

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2020

THESE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
Le 9 octobre 2020 à Poitiers
Par **Madame Julia Dutripon**
Née le 31/01/1991

Violences physiques intrafamiliales sur mineurs de quinze ans :
Étude épidémiologique des victimes vues en consultation Médico-Judiciaire au CHU
de Poitiers entre 2011 et 2019

Composition du jury

Président : Monsieur le Professeur Ludovic Gicquel

Membres : Madame le Professeur Laurence Leturmy
Monsieur le Professeur Guillaume Levard
Monsieur le Docteur Michel Sapanet

Directeur de thèse : Madame le Docteur Alexia Delbreil

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2020

THESE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
Le 9 octobre 2020 à Poitiers
Par **Madame Julia Dutripon**
Née le 31/01/1991

Violences physiques intrafamiliales sur mineurs de quinze ans : étude épidémiologique des victimes vues en consultation Médico-Judiciaire au CHU de Poitiers entre 2011 et 2019

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Ludovic Gicquel

Membres : Madame le Professeur Laurence Leturmy
Monsieur le Professeur Guillaume Levard
Monsieur le Docteur Michel Sapanet

Directeur de thèse : Madame le Docteur Alexia Delbreil

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie (**absente jusqu'au début mars 2020**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THULLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- ALLAL Joseph, thérapeutique (08/2020)
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (08/2020)
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

À Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL,

Professeur des Universités en Pédopsychiatrie à la Faculté de Médecine de Poitiers. Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent à Poitiers.

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

À Madame le Professeur Laurence LETURMY,

Professeur en Droit privé et sciences criminelles. Responsable du Diplôme Universitaire de Sciences criminelles et du Master 1 Droit pénal et sciences criminelles.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de le juger. Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

À Monsieur le Professeur Guillaume LEVARD,

Professeur des Universités en Chirurgie Pédiatrique à la Faculté de Médecine de Poitiers. Chef du service Médico-chirurgical de Pédiatrie du CHU de Poitiers.

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de l'intérêt que vous portez à mon travail. Recevez ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Michel SAPANET,

Maître de Conférence Universitaire en Médecine Légale à la Faculté de Médecine de Poitiers. Chef du service de Médecine Légale du CHU de Poitiers.

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie également pour l'accueil que vous m'avez réservé dans votre service qui m'a permis de conforter mon intérêt pour la Médecine Légale. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

À Madame le Docteur Alexia DELBREIL,

Psychiatre et Médecin Légiste. Praticien Hospitalo-Universitaire.

Je te remercie d'avoir accepté de diriger mon travail. Je te remercie également pour ta patience, tes conseils et ton enseignement. Ton exigence et ton souci du détail m'ont incité à approfondir ma réflexion. Reçois mon respect et mon admiration.

Remerciements personnels

À mon père, mon repère, sans qui je n'en serais jamais arrivée là, qui m'a donné le goût du travail et qui a toujours cru en moi, merci d'avoir fait de moi celle que je suis devenue et d'avoir permis que mes rêves se réalisent. Je suis si fière d'être ta fille.

À ma mère, pour son amour inconditionnel, sa force, son écoute et sa bienveillance. Merci d'avoir été à la fois la force et la douceur nécessaires à ma vie.

À Stéphanie, pour son incroyable gentillesse, sa patience et sa générosité, merci d'avoir été une épaule réconfortante, de m'avoir soutenue et consolée bien des fois.

À mes frères et sœurs, mes rayons de soleil, qui m'avez fait connaître la joie d'être grande sœur, j'ai toujours pu compter sur vous pour me donner le sourire.

À ma Nany, qui est présente depuis toujours, ton amour et ta confiance m'ont permis de grandir en toute sérénité, merci d'avoir été là pour moi.

À Dany, qui restera dans mon cœur et dans ma mémoire, j'ai tenu la promesse que je t'avais faite, j'aurais tant aimé que tu sois présent à mes côtés aujourd'hui.

À Margaux, merci pour tous ces moments passés ensemble, d'avoir été présente à chaque étape, de m'avoir fait rire à en pleurer.

À Charly, ton amour, ton soutien et ta force ont été un moteur pour moi ces derniers mois. Je suis impatiente de voir ce que l'avenir nous réserve.

À Sarah, mon soutien indéfectible en toutes circonstances, merci d'avoir partagé mes joies et mes réussites et d'avoir supporté mes larmes et mes doutes, de m'avoir reboostée quand j'en avais besoin et d'avoir été la première à me dire que j'étais faite pour ce métier.

À Sam, merci pour ton soutien et ta générosité à toute épreuve.

À mes amis et ma famille, merci pour tout l'amour et la bienveillance que vous m'apportez depuis toujours.

À Romain, mon co-interne du Grand Feu, pour notre complicité et notre réassurance mutuelle, merci d'être devenu un ami sur qui je peux compter.

À Charlotte « *ma chouchou* » et Simon, mes co-internes de médecine légale devenus des amis, la « *dream-team* », merci pour tout, je n'oublierai jamais tous les moments passés à vos côtés, de nos galères à nos fous rires (Éric s'en souvient encore...). J'ai hâte de continuer à évoluer avec vous.

À Samuel, merci pour ton aide et ta patience, grâce à toi j'ai enfin pu apprivoiser les méandres des statistiques.

À Sylvie et Marie-Laure, mes deux « mamans » du travail, merci pour votre aide si précieuse tout au long de ces trois années.

Aux agents de la chambre mortuaire : Chantal, Hanitra, Julie, Yohan et Alex, merci infiniment pour votre bonne humeur et surtout votre patience.

À toute l'équipe du service de médecine légale de Poitiers : merci pour votre accueil, votre soutien et vos conseils qui m'ont permis de progresser.

Je remercie également toutes les équipes médicales, paramédicales et administratives avec lesquelles j'ai eu la chance de travailler au cours de ces trois années et qui m'ont formée, plus particulièrement l'équipe de l'UCSA du Centre Pénitentiaire de Vivonne et l'équipe du Grand Feu à Niort.

Table des matières

Remerciements.....	5
Table des matières.....	8
Table des tableaux.....	9
Table des illustrations.....	10
Table des annexes.....	11
Liste des abréviations.....	12
Introduction.....	13
Partie 1 : Généralités.....	15
I. La protection de l'enfance, un sujet au cœur des préoccupations depuis la fin du XIX ^{ème} siècle.....	15
II. Une maltraitance ou des maltraitances ? La multitude des formes de violences faites aux enfants.....	18
III. Les chiffres de la maltraitance en France.....	26
IV. L'enfant au cœur des violences conjugales : une victime souvent oubliée.....	28
V. Du signalement des violences aux mesures de protection mises en place : le parcours judiciaire de l'enfant victime	33
Partie 2 : Matériel et méthode.....	39
I. Choix de l'étude.....	39
2. Population étudiée.....	40
3. Analyse des données recueillies.....	47
4. Avis du comité d'éthique.....	49
Partie 3 : Résultats.....	50
I. Description de la population.....	50
II. Les données médico-légales.....	53
III. Etude de l'association de plusieurs variables.....	60
Partie 4 : Discussion.....	66
I. Description de la population d'étude et synthèse des résultats.....	66
II. Les limites et les points forts de l'étude.....	78
III. Axes de prévention à mettre en place sur notre territoire.....	80
Conclusion.....	84
Références bibliographiques.....	86
Annexes.....	96
Résumé et mots clés.....	107
Serment.....	108

Table des tableaux

<u>Tableau I</u> - Description de la population d'étude.....	51
<u>Tableau II</u> - Caractéristiques des variables relatives au signalement, à la réquisition et à la prise en charge médicale.....	53
<u>Tableau III</u> - Caractéristiques des violences alléguées.....	57
<u>Tableau IV</u> - Caractéristiques des différents éléments retrouvés lors de la consultation médico-légale.....	59
<u>Tableau V</u> - Caractéristiques retrouvées dans la conclusion de l'examen médico-légal.....	60
<u>Tableau VI</u> - Types de violences significativement différentes entre elles.....	63

Table des illustrations

<u>Figure 1</u> - Diagramme de flux.....	50
<u>Figure 2</u> - Lien entre auteur et victime.....	52
<u>Figure 3</u> - Proportion de pères et de mères parmi les auteurs.....	52
<u>Figure 4</u> - Accompagnateur du mineur à la consultation médico-légale.....	54
<u>Figure 5</u> - Type de recours aux soins utilisé.....	55
<u>Figure 6</u> - Représentation de l'âge de la victime en fonction du type de violence.....	61
<u>Figure 7</u> - Répartition des différents types de violence chez les filles.....	62
<u>Figure 8</u> - Répartition des différents types de violence chez les garçons.....	62
<u>Figure 9</u> - Répartition des types de violence allégués par le mineur lorsqu'il existe un contexte de violences conjugales.....	63
<u>Figure 10</u> - Représentation du nombre de jours d'ITT en fonction de la présence de photographies dans le rapport médico-légal.....	64
<u>Figure 11</u> - Représentation du nombre de jours d'ITT en fonction de l'utilisation d'un vocabulaire spécifique dans la conclusion médico-légale.....	65

Table des annexes

<u>Annexe 1</u> : Les conséquences de la maltraitance infantile	96
<u>Annexe 2</u> - Conséquences de l'exposition à quatre évènements négatifs de vie durant l'enfance. Felitti, 1998	97
<u>Annexe 3</u> - Aide à la décision pour le repérage et le signalement de la maltraitance des enfants selon la HAS	98
<u>Annexe 4</u> : Évolution des suivis de mineurs en protection de l'enfance au 31 décembre (de 2009 à 2018*)	99
<u>Annexe 5</u> - Extrait du rapport de l'enquête Cadre de Vie et Sécurité (CVS) 2019	100
<u>Annexe 6</u> - Conséquences de l'exposition aux violences conjugales en fonction de l'âge de l'enfant et du degré de maturité	100
<u>Annexe 7</u> - Le circuit de l'alerte pour les mineurs	101
<u>Annexe 8</u> - Grille de lecture	102
<u>Annexe 9</u> - Avis du comité d'éthique	103

Liste des abréviations

ACE : Adverse Childhood Experience

AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert

ASE : Aide sociale à l'Enfance

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNPE : Conseil National de la Protection de l'Enfance

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

Cs : consultation

CVS : Cadre de Vie et Sécurité

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ITT : Incapacité Totale de Travail

MJIE : Mesure Judiciaire d'Investigation Educative

MT : médecin traitant

ODAS : Observatoire De l'Action Sociale Décentralisée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDRP : Observatoire National de la Délinquance et de la Réponse Pénale

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

ONU : Organisation des Nations Unies

OPJ : Officier de Police Judiciaire

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SSMSI : Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure

UGP : urgences générales pédiatriques

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

Introduction

« *L'avenir de toutes les sociétés repose sur les enfants, dont il faut absolument assurer la santé, la croissance et le développement* » Organisation mondiale de la santé, 2020.

Tout au long de mon cursus, j'ai eu l'occasion à de nombreuses reprises de travailler au contact des enfants à travers différents stages en médecine générale et dans des services tels que la pédiatrie générale et les urgences pédiatriques. La prise en charge d'un enfant est particulière : il s'agit d'une prise en charge adaptative, qui demande du savoir-faire, de l'écoute. Depuis trois ans, ma formation au sein de l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Poitiers m'a permis d'examiner de nombreux enfants et adolescents victimes de plusieurs types de violences. Les violences intrafamiliales représentent une part importante de ces consultations et il est souvent difficile pour les mineurs vus dans ce contexte de nous raconter ce qu'il se passe dans le huis clos du domicile familial. En effet, nous ne voyons ces enfants pour la plupart qu'une fois, seuls, le plus souvent après qu'ils aient été auditionnés par les forces de l'ordre. Il est alors crucial d'établir rapidement un lien et d'instaurer une relation de confiance afin de favoriser l'échange. Tous ces éléments font de notre consultation un temps singulier.

La maltraitance infantile est par ailleurs un sujet au cœur de l'actualité, comme en témoignent de nombreux articles de presse faisant référence à des faits divers concernant les maltraitances à enfant. Les situations de violences se sont récemment accentuées suite à la période de confinement de mars à mai 2020 qui, en mettant en contact permanent les victimes et les auteurs, a vu augmenter le nombre de signalements de violences intrafamiliales sur mineurs et le nombre d'interventions des forces de l'ordre dans ce contexte (1).

Au-delà d'un simple fait d'actualité, il s'agit d'un sujet qui interroge et suscite l'intérêt du grand public. En effet, de nombreux films (par exemple « *Jusqu'à la garde* » de Xavier Legrand sorti en 2017, « *Les chatouilles* » d'Andréa Bescond et Éric Métayer sorti en 2018), livres (« *Je suis né à 17 ans* » de Thierry Beccaro, paru en 2018), téléfilms (« *La maladroite* » d'Éléonore Faucher, diffusé sur France 3 en 2019) et reportages récents abordent le sujet des violences faites aux mineurs.

Différentes sources que nous évoquerons au cours de l'étude qui va suivre montrent que le nombre de mineurs suivis par la protection de l'enfance au niveau national s'accroît au fil des ans et que les données sur les maltraitances subies apparaissent peu nombreuses, ce qui en fait

un problème de santé publique prioritaire. Dans ce contexte et dans les suites de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance (2), le gouvernement a créé le Conseil National de la Protection de l'Enfance (CNPE) le 12 décembre 2016 et a mis en place un plan interministériel de trois ans de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants à compter de 2017, reconduit en 2019.

Si l'on se réfère au seul contexte local de l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Poitiers, centre de référence du département de la Vienne, le nombre de consultations concernant les mineurs n'a cessé d'augmenter depuis la réforme de la médecine légale en 2011, passant de 14 mineurs en 2011 à 292 en 2019. Parmi ces consultations, les violences physiques intrafamiliales occupent une place prépondérante (49% des consultations de mineurs entre 2011 et 2019 concernent des violences physiques intrafamiliales). Pourtant, à notre connaissance, il n'existe à ce jour aucune étude dans la Vienne décrivant les caractéristiques épidémiologiques de la population des mineurs de moins de quinze ans victimes de violences physiques intrafamiliales.

De l'ensemble de ces éléments de contexte est née l'idée de cette étude. Mon objectif est d'étudier les caractéristiques de cette population singulière et peu décrite jusqu'à présent afin de mettre en exergue d'éventuels points communs entre les victimes et entre les auteurs et de souligner des axes de prévention primaire et secondaire à mettre en place sur notre territoire.

Partie 1 : Généralités

I. La protection de l'enfance, un sujet au cœur des préoccupations depuis la fin du XIX^{ème} siècle

1. De l'antiquité au XIX^{ème} siècle : l'enfant comme marchandise et comme objet du père

Depuis toujours, et aussi loin que les écrits disponibles remontent, les enfants sont victimes de mauvais traitements. À toute époque, et dans la plupart des civilisations, l'enfant n'est pas vraiment considéré comme un être à part entière mais plutôt comme un objet, une marchandise, un bien d'échange. Peu de considération est laissée pour sa santé et son bien-être.

Dans l'Antiquité, le père a droit de vie ou de mort sur son enfant ou celui de le vendre comme esclave, comme le montrent le droit romain et les notions de « patria potestas » et « pater familias » (3).

Bien des années plus tard, l'Église catholique condamne l'infanticide et l'abandon d'enfant et permet la mise en place d'une première forme de protection pour ces enfants à compter du IV^{ème} siècle (4). **Au Moyen-Âge**, aucune distinction n'est faite entre un enfant et un adulte. Ainsi les enfants peuvent travailler ou partir à la guerre comme les adultes et ne bénéficient d'aucune protection particulière. Jusqu'au XVII^{ème} siècle, l'enfant est considéré comme une valeur marchande.

Sous le droit monarchique, le père peut exercer un droit de correction et d'embaillonnement si l'enfant s'oppose à son autorité. **La Révolution française** permet ensuite de limiter le pouvoir du père grâce à la convention du 9 août 1793 qui établit les devoirs de protection des parents envers leurs enfants et proclame l'abolition du droit de correction paternelle. Mais en 1804, le Code Napoléonien offre à nouveau au père le droit et surtout le devoir de corriger ses enfants. C'est alors l'avènement de la **puissance paternelle**, qui permet au père de régir l'ensemble des aspects de la vie de ses enfants (5).

Dans les années 1860 à 1880, le médecin légiste Ambroise Tardieu est le premier à prendre conscience du problème des **mauvais traitements exercés contre les enfants** et à dénoncer le milieu familial et les parents comme les principaux auteurs de ces violences. Il se dit ainsi peu

surpris « *que leurs bourreaux soient le plus souvent ceux mêmes qui leur ont donné le jour* » (6).

2. De la fin du XIX^{ème} siècle à l'après-guerre : prise de conscience de l'importance de la protection de l'enfance

À la fin du XIX^{ème} siècle, deux lois sont votées afin de garantir une meilleure sécurité pour les enfants : la **loi du 24 juillet 1889** sur la protection judiciaire de l'enfance maltraitée (7) qui permet pour la première fois de protéger l'enfant contre ses parents en instaurant la possible déchéance des droits de puissance paternelle lorsque l'enfant est en danger moral, et la **loi du 19 avril 1898**, relative à la répression des violences, voies de fait et attentats commis contre des enfants, qui présente comme circonstance aggravante tout fait de violence commis par un ascendant sur un mineur (8). Émerge ainsi l'idée que l'enfant a des **besoins spécifiques**, qu'il ne s'agit pas seulement de le réprimer ou de le suppléer, mais surtout de l'aider (4).

Comme le décrit Denis Darya Vassigh en 1999, ces lois visent les parents coupables de violences et de mauvais traitements sans donner la parole aux enfants victimes qui, pour les juristes, doivent le respect à leurs parents et ne peuvent, de ce fait, pas les dénoncer (9).

Au début du XX^{ème} siècle, l'autorité parentale demeure souveraine et absolue, voire totalitaire et incontournable : l'éducation est rigide et les sévices corporels sont légitimes. Le droit de correction paternelle n'est aboli qu'en 1935.

Les progrès majeurs viendront à la Libération : de nombreux enfants se retrouvent orphelins et livrés à eux-mêmes et donc plus enclins à se laisser entraîner sur la voie de la délinquance. Dans ce contexte est promulguée l'**ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante** (10). Cette Ordonnance permet la création d'un droit spécifique aux mineurs, qui dépendent maintenant des tribunaux pour enfants. Ces tribunaux prononcent, selon les cas, des mesures de protection, d'assistance, de surveillance ou d'éducation. C'est également cette ordonnance qui crée la fonction de juge des enfants, reconnaissant implicitement la nécessité d'une action globale spécifique pour l'enfant (4). Quelques mois plus tard, en novembre 1945, une nouvelle ordonnance crée la Protection Maternelle et Infantile (PMI) (11, 12).

3. De 1945 à aujourd'hui : vers une reconnaissance de la maltraitance infantile

Le droit et la médecine sont deux disciplines qui, au fil des ans, s'intéressent de plus en plus à la question de la maltraitance des enfants. Le « **syndrome d'enfant battu** » apparaît aux États-Unis dans les années 1950 avec les travaux de Caffey et de Silverman (13, 14). Une équipe de chercheurs américains définit ce syndrome comme un **ensemble de fractures multiples et d'âges différents ou de lésions provoquées par divers types de coups** (15).

En France, l'ordonnance du 23 décembre 1958, relative à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, place la protection de l'enfance aux niveaux judiciaire et administratif, à travers le terme d'assistance éducative (16).

L'enfant est objet du droit au début de la première moitié du XX^{ème} siècle. Il devient sujet du droit à travers la **Convention internationale des droits de l'enfant** adoptée à l'unanimité par l'assemblée générale des Nations unies le 20 novembre 1989 (17). Engageant les pays signataires, ratifiée par la France le 7 août 1990, elle énonce les principaux droits de l'enfant. Tout État qui le ratifie a l'obligation d'accorder sa législation avec cette convention. L'intérêt supérieur de l'enfant doit y figurer comme un progrès essentiel par rapport aux anciennes lois. De manière générale, la Convention reconnaît à l'enfant, comme à tout être humain, des droits fondamentaux en tant que personne, tout en précisant qu'il doit bénéficier de droits renforcés et spécifiques pour sa protection (18).

Dans les années 2000, suite à plusieurs affaires fortement médiatisées, l'inefficacité des services sociaux et judiciaires est blâmée. Il leur est reproché de trop favoriser les droits des parents et l'insuffisance de la communication entre les professionnels. C'est dans ce contexte qu'est votée la **loi du 5 mars 2007**. Elle permet de clarifier les missions et les compétences des différents acteurs en protection de l'enfance, de développer la prévention et renforcer le dispositif d'alerte et d'évaluation des risques de danger, d'améliorer et diversifier les modes d'intervention, ainsi que de développer les droits des enfants et des familles (5).

Enfin, ce n'est que très récemment, en juillet 2019, que la **loi n° 2019-721 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires** a été votée (19).

Force est de constater que de nombreux progrès ont été fait dans ce domaine, tant sur le plan médico-social que juridique. Cependant, la **maltraitance infantile reste un problème majeur de santé publique** et l'ensemble des études réalisées en France mais également à l'étranger

démontre qu'il est primordial de reconnaître ses facteurs de risque afin d'amorcer une prise en charge le plus précocement possible.

II. Une maltraitance ou des maltraitances ? La multitude des formes de violences faites aux enfants

1. Définition de la maltraitance

L'OMS définit la maltraitance à enfant comme étant « *les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Parfois, on considère aussi comme une forme de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes* » (20).

En 2000, dans son article « La maltraitance faite aux enfants », Marceline Gabel reprend les définitions de l'Observatoire De l'Action Sociale Décentralisée (ODAS) : elle définit ainsi **l'enfant maltraité** comme « *l'enfant victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, ou négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique* », **l'enfant en risque** comme « *l'enfant qui connaît des conditions d'existence mettant en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité* » et **les enfants en danger** comme « *l'ensemble des enfants maltraités et des enfants en risque* » (21, 22).

2. Les différents types de maltraitance infantile

2.1. Les violences physiques

Le ministère de la santé et des solidarités définit les **violences physiques** à l'encontre des enfants comme des violences se traduisant « *par l'usage de la force ou de la violence contre un enfant, de telle sorte qu'il soit blessé ou risque de l'être : frapper (avec la main, avec le poing, avec le pied, avec un objet...), mordre, brûler, empoisonner, droguer ou inciter à consommer des substances dangereuses (alcool, tabac, stupéfiants...), étouffer, étrangler, secouer, bousculer, noyer... Les violences commises contre les enfants n'ont pas besoin d'être habituelles ou répétées pour tomber sous le coup de la loi* » (23).

Comme le dit Roland Coutanceau dans « Violence et famille », les violences physiques exercées contre l'enfant le sont dans un contexte où les violences psychologiques sont souvent étroitement liées (5).

2.2. Les violences psychologiques

L'ODAS définit les **violences psychologiques** comme « *l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique* » et cite plusieurs exemples de violences psychologiques dont les humiliations verbales ou non verbales, les menaces verbales répétées, la marginalisation systématique, la dévalorisation systématique, l'exigence excessive disproportionnée par rapport à l'âge de l'enfant, les consignes ou injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter (22). Il est décrit cinq types de violences psychologiques : le rejet, l'ignorance, l'isolement, la terreur, la corruption (24).

Une forme particulière de violences psychologiques est le fait qu'un enfant soit témoin de violence. Par enfants témoins de violence, on entend par exemple le fait de forcer un enfant à assister à un acte de violence, ou le fait qu'il soit témoin accessoire de violences entre deux personnes ou plus (25). La prise en compte de cette forme de violence est très récente et elle a notamment été réaffirmée lors du Grenelle des violences conjugales en 2019.

2.3. Les violences sexuelles

En 2006, l'OMS définissait les **violences sexuelles** comme « *la participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas pleinement en mesure de comprendre, à laquelle il ne peut consentir en connaissance de cause ou pour laquelle il n'est pas préparé du point de vue de son développement, ou encore qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société* » (26).

Puis, en 2017, l'OMS publie un guide rassemblant un ensemble de stratégies afin de diminuer la violence à l'encontre des enfants. Dans ce guide, les **violences sexuelles** sont définies comme « *tout acte sexuel ou toute tentative d'acte sexuel exercé par autrui en faisant usage de la force, tout autre acte non désiré de nature sexuelle n'impliquant pas un contact* » (25).

2.4. Les carences et les négligences

En 2004, Paquette et son équipe publient un article pour valider l'utilisation de l'auto-questionnaire « Childhood Trauma Questionnaire » sur les populations francophones, dans lequel il définit les deux types principaux de négligences : la **négligence émotionnelle** réfère à « *des situations où les personnes qui prennent soin de l'enfant ne répondent pas adéquatement à ses besoins psychologiques et affectifs de base, notamment l'amour, l'encouragement, le sentiment d'appartenance et le support* », tandis que la **négligence physique** réfère à « *des situations où les personnes qui prennent soin de l'enfant ne répondent pas adéquatement à ses besoins physiques, incluant le fait de nourrir, d'abriter, de superviser et de veiller à la santé et à la sécurité de l'enfant* » (27). Quelques années plus tard, Mennen réalise une étude sur la négligence dans laquelle il explique qu'elle est la forme de maltraitance la plus répandue aux États-Unis. Pourtant, aucune définition commune à l'ensemble des états n'est retrouvée. Il cite l'État de Californie qui définit la négligence comme « *l'incapacité d'un parent à subvenir aux besoins d'un enfant* » (28).

Dans « Maltraitance à enfants et adolescents », paru en 2011, Caroline Rey écrit que « *les carences et les négligences correspondent à la non-satisfaction des besoins physiologiques (sommeil, alimentation...) et/ou affectifs (amour parental, protection face au danger...) de l'enfant* » (29). Parmi les formes cliniques consécutives à ces carences, on peut citer la dénutrition, le nanisme psychosocial, les retards de développement psychomoteur. Les

négligences sont considérées comme des mauvais traitements lorsque leurs conséquences peuvent être graves pour l'enfant, par exemple en cas de retard à la prise en charge médicale ou de défaut de surveillance.

