DISCUSSION

Résultats principaux

Cette étude a permis la création d'un outil d'aide au dépistage de l'abus sexuel chez l'enfant sous la forme d'une grille. Celle-ci regroupe 80 signes cliniques, répartis en 7 catégories. Elle a été créée à partir de la littérature. Elle a ensuite été appliquée dans 17 dossiers d'enfants reconnus victimes d'AS_{enfance}. Les enfants présentaient en moyenne 10 signes différents. Cinq signes étaient présents chez plus d'un enfant sur deux : des plaintes fonctionnelles, un syndrome dépressif, une chute des résultats scolaires, une recherche excessive de contact/d'affection, des signes de maltraitance/négligence. Ils correspondaient à l'ensemble des sphères du développement de l'enfant. La catégorie la plus représentée était celle des signes comportementaux généraux. 40% des signes décrits dans la littérature n'ont pas été retrouvés, principalement les signes sexuels ou de la sphère génito anale. Les plaintes fonctionnelles ont été décrites dans les dossiers : les douleurs abdominales, les céphalées et les douleurs de gorge sont au premier plan.

Confrontation à la littérature

Dans la littérature, l'abus sexuel chez l'enfant est traité sans consensus, avec une accumulation de signes sans sélection. Habituellement, ils sont présentés sous forme de paragraphes où tous les signes listés sont détaillés, ce qui les rend peu lisibles (1,12-19). De plus, les articles ne concernent souvent qu'une spécialité médicale (7) ou ne traitent que de l'inceste (8) et non de l'abus sexuel dans son ensemble.

Ce travail de recherche a été confronté aux difficultés liées au sujet. Les études scientifiques sont peu nombreuses contrairement aux articles de presse ou aux témoignages de victimes. L'abus sexuel est une préoccupation médicale relativement récente. La sélection des articles sur leur niveau de preuve a entraîné une restriction importante des sources pour la construction de la grille. De plus, l'abus sexuel est au carrefour de plusieurs domaines de compétences : médecins, psychologues, éducateurs, professeurs, sociologues, historiens, professionnels de la Justice... Ce travail en réseau fait la richesse de la prise en charge des victimes mais également la difficulté de cette étude. En effet, toutes ces professions n'ont pas le même point de vue, le même vocabulaire, le même niveau de preuve des données.

Forces et faiblesses de l'étude

Ce travail propose un outil original, qui pourrait être utilisé par chaque professionnel de l'enfance quelle que soit sa formation initiale. Sa simplicité de mise en œuvre pourrait faciliter sa diffusion.

L'application de cette grille à des dossiers d'enfants reconnus victimes d'AS_{enfance} par la justice est un travail novateur. En effet, aucune étude n'a jusqu'à maintenant proposé d'outil confronté à sa mise en pratique. Choisir les dossiers d'enfants reconnus victimes judiciairement et observés par des professionnels dans un même contexte de vie a permis de limiter les biais de sélection et de recueil.

Malgré tout, cette étude a présenté plusieurs limites.

Les enfants inclus étaient confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance. Les signes qu'ils présentaient étaient au croisement de plusieurs sémiologies : celle du traumatisme, celle du secret, celle du temps judiciaire, celle de l'inceste, celle du placement avec le stress et la séparation avec la famille.

Le sexe ratio de 3 garçons pour 14 filles n'est pas représentatif de celui de l'AS_{enfance} qui serait plus proche de 1 pour 2 (20). L'AS_{enfance} touche toutes les catégories socio-professionnelles (12) ce qui n'était pas le cas de notre population dont les familles étaient carencées. Ils ont tous été victimes du même réseau de pédophilie. La fréquence, le lien de l'enfant avec l'agresseur et le type d'abus sexuel (avec ou sans contact) n'ont pas été pris en compte dans l'étude, comme dans la littérature. L'AS_{enfance} peut concerner des viols répétés pendant des années par un membre de la famille comme un attouchement unique par un inconnu. Il y a peu de données sur l'importance des séquelles en fonction de la répétition et du lien avec l'agresseur mais tout abus sexuel entraîne un traumatisme c'est pourquoi nous n'avons pas sélectionné les enfants selon le type d'abus.

