

La place du médecin généraliste dans la prise en charge des enfants abusés sexuellement au sein de leur famille

La consultation et le diagnostic

par le Dr Sophie Lacroix*, le Dr Christine Vanoverbeke** et le Dr Catherine Marneffe***

* Médecin généraliste
5000 Namur
** Médecin généraliste
5370 Havelange
*** Pédiopsychiatre
Médecin directeur du
Centre Médical
Pédiatrique "Clairs
Vallons"
1340 Ottignies

Cette rubrique s'attardera sur le cadre relationnel de la consultation, cadre préalable et indispensable au diagnostic proprement dit. Il a aussi l'ambition d'aider à poser un diagnostic. Cet article est le second concernant la prise en charge en médecine générale des enfants sexuellement abusés. La brochure réalisée sur ce thème dans le cadre d'un projet du Fonds Houtman et de la SSMG sera disponible à la SSMG sur simple demande.

Lorsque la problématique d'abus apparaît, tâchons de nous laisser guider par une démarche d'aide et tentons d'y évoluer sans crainte, écoutons sans juger et exprimons notre perplexité et notre souci. Ceci nous permettra d'éviter toute décision trop hâtive. Ce qui est important, c'est d'utiliser la relation de confiance pour énoncer ce qui se passe et oser rattraper ses erreurs, même si c'est difficile à formuler.

FACE À L'ENFANT

L'enfant est habité d'une double peur contradictoire: la peur de garder en lui quelque chose d'horrible et la peur de dire. Séduction, plaisir et culpabilité peuvent être liés chez l'enfant qui reste quoi qu'il en soit victime de l'adulte ⁽³⁾. Comme déjà dit dans le premier article, si nous ne sommes pas prêts à entendre, nous risquons de confirmer l'enfant dans sa peur de s'exprimer. De plus, il faut parfois du temps à l'enfant pour penser qu'une relation avec l'adulte puisse se faire dans un climat de confiance et de respect réciproque.

Il est bon que nous nous adressions directement à l'enfant (et non au tiers l'accompagnant), que nous le respections dans sa pudeur, ses questions, ses peurs, ... Ceci est d'ailleurs d'application pour toutes les consultations, peu importe le motif. La plupart des protocoles ⁽⁴⁾ d'entretiens d'enfants victimes de sévices sexuels sont élaborés à partir de quelques principes généraux plus amplement explicités dans la brochure. À travers ces attitudes, l'enfant est considéré comme personne à part entière. Et dans les situations qui nous préoccupent, cela permet à l'enfant abusé de ne pas être rencontré seulement dans son vécu actuel de victime, mais dans tout ce qui fait son identité ⁽⁵⁾, ce qui ne peut que constituer un terrain favorable à l'abord de futures difficultés éventuelles.

FACE AUX PARENTS ET À L'ENFANT

Il n'est pas inutile de rappeler que l'enfant évolue dans un cadre familial et social particulier. Nous nous retrouvons face à des familles caractérisées par un brouillage des frontières intergénérationnelles avec interchangeabilité des membres et des rôles (enfant parentifié, parent infantilisé...). Tout cela entraîne une perte de repères pouvant également induire de la confusion en notre chef.

Comprendre la souffrance des parents, reconnaître leur compétence tout en protégeant l'enfant, voilà un pari bien difficile à tenir et pourtant possible en nous faisant aider d'équipes compétentes (article ultérieur).

CONSULTATION

FACE AUX PARENTS

Les parents se rendent chez nous avec leur enfant pour le faire soigner. Un premier témoignage de respect consiste donc à leur accorder l'assistance qu'ils réclament et à prodiguer le plus sereinement possible les premiers soins à l'enfant. Pour la famille, c'est un signe qu'il est possible de parler de ce qui s'est passé ⁽¹⁾.

En informant la famille de notre inquiétude, nous lui montrons que nous la respectons en tant qu'interlocuteur. Il est sans intérêt de se focaliser sur les responsabilités respectives. Par contre, il est important que l'on puisse reconnaître que des problèmes graves se posent, que les parents sont responsables des soins prodigués à leur enfant et que c'est la tâche et la compétence des intervenants d'aider les parents à bien assumer leurs responsabilités. Les parents se demandent bien souvent si la garde de l'enfant va leur être retirée. Il est important de leur dire que le milieu familial est celui qui convient le mieux au développement de l'enfant à condition que les parents satisfassent à ses besoins ⁽²⁾.