2.5. Cas particulier du syndrome du bébé secoué

Ludwig et Warman furent les premiers à utiliser le terme de « **shaken baby syndrome** » en 1984 dans leur étude sur vingt nourrissons et jeunes enfants blessés par des secousses, dont aucun ne présentait de signes de blessure par impact à la tête (30).

Une étude de 2004 montre que les secousses étaient le mécanisme de blessure le plus souvent décrit dans une série de cas de traumatisme crânien non accidentels dans lesquels les auteurs ont admis avoir été violents (68 % des 81 cas) (31).

Depuis, de nombreuses études ont été réalisées afin d'améliorer les connaissances concernant ce syndrome et ainsi de prévenir son apparition.

La HAS définit dans ses recommandations de bonne pratique en 2017 le **syndrome du bébé secoué** comme étant « *un sous-ensemble des traumatismes crâniens infligés ou traumatismes crâniens non accidentels (TCNA), dans lequel c'est le secouement, seul ou associé à un impact, qui provoque le traumatisme crânio-cérébral. Les secousses en cause sont toujours violentes, produites le plus souvent par une saisie manuelle du thorax du bébé sous les aisselles. Les décélérations brutales antéro-postérieures de la tête sont responsables d'un ballonnement du cerveau dans la boîte crânienne et de l'arrachement des veines ponts situées à la convexité. Il survient la plupart du temps chez un nourrisson de moins de 1 an et dans 2/3 des cas de moins de 6 mois* » (32, 33, 34). Dans tous les cas, les symptômes surviennent immédiatement après le secouement. En cas de secouement, des lésions intracrâniennes (hématomes sous-duraux pluri focaux, lésions des méninges et du parenchyme cérébral) et/ou spinales (lésions de la moelle épinière et de ses enveloppes) et/ou oculaires (hémorragies rétiniennes) sont susceptibles de survenir. Il peut également exister des lésions cutanées et osseuses (lésions de saisie).

Les conséquences à long terme des lésions causées par le syndrome du bébé secoué sont également à prendre en compte. Une étude française de 2016 a analysé rétrospectivement les données disponibles plusieurs années après les faits pour un échantillon de 80 enfants. Ils en

ont conclu que le suivi à long terme n'était pas suffisant pour se prononcer sur les éventuelles séquelles de ces enfants (35).

3. Facteurs de risque de maltraitance infantile

Aucun facteur pris séparément n'explique à lui seul pourquoi certaines personnes ont un comportement violent envers les enfants ou pourquoi la maltraitance envers les enfants est plus courante dans certaines communautés que dans d'autres. Comme pour les autres formes de violences, on comprend mieux la maltraitance des enfants si l'on analyse l'**interaction complexe de plusieurs facteurs** à différents niveaux. L'OMS a recensé les différents facteurs de risque de maltraitance et les a regroupés en plusieurs catégories (20). Anne Tursz a également, à travers une revue de la littérature anglo-saxonne, exposé les facteurs de risque de maltraitance infantile liés à l'enfant et aux parents (36).

3.1. Facteurs de risque liés à l'enfant

Plusieurs facteurs peuvent prédisposer l'enfant à être maltraité, comme par exemple son âge (s'il est âgé de moins de 4 ans ou est adolescent), le fait d'être un enfant non désiré ou ne répondant pas aux attentes de ses parents, le fait d'être né prématuré, le fait d'avoir des besoins spéciaux ou de pleurer de façon persistante, ou encore de présenter une anomalie physique, un handicap (20, 36).

3.2. Facteurs liés à la personne qui s'occupe de l'enfant

Plusieurs facteurs chez le parent ou la personne qui a la garde de l'enfant peuvent augmenter le risque de maltraitance. L'OMS cite la difficulté à établir un lien avec le nouveau-né, le manque d'attention pour l'enfant, le fait d'avoir soi-même subi des maltraitances dans l'enfance, le manque de connaissances sur le développement de l'enfant ou des attentes irréalistes, l'abus d'alcool ou de drogues, y compris durant la grossesse, l'implication dans des activités criminelles et le fait de connaître des difficultés financières.

3.3. Facteurs relationnels

Plusieurs facteurs relevant des relations au sein des familles ou entre partenaires intimes, amis et pairs peuvent accroître le risque de maltraitance de l'enfant : des troubles physiques ou psychiques ou des problèmes liés au développement chez un membre de la famille, l'éclatement de la cellule familiale ou des violences entre d'autres membres de la famille, l'isolement par rapport à la communauté ou l'absence d'un réseau de soutien, une perte de soutien de la part de la famille élargie pour l'éducation de l'enfant (20).

3.4. Facteurs communautaires et sociétaux

Parmi les caractéristiques de l'environnement communautaire ou social associées à l'augmentation du risque de maltraitance figurent les inégalités sexuelles ou sociales, le manque de logements appropriés ou de services de soutien aux familles et aux institutions, le taux de chômage élevé ou la pauvreté, la facilité d'accès à l'alcool et aux drogues, des politiques et programmes plus ou moins adaptés pour prévenir la maltraitance des enfants, la pornographie infantile, la prostitution et le travail des enfants. Les normes sociales et culturelles qui encouragent ou glorifient la violence envers autrui (dont l'usage des châtiments corporels), exigent un respect absolu des rôles sociaux dévolus à chaque sexe ou amoindrissent le statut de l'enfant dans les relations parents-enfants et les politiques sociales, économiques, de santé et d'éducation menant à des niveaux de vie peu élevés, ou à des inégalités et/ou une précarité socio-économiques sont également des facteurs de risque de maltraitance (20).

4. Les conséquences de la maltraitance sur la santé future de l'enfant

Les conséquences à court, moyen et long terme de la maltraitance infantile sur la santé de l'enfant, principalement sur le versant psychologique, font l'objet de nombreuses études dans les pays anglo-saxons. La figure présentée en annexe 1 résume l'ensemble des conséquences de la maltraitance infantile sur la santé de l'enfant à plus ou moins long terme.

La maltraitance infantile apparaît comme un facteur de risque de plusieurs **affections physiques** à l'âge adulte, comme l'ulcère peptique, les troubles arthritiques, les maladies cardiaques et pulmonaires, le diabète ou certaines maladies auto-immunes, la fibromyalgie (37, 38). L'étude américaine de Felitti met en évidence un lien fort entre le nombre d'expériences négatives vécues dans l'enfance et le tabagisme, l'obésité, la consommation de toxiques, les tentatives de suicide et les infections sexuellement transmissibles (39), (annexe 2). Il existe également des **conséquences sur le développement du cerveau** donnant lieu à des difficultés émotionnelles et cognitives, mais les différentes études menées à ce sujet montrent des résultats discordants concernant la physiopathologie de ces troubles (40). L'Unicef rappelle que « *quand le cerveau d'un enfant ne se développe pas dans de bonnes conditions, les répercussions négatives s'inscrivent dans le long terme. Cet enfant connaît ensuite des difficultés d'apprentissage, a plus de difficultés à intégrer le monde du travail et voit de fait son horizon s'amenuiser* » (41).

Les mauvais traitements durant l'enfance sont également un facteur de risque de **nombreux troubles psychiatriques**, notamment les troubles psychotiques (42), les troubles alimentaires (43), les troubles bipolaires (44), les troubles de la personnalité (45), le mésusage de l'alcool (46) ou les troubles anxieux et dépressifs (47). Le risque d'être victime de violences conjugales à l'âge adulte à lui aussi été démontré (48), ainsi que le risque de perpétration d'actes de violence. La maltraitance infantile, en perturbant la structuration de la personnalité de l'enfant, peut entraîner des comportements violents et délinquants (49).

Hélène Romano, dans « Violence et famille », ajoute que les actes maltraitants détruisent le sentiment de sécurité de l'enfant à l'égard des adultes, indispensable pour se construire sans crainte d'effondrement. Les conséquences sur la vie de l'enfant peuvent être importantes avec des **troubles psycho-traumatiques** pouvant impacter durablement son développement si aucune prise en charge ne lui est proposée (5). Ainsi, comme le souligne également la psychiatre Muriel Salmona, la prise en charge psychothérapeutique précoce est essentielle et permet de « *réparer les atteintes neurologiques et de rendre inutiles les stratégies de survie* » (50).

De plus, les conséquences sur la santé mentale ne s'arrêteraient pas à une génération. Une étude menée par Raphaël Arditti et Yann Le Strat sur une population américaine a recherché l'impact des antécédents de maltraitance dans l'enfance des parents sur le risque de survenue de troubles psychiatriques dans leur descendance et a trouvé qu'il y avait une augmentation de ce risque de manière significative (51).

Deux études françaises ont été réalisées sur le devenir des enfants ayant subi des violences puis ayant été placés et démontrent que ce sont surtout les troubles émotionnels et comportementaux graves qui ont perduré, même après qu'ils aient été placés (52, 53).

Ainsi, et comme le rappelle l'OMS en 2016 : « *La violence à l'égard des enfants est un problème de santé publique, de droits humains et de société, avec des conséquences potentiellement dévastatrices et coûteuses. Elle altère parfois à vie la santé physique et mentale de ceux qui en sont victimes et, de par ses conséquences socioprofessionnelles, elle peut au bout du compte ralentir le développement économique et social d'un pays* » et il est primordial de mettre en place des stratégies de prévention et de repérage précoce des situations à risque.

5. L'importance de la prévention et du repérage précoce des enfants en danger

En octobre 2019, M. Adrien Taquet, Secrétaire d'État en charge de la protection de l'enfance, a présenté la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance. Il rappelle dans son discours introductif la **nécessité d'agir le plus précocement possible** « *en systématisant l'entretien prénatal précoce, en faisant en sorte de réaliser 100% des bilans de santé en école maternelle d'ici 2022, en augmentant le nombre de visites à domicile pré et post-natales, en favorisant l'innovation en PMI* » (54).

L'OMS, dans ses différents rapports, insiste en effet sur l'importance de la société dans la prévention des différentes formes de violences à l'encontre des enfants (26). Elle a constaté que dans les pays où la prévention était devenue une priorité, les faits de violence physique intrafamiliale diminuaient. Elle propose ainsi de travailler sur plusieurs axes de prévention primaire en réponse aux différents facteurs de risque identifiés, comme la mise en place de réformes juridiques et la promotion des droits de la personne humaine, l'instauration de politiques sociales et économiques favorables, la correction des normes sociales et culturelles, la réduction des inégalités économiques et des facteurs de risque environnementaux, l'ouverture de refuges et de centres d'aide, l'augmentation de l'accès aux services prénataux et postnataux...

Une étude canadienne récente sur les infirmières puéricultrices des services de PMI français montre que lors de leurs interventions, il existe des difficultés à aborder les sujets en lien avec l'intime (famille, couple...) et le pathologique (dépression, violence, consommation de

substances...). Ces résultats ne sont pas surprenants si on les analyse au regard de la formation initiale des infirmières (55). Ainsi, et comme le dit Caroline Mignot en 2019, il est primordial de former les professionnels du secteur de l'enfance afin de mener à bien le repérage, les prises en charge ou la prévention des situations de mauvais traitements (56).

Rappelons également que tout témoin et tout professionnel a l'obligation légale de transmettre des informations préoccupantes, de signaler des faits de maltraitance révélés par un enfant, aux autorités administratives et judiciaires (57, 58). Des outils d'aide au diagnostic ont été créés afin de faciliter le repérage des situations de maltraitance et l'HAS a également émis des recommandations de bonne pratique en ce sens (59, 60), (annexe 3).

III. Les chiffres de la maltraitance en France

Une étude réalisée en 2015 des données d'enquêtes représentatives à l'échelon national sur la prévalence de la violence à l'encontre des enfants dans 96 pays estime à **un milliard le nombre d'enfants dans le monde** ayant été confrontés à des violences physiques, sexuelles ou psychologiques au cours de l'année écoulée, soit plus de la moitié de tous les enfants âgés de 2 à 17 ans (61). Il est ainsi estimé que 36,3% d'enfants ont été victimes de violences psychologiques, 23% de violences physiques, 18% des filles et 8% des garçons de violences sexuelles et 16% de négligences. Une méta-analyse réalisée en 2013 sur plus de 244 études retrouve les mêmes chiffres, en séparant les négligences physiques (16,3%) des négligences émotionnelles (18,4%) (62).

Selon Ruth Gilbert et co., dans les pays développés, **entre 4 et 16% des mineurs seraient victimes de violences physiques et un enfant sur dix serait victime de violences psychologiques ou de négligences** (63). L'OMS a retenu pour la zone Europe les taux de prévalence suivants : 29,1% pour la maltraitance psychologique, 22,9% pour la maltraitance physique, 13,4% pour la maltraitance sexuelle chez les filles et 5,7% chez les garçons (64).

L'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE), dans son quatorzième rapport au gouvernement et au parlement, paru en 2020 et concernant les chiffres de l'année 2018, rapporte qu'au 31 décembre 2018, le **nombre de mineurs bénéficiant d'au moins une**

prestation ou mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance est estimé à 306 800 sur la France entière (hors Mayotte), ce qui représente un taux de 21 ‰ des mineurs (annexe 4). De plus, 110 035 nouveaux mineurs ont fait l'objet d'une saisine d'un juge des enfants, un chiffre qui a connu une croissance importante en 2018, mais plus modérée qu'en 2017 (+ 5,6 % en 2018, contre + 12,5 % en 2017). Concernant les violences physiques, les services de police et de gendarmerie ont enregistré en 2018, 63 033 mineurs victimes dont 4 sur 10 dans la sphère familiale (39 %). Ces violences touchent les filles et les garçons sensiblement dans les mêmes proportions (taux de victimation de respectivement 1,6 et 1,8 pour 1 000 mineurs) dans le cadre intrafamilial. En terme d'évolution, le nombre d'enregistrements pour des violences physiques a progressé de plus de 6 % entre 2017 et 2018, cette progression étant similaire pour les garçons et les filles (65, 66).

Selon la HAS, en France, **plus de 80 % des mauvais traitements sont infligés au sein de la famille**. La maltraitance est caractérisée par son début précoce et sa chronicité (59).

Il est important de noter, comme le précise Anne Tursz dans « les violences faites aux enfants » qu'il existe une **sous-estimation de la maltraitance**, en lien avec plusieurs facteurs dont le non-repérage des situations de maltraitance, l'insuffisance d'investigations médicales, sociales et psychologiques, la non-révélation des soupçons (67).

Un autre facteur rentrant en jeu dans la sous-estimation des données concernant la maltraitance infantile est liée au **silence des enfants** qui majoritairement ne dénoncent pas les violences subies : le contexte d'emprise, l'identification à l'agresseur, la terreur, la gêne, la perte de confiance en l'adulte, la crainte de ne pas être entendus s'ils ont déjà tenté d'obtenir de l'aide, conduisent les enfants victimes à rester silencieux face aux violences subies et à être en incapacité de formuler une plainte. Comme l'explique Roland Coutanceau, les victimes s'expriment difficilement : « *elles sont jeunes, faibles, vulnérables et non organisées. Elles subissent souvent la situation comme étant normale ou s'en accommodent dans la souffrance (syndrome d'accommodation) ; elles disposent de peu d'influence et de force pour changer la situation existante. Elles sont souvent liées émotionnellement et économiquement, et donc soumises psychologiquement à l'auteur (l'agresseur) dont elles sont dépendantes* » (5). Les enfants évitent de parler d'eux et des événements. Ils parlent rarement de l'agression et se rétractent souvent, gardant longtemps le secret ou respectant la « loi du silence ». Il en est de même lorsque l'ensemble de la cellule familiale est soumis aux violences domestiques.

IV. L'enfant au cœur des violences conjugales : une victime souvent oubliée

1. Les violences conjugales en France

1.1. Définitions

En 1993, l'ONU définit la **violence faites aux femmes** comme « *tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée* » (68).

L'OMS définit la **violence d'un partenaire intime** comme « *tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination* » (69).

Il faut différencier **violence conjugale et conflit conjugal** : dans le premier cas, la relation est asymétrique et il existe un rapport de force dans lequel l'un des partenaires est dominant et l'autre dominé. Dans le deuxième cas, on se place dans une relation égalitaire où il existe une réciprocité des interactions (70).

1.2. Epidémiologie

Selon l'OMS, au niveau mondial, près du tiers (30%) des femmes qui ont eu des relations de couple signalent avoir subi une forme quelconque de violence physique et/ou sexuelle de la part de leur partenaire intime au cours de leur vie (68).

L'enquête ENVEFF, réalisée en 2000, estime que **1 600 000 femmes sont victimes de violences conjugales en France** sur la période étudiée. Les premiers résultats de l'enquête montrent que « *c'est dans leur vie de couple que les femmes adultes subissent le plus de violences psychologiques, physiques et sexuelles* » (71).

L'enquête « Cadre de vie et sécurité » (CVS) est conduite chaque année depuis 2007 par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), en partenariat avec l'Observatoire national de la délinquance et de la réponse pénale (ONDRP) et avec le Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI). Cette enquête nationale, dite de « victimation », a pour objectif d'évaluer et de décrire les infractions dont sont victimes les ménages et les individus. En moyenne sur la période 2011- 2018, **on estime à un peu moins de 300 000 le nombre annuel moyen de personnes âgées de 18 à 75 ans victimes de violences conjugales**. Cela représente chaque année environ 0,7 % de la population dans cette tranche d'âge. Pour trois quarts des victimes (227 000), les violences subies sont exclusivement physiques. Les violences conjugales restent des atteintes faiblement rapportées aux services de police et de gendarmerie. Sur la période 2011-2018, 14 % des victimes de violences conjugales déclarent avoir déposé plainte suite à l'épisode de violences ou au moins un des épisodes de violences survenus au cours des 24 derniers mois s'il y en a eu plusieurs (72), (annexe 5).

L'UNICEF, dans une étude publiée le 1er août 2006, basé sur des statistiques mondiales issues de l'étude du Secrétariat général des Nations Unies sur la violence à l'encontre des enfants, met en exergue différents risques encourus par les enfants qui y sont exposés et estime à **275 millions le nombre d'enfants exposés à la violence domestique** (73).

Dans un rapport du Conseil de l'Europe de 2006, intitulé « Combattre la violence à l'égard des femmes, étude du bilan des mesures et actions prises dans les États membres du Conseil de l'Europe », est souligné le danger qu'entraîne la violence au sein du couple pour le bien-être des enfants (74). De même, le Conseil économique et social européen, dans un avis du 21 avril 2006 portant sur « Les enfants – victimes indirectes de violences domestiques » recommande que chaque État « *prenne expressément en charge [cette thématique] lorsqu'il développe et met en œuvre son plan d'action national de lutte contre les violences domestiques* » (75). Ainsi, le Conseil National de la Protection de l'Enfance (CNPE) recommande pour l'ensemble du territoire français de prévoir systématiquement dans le cadre de toute démarche nationale ou locale (stratégie, plan, action...) de prévention et de lutte contre les violences conjugales un volet qui prenne en compte les enfants afin de les protéger et de les accompagner spécifiquement (76).

2. Enfant témoin, enfant victime, enfant exposé

En 2007, l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED) publie un cahier de recommandations visant à mieux **prendre en considération les enfants vivant dans un contexte de violences conjugales**. Dans son rapport d'étude sur les enfants exposés à la violence conjugale, l'ONED explique pourquoi avoir choisi ce terme d'« *enfant exposé* » plutôt que témoin ou victime. En effet, le terme de « témoin » sous-entend que l'enfant serait le témoin oculaire de la violence conjugale, ce qui n'est pas toujours le cas (77). Selon Jean-Pierre Vouche, les enfants exposés à la violence conjugale sont des témoins oculaires ou se trouvant dans une autre pièce ou constatant les résultats d'actes de violence commis à l'égard de leur mère par leur père (parfois l'inverse) ou par le conjoint de celle-ci (5). L'expression de « victime » aussi fréquemment employée, qui concentre l'attention sur le préjudice subi et la réparation qui doit s'ensuivre (juridique et morale) n'est pas non plus retenue. L'enfant « exposé » est celui qui n'est pas « protégé ». L'accent est mis de manière dynamique sur la menace qui pèse sur l'enfant, renvoyant à la nécessité d'agir pour le mettre à l'abri. L'ONED définit ainsi **les enfants exposés aux violences conjugales comme une catégorie d'enfants à risque** (77).

D'après le site du ministère de la santé et des solidarités, **143 000 enfants vivent dans un foyer où une femme a déclaré être victime de violences commises par son conjoint ou son ex-conjoint**, qu'elles soient physiques et/ou sexuelles. 42 % de ces enfants ont moins de 6 ans (23). En 2019, 173 personnes ont été tuées par leur partenaire ou leur ex partenaire de vie (contre 149 en 2018). Parmi ces victimes, on dénombre 146 femmes (contre 121 en 2018) et 27 hommes (contre 28 en 2018). En moyenne, un décès est enregistré tous les deux jours. L'étude précise également les circonstances du passage à l'acte, à savoir que l'auteur des faits est le plus souvent un homme (88 % des cas) et que le recours à une arme, quelle que soit sa nature, est largement majoritaire (68 % des cas). La dispute et le refus de la séparation demeurent les principaux mobiles du passage à l'acte (51 % des cas). A ces données s'ajoutent 25 enfants victimes en 2019 contre 21 en 2018 (78).

En France, le fait pour un enfant d'être témoin de violences conjugales est assimilé aux violences psychologiques, tandis que dans d'autres pays, comme au Canada par exemple, il s'agit d'un type de violence bien à part, inscrit dans la loi.

La problématique de l'enfant témoin des violences conjugales a émergé dans les années 2000 en France. **La violence dans le couple a des implications graves sur la santé de l'enfant**. Les

agressions physiques, sexuelles, verbales, psychologiques, économiques qui constituent la violence conjugale créent un climat de vie quotidienne où règnent l'insécurité, l'instabilité et la menace. Les violences conjugales ont fait l'objet de nombreux travaux récents qui ont démontré la souffrance causée aux enfants et les effets dévastateurs sur leur développement du fait de ce climat (56), (79). Comme le souligne Edouard Durand, juge des enfants membre du conseil scientifique de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger, *“l'exposition des enfants aux violences conjugales a un impact traumatique qui est du même ordre que l'exposition de l'enfant à des scènes de guerre ou de terrorisme”*.

3. Les conséquences sur la santé de l'enfant exposé aux violences conjugales

3.1. Comment expliquer qu'il existe des conséquences sur l'enfant exposé aux violences conjugales ?

En termes de risques psychopathologiques, il n'y aurait pas de véritable différence entre les enfants victimes de maltraitance et ceux uniquement exposés aux violences conjugales (80).

De nombreux travaux ont permis d'identifier les processus ou mécanismes sous-jacents aux effets de la violence conjugale sur les enfants. Ainsi, les mécanismes identifiés couvrent trois dimensions :

- L'évaluation cognitive et émotionnelle que l'enfant fait de l'agression entre ses parents dont il est témoin.
- La qualité des conduites parentales dans le contexte où existe la violence conjugale (en particulier, la difficulté des parents à agir en tant que figure d'attachement et de protection pour leur enfant, le stress parental qu'ils ressentent dans l'accomplissement de leurs responsabilités).
- La dynamique familiale et de coparentalité en présence de l'enfant (en particulier, l'ambiance en dehors des épisodes de violence conjugale, qui alterne entre l'hostilité et le retrait social).

Ces travaux montrent que la présence de violences conjugales semble contribuer à augmenter la sévérité des formes de mauvais traitements que subissent les enfants, en particulier dans les

situations de négligence, du fait d'une mise en veille des besoins développementaux des enfants au sein de leur milieu de vie principal (81).

La violence dont l'enfant est témoin affecte les processus d'attachement en entravant un attachement sécure et favorisant un attachement angoissé (ambivalent ou évitant) ou désorganisé. Pour faire face aux carences affectives et aux angoisses psychiques engendrées par la violence conjugale, l'enfant doit mettre en place des « *stratégies de coping* » Il s'agit de « *l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et un événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de cet événement sur son bien-être physique et psychologique* » (5, 70).

3.2. Conséquences physiques et psychologiques

Les violences conjugales ont un effet important sur l'enfant qui en est témoin, qui peut consister en un syndrome de stress post-traumatique et/ou une diversité d'effets négatifs affectant tant le développement de l'enfant (fonctionnement cognitif et émotionnel perturbés, santé dégradée), que ses conduites, l'enfant manifestant des « *problèmes extériorisés* » (dont l'agressivité et l'usage de la violence) ou « *intériorisés* » (dont la dépression et la propension à être victime). À l'âge adulte, ces enfants exposés ont un moins bon fonctionnement social et psychologique ; ils présentent un risque de reproduire les comportements violents, que ce soit dans la position d'auteur ou de victime (82).

Il existe ainsi des troubles du comportement (repli sur soi, retrait des interactions sociales, tentatives de suicide, agressivité permanente, fugues, délinquance) et des troubles psychologiques (alimentaires, anorexie ou boulimie, symptômes anxieux et dépressifs récurrents, troubles du sommeil comme l'hypersomnie et sommeil en classe) (5).

Selon Razon et Metz, les angoisses sont incontournables, mais distinctes selon la maturité psychique de l'enfant. L'identification à l'agresseur comme mécanisme de défense émergera le plus fréquemment et aura des effets à long terme, ce qui explique la question de la répétition (83) (annexe 6).

Il peut également en résulter des lésions traumatiques, des troubles sphinctériens, de l'audition et du langage, des retards de croissance (5). On retrouve de nombreuses plaintes somatiques

(somatization). Enfin, l'enfant risque d'être la cible accidentelle ou volontaire d'un acte de violence entre les parents.

Des programmes psychothérapeutiques, déjà fréquents dans d'autres pays, commencent à exister en France depuis quelques années afin de diminuer l'impact à long terme de l'exposition aux violences. C'est pour cette raison qu'il est primordial de repérer, signaler et prendre en charge les enfants comme victimes des violences conjugales.