L'âge des enfants était de 5 ans et 8 mois en moyenne. Parmi les 32 signes de la littérature non décrits dans les dossiers, 4 d'entre eux ne pouvaient pas être retrouvés en raison du jeune âge des enfants concernés : grossesse précoce, déni de grossesse, IVG et crainte d'une grossesse. Contrairement à ce qui était attendu, la sphère sexuelle était la catégorie la moins représentée (signes comportementaux de la sphère sexuelle et sphère génito-anale).

La lecture des dossiers par un même opérateur a permis de limiter les biais de recueil. Pourtant, il faut nuancer l'absence de certains signes. En effet, les professionnels intervenant autour de l'enfant étaient nombreux, chacun ayant pu être subjectif dans son interprétation du comportement de l'enfant. De plus, la sémiologie de l'abus sexuel dans l'enfance était moins bien connue dans le début des années 2000. Un signe pouvait passer inaperçu ou paraître inutile à consigner alors qu'il faisait écho, a posteriori, au vécu traumatique de l'enfant abusé sexuellement.

Implications futures

Il n'existe pas de signe pathognomonique de l'AS_{enfance}. La littérature décrit 80 signes non spécifiques. Cette multitude de signes rend leur utilisation difficile en pratique. Un regroupement des signes les plus fréquents ou les plus simples à repérer lors d'une consultation paraîtrait judicieux. Le syndrome de l'enfant sexuellement abusé (SASE) pourrait être une entité à part entière comme le syndrome du bébé secoué ou le syndrome de Silverman. Contrairement à ces syndromes où l'imagerie est une aide au diagnostic, le SASE n'aurait pas de signe unique qui fait preuve. L'examen médico-légal retrouve des lésions spécifiques ou évocatrices chez seulement 50% des filles et 53% des garçons victimes d'AS_{enfance} malgré l'évolution des techniques (21). Pour les enfants présentant des signes d'AS_{enfance}, mais sans dévoilement ni lésions spécifiques, il serait théoriquement intéressant d'approfondir ce travail par une étude cas témoin afin de mesurer sa validité notamment intrinsèque au risque de nombreuses difficultés pratiques et éthiques inacceptables. Une autre proposition d'étude serait une validation de l'outil en testant la grille dans la population générale. Cela pourrait concerner des enfants d'âges différents ou des adultes. L'observation des différences d'application de la grille en fonction des formations initiales des professionnels de l'enfance pourrait également être envisagée.

Les médecins, toutes spécialités confondues, ont des besoins de formation initiale et continue au repérage de l'AS_{enfance}. Les facultés abordent la maltraitance mais principalement les syndromes du bébé secoué ou de Silverman. Les médecins généralistes pratiquent peu ce dépistage alors qu'ils suivent 95% des enfants dont 40% de manière exclusive (22). Ils maîtrisent mal la prise en charge globale c'est-à-dire médicale, psychologique et médico-légale (certificats, signalements) de l'AS_{enfance} (23). La plupart des professionnels n'y pensent pas ou sont en difficulté pour entendre leurs patients, ce sujet restant tabou. D'autant plus que les

victimes parlent peu. Ainsi, dans les cas d'inceste, en moyenne, les victimes se dévoilent pour la première fois 16 ans après les faits. Ces révélations ne sont faites à un médecin que dans 9% des cas, 74% de leur propre initiative et 25% à une question qu'on leur posait. Dans 97% des cas, ils en ont reparlé ensuite (8). La levée du secret peut être libératrice voire entraîner la disparition des troubles (23). Cela aide les familles dans la nomination de l'interdit de l'inceste, là où il a été transgressé.