Par rapport au parent abuseur, il est important de garder une position objective, « professionnelle » et non-jugeante. Des équipes sont par ailleurs spécialisées et reconnues dans le traitement et la guidance des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Il en sera donné des précisions dans un article ultérieur.

RÉSUMÉ

Soigner l'enfant, l'écouter ainsi que ses parents, respecter leurs peurs et leurs silences, exprimer son inquiétude sans juger, autant d'attitudes qui permettent un réel dialogue lorsque la crise de la révélation se présente ou se pressent.

L'enfant victime d'un abus sexuel peut présenter des symptômes somatiques, psychiques ou sociaux. Ceux-ci doivent être interprétés en fonction du cadre de vie de la famille. Prenons notre temps, l'urgence est rare. L'examen médical doit être réalisé par un médecin familiarisé aux examens génitaux d'enfants.

Mots clefs :

Enfant, abus sexuels intra-familiaux, médecine générale, attitudes, révélation, fausses allégations, silence de l'enfant, refus d'intervention, diagnostic, symptômes, examen clinique, médecin légiste.

QUAND VIENT LA RÉVÉLATION, QUE FAIRE, QUELLE ATTITUDE AVOIR, À QUOI DEVONS-NOUS ÊTRE ATTENTIF ?

De manière concomitante à la révélation et à l'immense soulagement qui l'accompagne, une intense angoisse envahit l'enfant. À nous d'y être attentif et de savoir qu'un secret délié entraîne une nouvelle crise à gérer. La parole de l'enfant trahit un secret de famille qui protège cette dernière du regard extérieur. En révélant ce secret, l'enfant transgresse un nouvel interdit, celui de penser et d'en parler.

Libérer ce secret n'est donc pas toujours libérateur, c'est aussi prendre des risques : représailles de la part de l'abuseur, perte de l'affection du parent non-abuseur, angoisse de la vengeance maternelle, perte des êtres aimés (y compris l'abuseur), perte de son statut privilégié, risque de faire éclater la famille.

ET LES FAUSSES ALLÉGATIONS ?

On ne dira jamais assez que les fausses allégations sont exceptionnelles en dehors des situations de divorce ⁽⁶⁾. Il faut également tenir compte de l'impact des médias.

Dans les situations de divorce, même lorsque l'enfant est sous l'emprise d'un autre discours que le sien, ses propos sont porteurs de significations qu'il faut essayer de décrypter, plutôt que de nier ⁽⁷⁾.

Cependant, la prudence est de mise, parce que le fait d'être séparé de son abuseur – si tel est le cas – peut amener un enfant à faire un dévoilement pour la première fois. Il est aussi important de noter que suite à une séparation parentale, le risque pour l'enfant d'être abusé par le parent non-biologique est plus élevé ⁽⁸⁾.

Par ailleurs, la facilité avec laquelle certains jeunes enfants ont accès à des cassettes vidéo pornographiques peut leur donner une connaissance de la sexualité inappropriée pour leur âge sans qu'ils aient été réellement concernés par ces pratiques. Même si ce n'est pas le cas, la sexualité génitale adulte s'étale dans tous les magazines, les émissions télévisées et les films. Ce discours libéré a une influence sur les enfants. Les manifestations de la sexualité infantile sont donc aujourd'hui bien différentes, les enfants agissent le sexuel de manière plus visible, ils savent dire dans le détail comment on fait un enfant et ne se privent pas de faire des dessins très explicites des organes génitaux féminins et masculins. Ces manifestations de la sexualité ne sont pas toujours le résultat de la perversité adulte...

LORSQUE L'ENFANT SE TAIT...

Dans ce climat de suspicion, nous sommes confrontés à notre angoisse, celle de passer à côté d'un diagnostic, celle de ne pas être capable de répondre aux attentes des tiers, celle de ne pouvoir assumer nos responsabilités et nous pouvons nous sentir frustrés. Ce silence, cette angoisse et

cette frustration peuvent nous inciter à stimuler l'enfant. Nous aimerions qu'il exprime ce qu'il ne veut pas dire. Mais cette sollicitation présente le danger d'une nouvelle intrusion. Respectons son silence, laissons venir le temps de la parole et tenons compte des capacités de l'enfant à traverser des situations difficiles. Car s'il a droit à la parole, l'enfant a aussi droit au silence. Lui imposer de parler, là où il désire se taire, n'est-ce pas lui imposer un statut d'objet ? Accorder à l'enfant le droit de se taire, même s'il se tait par suite de pressions extérieures, c'est lui restituer son statut de sujet ⁽⁹⁾. L'enfant qui tente de révéler un secret aussi pénible à garder procède par petits essais. L'enfant est intimement convaincu que sa parole risque de ne pas être prise en considération. Et lorsque l'essai se transforme en révélation franche, il y dépense une énergie psychique considérable ⁽¹⁰⁾. Nous devons y veiller dans le cadre de l'évolution future.