V. Du signalement des violences aux mesures de protection mises en place : le parcours judiciaire de l'enfant victime

1. Le signalement des violences faites aux mineurs

1.1. Qui peut signaler les violences et dans quelles conditions ?

Dans leur rapport d'information paru en février 2020, la commission des lois et la commission des affaires sociales rappellent que « *les enfants et les adolescents, a fortiori les plus jeunes d'entre eux, sont rarement en capacité de dénoncer par eux-mêmes les faits dont ils sont les victimes. C'est pourquoi la vigilance et l'esprit d'initiative des adultes qui les entourent sont essentiels pour assurer leur sécurité : membres du cercle familial, amis de la famille, voisins, enseignants, commerçants..., tous ceux qui sont en mesure de repérer une situation inquiétante ont une responsabilité dans la protection des mineurs* » (84).

Ainsi, il est du devoir de chacun de signaler les situations où les mineurs seraient en danger, tels que le rappellent les **articles 434-1 et 434-3 du Code pénal** qui instituent une **obligation de signalement**, dont le non-respect est puni d'une peine d'emprisonnement et d'une peine d'amende (57, 58). Toute personne ayant connaissance de mauvais traitements sur mineur, toute personne exerçant dans un établissement public ou privé ayant connaissance de la situation de mineur en danger ou susceptible de l'être, toute autorité publique ou tout fonctionnaire amené à connaître dans l'exercice de ses fonctions un crime ou un délit, doit aviser sans délai l'autorité compétente (85).

Un cas particulier existe pour les professionnels tenus au secret professionnel, qui peuvent effectuer un signalement sans risquer de sanction mais sans qu'il n'existe aucune obligation. Chacun peut décider de transmettre l'information ou de garder le secret au titre du secret professionnel. **L'article 226-13 du Code pénal** stipule que « *la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* » (86). Cependant des dérogations au secret professionnel existent et sont prévues dans ce même article. Ainsi, « *n'encourt aucune peine pour violation du secret professionnel celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur* » et, dérogation concernant uniquement les professionnels de santé, « *lorsqu'ils constatent, dans l'exercice de leur profession, des sévices ou privations, sur le plan physique ou psychique, qui leur permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques ont été commises sur un mineur, ils peuvent les porter à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP), sans qu'il leur soit nécessaire de recueillir l'accord de la victime pour ce signalement* ».

1.2. Les différents destinataires du signalement des violences

- **L'autorité administrative**, représentée par les Cellules de Recueil des informations préoccupantes (CRIP), entités départementales faisant partie de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), créées par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance (87). Sa mission est d'évaluer la situation des mineurs en danger afin d'engager des actions de protection de l'enfance. Son évaluation peut déboucher sur un signalement au parquet.
- **L'autorité judiciaire**, représentée par le procureur de la République, qui pourra ensuite décider d'ouvrir une enquête ou de saisir le juge des enfants pour la mise en place d'une mesure d'assistance éducative.

Le signalement sera transmis au procureur de la République dans les cas où le danger pour le mineur est considéré comme imminent et que des mesures de protection semblent nécessaires

à mettre en place rapidement afin d'assurer la sécurité du mineur ; s'il existe un doute, que le danger n'est pas immédiat et qu'une évaluation plus approfondie est nécessaire, une information préoccupante (IP) sera transmise à la CRIP.

Pour être pris en compte, un signalement doit être étayé, structuré et comporter des éléments précis. Ce sera ensuite au procureur de la République de recueillir les preuves des faits pénaux allégués, de les qualifier s'il y a lieu et d'apprécier la nécessité d'une protection (5).

Le procureur de la République peut délivrer une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP), saisir le juge des enfants, engager l'enquête pénale, nommer un administrateur ad hoc. Il peut aussi saisir la CRIP.

Deux procédures parallèles et complémentaires peuvent donc être diligentées. Parallèlement, un administrateur ad hoc peut être désigné pour représenter l'enfant et défendre ses intérêts. Le cas échéant le signalement peut conduire à une protection étendue à l'ensemble de la fratrie.

2. Les différentes phases de la procédure pénale

2.1.L'enquête

Elle est confiée à un service de police ou de gendarmerie, le plus souvent spécialisé (brigade des mineurs), sous le contrôle du procureur de la République. L'intégralité du dossier du patient peut être saisie. Cette procédure doit respecter un formalisme indispensable à la préservation du secret médical.

L'autorité responsable de l'enquête peut faire une réquisition judiciaire afin de faire réaliser un examen médico-légal.

2.2.L'examen médico-légal

Lorsqu'un mineur de quinze ans est victime de violences par un apparenté et qu'un dépôt de plainte ou un signalement est enregistré, le procureur de la République réquisitionne un médecin légiste pour l'examiner, constater les lésions, le retentissement psychologique et rendre un

rapport médico-légal. Ce rapport fait ensuite partie des pièces de procédure du dossier judiciaire.

Tout médecin peut être sollicité notamment sur réquisition d'un officier de police judiciaire (OPJ), mais ce sont les médecins légistes qui sont les premiers concernés. Cela s'est accru depuis la réforme de la médecine légale de 2011 car la majorité des victimes doivent être vues par des médecins légistes dans des centres hospitaliers publics spécialisés (88).

Le magistrat en charge de l'enquête attend du médecin requis qu'il réalise un examen clinique complet, qu'il prenne des clichés photographiques et qu'il rédige un compte rendu clair et synthétique. C'est pourquoi l'examen d'une victime de violences dans un cadre médico-légal est aujourd'hui privilégié. L'officier de police requiert le médecin aux fins d'examiner le plaignant, de décrire ses blessures et de fixer une durée d'incapacité totale de travail (ITT) (5).

L'ITT permet au magistrat d'apprécier la violence d'une agression. C'est la durée de la gêne réelle et globale éprouvée par la victime pour effectuer des gestes de la vie courante (87). Le juge n'est pas lié par les constatations ou les conclusions du médecin légiste.

2.3. La décision judiciaire à l'issue de l'enquête

Au décours de l'enquête, le procureur de la République peut décider de classer l'affaire sans suite en l'absence d'infraction ou si celle-ci est insuffisamment caractérisée, d'ouvrir une information à la fin de laquelle le dossier peut faire l'objet d'un non-lieu si l'infraction n'a pu être établie par faute de preuve ou parce qu'elle n'a pu être imputée à quiconque, ou bien d'un renvoi devant le tribunal correctionnel (en cas de qualification délictuelle de l'infraction) ou devant la cour d'assises (si qualification criminelle).

3. Les différentes mesures pouvant être mises en place

3.1. Les mesures de protection administratives

Il s'agit d'actions préventives, mises en place dans les situations où le mineur est considéré comme étant en danger. Des actions de soutien à la parentalité peuvent être envisagées à la demande de la CRIP après évaluation de la situation par les professionnels sociaux et médico-sociaux du conseil départemental. Les médiations spécialisées parents-enfants et les soins en pédopsychiatrie-périnatalité, pour améliorer ou aider à construire la relation parent-enfant, sont des réponses à privilégier (85). Le recours à des professionnels de la protection maternelle et infantile (PMI), notamment par le biais de visites à domicile, peut également être proposé.

3.2. Les mesures civiles

Le juge des enfants, s'il est saisi, ordonne généralement une mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE) avec une échéance de 6 mois (avec éventuellement maintien ou placement immédiat de l'enfant). Il peut ensuite prendre des mesures de suivi et d'aide à la famille et/ou des mesures de placement (action éducative en milieu ouvert (AEMO), aide à la gestion du budget familial, placement de l'enfant chez l'autre parent si les parents sont séparés, chez un autre membre de la famille ou un tiers de confiance, dans une structure de l'aide sociale à l'enfance ou en famille d'accueil) (89).

3.3. Les mesures pénales : différentes peines encourues

La qualité de mineur est une circonstance aggravante pour toutes les infractions qui sanctionnent les violences, tortures, actes de barbarie, viols et autres formes d'agressions sexuelles.

L'article 222-14 du Code pénal réprime les « *violences habituelles sur un mineur de quinze ans ou sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou*

connue de leur auteur » (90). Ce même article prévoit la répression en fonction de la gravité du préjudice subi par la victime (91) :

- Trente ans de réclusion criminelle lorsque les violences ont entraîné la mort.
- Vingt ans de réclusion criminelle lorsque les violences ont entraîné une mutilation ou une infirmité permanente.
- Dix ans d'emprisonnement et 150 000€ d'amende lorsque les violences ont entraîné une incapacité totale de travail supérieure à 8 jours.
- Cinq ans d'emprisonnement et 75 000€ d'amende lorsque les violences n'ont pas entraîné d'incapacité totale de travail pendant plus de 8 jours.

Il peut également exister des peines complémentaires, prévues à l'article 222-44 et 222-45 du Code pénal.

L'ensemble du parcours judiciaire du mineur victime de violences intrafamiliales est résumé en annexe 7.

Comme nous l'avons vu, la maltraitance infantile touche de nombreuses familles et impacte le futur des enfants victimes à la fois sur les plans physique, psychologique et relationnel. Des mesures judiciaires existent pour protéger ces mineurs, c'est pourquoi il est primordial de les repérer. Nous nous sommes donc interrogés sur l'existence de caractéristiques communes entre les victimes et entre les auteurs qui pourraient nous permettre de mettre en place des mesures de prévention primaire et secondaire sur notre territoire.

Partie 2 : Matériel et méthode

I. Choix de l'étude

1. Type de l'étude

Il s'agit d'une **étude épidémiologique monocentrique, rétrospective, observationnelle et descriptive**, portant sur la description de la population des mineurs de moins de quinze ans vus en consultation pour suspicion de violences physiques intrafamiliales afin de décrire les caractéristiques épidémiologiques des victimes, des auteurs ainsi que les caractéristiques des violences dénoncées pour déterminer leurs points communs.

Notre étude concerne un échantillon de patients ayant été examinés sur réquisition judiciaire par un médecin légiste à l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ) du CHU de Poitiers entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2019 suite à un signalement ou à un dépôt de plainte pour violences physiques intrafamiliales par ascendant (ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur selon l'article 222-13 du Code pénal) (92).

2. Déroulement de l'étude

Les données épidémiologiques concernant les patients de notre échantillon ont été recueillies de façon rétrospective à partir des dossiers de l'UMJ du CHU de Poitiers. Ces dossiers comportaient le rapport médico-légal rédigé à la suite de la consultation, le livret rempli lors de la consultation, la réquisition judiciaire et éventuellement les photocopies du carnet de santé lorsqu'il était présenté par l'accompagnateur du mineur et les comptes-rendus réalisés lors des différents recours aux soins.

Le recueil de données a eu lieu entre les mois de janvier 2020 et juillet 2020. Les données ont été rendues anonymes.

3. Objectifs de l'étude

3.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est de **décrire la population des mineurs de moins de quinze ans victimes de violences physiques intrafamiliales afin d'étudier les caractéristiques épidémiologiques communes entre les victimes et entre les auteurs.**

3.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- Décrire les caractéristiques des violences dénoncées,
- Déterminer s'il existe un profil type de victime et d'auteur en fonction du type de violence,
- Déterminer s'il existe des facteurs de risque de subir des violences physiques intrafamiliales,
- Souligner des axes de prévention primaire et secondaire à mettre en place sur notre territoire.

4. Critères d'évaluation

Pour répondre aux objectifs cités, les variables retenues de la grille de lecture présentée en annexe 8 seront évaluées.

II. Population étudiée

Il s'agit des enfants des deux sexes, âgés de 0 à 15 ans, examinés sur réquisition judiciaire par un médecin légiste de l'UMJ du CHU de Poitiers entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2019 dans le cadre d'une suspicion de violences physiques uniques ou répétées, associées ou

non à d'autres types de violences hormis sexuelles, perpétrées par un membre de la famille de cet enfant étant pour lui un ascendant au sens pénal tel que défini précédemment (92).

1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Mineur âgé de moins de quinze ans.
- Examen réalisé sur réquisition judiciaire établie dans le département de la Vienne, entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2019, au CHU de Poitiers.
- Suspicion de violences physiques uniques ou répétées, associées ou non à d'autres types de violences hormis sexuelles, perpétrées par un membre de la famille de cet enfant.
- L'auteur des violences est un ascendant pour le mineur tel que défini à l'article 222-13 du Code pénal (92).

2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Les violences sexuelles.
- Les violences psychologiques et/ou les négligences sans violence physique associée.
- Les violences extra-familiales.
- Les violences scolaires.
- Les violences commises par un membre de la famille non ascendant de l'enfant.
- Les accidents de la voie publique.
- Les morsures d'animal.
- Les juridictions hors département de la Vienne.
- Les autres cas (accidents domestiques, tentative de suicide, enlèvement, lésions auto-infligées, victime d'attentat, affaire du lait contaminé dite « affaire Lactalis »).
- La non-présentation de l'enfant à la consultation.
- L'absence de dossier disponible.

3. Recueil des données

3.1 Les variables étudiées

3.1.1. Les données administratives

Les données administratives telles que la date de naissance de l'enfant, son âge au jour de l'examen, son sexe, sa culture d'origine, l'état marital de ses parents (mariés, pacsés, vivants en concubinage, séparés, divorcés, veuf(ve)), la catégorie socio-professionnelle de l'auteur des violences (agriculteur exploitant, artisan, commerçant, chef d'entreprise, cadre et profession intellectuelle supérieure, profession intermédiaire, employé, ouvrier, retraité, personne sans activité professionnelle, autre) et le nombre d'enfants dans la fratrie, ont été recherchées dans chaque dossier.

3.1.2. Les données médico-légales

Les données médico-légales ayant été recherchées dans chaque dossier sont le lien entre l'auteur et la victime des violences, l'entité ayant signalé les violences, la date des faits, la date du signalement ou du dépôt de plainte, la date de la réquisition, l'autorité requérante, la date de la consultation médico-légale, la fonction de la personne amenant la victime à la consultation, la réalisation ou non d'une audition par les enquêteurs au sein des locaux de l'UMJ, le lieu des faits, le type de violence alléguée, le détail des violences rapportées, le type de négligence éventuellement associée aux violences, l'association ou non à des violences conjugales, le nombre d'épisodes de violences allégués, la durée des violences, l'existence ou non d'un recours aux soins et le type de recours aux soins le cas échéant, le retard à la prise en charge médicale, la réalisation ou non d'examens complémentaires, la présentation ou non du carnet de santé, le retard vaccinal, le type de lésions retrouvées à l'examen clinique et/ou lors des examens complémentaires préalables, ainsi que leur nombre et leur lien avec les violences alléguées, les zones anatomiques où sont retrouvées les lésions, l'existence ou non d'un retentissement psychologique et le type de symptômes psychologiques retrouvés lorsque c'est le cas, l'existence ou non d'une mutilation ou d'une infirmité permanente, l'utilisation ou non de photographies dans le rapport médico-légal, l'utilisation ou non d'un vocabulaire spécifique dans la conclusion de ce rapport, la durée de l'incapacité totale de travail fixée à l'issue de l'examen.

Lors de la réalisation du recueil de données, ces dernières ont été classées de manière à faciliter leur étude lors de l'analyse statistique. Chaque variable a donc été ordonnée en différentes catégories :

- *Lien entre auteur et victime*

Dans les dossiers sélectionnés pour cette étude, l'un des critères d'inclusion était que l'auteur des violences soit un ascendant du mineur, c'est-à-dire quelqu'un de sa famille ayant autorité sur lui : son père, sa mère, son beau-père, sa belle-mère, son oncle, sa tante, son grand-père, sa grand-mère. Il pouvait également s'agir d'une association de plusieurs catégories comme par exemple lorsque les deux parents étaient auteurs des violences.

- *Entité ayant signalé les violences*

Plusieurs personnes peuvent être à l'origine du signalement des violences aux autorités : l'un des deux parents ou leur nouveau conjoint lorsque les parents sont séparés, un autre membre de la famille, l'établissement scolaire de l'enfant ou encore un établissement de santé ayant constaté des lésions suspectes lors d'un examen clinique ou complémentaire.

- *La date des faits, la date du signalement, la date de la réquisition et la date de la consultation médico-légale*

Ces différentes dates ont été recherchées et retenues uniquement lorsqu'elles étaient complètes (jour, mois et année renseignés).

- *L'autorité requérante*

Les autorités requérantes étaient soit la police ou la gendarmerie, soit le Parquet directement.

- *Personne amenant l'enfant à la consultation*

Les accompagnateurs ont été regroupés en plusieurs catégories : père, mère ou nouveau conjoint s'ils sont séparés, autre membre de la famille, travailleur social, membre des forces de l'ordre, autre personne. Parfois, l'enfant est vu dans un service de soins si son état de santé nécessite qu'il soit hospitalisé.

- *Réalisation d'un entretien « Hilios »*

L'UMJ du CHU de Poitiers dispose de locaux regroupés sous le nom d'« Espace Hilios », dédiés à l'audition des mineurs victimes de violences par les forces de l'ordre dans le cadre de

la procédure « Mélanie » afin de répondre aux exigences énoncées à l'article 706-47 du Code de procédure pénale. Comme le rappelle l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) en 2014, « *la parole de l'enfant victime doit être recueillie dans les meilleures conditions possibles et notamment dans un lieu sécurisant et aménagé à cet effet [...] c'est-à-dire permettre la réalisation, dans un lieu dédié en milieu hospitalier et dans le même espace-temps, de l'audition du mineur victime, des constatations médico-légales, des expertises judiciaires et de pouvoir engager une démarche de soin et sociale si besoin* » (93).

Les auditions sont réalisées en suivant le protocole de l'entretien cognitif modifié ou le protocole Nichd (94). Développé dans les années 2000, le protocole Nichd permet à l'intervieweur de ne pas suggérer de réponse à l'enfant en posant plus de questions ouvertes afin d'obtenir un maximum de détails de la part de l'enfant, en s'adaptant à ses capacités afin qu'il puisse fournir un récit précis et exact (95, 96).

- *Caractéristiques des violences alléguées*

L'ensemble des dossiers inclus dans cette étude concerne des cas de suspicion de violences physiques plus ou moins associées à d'autres types de violences, hormis sexuelles. Les mineurs vus en consultation dans ce contexte ne rapportent pas toujours des faits de violences. Lorsque c'est le cas, il peut s'agir de violences physiques ou psychologiques, de négligences, ou d'une association de plusieurs types de violences.

Ces violences ont pu être commises dans plusieurs lieux, tels que le domicile, la voie publique, un espace public fermé ou ouvert, un établissement scolaire, un établissement de santé, un milieu naturel.

Par ailleurs, lorsqu'elles existent, les violences physiques et psychologiques sont variées et nous avons choisi de les répertorier selon plusieurs catégories : coups (de pied, de poing, de tête), gifles et fessées, bousculades, saisies manuelles, secouements, pincements, se faire cracher dessus, morsure, coups à l'aide d'un objet contondant, coups à l'aide d'un objet tranchant, fouettement, entrave, étranglement, submersion, étouffement, brûlure, se faire uriner dessus, projection, jet d'objet, tirage de cheveux, tirage d'oreilles, griffures, insultes, propos rabaisant, propos dénigrants, menaces, être témoin de violences et plus particulièrement de violences conjugales.

Nous avons également relevé le nombre d'épisodes allégués et la durée d'évolution des violences.

- *Le recours aux soins*

Les violences subies par les mineurs peuvent entraîner des lésions, des douleurs, des symptômes psychologiques nécessitant un ou plusieurs recours aux soins, que nous avons répartis selon plusieurs catégories : consultation du médecin traitant, consultation aux urgences, hospitalisation, consultation spécialisée, autre type de consultation (comme par exemple un rendez-vous de consultation chez le dentiste, l'orthophoniste...). Il est également essentiel de notifier s'il existe ou non un retard lors du recours aux soins et la réalisation éventuelle d'examens complémentaires afin de faire le bilan des lésions présentées par le mineur.

- *Le carnet de santé*

Lors de la consultation médico-légale d'un mineur, l'étude du carnet de santé peut apporter de nombreuses informations utiles, comme la croissance staturo-pondérale et le statut vaccinal de l'enfant. Ainsi, nous avons noté si le carnet de santé était présenté ou non lors de la consultation.

- *Caractéristiques des lésions*

De nombreuses lésions sont retrouvées lors des examens cliniques réalisés dans le cadre d'une consultation à l'UMJ. Nous les avons classées en se basant sur les différents types de lésions élémentaires telles que décrites par les docteurs Catherine Adamsbaum et Caroline Rey-Salmon dans « *maltraitance chez l'enfant* » (97) : ecchymose, hématome, érosion, plaie, pétéchie, brûlure, lésion osseuse, lésion cérébrale, lésion rétinienne, lésion intra-buccale, cicatrice, alopecie, lésion du tympan, lésion unguéale, œdème, lésion d'un organe, érythème. Il est également important de connaître le nombre de lésions retrouvées et le site anatomique concerné. Nous avons également précisé lorsqu'il n'existait aucune lésion ou lorsqu'au contraire il existait des lésions mais qu'elles n'étaient pas en lien avec les violences alléguées.

- *Le retentissement psychologique*

Le retentissement psychologique des violences est un facteur déterminant des conséquences à long terme des violences sur l'enfant et sur son évolution. Il est donc nécessaire de l'évaluer. Nous avons recherché sa présence et le type de symptômes décrits : troubles du sommeil, troubles de l'appétit, ruminations anxieuses, reviviscences, fléchissement thymique, symptômes anxieux, symptômes dépressifs, changement de comportement, troubles du développement, troubles cognitifs, sentiment d'insécurité, état d'hyper vigilance, retard du développement, retard des apprentissages, repli sur soi, idées noires et/ou suicidaires, difficultés

scolaires, sentiment de peur, sentiment de tristesse, sentiment de colère, pleurs, troubles des conduites, énurésie et/ou encoprésie secondaire, somatisation, autres types de symptômes.

- *Les conclusions médico-légales*

La conclusion du rapport médico-légal contient plusieurs données déterminantes dans les suites judiciaires et notamment le nombre de jours d'ITT, qui permet d'orienter la qualification de l'infraction. Nous avons également recherché l'existence ou non d'une mutilation ou infirmité permanente (98), l'utilisation ou non de photographies, l'utilisation d'un vocabulaire spécifique, qui comprend les termes « âges différents », « zones non habituelles de traumatisme », « inadapté », « (typique de) maltraitance », « (syndrome du) bébé secoué/secouement », « violences régulières/répétées », « provoqué par une tierce personne », « traumatisme crânien important », « lésion osseuse », « dangereux », « particulière gravité », « localisation suspecte », « caractéristique de coups portés/de violences physiques », « mise en danger », « carence », « négligences parentales », « cassure récente de la courbe », « défaut de surveillance », « dénutrition sévère », « discordance », « intervention violente d'un tiers », « compatible avec [mécanisme précis énoncé] », « altération de la qualité de vie », « suivi socio-éducatif », « accompagnement éducatif et psychologique », « éloignement du domicile/d'une personne », « éviction du milieu familial », « réalisation d'un bilan [...] nécessaire », « enquête médicosociale », « expertise psychiatrique/psychologique », « mesures de protection/d'évaluation », « suivi médical rapproché », « pronostic vital/fonctionnel engagé ».

Notre étude étant rétrospective, il existait un nombre important de données manquantes, c'est pourquoi nous avons ajouté la catégorie « *non renseigné(e)* » pour chaque variable.

3.2. Anonymisation des résultats

Par soucis de confidentialité, chaque dossier s'est vu attribuer un numéro fictif afin d'anonymiser les données.

III. Analyse des données recueillies

1. Regroupement des données

Pour les variables quantitatives, la moyenne, l'écart-type, l'erreur standard et la variance ont été calculés.

Le nombre d'enfants dans la fratrie a été étudié comme une variable quantitative puis a été organisé en deux catégories (enfant unique ou plusieurs enfants) et secondairement analysé comme une variable qualitative.

Pour les variables qualitatives, il existe deux types de variables : soit il s'agit de variables correspondant à des informations dichotomiques (comme le sexe par exemple), soit il s'agit de variables rassemblant des informations diverses (comme le recours aux soins par exemple).

Les variables à réponse dichotomique ont été analysées à partir des données d'origine selon un codage binaire.

Après une première analyse descriptive, les variables à réponses diverses ont été réunies en catégories cliniquement appropriées afin de faciliter leur analyse et leur interprétation ultérieure lorsque cela était nécessaire.

Ainsi, l'état marital des parents a été classé en deux catégories, « en couple » ou « séparés ». Le lien entre l'auteur et la victime a été analysé après avoir classé les réponses en trois catégories, « parents », « beaux-parents » ou « autre » puis les catégories « père » et « mère » ont été comparées entre elles.

Le nombre d'épisodes allégués quant à lui a été classé pour chaque dossier selon ces trois catégories : soit « aucun », soit « un épisode », soit « plusieurs épisodes ». De la même manière, le nombre de lésions retrouvées a été classé comme suit : soit « aucune », soit « une », soit « plusieurs ».

2. Analyses statistiques

Des statistiques descriptives et analytiques ont été réalisées sur l'ensemble des données recueillies à l'aide du logiciel Excel et du logiciel R.

2.1 Représentativité de l'échantillon

Dans un premier temps, nous nous sommes assurés que notre échantillon était bien représentatif de notre population. Pour ce faire, nous avons utilisé la formule suivante :

$$n = \frac{0,25(1,96)^2 N}{(N-1)(ME)^2 + 0,25(1,96)^2}$$

n = Taille de l'échantillon
 N = Taille de la population
 ME = Marge d'erreur en fraction décimale

Notre population de référence est l'ensemble des mineurs de la Vienne âgés de 0 à 15 ans, soit 73 930 personnes en 2017 selon l'INSEE (99) (derniers chiffres disponibles).

Ainsi, pour une population comme la nôtre, un échantillon de 667 personnes nous permettait d'avoir une marge d'erreur de 4%.

2.2 Analyse des variables

Pour les variables quantitatives des modèles linéaires généraux du type Anova ont été utilisés lorsqu'il était possible de les utiliser, c'est-à-dire lorsque les résidus suivaient une loi normale et qu'il existait une homoscedasticité des variances. Lorsque cela n'était pas possible, un test de Wilcoxon Mann Whitney a été utilisé (test non paramétrique).