Devant la prévalence de l'AS_{enfance}, une modification des arbres décisionnels des médecins semble indispensable devant la répétition du symptôme, ne cédant pas aux thérapeutiques reconnues efficaces. L'AS_{enfance} ne devrait plus être un diagnostic d'élimination. L'attitude de surmédicalisation qui consiste à prescrire de nombreux examens complémentaires ou traitements médicamenteux est probablement responsable d'un coût important pour la société et d'une iatrogénie inutile voire maltraitante pour le patient.

La pauvreté de la littérature scientifique sur le dépistage de l'AS_{enfant} en soins primaires montre l'urgence d'une prise de conscience du monde médical sur l'importance du dépistage des maltraitances, y compris sexuelles. Une formation adaptée des médecins permettrait une levée du tabou et une meilleure prise en charge de ces victimes. Pourtant, y penser, ce n'est pas commencer une enquête ou forcer la parole de l'enfant comme de l'adulte. C'est accompagner un enfant à mettre des mots sur le symptôme en lien avec son histoire. Le médecin doit se libérer du sentiment d'urgence qui est rarement le temps de l'enfant, de la famille et de la Justice.

CONCLUSION

L'abus sexuel dans l'enfance est un enjeu de Santé Publique. Les médecins ne sont pas suffisamment formés sur le plan bio-médical, psychologique et médico-légal. Ce travail a montré que l'outil créé était applicable chez des enfants abusés sexuellement. Cette grille composée de signes cliniques non spécifiques, pourrait devenir une aide au dépistage de l'abus sexuel dans l'enfance par les professionnels. Il n'y a pas de signe pathognomonique qui fasse preuve mais les enfants présentent un cortège de signes qui doit être vu et entendu. Les connaître permet de penser à l'impensable, de limiter les examens complémentaires voire de donner à l'enfant l'espace et le temps nécessaire à un dévoilement. Il n'y a pas besoin de connaissances théoriques poussées mais d'une bienveillance afin d'accompagner l'enfant dans sa protection et dans le « bien grandir ».

BIBLIOGRAPHIE

1. Fédération Française de Psychiatrie. Maltraitements sexuelles [Internet]. 2003 [cited 2014 Mar 26]. Available from: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confvictime/RecomL.html>
2. INSERM I. Enquête Contexte de la Sexualité en France (CSF) - Communications sur CSF [Internet]. [cited 2014 Feb 24]. Available from: <http://csf.kb.inserm.fr/csf/Publications-CSF-Comm-Sci-noData.html>
3. Populations & Sociétés. Bajos N., Bozon M., équipe CSF, Les violences sexuelles en France: quand la parole se libère, Population et sociétés, n°445, mai 2008, p.1-4 [Internet]. 2008 [cited 2014 Apr 28]. Available from: http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ined.fr%2Ffichier%2Ft_publication%2F1359%2Fpubli_pdf1_pop_soc445.pdf&ei=kgheU_G8CcrcPb6_gVA&usg=AFQjCNHxs2L7dFPykO20ki6_ax7otgXCig&bvm=bv.65397613,d.ZWU
4. 200711_protection_enfance_2007.pdf [Internet]. [cited 2016 Mar 28]. Available from: http://odas.net/IMG/pdf/200711_protection_enfance_2007.pdf
5. Wilson DR. Health Consequences of Childhood Sexual Abuse. *Perspect Psychiatr Care*. 2010 Jan 1;46(1):56–64.
6. Leserman J, Drossman DA. Relationship of Abuse History to Functional Gastrointestinal Disorders and Symptoms Some Possible Mediating Mechanisms. *Trauma Violence Abuse*. 2007 Jul 1;8(3):331–43.
7. Cour F, Robain G, Claudon B, Chartier-Kästler E. Abus sexuels dans l'enfance : intérêt de leur diagnostic pour la compréhension et la prise en charge des troubles sexuels, ano-rectaux et vésico-sphinctériens. *Prog En Urol*. 2013 juillet;23(9):780–92.
8. AIVI, IPSOS. Etat des lieux de la situation des personnes victimes d'inceste : vécu, état de santé et impact sur la vie quotidienne [Internet]. Available from: <http://aivi.org/vous-informer/telechargements/finish/8-etudes-sondages/22-sondage-aivi-sur-la-sante-des-victimes-2010-par-l-ipsos.html>
9. Fuller-Thomson E, Bejan R, Hunter JT, Grundland T, Brennenstuhl S. The link between childhood sexual abuse and myocardial infarction in a population-based study. *Child Abuse Negl*. 2012 Sep;36(9):656–65.
10. LOI n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé | Legifrance [Internet]. [cited 2016 Feb 2]. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/11/5/AFSX1507632L/jo>
11. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie Rev*. 2015 Jan;15(157):39–44.
12. HAS. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitements sexuelles intrafamiliales chez le mineur [Internet]. [cited 2014 Feb 20]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1067136/reperage-et-signalement-de-l-inceste-par-les-medecins-reconnaitre-les-maltraitements-sexuelles-intrafamiliales-chez-le-mineur
13. Mugnier J-P. Synthèse conférence Jean-Paul Mugnier ARSINOE [Internet]. 2003 [cited 2014 Apr 28]. Available from: http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&ved=0CFEQFjAH&url=http%3A%2F%2Fwww.arsinoe.fr%2Fpublications%2Farsinoe_synthese_conf_mugnier_2003.pdf