ET SI LA VICTIME

REFUSE TOUTE INTERVENTION...

Les tentatives d'intervention forcée (judiciarisation) aboutissent majoritairement à la catastrophe, et il arrive que des enfants, plus tard, se plaignent des moyens mis en œuvre à l'époque, sans leur avis. Certains intervenants choisissent de se limiter à une attitude d'attentisme actif. Il ne s'agit bien sûr pas d'abandonner l'enfant, mais de garder un contact actif avec lui et de créer un discret réseau social de réflexion et de solidarité ⁽¹¹⁾. Plusieurs expériences ont montré qu'ils peuvent reprendre contact bien plus tard. Le Conseil National s'est également prononcé à ce sujet (avis de décembre 1991) (cf. article ultérieur).

ET SI NOUS SOMMES INTERPELLÉS PAR UN TIERS À PROPOS D'UNE SITUATION ESTIMÉE PRÉ-OCCUPANTE ET QUE CETTE MÊME PERSONNE EXIGE QUE SA DÉMARCHE RESTE SECRÈTE...

Nous sommes évidemment tenus par l'article 422bis du code pénal (assistance à personne en danger) si l'enfant est exposé à un péril grave (voir article ultérieur).

Si tel n'est pas le cas, définissons clairement nos limites : cette personne nous met dans une situation inconfortable et nous pouvons le lui dire. Expliquons lui que nous ne pouvons nous imposer dans une famille qui n'en fait pas la demande et tentons de la responsabiliser. Nous pouvons l'orienter vers les relais compétents et l'aider dans sa démarche, tout en lui assurant notre soutien présent et futur.

POSER UN DIAGNOSTIC

Tentons à présent de poser un diagnostic. Mais avant toute chose, il faut définir la problématique.

En ce qui concerne l'enfant maltraité, Straus et Manciaux ⁽¹²⁾ proposent la définition suivante : "L'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, de cruauté mentale, d'abus

ABSTRACT

A child victim of sexual abuse may present with somatic, mental or social symptoms. When interpreting these, on should consider the child's familial environment. Emergencies are rare. The physical examination should be performed by a trained physician.

Treatment, listening to the child and his parents, respecting their fears and silences, expressing your concern without any judgment, could facilitate the dialogue when the crisis arises or is predicted.

Keywords :

Children, familial sexual abuse, general practice, diagnosis, symptoms, physical examination, forensic surgeon.

sexuels, de négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'entre eux, de son ou de ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié".

En ce qui concerne l'abus sexuel, Kempe et Kempe⁽¹³⁾ proposent :

"L'abus sexuel d'enfants concerne l'implication d'enfants et d'adolescents dépendants, immatures dans leur développement, dans des activités sexuelles dont ils ne comprennent pas pleinement le sens, ou pire, violant les tabous sociaux concernant les rôles familiaux".

LES SYMPTÔMES D'APPEL D'UNE PROBLÉMATIQUE D'ABUS SEXUEL

Signes médicaux spécifiques de l'abus sexuel

Il existe quelques grands signes et symptômes, dont certains sont très évocateurs :

- **lésions traumatiques des organes génitaux :** plaies, ecchymoses, rupture du frein de la verge, fissures anales, anus béant dans les heures qui suivent l'abus ;
- **maladies sexuellement transmissibles ;**
- **survenue d'une grossesse** chez une adolescente qui ne veut pas dire qui est le père, ou demande d'IVG par une jeune fille accompagnée de son père.

Symptômes atypiques^(14, 15)

Tous les symptômes décrits ci-dessous sont fonction de l'âge de l'enfant.

Certains symptômes n'ont rien de spécifique mais devraient faire envisager l'éventualité d'abus sexuel en raison du contexte dans lequel ils surviennent.