Pour les variables qualitatives, un test du χ^2 (χ^2) a été réalisé. La répartition des variables était exprimée par l'effectif d'individus concernés par cette variable (n) et leur proportion (%).

Nous avons ainsi obtenu une valeur de p pour chaque variable analysée. Lorsque le test du χ^2 montrait une différence statistiquement significative (c'est-à-dire lorsque la valeur de p était inférieure à 0,05), il a été complété par un test de Fisher (test de comparaisons multiples), pour lequel une correction de Bonferroni était préalablement appliquée.

IV. Avis du comité d'éthique

La cellule de soutien éthique territoriale de l'ERENA a pris connaissance du protocole présenté par Mme Julia DUTRIPON, intitulé « *Violences physiques intrafamiliales sur mineurs de quinze ans : étude épidémiologique des victimes vues en consultation à l'Unité Médico-Judiciaire entre 2011 et 2019* ». Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective, monocentrique portant sur des données.

Il n'a pas été relevé d'obstacle éthique à la mise en œuvre de ce protocole (annexe 9).

Partie 3 : Résultats

I. Description de la population

Comme nous l'avons vu précédemment, notre population d'étude est composée des mineurs de moins de quinze ans vus en consultation à l'UMJ du CHU de Poitiers entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2019 sur réquisition judiciaire dans le cadre d'une suspicion de violences physiques intrafamiliales perpétrées par un ascendant. Au total, 1360 mineurs de quinze ans ont été vus en consultations à l'UMJ du CHU durant la période retenue. Sur l'ensemble de ces dossiers, 667 ont été étudiés lors de notre étude, correspondant aux patients répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion précédemment explicités (Figure 1).

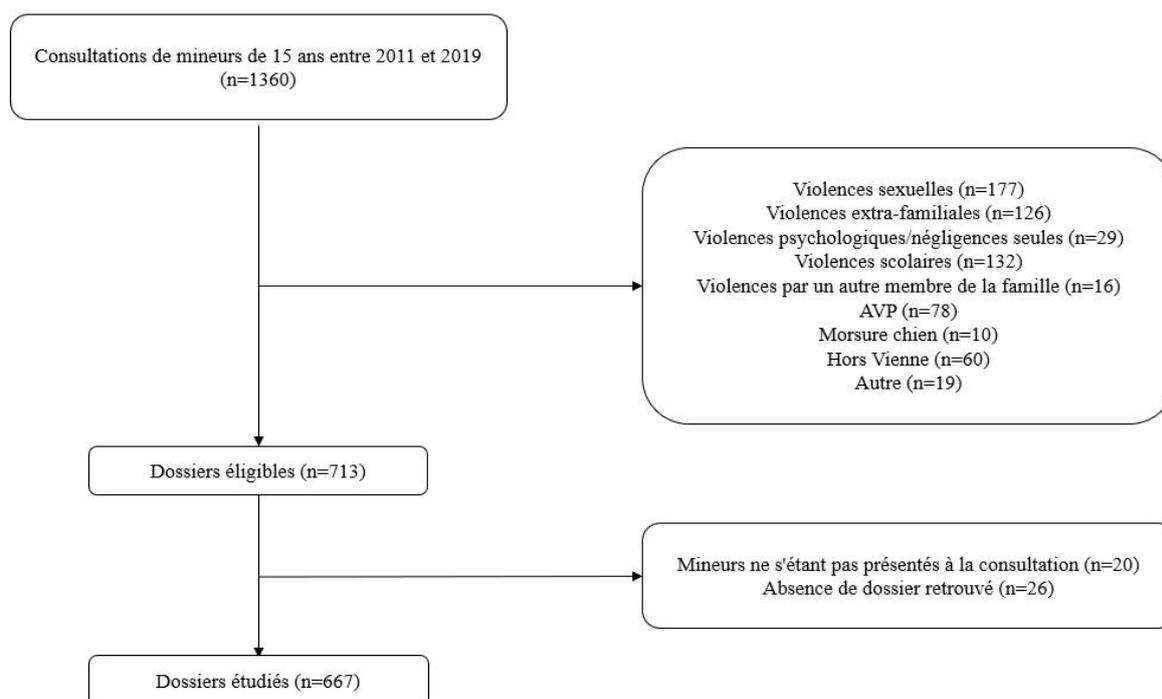


Figure 1 - Diagramme de flux

Les variables correspondant aux caractéristiques épidémiologiques des victimes et des auteurs sont présentées dans le tableau I. Les résultats concernant la culture d'origine du mineur n'ont pas été reportés dans le tableau I : en effet, cette donnée n'était pas renseignée dans 89,66% des

cas, ce critère n'est donc pas contributif. Il en est de même pour la catégorie socio-professionnelle de l'auteur, renseignée dans seulement 3,30% des cas.

Des tests du χ^2 ont été réalisés sur l'ensemble des données qualitatives et il existe une différence statistiquement significative pour le sexe de la victime ($p < 0,05$), les enfants uniques comparés aux fratries composées de plusieurs enfants ($p < 0,01$) et les parents séparés comparés aux parents en couple ($p < 0,01$).

Tableau I – Description de la population d'étude - * : $p < 0,05$; *** : $p < 0,01$

Variable	Effectif (N)	Pourcentage (%)	Moyenne	Ecart-type
Caractéristiques du mineur :				
<i>Age (en années)</i>				
- Total	-	-	7,29	4,16
- Garçon	-	-	7,39	4,07
- Fille	-	-	7,18	4,27
<i>Sexe</i>				
- Garçon	364	54,57 *	-	-
- Fille	303	45,43 *	-	-
Caractéristiques de la famille :				
<i>Nombre d'enfants dans la fratrie</i>	-	-	2,63	1,61
dont enfant unique	-	16,00 **	-	-
<i>État marital des parents</i>				
- Mariés	13	1,95	-	-
- Pacsés	0	0	-	-
- En concubinage	219	32,83	-	-
- Séparés	406	60,87	-	-
- Divorcés	3	0,45	-	-
- Veuf(ve)	4	0,60	-	-
- Non renseigné	22	3,30	-	-
Soit :				
- En couple	232	34,78 **	-	-
- Séparés	409	61,32 **	-	-
Caractéristiques de l'auteur des violences :				
<i>Lien entre auteur et victime</i>				
- Père	258	38,68	-	-
- Mère	135	20,24	-	-
- Beau-père	90	13,49	-	-
- Belle-mère	10	1,50	-	-
- Oncle	5	0,75	-	-
- Tante	0	0,00	-	-
- Grand-père	3	0,45	-	-
- Grand-mère	6	0,90	-	-
- Parents	76	11,39	-	-
- Père et belle-mère	12	1,80	-	-
- Mère et beau-père	17	2,55	-	-
- Grands-parents	2	0,30	-	-
- Oncle et grand-père	1	0,15	-	-
- Père et beau-père	1	0,15	-	-
- Mère et belle-mère	2	0,30	-	-
- Non renseigné	49	7,35	-	-

Pour faciliter leur analyse, les liens entre l'auteur et la victime ont été rassemblés en trois catégories : parents (n=501), beaux-parents (n=115) et autres (n=17). Il existe une différence statistiquement significative entre ces trois catégories ($p < 0,01$) (Figure 2). Nous avons également comparé la proportion de pères (52,02%) et de mères (34,48%) parmi les auteurs, en rassemblant les catégories où le père fait partie des auteurs et celles où la mère fait partie des auteurs (Figure 3). Il existe là aussi une différence statistiquement significative entre ces deux catégories ($p < 0,01$).

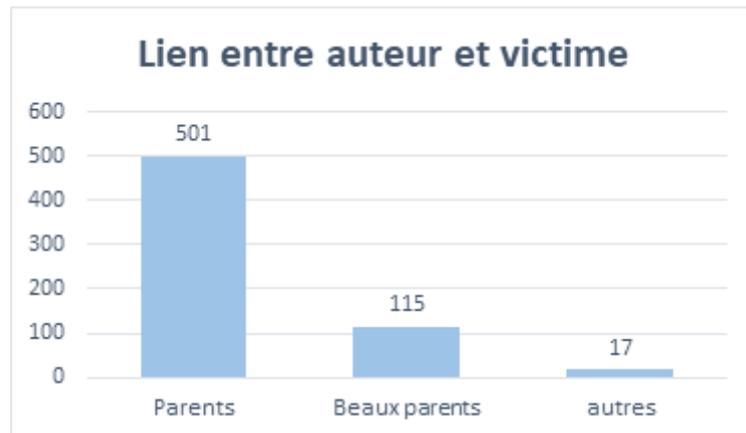


Figure 2 – Lien entre auteur et victime ($p < 0,01$)

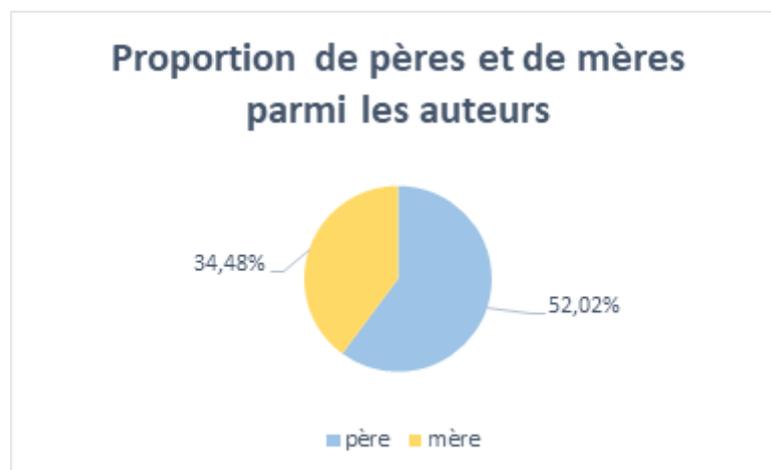


Figure 3 – Proportion de pères et de mères parmi les auteurs ($p < 0,01$)

II. Les données médico-légales

1. Le signalement des violences et la prise en charge médicale initiale

Les résultats concernant le signalement des violences, l'autorité requérant l'examen médico-légal et l'éventuel recours aux soins dont le mineur a bénéficié suite aux violences sont présentés dans le tableau II.

Tableau II – Caractéristiques des variables relatives au signalement, à la réquisition et à la prise en charge médicale

Variable	Effectif (N)	Pourcentage (%)	Moyenne	Ecart-type
Signalement et réquisition :				
<i>Entité ayant signalé les violences</i>				
- Père	54	8,10	-	-
- Mère	168	25,19	-	-
- Nouveau conjoint	0	0,00	-	-
- Autre membre de la famille	35	5,25	-	-
- Etablissement scolaire	133	19,94	-	-
- Etablissement de santé	106	15,89	-	-
- Autre	28	4,20	-	-
- Non renseigné	143	21,44	-	-
<i>Autorité requérante</i>				
- Police	357	53,52	-	-
- Gendarmerie	309	46,33	-	-
- Parquet	1	0,15	-	-
Prise en charge médicale :				
<i>Recours aux soins</i>				
- Médecin traitant (MT)	41	6,15	-	-
- Urgences (UGP)	62	9,30	-	-
- Hospitalisation	63	9,45	-	-
- Consultation (Cs) spécialisée	0	0,00	-	-
- Autre	2	0,30	-	-
- MT+UGP+Cs spécialisée	1	0,15	-	-
- MT+Hospitalisation	1	0,15	-	-
- Hospitalisation+Cs spécialisée	1	0,15	-	-
- Aucun	496	74,36	-	-
<i>Retard à la prise en charge</i>				
- Oui	24	3,60	-	-
- Non	641	96,10	-	-
- Non renseigné	2	0,30	-	-
<i>Réalisation d'examens complémentaires</i>				
- Oui	74	11,09	-	-
- Non	591	88,61	-	-
- Non renseigné	2	0,30	-	-

Nous avons également relevé dans les dossiers, lorsque l'information était disponible, l'identité de la personne qui accompagnait l'enfant le jour de la consultation médico-légale (Figure 4).

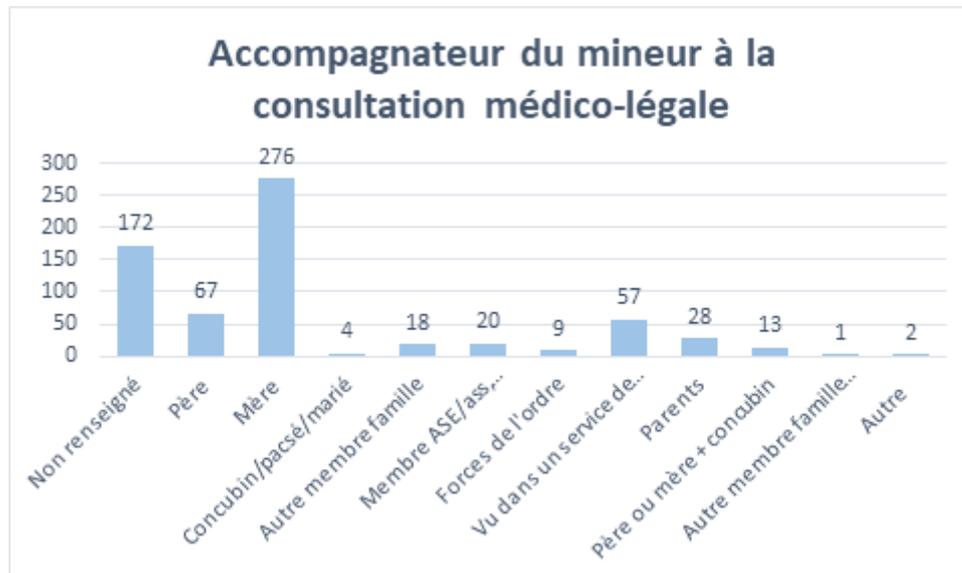


Figure 4 – Accompagnateur du mineur à la consultation médico-légale

Lors de la consultation médico-légale, le carnet de santé était présenté dans 23,69% des cas (n=158) et il existait un retard à la vaccination dans 2,55% des cas (n=17).

Nous avons noté qu'une audition « Hilios » avait été réalisé préalablement à la consultation médico-légale dans 14,24% des cas (n=95).

Pour ce qui est du recours aux soins, nous avons étudié leur répartition sur l'ensemble des dossiers (résultats présentés dans le tableau II) puis lorsque le mineur avait consulté un professionnel de santé, soit dans 171 cas. Les résultats, exprimés en pourcentage, sont présentés dans la figure 5.

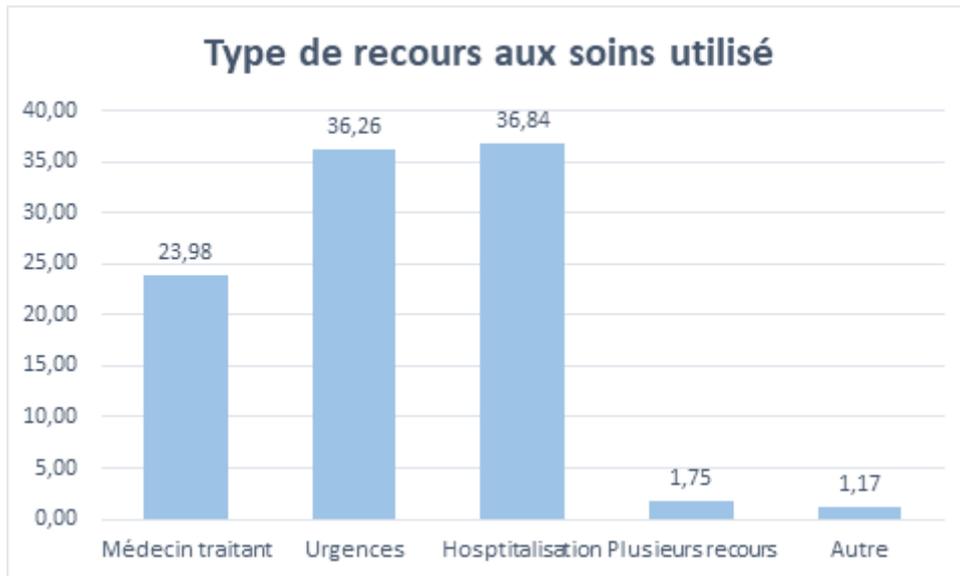


Figure 5 – Type de recours aux soins utilisé

Les dates des faits, du signalement ou du dépôt de plainte, de la réquisition et de la consultation médico-légale ont également été relevées. Nous avons ainsi pu étudier plusieurs délais.

1.1. Délai entre la date des faits et la date de la réquisition

Les données étaient disponibles dans 235 dossiers. Il existe en moyenne 7,81 jours entre la date des faits et la date de la réquisition avec un écart-type de 21,42, une erreur standard de 1,40 et une variance de 458,65.

1.2. Délai entre la date de la réquisition et la date de la consultation médico-légale

Les données étaient disponibles dans 657 dossiers. Il existe en moyenne 2,81 jours entre la date de la réquisition et la date de la consultation médico-légale avec un écart-type de 6,31, une erreur standard de 0,25 et une variance de 39,80.

1.3. Délai entre la date des faits et la date de la consultation médico-légale

Les données étaient disponibles dans 242 dossiers. Il existe en moyenne 9,10 jours entre la date des faits et la date de la consultation médico-légale avec un écart-type de 22,24, une erreur standard de 1,43 et une variance de 494,67.

2. Les caractéristiques des violences

Les principaux résultats concernant les caractéristiques des violences sont énoncés dans le tableau III.

Tableau III - Caractéristiques des violences alléguées

Variable	Effectif (N)	Pourcentage (%)	Moyenne	Ecart-type
Caractéristiques des violences :				
<i>Type de violences alléguées</i>				
- Physique	354	53,07	-	-
- Psychologique	11	1,65	-	-
- Négligence	8	1,20	-	-
- Physique et psychologique	160	23,99	-	-
- Physique et négligence	16	2,40	-	-
- Psychologique et négligence	1	0,15	-	-
- Physique, psychologique et négligence	29	4,35	-	-
- Non renseigné	88	13,19	-	-
<i>Lieu où ont été commises les violences</i>				
- Domicile	588	88,16	-	-
- Voie publique	4	0,60	-	-
- Espace public fermé	1	0,15	-	-
- Espace public ouvert	2	0,30	-	-
- Etablissement scolaire	0	0,00	-	-
- Etablissement de santé	0	0,00	-	-
- Milieu naturel	2	0,30	-	-
- Autre	6	0,90	-	-
- Domicile et étab. Scolaire	1	0,15	-	-
- Non renseigné	63	9,45	-	-
<i>Catégories de violences</i>				
- Coup (pied, poing, tête)	132	19,79	-	-
- Gifle/fessée	285	42,73	-	-
- Bousculade	19	2,85	-	-
- Saisie manuelle	72	10,79	-	-
- Secouement	21	3,15	-	-
- Pincement	13	1,95	-	-
- Crachat	4	0,60	-	-
- Morsure	8	1,20	-	-
- Objet contondant	120	17,99	-	-
- Objet tranchant	10	1,50	-	-
- Fouettement	9	1,35	-	-
- Entrave	4	0,60	-	-
- Etranglement	18	2,70	-	-
- Submersion	2	0,30	-	-
- Etouffement	2	0,30	-	-
- Brûlure	14	2,10	-	-
- Se faire uriner dessus	3	0,45	-	-
- Projection	27	4,05	-	-
- Jet d'objet	15	2,25	-	-
- Tirage de cheveux	35	5,25	-	-
- Tirage d'oreille	20	3,00	-	-
- Griffure	7	1,05	-	-
- Insultes	66	9,90	-	-
- Propos rabaissants	12	1,80	-	-
- Propos dénigrants	6	0,90	-	-
- Menaces	42	6,30	-	-
- Témoin de violences	105	15,74	-	-
- Autre	46	6,90	-	-
- Non renseigné	155	23,24	-	-
<i>Nombre d'épisodes allégués</i>				
- Aucun	92	13,79	-	-
- Un	73	10,94	-	-
- Plusieurs	379	56,82	-	-
- Non renseigné	123	18,44	-	-
<i>Durée des violences</i>				
- Un épisode unique	73	10,94	-	-
- Plusieurs jours	2	0,30	-	-
- Plusieurs semaines	11	1,65	-	-
- Plusieurs mois	32	4,80	-	-
- Plusieurs années	283	42,43	-	-
- Non pertinent	92	13,79	-	-
- Non renseigné	174	26,09	-	-
<i>Négligences</i>				
- Physique	54	8,10	-	-
- Emotionnelle	2	0,30	-	-
- Physique et émotionnelle	14	2,10	-	-
- Autre	1	0,15	-	-
- Aucune	596	89,36	-	-
<i>Violences conjugales associées</i>				
- Oui	121	18,14	-	-
- Non renseigné	546	81,86	-	-

Pour le type de violences alléguées, on retrouve des violences physiques dans 83,81% des cas (n=559), plus ou moins associées à d'autres types de violences. Lorsque des violences sont alléguées, soit dans 401 cas, il s'agit d'un épisode unique dans 18,20% des cas (n=73). Dans les autres cas, les violences durent depuis plusieurs jours dans 0,50% des cas (n=2), plusieurs semaines dans 2,74% des cas (n=11), plusieurs mois dans 7,98% des cas (n=32) et plusieurs années dans 70,57% des cas (n=283) ($p < 0,05$).

3. Les éléments retrouvés lors de l'examen médico-légal : description des lésions et du retentissement psychologique

Le tableau IV résume l'ensemble des données recueillies concernant la présence ou non de lésions à l'examen clinique réalisé lors de la consultation médico-légale, leur nombre, leur type, leur localisation et leur lien avec les violences alléguées, ainsi que la présence d'un retentissement psychologique et les symptômes présents le cas échéant.

Les lésions retrouvées à l'examen clinique sont en lien avec les violences alléguées dans 229 cas. De plus, lorsque les lésions retrouvées lors de l'examen clinique sont en lien avec les violences alléguées, elles touchent une seule zone du corps dans 44,54% des cas et plusieurs zones du corps dans 55,46% des cas.

Tableau IV – Caractéristiques des différents éléments retrouvés lors de la consultation médico-légale

Variable	Effectif (N)	Pourcentage (%)	Moyenne	Ecart-type
Caractéristiques des lésions :				
<i>Type de lésions retrouvées à l'examen</i>				
- Ecchymose	156	23,39	-	-
- Hématome	26	3,90	-	-
- Erosion	128	19,19	-	-
- Plaie	4	0,60	-	-
- Pétéchie	11	1,65	-	-
- Brûlure	9	1,35	-	-
- Lésion osseuse	27	4,05	-	-
- Lésion cérébrale	14	2,10	-	-
- Lésion rétinienne	9	1,35	-	-
- Lésion intra-buccale	2	0,30	-	-
- Cicatrice	88	13,19	-	-
- Alopécie	2	0,30	-	-
- Lésion du tympan	1	0,15	-	-
- Lésion unguéale	2	0,30	-	-
- Œdème	4	0,60	-	-
- Lésion d'un organe	1	0,15	-	-
- Erythème	2	0,30	-	-
- Non liée aux violences	302	45,28	-	-
- Autre	6	0,90	-	-
- Aucune	110	16,49	-	-
- Non renseigné	3	0,45	-	-
<i>Nombre de lésions</i>				
- Aucune	111	16,64	-	-
- Une	53	7,95	-	-
- Plusieurs	498	74,66	-	-
- Non renseigné	5	0,75	-	-
<i>Lien avec les violences</i>				
- Oui	229	34,33	-	-
- Non	320	47,98	-	-
- Non pertinent	113	16,94	-	-
- Non renseigné	5	0,75	-	-
<i>Zones anatomiques touchées</i>				
- Crâne	37	5,55	-	-
- Visage	112	16,79	-	-
- Cou	16	2,40	-	-
- Dos	73	10,94	-	-
- Thorax	39	5,85	-	-
- Abdomen	30	4,50	-	-
- Membres supérieurs	111	16,64	-	-
- Membres inférieurs	121	18,14	-	-
- Organes génitaux externes	1	0,15	-	-
- Lésions non liées aux violences	323	48,43	-	-
- Aucune	105	15,74	-	-
- Non renseigné	3	0,45	-	-
Retentissement psychologique :				
<i>Présence d'un retentissement psychologique</i>				
- Oui	196	29,39	-	-
- Non	367	55,02	-	-
- Non évalué	104	15,59	-	-
<i>Type de symptômes psychologiques</i>				
- Troubles du sommeil	67	10,04	-	-
- Troubles de l'appétit	12	1,80	-	-
- Fléchissement thymique	14	2,10	-	-
- Symptômes anxieux	37	5,55	-	-
- Symptômes dépressifs	4	0,60	-	-
- Troubles du développement	1	0,15	-	-
- Troubles cognitifs	2	0,30	-	-
- Sentiment d'insécurité	13	1,95	-	-
- Hypervigilance	4	0,60	-	-
- Retard du développement	2	0,30	-	-
- Retard des apprentissages	7	1,05	-	-
- Repli sur soi	20	3,00	-	-
- Idées noires/idées suicidaires	19	2,85	-	-
- Difficultés scolaires	29	4,35	-	-
- Sentiment de peur	68	10,19	-	-
- Sentiment de colère	18	2,70	-	-
- Sentiment de tristesse	57	8,55	-	-
- Pleurs	21	3,15	-	-
- Trouble des conduites	2	0,30	-	-
- Enurésie/encoprésie secondaires	13	1,95	-	-
- Somatisation	8	1,20	-	-
- Ruminations anxieuses	8	1,20	-	-
- Reviviscences	3	0,45	-	-
- Changement du comportement	30	4,50	-	-
- Autre	3	0,45	-	-

4. Les conclusions de la consultation médico-légale

Les variables retrouvées dans la conclusion du rapport médico-légal sont présentées dans le tableau V.