2Fpsycho27.picamoles.free.fr%2Fpdf%2F6JPM.pdf&ei=AAFeU_mdPMa2O7KGgdgC&usg=AFQjCNEXWYsomMiHaxpg0bcmfTuafG-Jng&bvm=bv.65397613,d.ZWU

14. D. SIBERTIN-BLANC, C. VIDAILHET. K-Portal [Internet]. [cited 2014 Mar 26]. Available from: http://medecine-pharmacie.univ-rouen.fr/jsp/saisie/liste_fichiergw.jsp?OBJET=DOCUMENT&CODE=1096555325642&LANGUE=0
15. Marc Gérard. Guide pour prévenir la maltraitance | Yapaka [Internet]. [cited 2014 Mar 26]. Available from: <http://www.yapaka.be/livre/guide-pour-prevenir-la-maltraitance>
16. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Guide d'intervention médicosociale - Pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle [Internet]. 2005 [cited 2014 Mar 28]. Available from: <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/62062f40716bfd6585256f9b00737da6?OpenDocument>
17. Revue médicale de Liège. Les abus sexuels : et du côté des jeunes victimes... [Internet]. 2007 [cited 2014 Apr 28]. Available from: http://www.rmlg.ulg.ac.be/aboel.php?num_id=1624&langue=FR
18. Boë E, Botbol M, Mazet P. Qu'est-ce que l'adolescence nous apprend sur les abus sexuels vécus dans l'enfance. *Psychiatr Infant*. 2005 Mar 1;Vol. 48(1):5–29.
19. Romano H. Suspicion d'abus sexuel chez les enfants de moins de quatre ans. *J Psychol*. 2006 May 1;n° 238(5):40–4.
20. OMS. Rapport mondial sur la violence et la sante [Internet]. 2002. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42545/1/9242545619_fre.pdf?ua=1&ua=1
21. BAYS J. MEDICAL DIAGNOSIS OF THE SEXUALLY ABUSED CHILD. *Child Abuse Negl*. 1993;17:91–110.
22. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites - er588.pdf [Internet]. [cited 2016 Apr 2]. Available from: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er588.pdf>
23. SALMONA M. Violences sexuelles : fréquentes et méconnues. *Rev Prat Médecine Générale*. 2010 Nov 29;24(851):824–5.

