

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Lolita LEGUAY

Née le 14 octobre 1984 à La Rochelle

Présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2013

TITRE

**Mineurs victimes de violences : éléments médico-légaux et suites
judiciaires – analyse de 682 dossiers (2006-2011)**

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE
Membres du jury : Monsieur le Professeur Dominique SIRINELLI
Monsieur le Professeur François LABARTHE
Madame le Docteur Pauline SAINT-MARTIN
Madame le Docteur Annie URVOIS-GRANGE
Madame le Docteur Barbara TISSERON

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS

Professeur Daniel ALISON, Moyens
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J.
LANSAC – J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H.
METMAN – J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.
RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D.
SAUVAGE - M.J. THARANNE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel.....	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian.....	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique.....	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
MM.	BARIN Francis.....	Virologie
	BARON Christophe.....	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine.....	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian.....	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles.....	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
	CALAIS Gilles.....	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe.....	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe.....	Neurologie
	COSNAY Pierre.....	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne.....	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DOMENECH Jorge.....	Hématologie biologique
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague ...	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
	FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & Cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe.....	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain.....	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GILLOTEAU Denis	Biophysique et Médecine nucléaire
	GUILMOT Jean-Louis.....	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier.....	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HANKARD Régis	Pédiatrie
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline.....	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile

	LASFARGUES Gérard.....	Médecine et Santé au Travail
	LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU Yvon.....	Immunologie
	LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LESCANNE Emmanuel.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude.....	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard.....	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent.....	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François.....	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
	MARRET Henri.....	Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel.....	Dermatologie
	MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain.....	O.R.L.
	MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric.....	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck.....	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland.....	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain.....	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique.....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie.....	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et Imagerie médicale
	THIBAUT Gilles.....	Immunologie
	THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick.....	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc.....	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane.....	Anatomie
	WATIER Hervé.....	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie..... Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM. HUAS Dominique..... Médecine Générale
LEBEAU Jean-Pierre..... Médecine Générale
MALLET Donatien..... Soins palliatifs
POTIER Alain..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ANGOULVANT Theodora..... Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
M. BAKHOS David..... O.R.L.
Mme BAULIEU Françoise..... Biophysique et Médecine nucléaire
M. BERTRAND Philippe..... Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme BLANCHARD Emmanuelle..... Biologie cellulaire
BLASCO Hélène..... Biochimie et biologie moléculaire
MM. BOISSINOT Eric..... Physiologie
DESOUBEUX Guillaume..... Parasitologie et mycologie
Mme DUFOUR Diane..... Biophysique et Médecine nucléaire
M. EHRMANN Stephan..... Réanimation médicale
Mme FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie..... Anatomie et Cytologie pathologiques
M. GATAULT Philippe..... Néphrologie
Mme GAUDY-GRAFFIN Catherine..... Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M. GIRAUDEAU Bruno..... Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme GOUILLEUX Valérie..... Immunologie
MM. GUERIF Fabrice..... Biologie et Médecine du développement et de la reproduction

	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
	HOARAU Cyrille.....	Immunologie
	HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
Mmes	LANOTTE Philippe.....	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et Droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab	Dermatologie
	TERNANT David.....	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie...	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC’H Patrick.....	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	BOIRON Michèle.....	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël.....	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile.....	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

M.	BOUAKAZ Ayache.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GEMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D’ENSEIGNEMENT

Pour la sémiologie

Mme	CRINIÈRE Lise.....	Praticien Hospitalier
MM.	BOULIN Thierry.....	Praticien Hospitalier
	GAROT Denis.....	Praticien Hospitalier
Mmes	MAGNAN Julie	Praticien Hospitalier
	MERCIER Emmanuelle.....	Praticien Hospitalier

Pour l’Ecole d’Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl.....	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l’Ecole d’Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l’Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE,
Je vous remercie d'avoir accepté de présider ma thèse.

A Monsieur le Professeur Dominique SIRINELLI,
Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A Monsieur le Professeur François LABARTHE,
Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Je garde un très bon souvenir de mon semestre dans ton service.