Il peut s'agir de :

- **manifestations somatiques non spécifiques :** infections vaginales répétitives (à germes banaux), brûlures vulvaires, infections urinaires récidivantes ;
- **manifestations psychosomatiques, parfois liées à la nature de l'acte sexuel infligé :** énurésie, encoprésie, constipation, gêne à la déglutition, anorexie, cauchemars, terreurs nocturnes d'apparition récente, douleurs abdominales, céphalées ;
- **manifestations psychiatriques :** dépression avec idées suicidaires et parfois tentative de suicide, labilité de l'humeur, repli, mutisme, agitation motrice, automutilations, anorexie, phobies, troubles obsessionnels ;
- **difficultés sociales :** relations déficientes avec les camarades ou incapacité de se faire des amis, manque de confiance, particulièrement envers les personnes ayant un certain ascendant ;
- **conduites antisociales** chez les préadolescent(e)s et les adolescent(e)s : fugue, toxicomanie, prostitution.

Certains symptômes sont évocateurs d'une situation incestueuse ou d'agressions sexuelles extrafamiliales :

- changement récent et massif du comportement ;

- modification de l'appétit ;
- manque d'estime de soi, recherche de réassurance ;
- chute soudaine des résultats scolaires ;
- désinvestissement social brutal ;
- peur brutale et incontrôlable des hommes (si instigateur masculin) ;
- réticences, pleurs face au retour à la maison, voire refus de rentrer à la maison, arrivée à l'école avant l'heure et départ tardif ;
- refus de se dévêtir, extrême pudeur ;
- refus d'aller se coucher, de se déshabiller la nuit ;
- tendance à se barricader la nuit dans la chambre ;
- préoccupations sexuelles excessives pour l'âge de l'enfant, jeux sexuels persistants et déplacés avec des camarades, des jouets ou avec eux-mêmes, agressions sexuelles sur des enfants du même âge ou plus petits, connaissances précoces de la sexualité, masturbation excessive et en public, comportement séducteur et sexualisé vis-à-vis de l'adulte présent (p. ex. le généraliste) ;
- rituels de lavage obsessionnels ou, au contraire, peur de la toilette des organes génitaux.

Restons cependant prudents par rapport au diagnostic, mais gardons à l'esprit la notion que si ces signes exprimés par l'enfant ne révèlent pas une histoire abusive, ils témoignent néanmoins d'une souffrance.

Exerçons une juste dose de doute cartésien afin d'éviter toute démarche inutile et, par là, toute victimisation secondaire de l'enfant⁽¹⁶⁾. En effet, prendre la décision de signaler à une instance judiciaire (ou non) peut avoir des conséquences dommageables : répétition des interrogatoires, éclatement de la cellule familiale, processus de culpabilisation, rejet et déni des autres membres, placement de l'enfant, maltraitance institutionnelle, emprisonnement éventuel de l'auteur des faits.

L'EXAMEN MÉDICAL

Selon Joyce A. Adams⁽¹⁷⁾, toute personne pratiquant un examen dans le cadre d'une suspicion d'abus sexuel doit être **familiarisée** avec les variations normales de l'apparence des tissus vaginaux et anaux et les conditions qui peuvent induire des changements non-spécifiques. Avant toute initiative, interrogeons-nous donc sur nos compétences en la matière et n'hésitons pas, le cas échéant, à référer l'enfant vers un médecin compétent.

Si un enfant raconte une histoire claire d'abus sexuel, il n'est pas urgent d'effectuer un examen clinique si l'enfant ne présente pas de symptôme et s'il s'est écoulé plus de trois jours depuis le dernier abus supposé⁽¹⁷⁾.

En effet, les recherches de signes objectifs de maltraitance sexuelle sont à l'origine de pas mal de controverses et les résultats doivent inciter tout médecin à la plus grande circonspection lors de l'interprétation.

À titre informatif, voici quelques données :

- les résultats d'un examen clinique s'avèrent normaux ou non-spécifiques dans 83,5 à 94,4 % des cas⁽¹⁷⁾ ;
- moins de 15 % des enfants victimes d'abus sexuels présentent un traumatisme génital net

ou une maladie sexuellement transmissible ⁽¹⁸⁾.
 • il existe une grande zone de chevauchement à l'examen clinique entre les enfants victimes et non-victimes d'abus sexuels

En fait, **la probabilité de trouver quelque chose d'inhabituel non lié à un abus sexuel est nettement plus élevée que de trouver quelque chose qui conclut à un abus sexuel, même parmi les enfants qui racontent clairement avoir été abusés** ⁽¹⁸⁾.