Tableau V – Caractéristiques retrouvées dans la conclusion de l'examen médico-légal

Variable	Effectif (N)	Pourcentage (%)	Moyenne	Ecart-type
Conclusions médico-légales :				
<i>Mutilation ou infirmité permanente</i>				
- Oui	0	0,00	-	-
- Non	654	98,05	-	-
- Non évalué	13	1,95	-	-
<i>Présence de photographies dans le rapport</i>				
- Oui	46	6,90	-	-
- Non	621	93,10	-	-
<i>Utilisation d'un vocabulaire spécifique</i>				
- Oui	150	22,49	-	-
- Non	517	77,51	-	-
<i>Nombre de jours d'ITT</i>	-	-	2,02	9,62

L'incapacité totale de travail fixée lors de l'examen médico-légal est de 0 jour dans 86,42% des cas (n=579).

III. Etude de l'association de plusieurs variables

1. L'âge de la victime en fonction du type de violence

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les âges des mineurs en fonction du type de violence subi hormis en ce qui concerne les négligences seules (âge moyen de 1,87 an, écart-type de 1,26, $p < 0,01$). Les négligences seules correspondent au groupe « b » sur la figure 6.

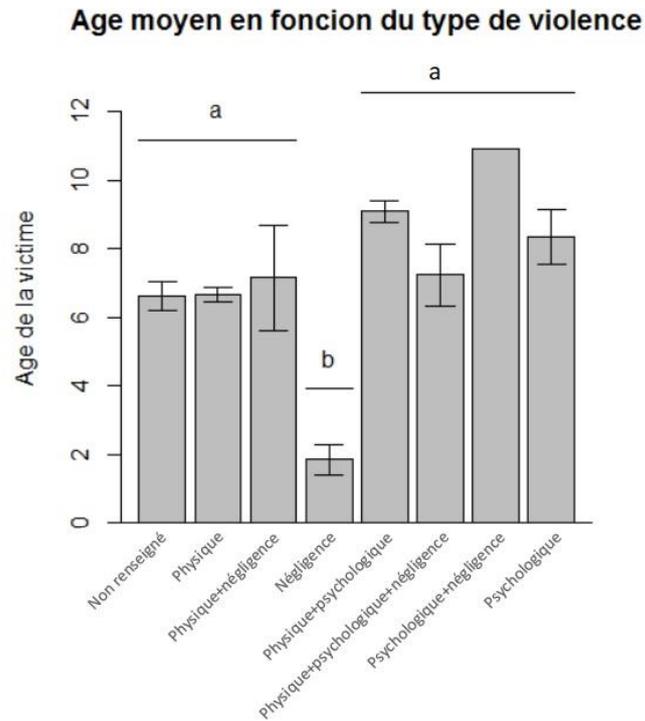


Figure 6 – Représentation de l'âge de la victime en fonction du type de violence –

a/b : $p < 0,01$

2. Le type de violence en fonction du sexe de la victime

La répartition des types de violences en fonction du sexe de la victime n'est pas différente statistiquement ($p=0.7704$). Les résultats de la répartition des types de violences en fonction du sexe sont présentés dans les figures 7 et 8.

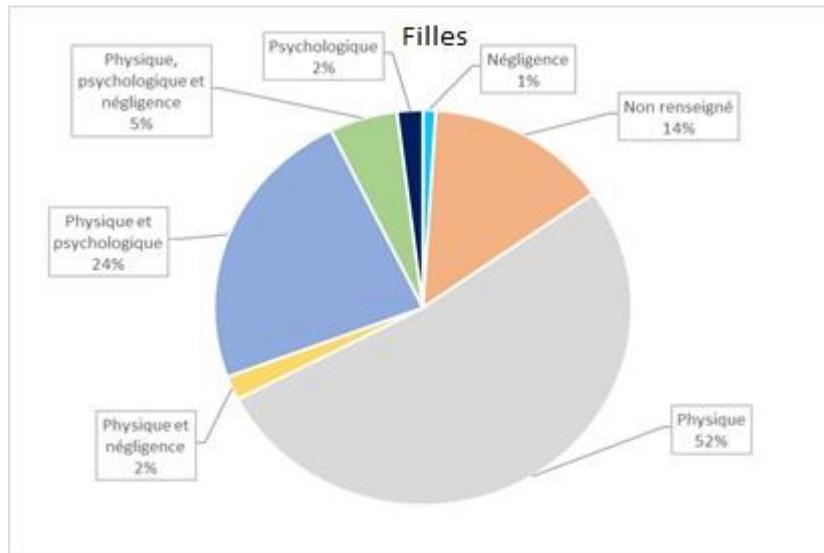


Figure 7 – Répartition des différents types de violence chez les filles

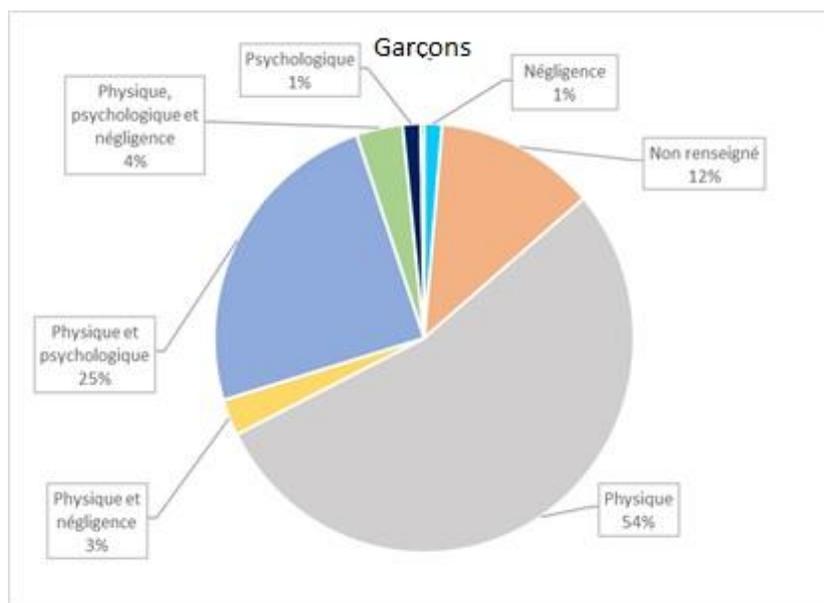


Figure 8 – Répartition des différents types de violence chez les garçons

3. Le type de violence en fonction du lien entre l'auteur et la victime

Il n'existe pas de différence de répartition des types de violences subis en fonction du lien entre l'auteur et la victime ($p=0.2256$).

4. Répartition des types de violence allégués lorsqu'il y a des violences conjugales au sein de la cellule familiale

Dans 121 cas, la lecture du dossier nous a permis d'établir qu'il existait des violences conjugales au sein de la cellule familiale. Nous avons donc étudié la répartition des types de violences allégués par le mineur lorsqu'il existe un contexte de violences conjugales. Les résultats sont présentés dans la figure 9.

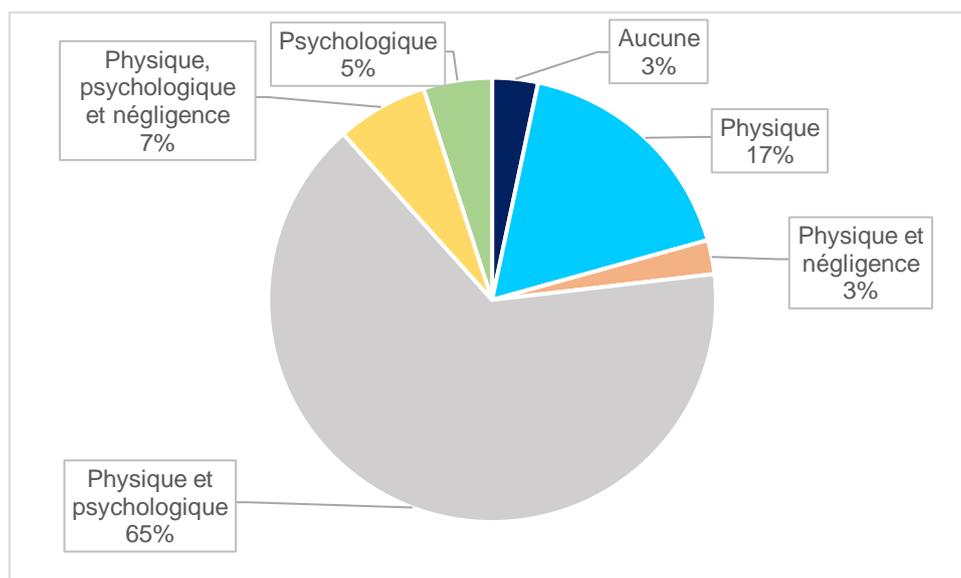


Figure 9 – Répartition des types de violence allégués par le mineur lorsqu'il existe un contexte de violences conjugales

Il existe des différences statistiquement significatives entre certains types de violences, telles que présentées dans le tableau VI. Les violences physiques associées aux violences psychologiques sont statistiquement plus nombreuses que les autres types de violences dans les 121 cas où des violences conjugales sont mentionnées dans le dossier.

Tableau VI – Types de violences significativement différentes entre elles

Types de violences comparés	<i>p</i>
<i>Physique et Psychologique / Aucune</i>	1.9e-07
<i>Physique et Psychologique / Physique</i>	0.01509
<i>Physique et Psychologique / Physique et Négligence</i>	4.637e-08
<i>Physique et Psychologique / Physique, Psychologique et Négligence</i>	1.258e-05
<i>Physique et Psychologique / Psychologique</i>	1.944e-06
<i>Physique / Physique et Négligence</i>	0,04434

5. L'existence d'un retentissement psychologique en fonction de la présence de lésions en lien avec les violences alléguées à l'examen clinique

Il n'existe pas de différence significative entre l'existence ou l'absence d'un retentissement psychologique en fonction de la présence de lésions en lien avec les violences alléguées lors de l'examen clinique ($p=0.0568$).

6. Le nombre de jours d'ITT en fonction de la présence de photographies dans le rapport

Il existe une différence statistiquement significative entre le nombre de jours d'ITT lorsqu'il y a des photographies dans le rapport médico-légal et le nombre de jours d'ITT lorsqu'il n'y a pas de photographies dans le rapport médico-légal ($p=2,2 \times 10^{-16}$). En effet, le nombre moyen de jours d'ITT est de 12,83 (écart-type = 22,18) lorsque des photographies ont été utilisées et de 1,11 (écart-type = 7,22) lorsqu'aucune photographie n'a été utilisée (Figure 10).

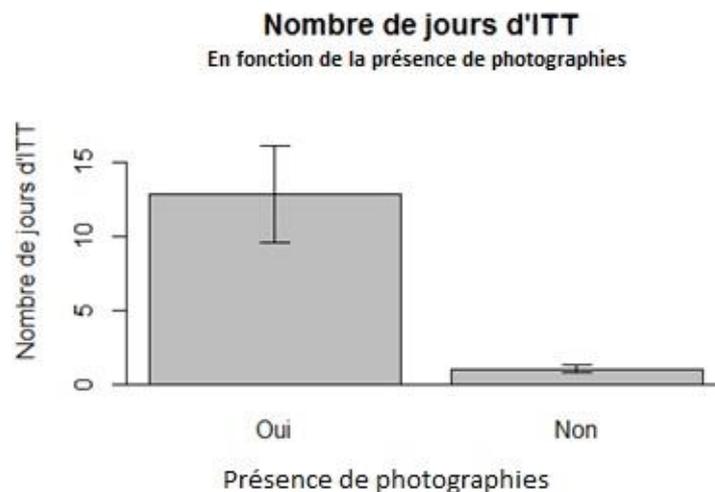


Figure 10 – Représentation du nombre de jours d'ITT en fonction de la présence de photographies dans le rapport médico-légal

7. Le nombre de jours d'ITT en fonction de l'utilisation d'un vocabulaire spécifique dans la conclusion du rapport médico-légal

Il existe une différence statistiquement significative entre le nombre de jours d'ITT lorsqu'un vocabulaire spécifique est utilisé dans la conclusion du rapport médico-légal et le nombre de jours d'ITT lorsqu'aucun vocabulaire spécifique n'est utilisé ($p=2,2 \times 10^{-16}$). En effet, le nombre moyen de jours d'ITT est de 6,68 (écart-type = 18,06) lorsqu'un vocabulaire spécifique a été utilisé dans la conclusion du rapport médico-légal et de 0,56 (écart-type = 3,98) lorsqu'aucun vocabulaire spécifique n'a été utilisé (Figure 11).

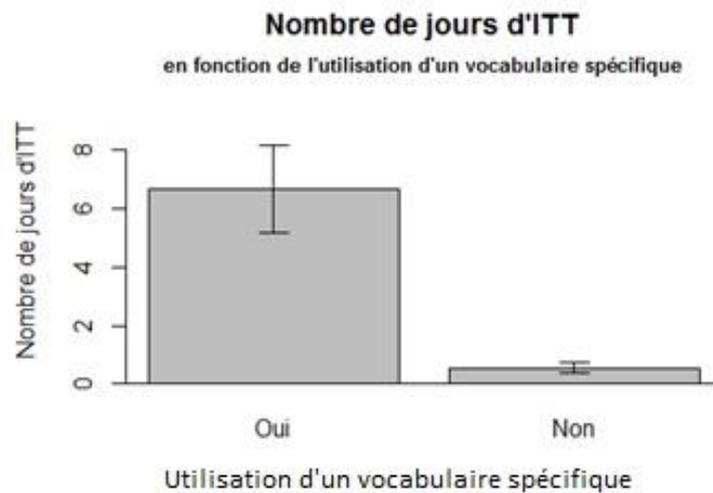


Figure 11 – Représentation du nombre de jours d'ITT en fonction de l'utilisation d'un vocabulaire spécifique dans la conclusion médico-légale

Partie 4 : Discussion

À partir de notre population d'étude composée de 667 mineurs de quinze ans, nous avons pu obtenir un certain nombre de résultats exposés dans la partie précédente, dans le but de répondre aux objectifs principaux et secondaires de cette étude. Il n'existe que très peu d'études françaises concernant les données épidémiologiques des violences physiques intrafamiliales sur mineurs de quinze ans. La plupart des études sur le sujet sont anglo-saxonnes.

Il semble important de signaler que nous avons choisi d'exclure les violences sexuelles au cours de notre étude car le profil des victimes et des auteurs est différent par rapport aux autres types de violences selon plusieurs études étrangères (100, 101, 102, 103) : les auteurs d'agressions sexuelles contre des enfants sont majoritairement des hommes, les taux de violences sexuelles ont tendance à augmenter à partir de la puberté et les conclusions de plusieurs études internationales montrent que les taux de violences sexuelles sont de 1,5 à 3 fois supérieurs chez les filles.

I. Description de la population d'étude et synthèse des résultats

1. Profil type de la victime mineure de violences physiques intrafamiliales

Selon nos résultats, la **victime mineure de violences physiques intrafamiliales serait plus souvent un garçon** (54,57%, $p < 0,05$) **issu d'une fratrie composée de plusieurs enfants** (84,10%, $p < 0,01$), **âgé en moyenne de 7,39 ans**. La culture d'origine n'a pas pu être étudiée car elle n'était pas renseignée dans 89,66% des cas.

D'après la littérature, il n'existe pas de différence statistiquement significative concernant le sexe des victimes de violences physiques intrafamiliales. Certaines études montrent que les garçons sont plus touchés que les filles, dont une étude française réalisée par le médecin légiste Laurent Martrille en 2005, portant sur les caractéristiques des enfants suspects de subir des violences physiques consultant dans différents services d'urgence du sud de la France (104, 105, 106). A l'inverse, d'autres études retrouvent un nombre plus élevé de filles (107, 108).

Force est de constater qu'en réalité il existe une différence entre les pays. L'OMS, dans son rapport mondial sur la violence et la santé en 2002, énonce que « *dans beaucoup de pays, les garçons sont davantage exposés à des châtiments corporels sévères* » (109). L'étude de Ruth Gilbert et co. parue en 2009 explique que l'on peut distinguer deux types de pays entre lesquels une différence existe : « *dans les pays à faible revenu, les filles sont plus exposées à l'infanticide, aux abus sexuels et à la négligence, tandis que les garçons semblent plus exposés aux punitions physiques sévères* », contrairement aux pays à revenu élevé où il n'existe pas de différence entre les filles et les garçons (63, 110, 111, 112).

Pour ce qui est de la composition de la fratrie, l'OMS rapporte que, d'après les données provenant de divers pays, le risque de maltraitance augmente dans les « *ménages surpeuplés* », c'est-à-dire lorsqu'il y a plusieurs enfants au domicile, ce qui est en accord avec nos résultats (109, 113, 114, 115).

Toujours selon l'OMS, un enfant est plus ou moins exposé à la violence, peu importe la forme qu'elle prend, selon son âge (109, 115). En réalité, il est difficile de comparer les données des différentes études car les groupes d'âge choisis et les statistiques retrouvées varient considérablement au sein de la littérature. Plusieurs auteurs signalent une plus grande prévalence de la violence physique chez les jeunes enfants (116), et les nourrissons (117) tandis que Trocmé et ses collaborateurs montrent, dans une étude sur la nature et la gravité des dommages physiques en cas de violence, que le nombre d'enfants présentant des signes physiques augmente avec l'âge (117).

2. Profil type de l'auteur de violences physiques intrafamiliales sur mineur

D'après les résultats de notre étude, **l'auteur de violences physiques intrafamiliales sur mineur serait plus souvent l'un des deux parents (79,15% des cas, $p < 0,01$) issu d'un couple séparé (61,32% des cas, $p < 0,01$)**. Entre les deux parents, **il s'agit le plus souvent du père (60,14%, $p < 0,01$)**. La catégorie socio-professionnelle de l'auteur n'a pas pu être étudiée car elle n'était pas renseignée dans 96,70%.

En ce qui concerne l'auteur des faits, les données de la littérature sont globalement concordantes avec nos résultats. Là encore l'étude de Martrille retrouve que les principaux suspects, par ordre décroissant, sont les deux parents, suivis par le père, la mère, la baby-sitter et enfin les autres

membres de la famille (104). D'autres études étrangères retrouvent les mêmes tendances (108, 118, 119).

Les résultats d'une étude réalisée en 2010 sur la poly-victimisation montrent que les enfants vivant dans une famille recomposée ou dans un ménage parent-partenaire, dans un ménage monoparental ou avec d'autres personnes (non-parentales) qui s'occupent d'eux sont tous surreprésentés dans le groupe des poly-victimes (120). Ainsi, on observe que le nombre de parents encore en couple est supérieur dans la catégorie des enfants ne déclarant pas de violence que dans la catégorie où un type de violence a été rapporté et les chiffres vont decrescendo lorsqu'on augmente le nombre de violences rapportées.

Selon l'OMS, les parents maltraitants sont plus souvent « *jeunes, célibataires, pauvres et chômeurs, et leur niveau d'instruction est inférieur à celui des parents non maltraitants* » (109). Les taux de violence sont plus élevés dans les communautés où les taux de chômage sont importants et où il y a une concentration de la pauvreté (121, 122, 123). Les résultats que nous avons obtenus concernant la catégorie socio-professionnelle de l'auteur n'étaient pas significatifs, les données étant trop souvent manquantes.

De plus, l'OMS ajoute que les parents qui risquent le plus de se montrer violents physiquement avec leurs enfants ont souvent une faible estime d'eux-mêmes, maîtrisent mal leurs impulsions, ont des problèmes de santé mentale et manifestent des comportements antisociaux, ce que nous n'avons malheureusement pas pu étudier au cours de notre étude du fait de son caractère rétrospectif (109).

3. Caractéristiques du signalement et de la réquisition judiciaire

3.1. Le signalement

Il est **réalisé par la mère dans la majorité des cas** (25,19% des cas, $p < 0,05$ par rapport à l'établissement scolaire), puis par l'établissement scolaire et les établissements de soins (respectivement 19,94% et 15,89% des cas, absence de différence statistiquement significative entre les deux), par le père (8,10% des cas, $p < 0,01$), et enfin par un autre membre de la famille ou par une autre personne (respectivement 5,25% et 4,20% des cas, absence de différence

statistiquement significative entre les deux, $p < 0,01$ en comparaison avec le père). La donnée est manquante dans 21,44% des cas.

D'après un article de Catherine Le Borgne paru en 2015 se basant sur les chiffres de la HAS, il n'y aurait que 5% de signalements qui proviendraient du corps médical, un tiers des services sociaux, un sur cinq de l'Éducation nationale, et le reste du voisinage, de l'entourage ou de la famille elle-même (124). Les chiffres sont cohérents avec ceux de notre étude pour l'établissement scolaire (19,94% dans notre étude) et pour le père, la mère, les autres membres de la famille et autres personnes qui, si on les rassemble, représentent 42,74% des cas. En revanche, nous avons trouvé que le signalement provenait des établissements de santé dans 15,89% des cas alors que les données de la HAS rapportent seulement une proportion de 5% de signalements réalisés par le corps médical. De plus, il n'est retrouvé aucun signalement fait par les services sociaux dans notre étude. Ces résultats discordants peuvent être expliqués par le nombre de données manquantes dans notre étude (21,44%) et par les différences entre les sources utilisées par la HAS et celles de notre étude : lorsqu'un enfant est admis dans un établissement de santé et qu'il existe une suspicion de maltraitance, le médecin va rédiger un signalement sans savoir s'il en existe déjà un, il sera alors le seul mentionné dans le dossier médico-légal car le seul porté à notre connaissance. Nos résultats s'appuyant sur les données du dossier médico-légal, il se peut que le nombre de signalements effectués par les établissements de santé soit surestimé comparé aux chiffres officiels de la HAS. Une autre piste de réflexion pourrait être que depuis 2015 les campagnes de prévention et la sensibilisation et la formation des professionnels de santé aient porté leurs fruits et qu'il y ait un nombre plus important de signalements réalisés par les professionnels de santé.

Un autre point est que la HAS recense le nombre de signalements faits par le corps médical, qui comprend également les praticiens libéraux, or dans notre étude il n'en est retrouvé aucun, seuls les établissements de santé étaient mentionnés dans les dossiers que nous avons étudiés. Cette différence peut être expliquée par le fait que lorsque les médecins libéraux suspectent un cas de maltraitance infantile, ils peuvent adresser le mineur aux urgences afin d'effectuer un bilan complémentaire et de protéger l'enfant, telles que le rappellent les recommandations de bonne pratique de la HAS. Le signalement sera alors effectué par le médecin de l'établissement de santé.

De plus, la différence entre les chiffres de la HAS et les chiffres de notre étude pourrait être due au fait que lorsque les violences sont signalées à l'autorité administrative à l'aide d'une

information préoccupante, aucun examen médico-légal n'est réalisé et nous n'avons par conséquent pas eu accès à ces dossiers lors de notre étude. Ainsi, une autre hypothèse pourrait être que la répartition des entités signalant les violences serait différente selon qu'il s'agisse d'une information préoccupante à la CRIP ou d'un signalement au procureur de la République. Des études complémentaires s'intéressant plus spécifiquement au signalement des violences pourraient apporter des réponses supplémentaires.

3.2. La réquisition judiciaire

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le nombre de réquisition judiciaire émanant de la police (53,52%) et celui émanant de la gendarmerie (46,33%) ($p = 0.06289$). La police est présente dans le secteur « ville » et la gendarmerie dans le secteur « campagne », on peut donc en conclure que dans notre étude il n'existe pas plus de violences physiques intrafamiliales sur les mineurs de quinze ans en milieu rural qu'urbain.

Une audition « Hilios » a été réalisée dans les locaux de l'UMJ dans 14,24% des cas. Depuis 2007, l'audition du mineur fait l'objet d'un enregistrement obligatoire, ce qui suppose d'avoir à disposition le matériel adéquat. Dans les cas où l'audition du mineur n'a pas été réalisée au sein de l'UMJ, il est probable qu'elle ait été réalisée au sein des différentes brigades menant l'enquête, dans un temps différent, à l'aide d'un dispositif adapté et sous la coupe d'un personnel formé. Les techniques d'audition de mineur et le protocole mis en place en 2007 ont pour but de diminuer au maximum les difficultés inhérentes au témoignage du mineur (problème de mémoire, répétition et suggestibilité).

3.3. Les dates des faits, du signalement, de la réquisition judiciaire et de la consultation médico-légale

Il existe en moyenne 7,81 jours entre la date des faits et la date de la réquisition judiciaire, 2,81 jours entre la date de la réquisition judiciaire et la date de la consultation médico-légale et 9,10 jours entre la date des faits et la date de la consultation médico-légale. Les écarts-types et les variances sont assez importants, les données étant très dispersées (de 0 à 232 jours pour le délai

entre les faits et la réquisition judiciaire, de 0 à 112 jours pour le délai entre la réquisition judiciaire et la consultation médico-légale et de 0 à 237 jours pour le délai entre les faits et la consultation médico-légale).

Il n'existe pas, à ce jour et à notre connaissance, d'étude s'intéressant aux délais entre ces différentes étapes. Voir le mineur dans les jours suivants les faits est primordial pour avoir l'occasion de constater les lésions qui risquent de disparaître avec le temps. A contrario, réaliser l'entretien trop tôt ne permet pas toujours d'évaluer le retentissement psychologique dans son ensemble. Parfois, les faits ne sont signalés que bien plus tard par l'un des deux parents ou par l'établissement scolaire par exemple. En revanche, nos résultats montrent qu'**une fois la justice avertie, le mineur est vu rapidement en consultation.**

4. Le recours aux soins, l'étude du carnet de santé

Il existe un recours aux soins préalable à la consultation médico-légale dans 25,64% des cas. Il peut dans certains cas témoigner de la gravité des lésions initiales. Dans 36,84% des cas une hospitalisation a été nécessaire soit pour la prise en charge des lésions soit pour la protection de l'enfant en permettant de l'éloigner temporairement du milieu familial comme le conseille la HAS dans ses recommandations de bonne pratique (59). Dans 36,26% des cas, le mineur est passé aux urgences pédiatriques et dans 23,98% des cas il a consulté son médecin traitant. Des examens complémentaires ont été réalisés dans 11,09% des cas, principalement lorsqu'un cas de syndrome du bébé secoué ou des lésions osseuses étaient suspectés. Il est très peu rapporté de retard à la prise en charge médicale (3,60% des cas).