A Pauline,
Je te remercie de m'avoir proposé ce sujet passionnant et de m'avoir guidée tout au long de l'élaboration de ce travail. Merci pour tes précieux conseils et ta grande disponibilité. Merci aussi d'avoir ouvert la porte de l'IML à une pédiatre et de m'avoir formée à la médecine légale pendant un an.

A Annie,
Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A Barbara,
Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Dès le début de mon internat, tu m'as soutenue dans mon idée et tu m'as confortée dans mes choix. Je te remercie de t'être tant impliquée dans mon projet. C'est avec grand plaisir que je rejoins ton service.

A toutes les personnes qui m'ont aidé pour la réalisation de ce travail.

A Camille,

Je te remercie pour ton aide précieuse pour ce travail, pour tes conseils et pour ton travail de statisticien.

A toute l'équipe de l'IML de Tours : Pauline, Sébastien, Céline, Camille, Donca, Olivier, Pierre, Barbara, Aurore, Jacqueline, Valérie, Marie-Noëlle, Amélie, Samantha et Anne-Laure. Merci pour l'accueil pendant cette année, pour votre soutien, pour les bons moments, pour tout ce que j'ai appris. Je garde un excellent souvenir de cette année chargée en sensations fortes !

Aux médecins avec qui j'ai travaillé pendant mon internat et qui ont participé à ma formation : les pédiatres de l'Unité de Spécialité Pédiatrique, les néonatalogistes, les réanimateurs...

A toute l'équipe de génétique,
pour l'accueil lors de mon dernier semestre d'interne.

A l'équipe de Pédiatrie d'Orléans,
où j'ai passé la première année de mon internat. J'ai du m'y sentir plutôt bien, car je reviens !

A toutes les infirmières et les « quelques » infirmiers avec lesquels j'ai travaillé,
pour leur patience et leur gentillesse. Un merci particulier à l'équipe de nuit des Urgences pour votre bonne humeur (le mulot...) et vos attentions (les petits burgers...) envers la pauvre interne qui en avait parfois bien besoin entre 2 déchocs !

A mes co-internes pendant tout mon internat avec qui on a bien rigolé malgré souvent beaucoup de travail : Aurélie D, Laetitia, Aurélie B, Adeline, Alexandra, Benoît, Anne-Laure, Momo, Sakina, Claudia, Oriane, Lucie, Edouard.

Aux autres internes ou déjà chefs, avec qui je n'ai pas travaillé directement mais avec qui j'ai quand même passé de bons moments : Cécilia, Amélie, Jessica, Nadine, Laurence, Marine, Clotilde, Mathilde, Aurélie S, Delphine, Anne, Jill...

A Florence et Olivier,

pour toutes ces bonnes petites soirées qui m'ont bien changé les idées et pour votre soutien.
On ne part pas si loin, on reviendra...

A Laure,

pour ces bons moments et pour ton soutien.

A Mylène,

Pour ces 4 années remplies de bonnes parties de rigolades, de papotages à différentes heures du jour ou de la nuit, de coups de téléphone, de textos, de conseils, de soutien, ... mais aussi qu'est ce qu'on a pu râler ensemble ! Paris et Orléans ne sont quand même pas très loin donc je ne m'inquiète pas pour la suite, on devrait se revoir ;-)

A la bande des nanas de la fac,

Jeanne, Marine, Caro, Adèle, Soaz, Lulu, pour tous ces supers moments depuis déjà 10 ans, depuis les années fac de la P2 à maintenant, vous avez toujours été là dans les bons moments mais aussi dans les moins bons... Merci !

A la fine équipe des Châtelleraudais et de leurs pièces rapportées,

Yann, Charlotte, Alice, Raphy, Marion, Piouaille, Sophie, Ben, Fabien, Brice, Roro et Claire, pour votre soutien depuis maintenant quelques années et pour tous ces bons moments que nous avons passés ensemble.

A Patricia et Patrick,

pour votre soutien.