Une étude s'est également penchée sur l'évaluation médicale d'abus sexuels chez des enfants, **en l'absence de divulgation par l'enfant ou en l'absence de témoin de l'abus**. La conclusion est celle-ci: **pour la plupart** de ces enfants, **l'examen, stressant, n'a apporté aucune preuve d'abus sexuel et aucun bénéfice sanitaire tangible pour l'enfant**. Les auteurs concluent que le seul moyen de diminuer le nombre de ces examens dispensables est de diminuer la prévalence des découvertes génitales douteuses grâce à une meilleure formation sur l'anatomie normale de l'enfant ⁽¹⁹⁾.

Une erreur de diagnostic d'abus sexuel est en effet lourde de conséquences et peut amener à stigmatiser la famille. La plupart du temps, même si un deuxième examen par un expert conclut à sa normalité, le doute peut persister, tant dans l'esprit des parents que dans celui de l'enfant.

Par ailleurs, si la victime ou la famille de la victime souhaite porter plainte et demande dès lors un examen médical, il est important de savoir que seul l'examen médical réalisé par un médecin légiste aura une valeur légale pour l'instruction. Il nous est d'ailleurs loisible d'accompagner la victime chez le médecin légiste. Dans ce cas, idéalement, la victime ne doit pas se laver et doit conserver les vêtements et les objets qu'elle portait lors de l'agression. Si elle doit uriner, elle doit conserver son urine. Nous pouvons intervenir pour que cela se passe au plus vite et soutenir la personne devant cet examen difficile.

Si l'enfant ou l'adolescent(e), malgré notre éventuelle proposition de l'accompagner chez le médecin légiste, ne souhaite pas se faire examiner par ce dernier ou par tout autre médecin inconnu, mais qu'il désire néanmoins un certificat et/ou des prélèvements, nous pouvons lui proposer de réaliser cet examen en respectant les critères énoncés par les spécialistes et par les médecins légistes. À ce sujet, le Set Aggression Sexuelle mis à la disposition des médecins légistes peut être utilisé par le médecin généraliste. Il est à notre disposition dans les gendarmeries ou commissariats de police. Si la famille et/ou la victime souhaite utiliser cet examen par la suite, la reconnaissance de ces analyses par le juge d'instruction sera étudiée au cas par cas.

Les détails plus techniques concernant ces examens sont présentés dans la brochure (disponible sur simple demande à la Société Scientifique de Médecine Générale, participation aux frais d'envoi demandée).

CONCLUSION

Être conscient de ses propres émotions, de celles des parents et de l'enfant, écouter et respecter les demandes et non-demandes des différents membres de la famille permettent d'aider cette dernière à évoluer vers un mieux-être. En matière de diagnostic, notre rôle est avant tout d'être sensible aux symptômes et de les interpréter en fonction du cadre de vie de nos patients. Prenons le temps de réfléchir et de douter, l'urgence est rarement de mise. ■

DANS LA PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

- Gardons une attitude d'écoute, d'ouverture non normative et non jugeante.
- Disons clairement aux parents que l'enfant ne peut être mieux que dans sa famille à condition que ses parents soient adéquats et satisfassent ses besoins affectifs et autres. Des équipes existent pour les soutenir.
- Respectons le désir de l'enfant de se taire car il faut parfois du temps à l'enfant pour penser qu'une relation avec l'adulte puisse se faire dans un climat de confiance et de respect réciproque.
- Lors de la révélation, reconnaissons la difficulté dans laquelle se met l'enfant qui brise le tabou du silence et qui court le risque de perdre l'affection de ses parents.
- Respectons aussi son refus de toute intervention: les interventions forcées aboutissent régulièrement à des catastrophes. Mais laissons lui la porte ouverte.
- Les fausses allégations sont rares mais possibles dans certains contextes (divorces, télévision).
- Si un abus est suspecté par une tierce personne, renvoyons là à une structure spécialisée, tout en lui assurant notre soutien.
- En cas de péril grave, nous sommes tenus par l'article 422 bis du code pénal.
- Notre rôle est surtout un rôle d'écoute, d'ouverture et d'observation. Ce que nous constatons au niveau physique est sujet à polémique. Prenons notre temps. Et interprétons ce que nous observons en fonction du contexte familial et social.
- Quelques signes cliniques sont très suspects: plaies traumatiques ou MST, jeune fille enceinte accompagnée par son père, ...
- De nombreux signes d'appel doivent nous faire évoquer le diagnostic. Ceux-ci vont des signes aspécifiques de type dépressif à des comportements évocateurs (se barricader dans sa chambre, peur des hommes, jeux sexuels anormaux pour l'âge, ...).
- En cas d'aveu par la victime, l'examen médical n'est urgent que si l'abus date de moins de 3 jours et/ou s'il y a des plaintes ou symptômes.
- L'examen médical doit être réalisé par un médecin familiarisé avec les variations d'anatomie génitale de l'enfant ou de l'adolescent: un diagnostic de viol erroné est trop lourd de conséquences.
- Si la victime ou la famille de la victime souhaite porter plainte et demande dès lors un examen médical, il est important de savoir que seul l'examen médical réalisé par un médecin légiste aura une valeur légale pour l'instruction.