LISTE DES FIGURES

Figure I : Diagramme de flux.	7
Figure II : Répartition des IMC dans la population d'enfants victimes d'abus sexuel dans l'enfance.	8
Figure III : Proportion d'enfants victimes d'AS _{enfance} pour lesquels le signe a été décrit.	9
Figure IV : Répartition des enfants victimes d'abus sexuel dans l'enfance selon le nombre de signes différents exprimés.	11
Figure V : Signes retrouvés chez au moins 50% des enfants victimes d'abus sexuel dans l'enfance et leurs sphères du développement respectives..	13
Figure VI : Proportion d'enfants victimes d'abus sexuel dans l'enfance qui présentent au moins un signe de la catégorie.	14

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Signes décrits dans la littérature mais absents des dossiers d'enfants victimes d'abus sexuel dans l'enfance.	10
Tableau II : Signes de la littérature apparaissant chez au moins 20% des enfants victimes d'abus sexuel dans l'enfance.	12

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	
RESUME.....	2
INTRODUCTION.....	3
MÉTHODES	5
RÉSULTATS.....	7
DISCUSSION	15
Résultats principaux	15
Confrontation à la littérature	15
Forces et faiblesses de l'étude	16
Implications futures	17
CONCLUSION.....	19
BIBLIOGRAPHIE	20
LISTE DES FIGURES.....	22
LISTE DES TABLEAUX	22
TABLE DES MATIERES.....	23
ANNEXES.....	I

ANNEXE : GRILLE D'AIDE AU DÉPISTAGE DE L'AS_{ENFANCE}

	Signe présent
Signes généraux	
Enurésie	
Encoprésie	
Puberté précoce	
Cassure courbe taille	
Cassure courbe poids	
Obésité	
Signes somatiques et fonctionnels non spécifiques	
Dysurie	
Signes de maltraitance/négligences	
Problèmes hygiène	

	Signe présent
Signes comportementaux généraux	
Syndrome psycho traumatique	
Normalité	
Hyperactivité	
Hyper vigilance	
TOC	
Phobies	
Idées suicidaires	
Syndrome dépressif	
Syndrome de dissociation (personnalités multiples)	
Peurs inexplicables	
Troubles sommeil	
Cauchemars, terreurs nocturnes	
Rituels coucher	
Intrusion des traumatismes (flash back)	
Comportement évitement (lieux, activités)	
Irritabilité	
Colère	
Troubles concentration	
Perte estime de soi	
Pseudo maturité	
Anxiété, panique	

	Signe présent
Signes comportementaux sphère sexuelle	
Jeux sexuels non adaptés	
Provocation/séduction sexuelles adultes	
Agressions sexuelles sur enfants	
Auto pénétrations (B/A/V)	
Refus au niveau corporel	
Masturbations animaux	
Simulations relations sexuelles	
Masturbations compulsives/provoquantes	
Propos crus/sexualisés	
Troubles identité sexuelle	
Contraception précoce	
Craintes IST/grossesse	
Phobie sexuelle	
Désinhibition sexuelle	
IVG	
Prostitution	
Grossesse précoce	
Déni de grossesse	

	Signe présent
Signes comportementaux sphère relationnelle	
Recherche excessive contact physique et affection	
Agressivité/violence	
Comportement théâtral et provoquant attirant attention	
Peur des autres	
Isolement, repli sur soi	
Introversion, mutisme	
Sur contrôle	
Opposition excessive	
Soumission, dépendance, incapacité à dire non	
Phobie sociale	
Angoisse séparation massive	

	Signe présent
Signes comportementaux sphère scolaire	
Surinvestissement	
Chute des résultats	
Refus ou phobie scolaire	
Dessins évocateurs	

	Signe présent
Troubles des conduites	
Anorexie	
Boulimie	
Toxicomanie, OH, tabac	
Conduites auto destructrices/scarifications	
Mises en danger	
Fugues	