Pour ce qui est du recours aux soins, il aurait été intéressant de savoir si le mineur avait déjà consulté aux urgences ou été hospitalisé pour un motif similaire, et les mesures ayant été mises en place à ce moment-là, afin d'évaluer une éventuelle défaillance du système de repérage de la maltraitance infantile. Dans l'étude de Martrille, dans environ 10% des cas les mineurs avaient eu une précédente admission aux urgences (104).

Le carnet de santé est présenté dans 23,69% des cas et il existe un retard à la vaccination dans 2,55% des cas. Cependant, les données concernant la vaccination sont manquantes dans 74,96% des cas. Les résultats concernant le retard à la vaccination peuvent donc être sous-estimés ou

au contraire la présence du carnet de santé a pu être plus facilement mentionnée lorsqu'une anomalie telle qu'un retard à la vaccination était constaté.

5. Caractéristiques des violences dénoncées

5.1. Description des violences

Dans notre étude, **des violences physiques sont rapportées dans 83,81% des cas**. En effet, l'un des critères d'inclusion était la suspicion de violences physiques uniques ou répétées, associées ou non à d'autres types de violences hormis sexuelles, perpétrées par un membre de la famille du mineur ascendant au sens pénal. Certains mineurs vus en consultation n'ont cependant rapporté aucune violence physique, d'où le fait que nous n'atteignons pas les 100%. Dans les cas où le mineur ne déclare pas de violence physique, il peut soit ne déclarer aucune violence soit déclarer des violences psychologiques ou des négligences sans violence physique associée alors que des violences physiques étaient suspectées ou rapportées par la personne ayant déposé plainte ou l'entité ayant effectué le signalement. Lorsqu'il ne rapporte pas de violences, il pourrait être intéressant de savoir qui accompagne l'enfant à la consultation. En effet, bien souvent le mineur est accompagné par l'un de ses deux parents qui peut également être l'auteur supposé des violences. On peut ainsi supposer que sa parole n'est pas libre, même s'il est vu seul en consultation. De plus, il peut exister une minimisation des violences par le mineur lorsqu'il s'agit de « *violences éducatives ordinaires* » et ce d'autant plus lorsqu'elles sont présentes depuis le plus jeune âge. L'enfant ne considèrera pas les gifles ou fessées reçues comme des violences physiques à proprement parler et ne les mentionnera pas spontanément, d'où l'intérêt de lui poser des questions ouvertes sur les punitions reçues au domicile.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les différents types de violences rapportés en fonction de l'âge du mineur au moment des faits, hormis pour ce qui est des négligences seules qui ont lieu sur des enfants plus jeunes que tous les autres types de violences (âge moyen = 1,87 an, $p < 0,01$). Il n'est pas non plus retrouvé de différence de répartition des types de violences en fonction du sexe ($p = 0,7704$).

Les violences alléguées ont lieu **au domicile** du mineur ou de l'auteur dans 88,16% des cas. Cela est dû au fait que les maltraitances infantiles sont le plus souvent perpétrées au sein du huis clos familial, avec un nombre de témoin très limité.

Les violences décrites par les mineurs sont principalement des gifles et des fessées, présentes dans 42,73 % des cas, pouvant être assimilées à des « *violences éducatives ordinaires* », interdites depuis la loi du 10 juillet 2019 (19). On retrouve ensuite les coups de pied, de poing, de tête (19,79%) et les coups portés à l'aide d'un objet contondant (17,99%). Le fait d'être témoin de violences au sein du cercle familial (violences conjugales, violences sur les frères et sœurs ou sur un autre membre de la famille) est mentionné dans 15,74% des cas.

Lorsque des négligences sont présentes, il s'agit de négligences physiques dans 59,34% des cas, de négligences émotionnelles dans 2,20% des cas et de négligences physiques et émotionnelles dans 15,38% des cas.

Concernant la durée des violences alléguées par les mineurs, il s'agit le plus souvent de violences répétées (56,82% des cas) évoluant depuis plusieurs années (70,57% des cas).

Des études réalisées dans divers pays concluent toutes à un **lien étroit entre les violences conjugales et la maltraitance infantile** (113, 125, 126). Le risque d'être victime d'autres formes de maltraitance pour les enfants témoins de violences conjugales est de 30 à 60 % selon les différentes études (80, 127). De plus, il se peut que ce lien soit sous-estimé du fait de l'absence de communication entre les services s'occupant des violences faites aux femmes et ceux s'occupant de la protection de l'enfance. Dans notre étude, pour 18,14% des cas nous avons connaissance de l'existence de violences conjugales au sein du foyer. Lorsqu'on s'intéresse à ces cas, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les différents types de violences rapportés par les enfants hormis pour l'association de violences physiques et psychologiques qui sont plus importantes ($p < 0,01$) ce qui est cohérent avec le fait que les critères d'inclusion comportent la suspicion de violences physiques et qu'être témoin de violences conjugales est considéré comme une violence psychologique. Ainsi, si le mineur nous rapporte avoir assisté à un épisode de violence entre ses parents ou entre l'un de ses deux parents et son concubin, des violences psychologiques seront comptées dans notre recueil de données. Parfois, ce n'est pas le mineur qui nous rapporte les violences conjugales mais son accompagnateur ou l'un de ses frères et sœurs.

5.2. Les éléments retrouvés lors de la consultation médico-légale

- *Les lésions retrouvées lors de l'examen clinique*

Il existe un grand nombre de cas où les lésions retrouvées à l'examen clinique ne sont pas en lien avec les violences alléguées. En effet, les enfants en âge de marcher, d'autant plus lorsqu'ils sont scolarisés, peuvent se faire de nombreuses lésions au cours de jeux, de chutes accidentelles ou lors d'autres mécanismes non en lien avec d'éventuelles violences. En revanche, **certains types de lésions doivent alerter le praticien** (lésions chez un enfant n'ayant pas acquis la marche, lésions ayant une forme particulière, lésions en lien avec une morsure humaine, lésions caractéristiques du syndrome du bébé secoué...) (97). Dans notre étude, l'examen ne retrouve pas de lésions dans 16,49% des cas et retrouve des lésions non liées aux violences alléguées dans 45,28% des cas. Ainsi, il existe des lésions dites compatibles avec les violences alléguées dans 38,23% des cas (les 0,45% de cas restant étant les dossiers où l'information est manquante). Parmi ces lésions a priori liées aux violences, nous retrouvons 31,71% d'ecchymoses, 26,02% d'érosions et 17,89% de lésions cicatricielles. Il existe plusieurs lésions sur le corps de l'enfant dans 74,66% des cas.

Si l'on compare avec les données de la littérature, l'étude de Martrille démontre que 80 % des enfants présentent une forme de lésion en se fiant aux données de l'examen clinique et des examens complémentaires, ce qui est concordant avec l'étude de Keshavarz déjà citée précédemment (104, 105). Or ces deux études s'intéressent à une population de mineurs ayant consulté aux urgences, il paraît donc naturel que la probabilité d'avoir des lésions soit plus élevée que dans notre population d'étude. C'est d'ailleurs ce qu'a montré Trocmé qui se base sur les données des enquêteurs de la protection de l'enfance et qui retrouve des résultats contraires à ceux de Martrille avec 20% de la population physiquement maltraitée présentant des lésions physiques (117), ce qui se rapproche davantage de nos résultats.

Martrille a également étudié les types de lésions retrouvées lors de l'examen et nos résultats sont semblables aux siens : « *la moitié des enfants présentaient des lésions contondantes des tissus mous telles que des ecchymoses, des abrasions et des lacérations* » (104). Ces lésions sont celles ayant la plus forte incidence dans les études s'intéressant à ce critère (105, 117).

Pour ce qui est des zones anatomiques touchées, dans les 238 cas où les lésions sont en lien avec les violences alléguées, les membres inférieurs sont atteints dans 22,41% des cas, le visage

dans 20,74% des cas et les membres supérieurs dans 20,56% des cas. Il n'est retrouvé aucune donnée concernant les zones anatomiques touchées lors des violences physiques intrafamiliales sur mineur de quinze ans dans la littérature.

- *Le retentissement psychologique, déterminé à la suite de l'entretien*

Il existe un retentissement psychologique des violences sur le mineur dans 29,39% des cas.

Nous avons vu précédemment que dans la plupart des cas il s'agit de violences répétées évoluant depuis plusieurs années. Dans ce contexte chronique, le mineur grandit et s'adapte à son environnement violent, ce qui rend difficile l'évaluation du retentissement psychologique lors de la consultation médico-légale, contrairement aux épisodes uniques où l'on retrouve régulièrement une symptomatologie psychique plus marquée associant des modifications comportementales, des troubles du sommeil et de l'attention.

Dans notre étude, nous avons cherché s'il existait un lien entre le retentissement psychologique et le fait d'avoir une lésion suite aux violences. Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre l'existence ou non d'un retentissement psychologique en fonction de la présence de lésions en lien avec les violences alléguées à l'examen clinique ($p = 0,0568$). Les principaux symptômes psychologiques retrouvés lors de l'entretien sont le sentiment de peur (présent dans 10,19% des cas), les troubles du sommeil (présents dans 10,04% des cas) et le sentiment de tristesse (présent dans 8,55% des cas). Nous pouvons préciser que les troubles du sommeil sont répandus lorsque l'on vit une situation de stress ou qu'il existe une anxiété mais encore une fois, aucune étude n'a été retrouvée au sujet de l'évaluation du retentissement psychologique précoce du mineur victime de violences physiques intrafamiliales et des symptômes présents lors de la consultation médico-légale. On sait cependant que ce type de violence a des répercussions sur la santé mentale à long terme du mineur, comme nous l'avons vu dans notre partie 2 concernant les généralités. C'est pourquoi, même lorsque l'on ne retrouve pas de retentissement psychologique lors de la consultation médico-légale, il est recommandé de mettre en place un suivi psychologique adapté afin de dépister d'éventuelles répercussions futures.

6. Les conclusions médico-légales

6.1. Mutilation ou infirmité permanente

Dans aucun des cas de notre étude il n'existe de mutilation ou d'infirmité permanente au jour de l'examen médico-légal. En effet, nous avons vu que le type de blessures majoritairement retrouvé est un type de blessures superficielles, ne laissant généralement pas de traces au long cours.

Ce critère ne pouvait pas être évalué au jour de l'examen dans 1,95% des cas. En effet, dans le syndrome du bébé secoué il est difficile de prévoir les séquelles qui persisteront à long terme et une réévaluation est alors nécessaire à distance des faits. Cette réévaluation fait souvent l'objet d'une expertise du fait de la complexité de ce type de dossiers et des avis spécialisés peuvent s'avérer indispensables.

6.2.L'incapacité totale de travail (ITT)

La durée moyenne de l'ITT fixée lors de la consultation médico-légale suite à la suspicion de violences physiques intrafamiliales sur mineurs de quinze ans dans notre étude est de 2,02 jours. En réalité, l'écart-type et la variance sont grands car les variables sont très dispersées. Si nous nous intéressons aux valeurs brutes, **l'ITT est de 0 jour dans 86,42% des cas**. En effet, les violences habituelles sont bien souvent responsables de lésions cutanées (ecchymoses, érosions, cicatrices...) comme nous l'avons vu précédemment, sans qu'il n'y ait de retentissement sur les actes de la vie quotidienne. Il semble également exister un phénomène de banalisation des violences de la part des mineurs victimes de violences répétées : en effet, la plupart des mineurs vus en consultation médico-légale pour suspicion de violences physiques intrafamiliales ayant effectivement rapporté l'existence de violences déclarent qu'elles existent depuis plusieurs années sans pour autant décrire de gêne franche dans leur vie quotidienne. Par conséquent, fixer l'ITT dans les violences chroniques est difficile. Les altérations de la vie quotidienne existent mais sont peu visibles chez ces jeunes qui s'adaptent à la situation. Dans ce contexte, l'ITT ne semble pas être un bon indicateur et un autre type d'évaluation serait nécessaire. Actuellement,

il est fréquent que le médecin légiste mentionne une **altération de la qualité de vie** du mineur dans ses conclusions.

La fixation de l'ITT a été étudiée de nombreuses fois dans la littérature mais à notre connaissance il n'existe pas d'étude spécifique sur le nombre de jour d'ITT fixé en fonction du type de violence dans cette population.

6.3. L'utilisation de photographies dans le rapport

Lors de son examen, le médecin légiste réalise systématiquement des clichés photographiques des blessures. L'utilisation de photographies dans le rapport médico-légal se développe de plus en plus ces dernières années.

Ces photographies sont utilisées afin d'illustrer les lésions retrouvées à l'examen clinique et de permettre aux magistrats de mieux appréhender l'état physique du mineur. Il s'agit également d'une manière pour le médecin légiste d'appuyer ses constatations pour s'assurer qu'elles soient prise en compte correctement en montrant aux magistrats la gravité ou l'étendue des blessures.

Dans notre étude, des photographies sont présentes dans 6,90% des rapports. Nous avons également trouvé qu'il existe un nombre de jours d'ITT plus important lorsqu'on intègre des photographies dans le rapport médico-légal. Ceci est expliqué par le fait que l'on va plus volontiers utiliser des photographies lorsqu'il existe des lésions graves ou nombreuses justifiant d'une ITT plus longue, la multiplicité des lésions ou leur gravité ayant un impact sur les gênes à effectuer certains actes de la vie quotidienne.

6.4. L'utilisation d'un vocabulaire spécifique dans la conclusion du rapport médico-légal

Un vocabulaire spécifique, servant à alerter le magistrat sur la situation du mineur, est utilisé dans 22,49% des cas. Nous avons également trouvé qu'il existe une durée d'ITT plus importante lorsque l'on utilise un vocabulaire spécifique dans la conclusion du rapport médico-légal. Ceci est expliqué par le fait que l'on utilise ce type de vocabulaire dans les cas où la situation du mineur nous paraît alarmante, ou lorsque certaines mesures nous semblent importantes à mettre

en place, ce qui arrive plus fréquemment lorsqu'il existe un impact sur le mineur, qui peut se mesurer par la répercussion des violences sur les actes de la vie courante, représentée par le nombre de jours d'ITT.

Dans la conclusion du rapport médico-légal, il arrive régulièrement que le médecin légiste fasse des recommandations sur le suivi à mettre en place, à la fois sur le plan médical, psychologique, social et éducatif. En effet, l'enfance et l'adolescence représentent deux moments clés du développement physique et psychologique. L'existence de violences à ce stade peut avoir des répercussions importantes sur ce développement, qui sont également recherchées lors de l'examen médico-légal et de l'entretien. Lorsque des retards de développement existent et sont mis en évidence au cours de l'examen, il est rappelé à la personne accompagnant l'enfant l'intérêt de la mise en place d'un suivi adapté et ces préconisations sont reprises dans les conclusions que le médecin légiste transmet au magistrat en charge du dossier. Dans un certain nombre de cas, la plainte concerne des « *violences éducatives ordinaires* », récemment interdites par la loi française. Il nous semble alors important de mettre en place un suivi socio-éducatif afin d'accompagner au mieux les parents dans leur rôle et de prévenir l'arrivée de nouvelles violences.

II. Les limites et les points forts de l'étude

Notre étude comporte plusieurs limites et biais qu'il est important de mettre en lumière et de prendre en compte lors de la lecture de nos résultats.

Notre étude est rétrospective, ce qui implique un nombre de données manquantes important et nous empêche d'analyser plusieurs variables. De plus, certaines variables qui auraient pu apporter plus d'éléments sur le profil des victimes et des auteurs n'ont pas été retrouvées dans les dossiers comme la naissance prématurée de l'enfant, les passages antérieurs aux urgences pour un motif similaire, l'existence ou non d'anciennes mesures judiciaires, les antécédents de maltraitance infantile chez les parents, les consommations d'alcool et de produits stupéfiants chez les parents, les antécédents de troubles psychiatriques chez les parents, qui sont autant de facteurs ayant été étudiés dans des études étrangères et rapportés comme étant des facteurs de risque. Une étude prospective pourrait dans ce sens apporter de nombreux éléments

complémentaires à nos profils types. Ainsi, une grille de recueil plus large pourrait être établie pour permettre au médecin légiste qui réalise la consultation de recueillir des éléments qu'on ne questionne pas forcément systématiquement. En parallèle, un questionnaire pourrait être transmis aux parents afin de rechercher différents facteurs supposés influencer sur l'apparition de maltraitance infantile au sein d'une cellule familiale et permettre d'affiner le profil type des victimes et des auteurs.

Une autre limite tient dans le fait que les consultations et les certificats sont réalisés par différents médecins et que notre étude porte sur une longue période au cours de laquelle les pratiques ont pu évoluer. Bien que la méthode de travail soit la même entre les différents praticiens dans le but d'obtenir le meilleur degré d'objectivité possible, toutes les informations qui nous intéressent pour notre étude ne sont pas obligatoirement retranscrites dans le rapport médico-légal. Une manière d'éviter ce biais serait de réaliser un recueil prospectif en déterminant à l'avance les éléments importants à rechercher dans le cadre d'une nouvelle étude.

Bien que notre étude soit rétrospective, elle nous a permis d'obtenir un large échantillon et ainsi d'être représentatif de la population d'étude qui est celle des mineurs de quinze ans victimes de violence physique dans le cadre intrafamilial dans la Vienne. Cependant, notre étude n'en reste pas moins monocentrique ce qui constitue un biais effet-centre, lié au fait que des variabilités peuvent exister entre les différents départements et régions. Il serait intéressant dans ce sens de poursuivre ce travail en incluant d'autres UMJ françaises afin d'élargir notre échantillon et d'augmenter la puissance de notre étude.

L'un des points forts de notre étude est qu'il s'agit d'une étude originale dans la Vienne, qui s'intéresse à des données peu développées dans la littérature francophone, telles que le retentissement psychologique précoce ou encore les délais entre les différentes étapes du signalement des violences à la consultation médico-légale.

Il s'agit également d'une étude réalisée dans les règles de l'art et il n'existe aucun conflit d'intérêt associé à ce travail.

III. Axes de prévention à mettre en place sur notre territoire

Selon l’OMS, il n’existe que peu d’études à l’échelle mondiale ayant été faites pour déterminer l’efficacité des interventions préventives (109). Nous avons vu dans la deuxième partie de ce travail l’ensemble des actions de prévention primaire et secondaire pouvant être mises en place au niveau national et la volonté de l’État de développer ces dernières.

Malgré cela, plusieurs études dont celle de Ruth Gilbert et co. ont démontré qu’il existait un écart entre les taux de maltraitance corroborés par les agences de protection de l’enfance et les taux dix fois plus élevés signalés par les victimes ou les parents ce qui met en lumière le fait que tous les enfants victimes de maltraitements infantiles ne reçoivent pas forcément d’attention de la part des structures de l’État, et donc qu’il existe une faille dans le repérage de ces violences (63). Par ailleurs, nous avons vu que les enfants qui sont exposés à un type de maltraitance sont souvent exposés à d’autres types de maltraitance à plusieurs reprises ou de façon continue (63, 120) et qu’il existe un nombre important de mineurs témoins de violences conjugales à risque de devenir à leur tour victimes de violences physiques intrafamiliales.

1. La prévention primaire

Dans un premier temps, il faudrait **développer la recherche** sur les maltraitements infantiles et leurs conséquences en France car il n’existe que très peu d’études sur le sujet. La prévention primaire pourrait ainsi être plus performante en améliorant le **repérage des situations à risque de maltraitance** grâce à la multiplication du nombre d’études épidémiologiques françaises. Mieux définir les familles à risque est essentiel pour une prévention primaire efficace.

Une fois ce ciblage réalisé, il faudrait agir auprès de ces familles en allouant suffisamment de moyens pour **mettre en place les mesures préexistantes** (telles que les conseils et recommandations données à la maternité, les visites à domicile pré et post-natales, les actions ciblées sur certains types de violences comme par exemple le syndrome du bébé secoué) et en assurer le suivi. Il faudrait également **développer dans les années à venir de nouvelles actions de prévention** comme par exemple élargir les possibilités de cours collectifs concernant l’éducation destinés aux parents.

2. La prévention secondaire

Concernant la prévention secondaire, il existe plusieurs axes sur lesquels travailler, dans le but d'améliorer le dépistage des situations d'enfant en danger. Pour ce faire, il serait intéressant de **former et impliquer davantage les professionnels de santé, de la protection de l'enfance et de l'éducation nationale afin de favoriser le signalement aux autorités de ces situations et de créer un véritable parcours de prévention et d'accompagnement.**

2.1. Améliorer la formation des professionnels de santé

Nous avons vu que le signalement par les professionnels de santé reste insuffisant. Les médecins généralistes sont souvent les premiers intervenant mais manquent de formation et de recul face aux situations de violences intrafamiliales sur mineurs. Ils n'osent pas questionner l'enfant ou ses parents car ils se sentent mal à l'aise vis-à-vis de la violence, comme le montre en 2015 la thèse d'une consœur poitevine qui mettait en évidence que les principaux freins au signalement cités par les médecins généralistes étaient la « *peur de se tromper* », le « *manque de connaissance des procédures de signalement* » et la « *peur de stigmatiser la famille* » (128). Or il est primordial de rechercher cette violence de manière systématique pour la déceler plus souvent et ce d'autant plus lorsqu'il existe le moindre doute afin de protéger l'enfant. Il serait utile dans ce contexte de **proposer des formations pratiques ouvertes à tout professionnel de santé**, que ce soit les médecins généralistes mais également les urgentistes et les pédiatres. Ces formations pourraient être organisées sous forme de présentations et d'ateliers. Les thèmes à aborder seraient les signes devant amener à s'interroger sur l'existence éventuelle de violences (par exemple en établissant une liste constituant un faisceau d'indices concordants), la manière d'aborder le sujet lors d'une consultation, la rédaction d'une information préoccupante, les différentes suites judiciaires possibles.

Au sein du CHU de Poitiers, mais aussi sur le site du Conseil national de l'ordre des médecins, des modèles types de signalement sont disponibles. On pourrait s'appuyer sur ces supports pour proposer des formations afin d'aider les urgentistes ou les pédiatres à rédiger les informations préoccupantes à la CRIP et les signalements au procureur de la République. On pourrait également mettre en place à chaque semestre une présentation aux nouveaux internes de

pédiatrie qui reviendrait sur la procédure de signalement des violences et qui serait faite par un médecin légiste. Nous pourrions ainsi répondre aux questions qu'ils se posent régulièrement. De plus, lorsqu'un mineur arrive aux urgences pédiatriques avec comme motif d'entrée une cause traumatique, il faudrait inciter les urgentistes à s'interroger sur l'existence éventuelle de violences à l'origine des lésions et à aller voir s'il existe d'anciens passages aux urgences pour des motifs similaires. Ce travail serait à décliner auprès des autres centres hospitaliers de la région pour mettre en place une cohérence et des liens dans la prise en charge des mineurs sur l'ensemble du territoire.

2.2. Favoriser la communication entre les magistrats, les professionnels de la PMI et les médecins légistes

Il serait également bénéfique de **développer sur notre territoire des réunions pluriannuelles entre les magistrats en charge des affaires concernant les mineurs, les professionnels de la PMI et les médecins légistes de l'UMJ du CHU de Poitiers**. La crise sanitaire actuelle a permis de démontrer que les outils modernes s'appliquent à tous les domaines en permettant de sécuriser les données. Ainsi la mise en place d'instances récurrentes dans le but de créer du lien entre les différents intervenants et d'échanger sur nos pratiques respectives pourrait être envisagée en visioconférence ce qui permettrait une mise en place facile et rapide.

2.3. Développer la prévention secondaire au sein des établissements scolaires

Nous avons vu au cours de notre étude que l'âge moyen des mineurs que nous voyons en consultation pour suspicion de violences physiques intrafamiliales est de 7,39 ans. A l'heure actuelle, il n'existe aucune obligation pour les instituteurs d'évoquer les maltraitances infantiles avec leurs élèves. Lorsqu'ils parlent des violences, ils axent principalement leur propos sur les violences scolaires. Aller à la rencontre des enseignants et leur proposer une aide pour aborder ce sujet me semble donc pertinent. Il pourrait s'avérer propice d'**intervenir directement auprès des enfants, à raison d'une fois par an, au sein des écoles primaires**. Le but serait d'expliquer aux premiers concernés par les violences ce qui est normal et ce qui ne l'est pas au sein d'une famille, d'insister sur la nécessité d'en parler. Il faudrait revenir avec eux sur ce

qu'est la violence et ce qu'il se passe après qu'ils en aient parlé en utilisant un vocabulaire adapté et des supports ludiques. Leur expliquer que la justice est là pour les protéger en premier lieu, pour améliorer les relations au sein de la famille et accompagner leurs parents pourrait permettre de libérer leur parole bien souvent tue par la peur de détruire la cellule familiale et par conflit de loyauté.

2.4. Et les enfants ? Dépister la maltraitance infantile lorsqu'on a connaissance de violences conjugales

Un autre point important serait de **favoriser l'articulation entre les services s'occupant des violences faites aux femmes et ceux s'occupant de la protection de l'enfance**. Il faudrait évoquer systématiquement les enfants du couple lorsqu'une situation de violences conjugales est portée à la connaissance d'un enquêteur, d'un magistrat, d'un professionnel de santé et ainsi multiplier les occasions pour la victime de violences conjugales de révéler l'existence de violences sur le ou les enfants. Dans ce cadre, un travail de sensibilisation des services de police et de gendarmerie sur les violences faites aux enfants liées aux violences conjugales serait également nécessaire. En effet, les brigades s'occupant des cas de violences conjugales ne sont pas formées spécifiquement à prendre en charge les mineurs victimes de violences. Dans ce sens, il serait pertinent de leur proposer des formations accessibles à l'ensemble des services qui expliqueraient l'intérêt de dépister systématiquement chez le ou les enfants d'un couple où sont découvertes des violences conjugales l'éventuelle présence de tous types de violences sur mineur. Le but serait à minima de recueillir la parole du mineur et de proposer la mise en place d'un suivi auprès de ce dernier, à la fois sur le plan socio-éducatif et psychologique, même lorsqu'il n'est pas la victime directe des violences physiques intrafamiliales.