A Laura,

pour ton soutien et ton aide pour la partie juridique de ce travail.

A ma famille,

pour votre soutien depuis le début de mes études et spécialement à Lucette et Marceau.

A mes parents Sylvie et Didier,

merci de m'avoir soutenue, accompagnée et aidée depuis tout ce temps et tout au long de mes études. Merci pour tous vos conseils. C'est en grande partie grâce à vous que j'y suis arrivée.

A mes sœurs Zoé et Isis,

merci pour votre soutien, les relectures, les corrections, les conseils... Merci aussi pour tous ces messages et pour toutes ces private-jokes qui tombent toujours à pic quand le moral descend un peu !

A Maxime,

merci pour ton immense patience. Merci pour ton aide précieuse. Merci d'être toujours là quand il faut. Tu as été parfait ces derniers mois, mais tu te débrouilles plutôt pas mal au quotidien depuis quelques années maintenant !

Aux enfants,

ils me montrent tous les jours que j'ai fait le bon choix.

RESUME

Introduction : Les objectifs de cette étude étaient de décrire les caractéristiques épidémiologiques des victimes, des auteurs et des résultats des examens médico-légaux d'une population de mineurs victimes de violences uniques ou répétées pris en charge dans un Institut Médico-légal et de rechercher les suites judiciaires de chacune des affaires. L'existence d'un lien statistique entre les résultats de l'examen et l'issue judiciaire a été recherchée.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective des certificats médicaux de mineurs victimes de tous types de violences examinés à l'Institut Médico-légal de Tours entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2011. Les suites judiciaires ont été recueillies au Tribunal de Grande Instance.

Résultats : 682 victimes âgées en moyenne de 9 ans et 7 mois ont été incluses. 23,4% avaient été victimes de violences physiques répétées, 17,2% de violences physiques uniques, 3,5% du syndrome du bébé secoué et 55,9% d'agression sexuelle. L'auteur était un membre de la famille dans 53,7% des cas. Le médecin légiste avait conclu à une maltraitance dans 39,1% des cas de violences physiques répétées et dans 95,8% des cas où un syndrome du bébé secoué était suspecté. 33,7% des affaires ont abouti à un jugement. Un classement sans suite a été prononcé dans 52,8% des affaires et une ordonnance de non lieu rendue dans 1% des affaires. La condamnation de l'auteur était liée à la conclusion de maltraitance par le médecin légiste et à la détermination d'une incapacité totale de travail. L'absence de condamnation de l'auteur était liée à l'absence de lésion lors de l'examen.

Conclusion : Certaines données du certificat médico-légal semblent avoir un lien avec la condamnation de l'auteur de violences envers un mineur. Ce certificat doit donc être rédigé avec précision et rigueur, tout en gardant à l'esprit qu'il s'agit d'un élément de la procédure parmi d'autres, de nature non médicale.

Mots-clés : maltraitance, mineurs, violences physiques, violences sexuelles, syndrome du bébé secoué, suites judiciaires, certificat médico-légal

ABSTRACT

Introduction : The aims of this study were to describe the epidemiological characteristics of victims, perpetrators and results of forensic medical examinations, in a population of children who were victims of unique or repeated violences and were taken care of in a forensic institute, and to find what were the judicial outcomes of each case. A statistical relationship between the medicolegal findings and judicial outcome was looked for.

Material and methods : A retrospective study was conducted about medical clearances established for children who were victims of all kind of violence and examined in the forensic institute in Tours, between 1 January 2006 and 31 December 2011. Judicial outcomes were collected at city's High Court.

Results : 682 victims with an average age of 9 years and 7 months were included in the study. 23.4% had been physically abused repeatedly, 17.2% were victims of unique physical violence, 3.5% were victims of shaken baby syndrome, 1.2 % were homicide victims and 55.9% were victims of sexual assault. The perpetrator was a family member in 53.7% of cases. A conclusion of child-abuse was made in 39.1% cases of repeated physical abuse and in 95.8% cases where a shaken baby syndrome was suspected. A judgment has been rendered in 33.7% cases. A no further action was given in 52.8% cases and a nonsuit order issued in 1% cases. Conviction of the perpetrator was related to a child-abuse diagnosis and to a total work disability. Absence of conviction was associated to cases in wich no injury was observed during examination.