La Rédaction

BIBLIOGRAPHIE

1. Adriaenssens P. *La maltraitance infantile: des points de référence pour le médecin*. La Médecine en 24 chapitres, chapitre XXIV Maltraitance, 11.
2. Adriaenssens P. *La maltraitance infantile: des points de référence pour le médecin*. La Médecine en 24 chapitres, chapitre XXIV Maltraitance, 13.
3. Colloque L'abus sexuel de l'enfant, *Abus sexuels: du lancement d'une campagne officielle aux problèmes qui se posent aujourd'hui aux professionnels*, Marcelline Gabel, 1997, Tome I, 58.
4. Robert I., Mintz G., Schtickzelle JC, D'Orazio L., Bastin C. *Méthodologie de la prise en charge par l'équipe soignante de l'enfant abusé sexuellement*. Service des Urgences des Hôpitaux Civils de Charleroi.
5. Michel Born et al. Colloque L'abus sexuel de l'enfant, *Questions des intervenants, questions aux intervenants...* Fonds Houtman, 1997, Tome I, 112.
6. Xager U.Y. Les abus sexuels sur des mineurs d'âge: incestes et abus sexuels extrafamiliaux, *Psychiatr. enfant*, 1992; 31: 197-271.
7. Haesevoets Y.H. et Glowacz F., *L'enfant victime d'abus sexuel intrafamilial*, in Born et Al. "Les abus sexuels d'enfants", Ed. Mardaga, Liège, Chapitre 4, 155, 1996.
8. Haesevoets Y.H. *L'enfant en questions, de la parole à l'épreuve du doute dans les allégations d'abus sexuels*. Ed. De Boeck Université, Bruxelles, Chapitre 7, 298, 2000.
9. Coumanne Jean-Noël. Colloque L'abus sexuel de l'enfant, *Lorsque l'enfant se tait...* Tome II, 38.
10. Michel Born et al. Colloque L'abus sexuel de l'enfant, *Du dévoilement au signalement*, Fonds Houtman, 1997, Tome I, 94.
11. Hayez Jean-Yves. Colloque L'abus sexuel de l'enfant, *Enfants maltraités et abusés. Evolution des méthodes de diagnostic et de prise en charge en Belgique francophone*. 1997, Tome I, 132.
12. Straus, P. et Masciaux, M., *L'enfant maltraité*, Ed. Fleurus, Paris, 1993, 146-148.
13. Kempe, R.S. et Kempe, C.H. *L'enfance torturée*, Bruxelles, Mardaga, 1978, 383.
14. Zdanowicz N, Reynaert C, Janne P; *L'abus sexuel: Un diagnostic impossible?* La Médecine en 24 chapitres, chapitre XXIV Maltraitance.
15. SOS Parenfants a.s.b.l., Namur, Informations.
16. Van Gijsegem Hubert. Colloque L'abus sexuel de l'enfant, *Certains paradoxes dans le traitement socio-judiciaire de l'abus sexuel*, 1997, Tome I, 71.
17. Adams, Joyce A., Department of Pediatrics, University of California, San Diego, *Medical evaluation of suspected child sexual abuse*.
18. Adriaenssens P. *La maltraitance infantile: des points de référence pour le médecin*, La Médecine en 24 chapitres, chapitre XXIV Maltraitance, 10.
19. Bowen, Kathryn, Department of Pediatrics, University of Arizona College of Medicine, Tucson, *Medical evaluation of sexual abuse in children without disclosed or witnessed abuse*.

Article reçu en octobre 2001, corrections reçues en février 2002.