Conclusion

La maltraitance infantile est un problème majeur de santé publique, à la fois en raison du nombre de familles et d'enfants qu'elle touche mais aussi de ses conséquences à long terme et du coût qu'elle représente pour la société. Bien que des mesures de prévention primaire et secondaire aient été mises en place par le gouvernement depuis plusieurs années, les chiffres ne diminuent pas et sont encore à l'heure actuelle sous-estimés. Malgré l'intérêt grandissant de la société pour les violences domestiques, il persiste des idées reçues sur le sujet et bien souvent ce type de violence reste dissimulé dans le huis clos familial.

Nous avons vu au cours de cette étude, en décrivant la population des mineurs de quinze ans vus en consultation à l'UMJ du CHU de Poitiers pour suspicion de violences physiques intrafamiliales perpétrées par un ascendant, que des caractéristiques communes se détachent entre les victimes et entre les auteurs. Il est donc possible de déterminer un profil de victime et un profil d'auteur. Le fait de définir ces profils « types » sur notre territoire permet d'obtenir une amélioration du repérage des situations à risque en ciblant mieux le public auprès duquel il faut être vigilant afin de renforcer les actions de prévention primaire déjà mises en place. Des actions supplémentaires pourraient également voir le jour dans les années à venir.

Pour ce qui est de la prévention secondaire, plusieurs actions pourraient être mises en place sur notre territoire et permettraient ainsi de porter à la connaissance de l'Aide Sociale à l'Enfance et/ou de la Justice les situations d'enfants en danger et de diminuer la sous-estimation des cas.

Notre travail a également permis de caractériser les violences rapportées par les mineurs suspects d'être victimes de violences physiques intrafamiliales et de mieux connaître les types de violences subies, les éventuels recours aux soins, hospitalisations et examens complémentaires qu'elles nécessitent, les lésions et le retentissement psychologique qu'elles engendrent, ce qui n'était que très peu rapporté dans la littérature française jusqu'à présent.

Cependant, il nous faut rester vigilant quant à ces résultats au vu du caractère rétrospectif de notre recueil de données. Ainsi, cette recherche ouvre la voie à des études futures prospectives et multicentriques dont le but serait d'affiner les profils définis au travers de notre travail, toujours aux fins d'amélioration de la prévention, du dépistage et de la prise en charge.

Plusieurs études complémentaires pourraient agrémenter notre réflexion et permettre de mieux appréhender les cas de suspicion de maltraitance infantile reçus en consultation médico-légale, comme par exemple l'évaluation du retentissement psychologique précoce du mineur victime de violences physiques intrafamiliales et des symptômes psychologiques présents lors de la consultation médico-légale, l'étude du nombre de jours d'ITT en fonction du type de violences chez le mineur, les différences épidémiologiques entre les violences éducatives ordinaires et les autres types de violences.

L'étude des décisions judiciaires et des mesures mises en place suite aux signalements des violences pourrait compléter notre travail, apporter une vision globale de l'ensemble du parcours du mineur et ainsi mettre en perspective l'ensemble de nos résultats.

Références bibliographiques

1. Violences sur enfants : hausse des signalements pendant le confinement | Vie publique.fr [Internet] [cité 26 juillet 2020]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/en-bref/274213-violences-sur-enfants-hausse-des-signalements-pendant-le-confinement>
2. Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. 2016-297 mars 14, 2016.
3. Dokhan M. Les avatars de la puissance paternelle. Lett Enfance Adolesc. 2002 ; no 48(2):91-100.
4. Ayala C de. L'histoire de la protection de l'enfance. J Psychol. 1^{er} décembre 2010 ; n° 277(4) : 24-7.
5. Coutanceau R, Smith J, éditeurs. Violence et famille : comprendre pour prévenir. Paris : Dunod ; 2011. 434 p. (Psychothérapies. Pathologies).
6. A Tardieu. Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur les enfants. ENFANCES PSY. 2008 ; (39) : 174-8.
7. Loi du 24 juillet 1889 Enfants maltraités ou moralement abandonnés, placement des mineurs, action éducative en milieu ouvert.
8. Loi du 19 avril 1898. <https://criminocorpus.org> [Internet] 25 janvier 2010 [cité 12 août 2020]. Disponible sur : <https://criminocorpus.org/fr/reperes/legislation/textes-juridiques-lois-decre/textes-relatifs-aux-p/de-la-monarchie-de-juillet-a-1/loi-du-19-avril-1898/>
9. Darya Vassigh D. Les experts judiciaires face à la parole de l'enfant maltraité. Le cas des médecins légistes de la fin du XIXe siècle. Rev D'histoire L'enfance « Irrégul ». 15 novembre 1999 ; (Numéro 2) : 97-111.
10. Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.
11. Ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile.
12. Historique | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet] [cité 12 août 2020]. Disponible sur : <https://www.onpe.gouv.fr/historique>
13. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. Am J Roentgenol Radium Ther. Août 1946 ; 56(2) : 163-73.
14. Silverman FN. The roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med. Mars 1953 ; 69(3) : 413-27.

15. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. JAMA. 7 juillet 1962 ; 181 : 17-24.
16. Ordonnance n° 58-1301 du 23 décembre 1958 relative à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger.
17. Convention-des-droits-de-lenfant.pdf [Internet] [cité 14 juillet 2020]. Disponible sur : <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>
18. La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) [Internet]. UNICEF France. 2015 [cité 14 juillet 2020]. Disponible sur : <https://www.unicef.fr/dossier/convention-internationale-des-droits-de-lenfant>
19. Loi n° 2019-721 du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires. 2019-721 juillet 10, 2019.
20. La maltraitance des enfants [Internet] [cité 14 juillet 2020]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
21. Gabel M. La maltraitance faite aux enfants. ADSP. Juin 2000 ; n°31 : 26-34.
22. ODAS | Définition de l'enfant en danger [Internet] [cité 16 août 2020]. Disponible sur : <https://odas.net/actualites/definition-de-lenfant-en-danger>
23. Ministère des Solidarités et de la Santé 2020. Qu'est-ce que la maltraitance faite aux enfants ? [Internet] [cité 7 août 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/article/qu-est-ce-que-la-maltraitance-faite-aux-enfants>
24. Franchitto N, Guerin-Franchitto L. Maltraitance à enfants. Prat En Anesth Réanimation. 1 avril 2011 ; 15(2) : 110-8.
25. INSPIRE Sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants.pdf [Internet] [cité 13 août 2020]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254627/9789242565355-fre.pdf?sequence=1>
26. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données. Genève (Suisse) : Organisation Mondiale de la Santé ; 2007.
27. Paquette D, Laporte L, Bigras M, Zoccolillo M. Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. Santé Ment Au Qué. 2004 ; 29(1) : 201-20.
28. Mennen FE, Kim K, Sang J, Trickett PK. Child neglect : definition and identification of youth's experiences in official reports of maltreatment. Child Abuse Negl. septembre 2010 ; 34(9) : 647-58.

29. REY C, Bader-Meunier B, Epelbaum C. Maltraitance à enfants et adolescents. Paris 2001.
30. Ludwig S, Warman M. Shaken baby syndrome : a review of 20 cases. *Ann Emerg Med*. Février 1984 ; 13 (2) : 104-7.
31. Starling SP, Patel S, Burke BL, Sirotiak AP, Stronks S, Rosquist P. Analysis of perpetrator admissions to inflicted traumatic brain injury in children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. Mai 2004 ; 158(5) : 454-8.
32. Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement Actualisation des recommandations de la commission d'audit de 2011. Haute Autorité de santé. 2017 ; 46.
33. Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement Démarche diagnostique.pdf [Internet] [cité 6 août 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/fs_1_bebe_secoue.pdf
34. Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement Mécanisme causal et datation des lésions.pdf [Internet] [cité 6 août 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/fs_2_bebe_secoue.pdf
35. Antonietti J, Resseguier N, Dubus J-C, Scavarda D, Girard N, Chabrol B, et al. The medical and social outcome in 2016 of infants who were victims of shaken baby syndrome between 2005 and 2013. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr*. Janvier 2019 ; 26(1) : 21-9.
36. Tursz A. Risk factors of child abuse and neglect in childhood. *Rev Prat*. 2011 ; 61(5):658-.
37. Goodwin RD, Stein MB. Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychol Med*. Avril 2004 ; 34(3) : 509-20.
38. Widom CS, Czaja SJ, Bentley T, Johnson MS. A Prospective Investigation of Physical Health Outcomes in Abused and Neglected Children: New Findings From a 30-Year Follow-Up. *Am J Public Health*. juin 2012;102(6):1135-44.
39. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. Mai 1998 ; 14(4) : 245-58.
40. Bick J, Nelson CA. Early Adverse Experiences and the Developing Brain. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol*. Janvier 2016 ; 41(1) : 177-96.
41. Petite enfance : ce dont un enfant a besoin dans les 1000 premiers jours [Internet] UNICEF France 2018 [cité 14 juillet 2020]. Disponible sur : <https://www.unicef.fr/dossier/petite-enfance>

42. Kelleher I, Keeley H, Corcoran P, Ramsay H, Wasserman C, Carli V, et al. Childhood Trauma and Psychosis in a Prospective Cohort Study: Cause, Effect, and Directionality. *Am J Psychiatry*. 1 juillet 2013 ; 170(7) : 734-41.
43. Molendijk ML, Hoek HW, Brewerton TD, Elzinga BM. Childhood maltreatment and eating disorder pathology : a systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychol Med*. 19 janvier 2017 ; 1-15.
44. Sugaya L, Hasin DS, Olfson M, Lin K-H, Grant BF, Blanco C. Child physical abuse and adult mental health : A national study. *J Trauma Stress*. 2012 ; 25(4) : 384-92.
45. Afifi TO, Mather A, Boman J, Fleisher W, Enns MW, MacMillan H, et al. Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *J Psychiatr Res*. 1 juin 2011 ; 45(6) : 814-22.
46. Fetzner MG, McMillan KA, Sareen J, Asmundson GJG. What is the association between traumatic life events and alcohol abuse/dependence in people with and without PTSD ? Findings from a nationally representative sample. *Depress Anxiety*. 2011 ; 28(8) : 632-8.
47. Hovens JGFM, Wiersma JE, Giltay EJ, van Oppen P, Spinhoven P, Penninx BWJH, et al. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatr Scand*. juillet 2010 ;122(1) :66-74.
48. McMahon K, Hoertel N, Wall MM, Okuda M, Limosin F, Blanco C. Childhood maltreatment and risk of intimate partner violence : a national study. *J Psychiatr Res*. Octobre 2015 ;69 :42-9.
49. Lopez G. *La victimologie*. 2019.
50. Salmona M. Les traumatismes des enfants victimes de violences : un problème de santé publique majeur. *Rhizome*. 2018 ; N° 69-70(3) :4-6.
51. Arditti R, Strat YL. A traumatic life experience in childhood increases the risk of a psychiatric disorder in the offspring. *Psychiatry Res*. 23 mai 2020 ;290 :113101.
52. Dumaret A-C, Coppel-Batsch M. Evolution à l'âge adulte d'enfants placés en famille d'accueil. *La psychiatrie de l'enfant*. 1996 ; 613-671.
53. Dumaret A-C, Guerry E, Crost M. Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte : insertion générale et qualité de vie liée à la santé. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 août 2011 ;59(5) :289-98.

54. Présentation de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance – 14 octobre 2019 [Internet] [cité 14 août 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/191014_-_discours_-_presentation_de_la_strategie_nationale_de_prevention_et_de_protection_de_l_enfance.pdf
55. Saïas T, Kargakos S, Poissant J, Eury C. Intervenir sur les facteurs de risque de maltraitance infantile : quelle aisance chez les professionnels français de prévention précoce ? *Rech Soins Infirm.* 5 novembre 2019 ; n° 138(3) :43-52.
56. Mignot C. Enjeux de la protection de l'enfant contre la maltraitance. *Après-Demain.* 25 avril 2019 ; n° 49, NF(1) :32-3.
57. Code pénal - Article 434-1. Code pénal.
58. Code pénal - Article 434-3. Code pénal.
59. [fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf) [Internet] [cité 6 août 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf
60. [outil_interactif_reperage_maltraitance_enfants.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_interactif_reperage_maltraitance_enfants.pdf) [Internet] [cité 17 août 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_interactif_reperage_maltraitance_enfants.pdf
61. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children : A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics.* Mars 2016 ; 137(3).
62. Stoltenborgh M, bakermans-kranenburg M, Alink L, van IJzendoorn M. The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe : Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Rev.* 1 octobre 2014 ;24.
63. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet.* 3 janvier 2009 ; 373(9657):68-81.
64. Coutanceau R, Damiani C. *Victimologie : évaluation, traitement, résilience.* 2018.
65. Rapport de l'ONPE au gouvernement et au parlement [Internet] [cité 18 juillet 2020]. Disponible sur : https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/14e_ragp_0.pdf
66. Ministère de l'Intérieur. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 [Internet] [cité 14 août 2020]. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
67. Cook J, Tursz A. *Les violences faites aux enfants.* Paris: La Documentation française ; 2015.

68. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, Résolution 48/104 de l'Assemblée générale du 20 décembre 1993 [Internet] [cité 14 août 2020]. Disponible sur : https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/declaration_1993.pdf
69. La violence à l'encontre des femmes [Internet] [cité 14 août 2020]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
70. Sadlier K. L'enfant face à la violence dans le couple. Dunod ; 2015.
71. SPF. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000 [Internet] [cité 15 août 2020]. Disponible sur : [/notices/violences-envers-les-femmes-et-etat-de-sante-mentale-resultats-de-l-enquete-enveff-2000](https://www.sps.fgov.be/notice/violences-envers-les-femmes-et-etat-de-sante-mentale-resultats-de-l-enquete-enveff-2000)
72. Ministère de l'Intérieur. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 [Internet] [cité 15 août 2020]. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
73. Violence domestique : un impact à long terme sur la vie des enfants [Internet] UNICEF France. 2006 [cité 14 août 2020]. Disponible sur : <https://www.unicef.fr/article/violence-domestique-un-impact-long-terme-sur-la-vie-des-enfants>
74. Combattre la violence à l'égard des femmes : étude du bilan des mesures et actions prises pour combattre la violence à l'égard des femmes dans les états membres du conseil de l'Europe. Strasbourg 2006 [Internet] [cité 14 août 2020]. Disponible sur : <https://rm.coe.int/168059aa53>
75. Avis du comité économique et social européen - « Les enfants, victimes indirectes de violences domestiques » [Internet] [cité 14 août 2020]. Disponible sur : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:52006IE1577&from=ES>
76. CNPE - Rapport annuel d'activité 2019 [Internet] [cité 7 août 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnpe_rapport_annuel_2019.pdf
77. Séverac N, ONED. [Internet] [cité 7 août 2020] Rapport d'étude - Les enfants exposés à la violence conjugale. Décembre 2012. Disponible sur : https://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/onpe_enfants_exposes_violence_conjugales.pdf
78. Ministère de l'Intérieur, Etude nationale relative aux morts violentes au sein du couple en 2019 [Internet]. <https://www.interieur.gouv.fr/Actualites/Communiques/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple-en-20192> [cité 11 sept 2020] Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/Actualites/Communiques/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple-en-20192>

79. Paule Nathan, ANA-INHESJ Avenirs de Femmes. Des violences intrafamiliales aux violences faites aux enfants, décembre 2019 [Internet] [cité 15 septembre 2020]. Disponible sur : https://www.cnff.fr/files/files/Actu-PDFS/Rapport-violences_intrafamiliales-ANA-Section-Avenirs-de-Femmes.pdf
80. Appel AE, Holden GW. The co-occurrence of spouse and physical child abuse : A review and appraisal. J Fam Psychol. 1998 ;12(4) :578-99.
81. Lacharité C, Xavier MT. Violence conjugale et négligences graves envers les enfants. Empan. 5 juin 2009 ; n° 73(1) :128-35.
82. Ministère des solidarités et de la santé. Guide pour la prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales [Internet] [cité 7 août 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/guide-pour-la-prise-en-charge-des-enfants-exposes-aux-violences-conjugales>
83. Razon L., Metz C. La violence et son devenir chez l'enfant témoin de violences conjugales. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. Novembre 2011 ; Vol 59(7) : 411-414.
84. Sur l'obligation de signalement par les professionnels astreints à un secret des violences commises sur les mineurs [Internet] [cité 15 août 2020]. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r19-304/r19-3041.pdf>
85. Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement Aspects juridiques [Internet] [cité 6 août 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/fs_3_bebe_secoue.pdf
86. Code pénal - Article 226-13. Code pénal.
87. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007-293 mars 5, 2007.
88. Manaouil C, Pereira T, Gignon M, Jardé O. La notion d'incapacité totale de travail (ITT) dans le Code pénal. Rev Médecine Légale. 1 mai 2011 ;2(2) :59-71.
89. Que peut faire un juge des enfants pour protéger un mineur en danger ? | service-public.fr [Internet] [cité 15 août 2020]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17777>
90. Code pénal - Article 222-14. Code pénal.
91. Bonfils P, Gouttenoire A. Droit des mineurs. 2. éd. Paris : Dalloz ; 2014. 1278 p. (Précis Droit privé).
92. Code pénal - Article 222-13. Code pénal.

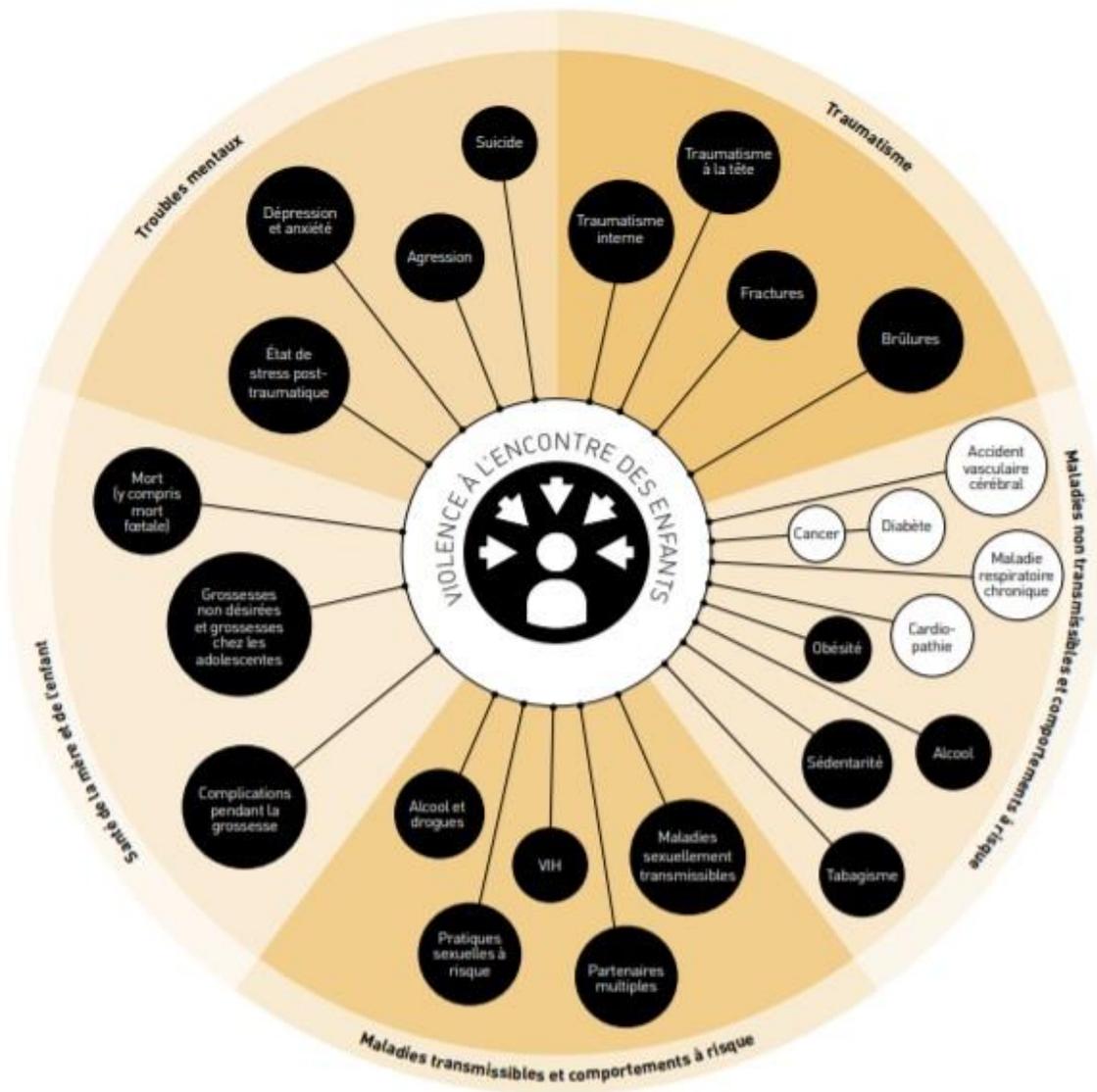
93. ONED. Considérer la parole de l'enfant victime Étude des Unités d'accueil Considérer la parole de victime Étude des Unités d'accueil Médico-Judiciaire [Internet] [cité 1 août 2020]. Disponible sur : https://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/onpe_considerer_parole_enfant_victime_etude_UAMJ.pdf
94. Savard N. Recueillir la parole de l'enfant victime de maltraitances. *Enfance*. 30 décembre 2019 ; N° 4(4) :431-52.
95. Le protocole Nichd | ONPE [Internet] [cité 13 juillet 2020]. Disponible sur : <https://www.onpe.gouv.fr/actualite/protocole-nichd>
96. Cyr M. Recueillir la parole de l'enfant témoin ou victime. Dunod ; 2014.
97. Adamsbaum C, Rey-Salmon C. Maltraitance chez l'enfant. Lavoisier ; 2013.
98. Plu I, Ragonnet D., Begue B., Toubin E., Pursseil-François I. Infirmité permanente : quand et comment se prononcer ? *Infirm Perm Quand Comment Se Prononc*. 2008.
99. INSEE - Dossier complet – Département de la Vienne (86) [Internet] [cité 11 août 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-86>
100. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future Child*. Summer-Fall 1994 ;4(2) :31-53.
101. Olsson A., Ellsberg M., Berglund S., Herrera A., Zelaya E., Peña R., Zelaya F., Persson L A. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women : a population-based anonymous survey. *Child Abuse Negl*. 1 déc 2000 ;24(12) :1579-89.
102. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. Mai 1994 ;18(5) :409-17.
103. Choquet M, Darves-Bornoz J-M, Ledoux S, Manfredi R, Hassler C. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France : Results of a cross-sectional survey. *Child Abuse Negl*. 1997 ;21(9) :823-32.
104. Martrille L, Cattaneo C, Dorandeu A, Baccino E. A multicentre and prospective study of suspected cases of child physical abuse. *Int J Legal Med*. Mars 2006 ;120(2) :73-8.
105. Keshavarz R, Kawashima R, Low C. Child abuse and neglect presentations to a pediatric emergency department. *J Emerg Med*. nov 2002;23 (4) :341-5.
106. Sibert JR, Payne EH, Kemp AM, Barber M, Rolfe K, Morgan RJH, et al. The incidence of severe physical child abuse in Wales. *Child Abuse Negl*. Mars 2002 ;26(3) :267-76.

107. Rosenthal JA. Patterns of reported child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* 1988 ;12(2) :263-71.
108. Tsang a., Man Yu C. Management of child abuse in Hong Kong : results of a territory-wide interhospital prospective surveillance study. *HKMJ.* Février 2003 ; 9(1) :6-9.
109. Krug EG, éditeurs. *World report on violence and health.* Geneva ; 2002. 346 p.
110. Statistics : children in need and child protection [Internet]. GOV.UK [cité 17 août 2020]. Disponible sur : <https://www.gov.uk/government/collections/statistics-children-in-need>
111. Child Maltreatment [Internet]. Children's Bureau | ACF [cité 17 août 2020]. Disponible sur : <https://www.acf.hhs.gov/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>
112. The National Incidence Study (NIS) - Child Welfare Information Gateway [Internet] [cité 17 août 2020]. Disponible sur : <https://www.childwelfare.gov/topics/systemwide/statistics/nis/>
113. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Children experiencing violence. I : Parental use of corporal punishment. *Child Abuse Negl.* Octobre 1998 ;22(10) :959-73.
114. Sumba RO, Bwibo NO. Child battering in Nairobi, Kenya. *East Afr Med J.* 1 novembre 1993 ;70(11) :688-92.
115. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child Abuse and Neglect : Diagnosis and Management. *Dtsch Arzteblatt Int.* Avril 2010 ;107(13) :231-40.
116. Offiah A, van Rijn RR, Perez-Rossello JM, Kleinman PK. Skeletal imaging of child abuse (non-accidental injury). *Pediatr Radiol.* 1 mai 2009 ;39(5) :461-70.
117. Trocmé N, MacMillan H, Fallon B, Marco RD. Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect : results from the Canadian Incidence Study. *CMAJ Can Med Assoc J.* 28 octobre 2003 ;169(9) :911-5.
118. Pascolat G, Santos C de F, Campos EC, Busato D, Marinho DH, Valdez LC. Physical abuse : the profile of aggressor and child victim. *J Pediatr (Rio J).* Février 2001 ;77(1) :35-40.
119. Figueiredo B, Bifulco A, Paiva C, Maia A, Fernandes E, Matos R. History of childhood abuse in Portuguese parents. *Child Abuse Negl.* Juin 2004 ;28(6) :669-82.
120. Turner HA, Finkelhor D, Ormrod R. Poly-Victimization in a National Sample of Children and Youth. *Am J Prev Med.* 1 mars 2010 ;38(3) :323-30.