	Signe présent
Signes sphère génito-anales	
Saignements vaginaux	
Pertes vaginales	
Irritations/prurit	
Douleurs génitales/anales	
Troubles mictionnels	
Infections urinaires récurrentes	
Lésions	
MST	
Peur excessive examen des OGE	
Désinhibition lors examen des OGE	
Peur injustifiée anomalies OGE	

Abus sexuel dans l'enfance : construction et application d'un outil d'aide au dépistage

RÉSUMÉ

Contexte L'abus sexuel dans l'enfance (AS_{enfance}) est un enjeu de santé publique. Il est fréquent et entraîne des séquelles psychiques et somatiques. Il n'y a pas de symptôme qui fait preuve, les médecins doivent être à l'écoute d'un cortège de signes cliniques non spécifiques qui évoque le vécu traumatique de l'enfant.

Objectif(s) Construction d'un outil d'aide au dépistage de l'AS_{enfance} utilisable par les professionnels puis application rétrospective de cet outil à des dossiers d'enfants reconnus victimes.

Méthode Inspiration de la méthode PRISMA pour la création d'une grille de signes non spécifiques d'AS_{enfance} à partir de la littérature. Sélection de dossiers d'enfants reconnus victimes d'abus sexuel par la Justice et observés dans un foyer de l'enfance par différents professionnels.

Résultats Une grille regroupant 80 signes cliniques, répartis en 7 catégories, a été élaborée. Cette dernière a ensuite été appliquée dans 17 dossiers d'enfants reconnus victimes d'abus sexuel dans l'enfance. Les enfants présentaient en moyenne 10 signes différents. 5 signes étaient présents chez plus d'un enfant sur deux : des plaintes fonctionnelles, un syndrome dépressif, une chute des résultats scolaires, une recherche excessive de contact/d'affection, des signes de maltraitance/négligence. La catégorie la plus représentée était celle des signes comportementaux généraux. 40% des signes décrits dans la littérature n'ont pas été retrouvés, principalement les signes sexuels ou de la sphère génito anale. Les plaintes fonctionnelles répétées ont été décrites : les douleurs abdominales, les céphalées et les douleurs de gorge sont au premier plan.

Conclusion Sous réserve d'autres études confirmant ces résultats encourageants, cette grille de signes cliniques non spécifiques pourrait être un outil pertinent d'aide au dépistage de l'abus sexuel dans l'enfance.

Mots-clés : Violence Sexuelle ; Maltraitance ; Signes cliniques ; Diagnostic ; Symptômes

Child sexual abuse : construction and application of a screening tool

ABSTRACT

Context Sexual child abuse is a public health issue. It is common and it leads to physical and psychological sequelae. There is no proving symptom; doctors should be attentive to a set of nonspecific signs which highlights children traumatic experiences.

Objectives To construct a screening tool of sexual child abuse, which can easily be used by professionals. After this first step, retrospective analysis of sexual abused children's records with this tool.

Method Review of literature based on PRISMA method to develop a table with nonspecific signs of sexual child abuse. Choice of children declared victim of sexual abuse by justice and who were observed in a children's care home by various professionals.

Results A table with 80 clinical signs, divided into 7 categories, has been developed. In a second time, it has been applied in 17 children's cases, who were recognized as sexual abuse victims. Children have shown, on average, 10 different clinical signs. Five clinical signs were present in more than one child out of two : functional complaints, depressive syndrome, lower educational results, excessive aspiration for contact/affection, signs of neglect and abuse. The major category remains general behavioural signs. 40% of signs were not found, mainly sexual signs or genito-anal area signs. Functional complaints have been described : abdominal pain, headache and sore throat are the most common.

Conclusion Pending a subsequent validation study, this table of nonspecific signs could be an efficient helping tool for screening child sexual abuse.

Keywords : Child sexual molestation ; diagnosis ; findings ; signs ; symptoms