121. Gillham B, Tanner G, Cheyne B, Freeman I, Rooney M, Lambie A. Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty : their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* Février 1998 ;22(2) :79-90.
122. Coulton CJ, Korbin JE, Su M, Chow J. Community level factors and child maltreatment rates. *Child Dev.* 1995 ;66(5) :1262-76.
123. Coulton CJ, Korbin JE, Su M. Neighborhoods and child maltreatment : a multi-level study. *Child Abuse Negl.* Novembre 1999 ;23(11) :1019-40.
124. Le Borgne C. Maltraitance à enfant : faut-il un signalement obligatoire ? *Egora.* Novembre 2015 ; n°73 :6-8.
125. Tang CS-K. The rate of physical child abuse in Chinese families : A community survey in Hong Kong. *Child Abuse Negl.* 1998 ;22(5) :381-91.
126. Klevens J, Bayón MC, Sierra M. Risk factors and context of men who physically abuse in Bogotá, Colombia. *Child Abuse Negl.* Mars 2000 ;24(3) :323-32.
127. Herrenkohl TI, Sousa C, Tajima EA, Herrenkohl RC, Moylan CA. Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma Violence Abuse.* Avril 2008 ; 9(2): 84-99.
128. Verrier Mathilde. Maltraitance infantile : état des lieux des connaissances des médecins généralistes du Poitou-Charentes et de leurs difficultés de signalement lors de son repérage. Thèse de doctorat. Université de Poitiers. 2015.
129. Alerter et protéger - Edition Conseil général du Puy-de-Dôme – octobre 2011 [Internet] [cité 15 août 2020]. Disponible sur : <https://docplayer.fr/10467686-October-2011-alerter-et-protoger-cg63-steffie-bidet-extrait-de-l-album-edgar-edition-conseil-general-du-puy-de-dome-2009.html>

Annexes

Annexe 1 : Les conséquences de la maltraitance infantile (25)



Effet direct



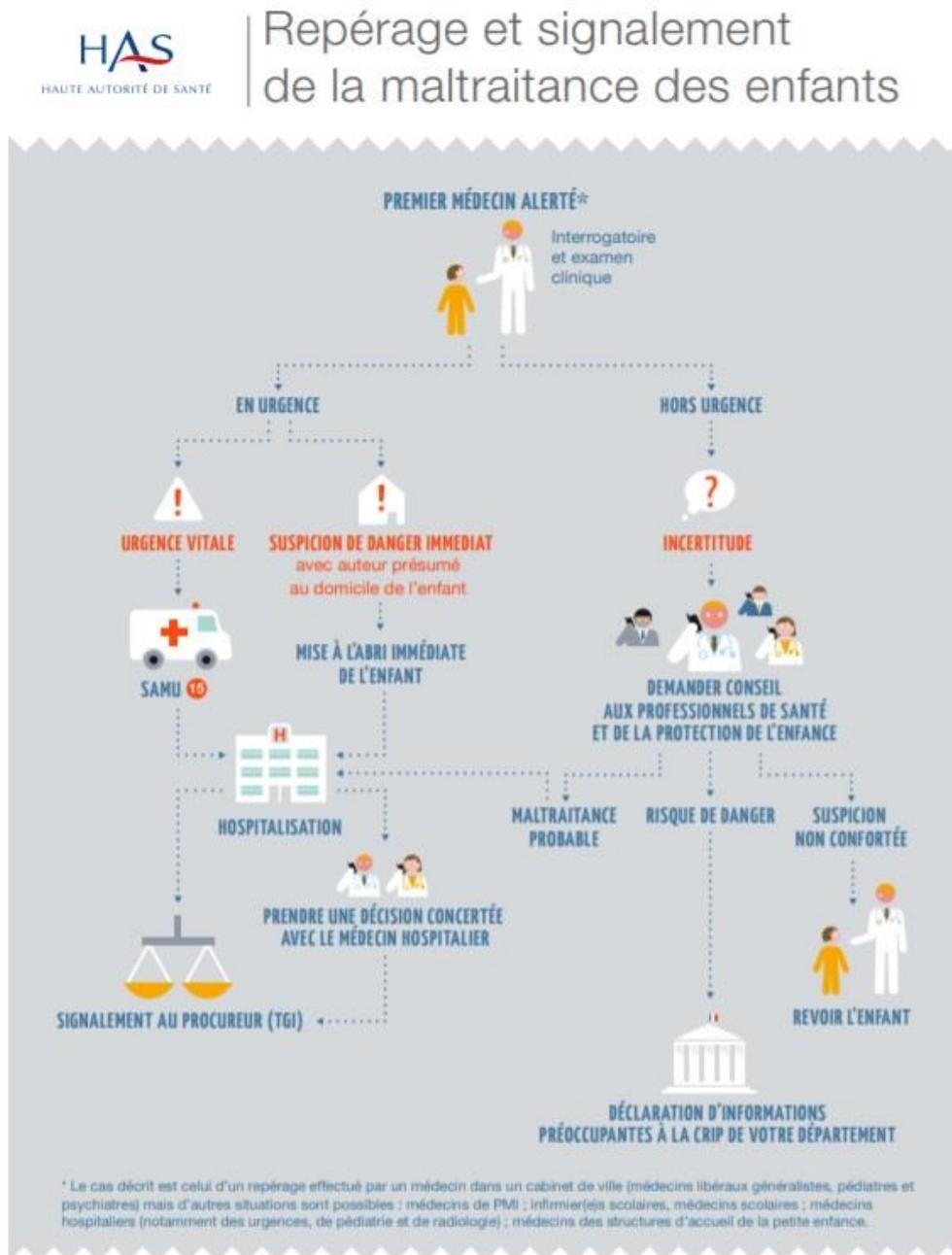
Effet indirect dû à l'adoption d'un comportement à haut risque



Annexe 2 - Conséquences de l'exposition à quatre évènements négatifs de vie durant l'enfance.
Felitti, 1998 (39)

Conséquences	Facteur de risque
<i>Tabagisme</i>	x 2
<i>Tentative de suicide</i>	x 12,2
<i>Infection sexuellement transmissible</i>	x 2,5
<i>Bronchopatie chronique</i>	x 3,9
<i>État de santé précaire</i>	x 2,2
<i>Absence d'activité physique de loisir</i>	x 1,3
<i>Toxicomanie parentérale</i>	x 10,3
<i>Agressions</i>	x 2,4
<i>Fracture</i>	x 1,6
<i>Dépression de plus de 2 semaines</i>	x 4,6
<i>Alcoolisme</i>	x 7,4
<i>Cancer</i>	x 1,9
<i>Hépatite</i>	x 2,5
<i>Obésité sévère</i>	x 1,6
<i>Toxicomanie</i>	x 4,7
<i>Coronaropathie</i>	x 2,2
<i>Diabète</i>	x 1,6
<i>>50 partenaires sexuels</i>	x 3,2

Annexe 3 : Aide à la décision pour le repérage et le signalement de la maltraitance des enfants, HAS (60).

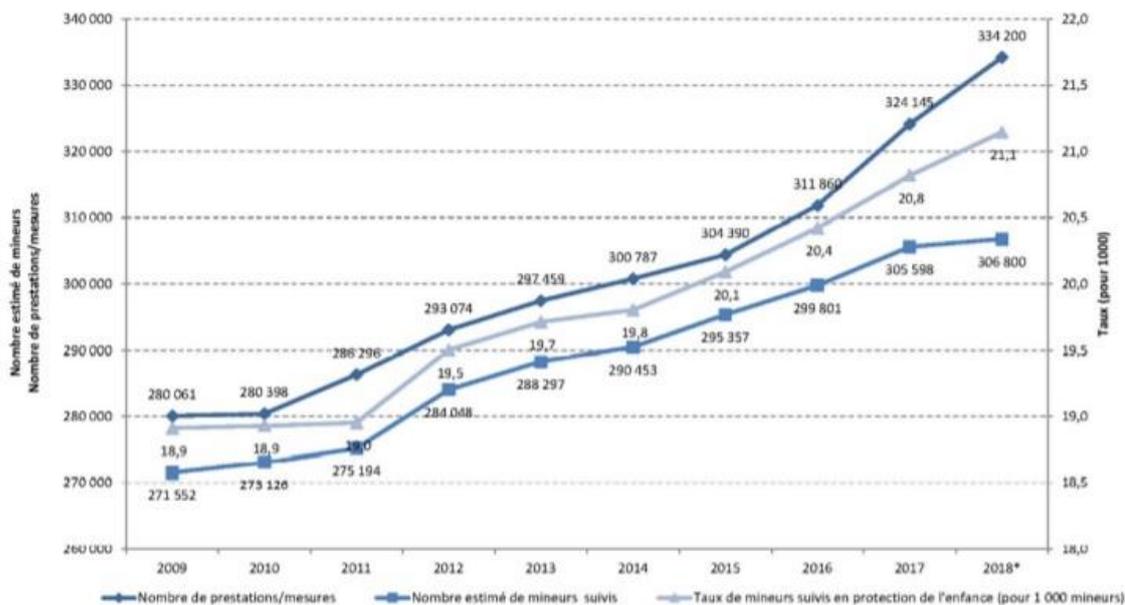


Annexe 4 : Évolution des suivis de mineurs en protection de l'enfance au 31 décembre (de 2009 à 2018*)

Champ : mineurs (0-17 ans) faisant l'objet d'au moins une prestation ou mesure en protection de l'enfance, France entière hors Mayotte.

Sources : Drees, DPJ, Insee (estimation de population au 1^{er} janvier 2018, résultats provisoires arrêtés fin 2018), ministère de la Justice, calculs ONPE.

* L'estimation 2018 est provisoire



Annexe 5 : Extrait du rapport de l'enquête Cadre de Vie et Sécurité (CVS) 2019

Violences conjugales

Moyennes annuelles sur la période 2011-2018¹

	Ensemble	Femmes
Victimes de violences conjugales²	295 000	213 000
dont victimes de violences physiques exclusivement	227 000	152 000
victimes de violences sexuelles exclusivement	34 000	30 000
victimes de violences physiques et sexuelles	34 000	31 000
Proportion de victimes parmi les 18-75 ans (%)	0,7	0,9
Part de femmes parmi les victimes (%)	72	100
Part de jeunes (18-29 ans) parmi les victimes (%)	28	29
Part de victimes ayant déposé plainte (%)	14	18

1. Les questions permettant de repérer les victimes de violences sexuelles ont été reformulées dans l'édition 2017 de l'enquête. Cette reformulation a conduit à une modification significative en niveau et en structure des victimes de violences sexuelles. Les résultats moyennés sur la période 2011-2018 sont donc fragiles (cf. Note méthodologique).

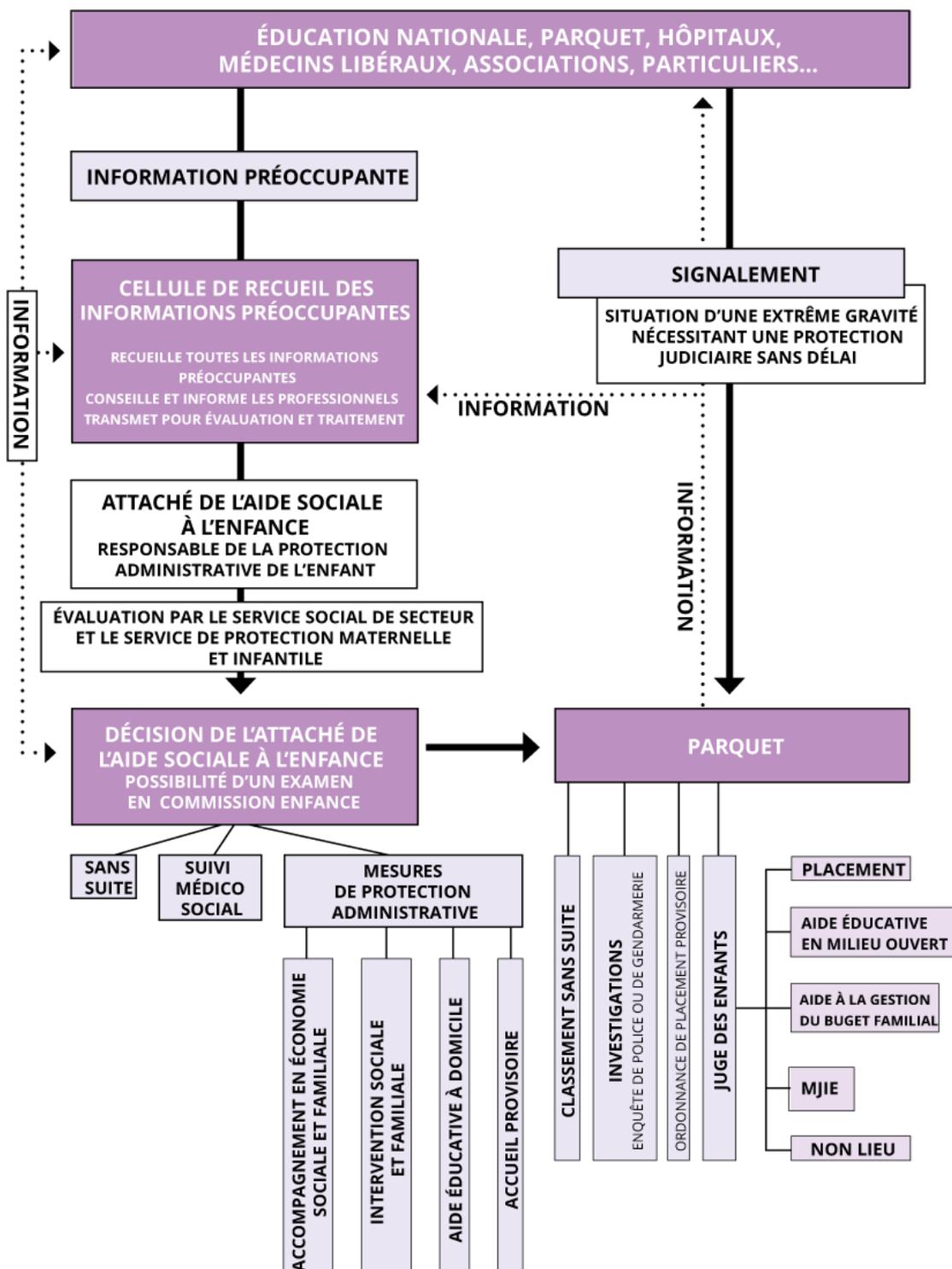
2. Les violences conjugales désignent les violences physiques et/ou sexuelles commises par un conjoint au sens large (concubin, pacsé, petit ami) ou un ex-conjoint.

Lecture • En moyenne chaque année sur la période 2011-2018, 213 000 femmes âgées de 18 à 75 ans (soit environ 1 %) déclarent avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un conjoint (concubin, pacsé, petit ami) ou d'un ex-conjoint. Parmi ces victimes, 29 % sont âgées de 18 à 29 ans.

Annexe 6 : Conséquences de l'exposition aux violences conjugales en fonction de l'âge de l'enfant et du degré de maturité

Bébés	Enfants d'âge pré-scolaire	Latence (5-12 ans) Classes primaires	Début de l'adolescence	Fin de l'adolescence 15-18 ans
Retard staturo-pondéral Inattention Perturbation des habitudes d'alimentation et de sommeil Retards du développement	Actes d'agression Dépendance Anxiété Cruauté envers les animaux Actes de destruction de biens Symptômes du stress post-traumatique	Brutalité à l'égard des autres Agressivité générale Dépression Anxiété Repli Symptômes du stress post-traumatique Comportement oppositionnel Destruction de biens Mauvais résultats scolaires Manque de respect à l'égard des femmes Convictions stéréotypées à l'égard du rôle des hommes et des femmes	Violence à l'égard des personnes qu'ils fréquentent Brutalité Manque d'estime de soi Suicide Symptômes du stress post-traumatique Pratique de l'école buissonnière Problèmes somatiques Manque de respect à l'égard des femmes Convictions stéréotypées à l'égard du rôle des hommes et des femmes	Violence à l'égard des personnes qu'ils fréquentent Abus d'alcool ou de drogues Désertion du foyer, fugues Baisse soudaine des résultats et de la fréquentation scolaires (absentéisme scolaire) Manque de respect à l'égard des femmes Convictions stéréotypées à l'égard du rôle des hommes et des femmes

Annexe 7 : Le circuit de l'alerte pour les mineurs (129)



Annexe 8 : Grille de lecture

Variables à recueillir
Nom
Prénom
Date de naissance
Age
Sexe
Origine ethnique
Nombre d'enfants de la fratrie
État marital des parents
Lien entre auteur et victime
Cat. socio-professionnel auteur
Entité ayant signalé les violences
Date des faits
Date du signalement
Date de la réquisition
Autorité requérante
Date de la consultation UMJ
Lieu des faits
Personne amenant la victime à la consultation
Type de violence
Détail des violences
Recours aux soins
Retard à la prise en charge médicale
Réalisation d'examens complémentaires
Présentation du carnet de santé
Retard à la vaccination
Nombre d'épisodes allégués
Durée des violences
Lésions retrouvées à l'examen
Nombre de lésions
Association de lésions
Lésions en lien avec les violences
Zone anatomique touchée
Retentissement psychologique
Type de symptômes psychologiques
Type de négligence
Mutilation ou infirmité permanente
Utilisation de photographies
Vocabulaire spécifique utilisé
Durée de l'ITT (en jours)
Réalisation d'un entretien Hilios
Violences conjugales associées

Annexe 9 : Avis du comité d'éthique



ESPACE DE REFLEXION ETHIQUE de NOUVELLE-AQUITAINE

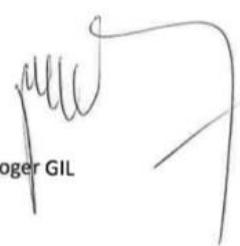
Protocole : Violences physiques intrafamiliales sur mineurs de quinze ans : étude épidémiologique des victimes vues en consultation à l'unité médico-judiciaire entre 2011 et 2019

La cellule de soutien éthique territoriale de l'ERENA a pris connaissance du protocole présenté par Mme Julia DUTRIPON, intitulé «*Violences physiques intrafamiliales sur mineurs de quinze ans : étude épidémiologique des victimes vues en consultation à l'unité médico-judiciaire entre 2011 et 2019*». Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective, monocentrique portant sur des données.

Il n'a pas été relevé d'obstacle éthique à la mise en œuvre de ce protocole.

Cet avis ne se substitue pas aux procédures règlementaires concernant la recherche sur des données et telles que définies par le Code de Santé Publique.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie de recevoir mes sincères salutations.



Pr Roger GIL

Directeur de l'ERENA et du Site de Poitiers

Table des matières

Remerciements	5
Table des matières	8
Table des tableaux	8
Table des illustrations	10
Table des annexes	11
Liste des abréviations.....	12
Introduction	13
Partie 1 : Généralités.....	15
I. La protection de l'enfance, un sujet au cœur des préoccupations depuis la fin du XIX ^{ème} siècle	15
1. De l'antiquité au XIX ^{ème} siècle : l'enfant comme marchandise et comme objet du père	15
2. De la fin du XIX ^{ème} siècle à l'après-guerre : prise de conscience de l'importance de la protection de l'enfance	16
3. De 1945 à aujourd'hui : vers une reconnaissance de la maltraitance infantile.....	17
II. Une maltraitance ou des maltraitances ? La multitude des formes de violences faites aux enfants	18
1. Définition de la maltraitance.....	18
2. Les différents types de maltraitance infantile.....	19
3. Facteurs de risque de maltraitance infantile.....	22
4. Les conséquences de la maltraitance sur la santé future de l'enfant.....	23
5. L'importance de la prévention et du repérage précoce des enfants en danger	25
III. Les chiffres de la maltraitance en France	26
IV. L'enfant au cœur des violences conjugales : une victime souvent oubliée.....	28
1. Les violences conjugales en France.....	28
2. Enfant témoin, enfant victime, enfant exposé	30
3. Les conséquences sur la santé de l'enfant exposé aux violences conjugales	31
V. Du signalement des violences aux mesures de protection mises en place : le parcours judiciaire de l'enfant victime	33

1.	Le signalement des violences faites aux mineurs	33
2.	Les différentes phases de la procédure pénale	35
3.	Les différentes mesures pouvant être mises en place	37
Partie 2 : Matériel et méthode		39
I.	Choix de l'étude	39
1.	Type de l'étude.....	39
2.	Déroulement de l'étude.....	39
3.	Objectifs de l'étude.....	40
4.	Critères d'évaluation.....	40
2.	Population étudiée.....	40
1.	Critères d'inclusion	41
2.	Critères d'exclusion.....	41
3.	Recueil des données.....	42
3.	Analyse des données recueillies.....	47
1.	Regroupement des données.....	47
2.	Analyses statistiques.....	47
4.	Avis du comité d'éthique.....	49
Partie 3 : Résultats		50
I.	Description de la population	50
II.	Les données médico-légales	53
1.	Le signalement des violences et la prise en charge médicale initiale	53
2.	Les caractéristiques des violences	56
3.	Les éléments retrouvés lors de l'examen médico-légal : description des lésions et du retentissement psychologique.....	58
4.	Les conclusions de la consultation médico-légale.....	60
III.	Etude de l'association de plusieurs variables.....	60
1.	L'âge de la victime en fonction du type de violence	60
2.	Le type de violence en fonction du sexe de la victime	61
3.	Le type de violence en fonction du lien entre l'auteur et la victime.....	62

4. Répartition des types de violence allégués lorsqu'il y a des violences conjugales au sein de la cellule familiale.....	63
5. L'existence d'un retentissement psychologique en fonction de la présence de lésions en lien avec les violences alléguées à l'examen clinique	64
6. Le nombre de jours d'ITT en fonction de la présence de photographies dans le rapport	64
7. Le nombre de jours d'ITT en fonction de l'utilisation d'un vocabulaire spécifique dans la conclusion du rapport médico-légal	65
Partie 4 : Discussion	66
I. Description de la population d'étude et synthèse des résultats	66
1. Profil type de la victime mineure de violences physiques intrafamiliales	66
2. Profil type de l'auteur de violences physiques intrafamiliales sur mineur.....	67
3. Caractéristiques du signalement et de la réquisition judiciaire	68
4. Le recours aux soins, l'étude du carnet de santé	71
5. Caractéristiques des violences dénoncées	72
6. Les conclusions médico-légales	76
II. Les limites et les points forts de l'étude	78
III. Axes de prévention à mettre en place sur notre territoire	80
1. La prévention primaire	80
2. La prévention secondaire	81
Conclusion.....	84
Références bibliographiques	86
Annexes.....	96
Résumé et mots clés.....	107
Serment	108

Résumé et mots clés

Introduction

La maltraitance infantile est un problème majeur de santé publique. Bien que des mesures de prévention primaire et secondaire aient été mises en place par le gouvernement depuis plusieurs années, les chiffres ne diminuent pas et sont encore sous-estimés. Il persiste des idées reçues sur le sujet et bien souvent ce type de violence reste dissimulé dans le huis clos familial.

Objectif et méthode

Notre étude épidémiologique monocentrique, rétrospective et observationnelle analyse 667 dossiers de mineurs de 15 ans vus en consultation à l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Poitiers entre le 1er janvier 2011 et le 31 décembre 2019 pour suspicion de violences physiques intrafamiliales par ascendant. Le but est de décrire cette population et d'étudier les caractéristiques communes entre les victimes et entre les auteurs.

Résultats

L'âge moyen des victimes était de 7,39 ans, avec une majorité de garçons issus d'une fratrie composée de plusieurs enfants. L'auteur était l'un des deux parents, issu d'un couple séparé dans la plupart des cas. En ce qui concerne les violences, il s'agissait le plus souvent de violences éducatives ordinaires évoluant depuis plusieurs années. L'ITT était fixé à 0 jour dans 86,42% des cas.

Discussion

Déterminer des profils type de victime et d'auteur nous a permis de proposer des axes de prévention à mettre en place sur notre territoire : développer la recherche, former et impliquer davantage les professionnels de santé, de la protection de l'enfance et de l'éducation nationale, créer du lien entre les différents services.

Conclusion

L'étude des caractéristiques épidémiologiques des mineurs victimes de violences physiques intrafamiliales permet de mieux appréhender cette population et d'envisager des actions de prévention ciblées. Elle mérite d'être approfondie à l'aide d'études prospectives et multicentriques.

Mots-clés : maltraitance infantile, mineur, enfant, violences physiques, intrafamiliale

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Résumé et mots clés

Introduction

La maltraitance infantile est un problème majeur de santé publique. Bien que des mesures de prévention primaire et secondaire aient été mises en place par le gouvernement depuis plusieurs années, les chiffres ne diminuent pas et sont encore sous-estimés. Il persiste des idées reçues sur le sujet et bien souvent ce type de violence reste dissimulé dans le huis clos familial.

Objectif et méthode

Notre étude épidémiologique monocentrique, rétrospective et observationnelle analyse 667 dossiers de mineurs de 15 ans vus en consultation à l'Unité Médico-Judiciaire du CHU de Poitiers entre le 1er janvier 2011 et le 31 décembre 2019 pour suspicion de violences physiques intrafamiliales par ascendant. Le but est de décrire cette population et d'étudier les caractéristiques communes entre les victimes et entre les auteurs.

Résultats

L'âge moyen des victimes était de 7,39 ans, avec une majorité de garçons issus d'une fratrie composée de plusieurs enfants. L'auteur était l'un des deux parents, issu d'un couple séparé dans la plupart des cas. En ce qui concerne les violences, il s'agissait le plus souvent de violences éducatives ordinaires évoluant depuis plusieurs années. L'ITT était fixé à 0 jour dans 86,42% des cas.

Discussion

Déterminer des profils type de victime et d'auteur nous a permis de proposer des axes de prévention à mettre en place sur notre territoire : développer la recherche, former et impliquer davantage les professionnels de santé, de la protection de l'enfance et de l'éducation nationale, créer du lien entre les différents services.

Conclusion

L'étude des caractéristiques épidémiologiques des mineurs victimes de violences physiques intrafamiliales permet de mieux appréhender cette population et d'envisager des actions de prévention ciblées. Elle mérite d'être approfondie à l'aide d'études prospectives et multicentriques.

Mots-clés : maltraitance infantile, mineur, enfant, violences physiques, intrafamiliale