Conclusion : Some of the forensic certificate data seem to have a connection with the perpetrator's conviction in case of violence against a child. This certificate has to be written with precision and thoroughness, while keeping in mind that it is only one of the parts of the judicial process.

Key words : abuse, children, physical abuse, sexual abuse, shaken baby syndrome, judicial outcomes, forensic medical clearance

TABLE DES MATIERES

RAPPELS ET DEFINITIONS	16
INTRODUCTION	20
MATERIEL ET METHODE	22
1. <i>Matériel</i>	22
2. <i>Méthode</i>	23
2.1. Institut Médico-légal	23
2.2. Données de l'enquête	24
3. <i>Outils statistiques</i>	25
RESULTATS	27
1. <i>Description de la population</i>	27
1.1. Caractéristiques des victimes	27
1.2. Caractéristiques de l'autorité requérante	29
1.3. Caractéristiques de l'auteur des violences	30
2. <i>Caractéristiques des violences</i>	31
2.1. Violences physiques	32
2.2. Violences sexuelles	32
2.3. Syndrome du bébé secoué	33
2.4. Violences ayant abouti au décès de la victime	33
3. <i>Résultats des examens médico-légaux</i>	33
4. <i>Suites judiciaires</i>	34
5. <i>Association entre les éléments de l'examen médico-légal, les conclusions du médecin légiste et les suites judiciaires</i>	38
6. <i>Profils type de victimes</i>	38
DISCUSSION	42
1. <i>Description de la population</i>	42
1.1. Caractéristiques des victimes et des violences	42
1.2. Caractéristiques des auteurs et du lien des violences	43
1.3. Homicides	43
2. <i>Résultats des examens médico-légaux</i>	44
2.1. Lésions constatées	44
2.2. Incapacité totale de travail	46
2.3. Infirmité permanente	47
2.4. Conclusion de maltraitance	47
3. <i>Suites judiciaires</i>	48
3.1. Taux de condamnation	48

3.2. Lien avec les données de l'examen médico-légal	50
3.3. Profils types de victimes	50
4. <i>Limites de l'étude</i>	51
CONCLUSION	53
<hr/>	
BIBLIOGRAPHIE	54
<hr/>	

TABLE DES MATIERES DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des victimes et des auteurs selon le type de violence	32
Tableau 2 : Caractéristiques des victimes et des auteurs de violences physiques selon la fréquence des faits	32
Tableau 3 : Caractéristiques des victimes et des auteurs de violences sexuelles selon la fréquence des faits	33
Tableau 4 : Résultats des examens médico-légaux selon le type de violence	34
Tableau 5 : Durée d'ITT et infirmité permanente selon le type de violence	35
Tableau 6 : Suites judiciaires selon le type de violence	36
Tableau 7 : Proportion de la variabilité totale analysée dans la population	38
Tableau 8 : Caractéristiques des 5 profils types de victimes à partir de l'analyse des correspondances multiples	41

FIGURES

Figure 1 : Schéma récapitulatif de la procédure pénale	19
Figure 2 : Nombres de victime par année	27
Figure 3 : Nombre de victime par tranche d'âge	28
Figure 4 : Répartition des victimes selon le type de violence	29
Figure 5 : Répartition des auteurs de violences selon leur identité	30
Figure 6 : Répartition du lieu révélé des violences	31
Figure 7 : Durée de la peine de prison en années	37
Figure 8 : Analyse des correspondances multiples : graphique représentant la première dimension en fonction de la deuxième dimension	39
Figure 9 : Analyse des correspondances multiples : graphique représentant la première dimension en fonction de la troisième dimension	40

RAPPELS ET DEFINITIONS

Dans ce travail sur les mineurs victimes de violences, nous allons aborder des notions de droit. Il nous paraît indispensable de commencer cette étude par certaines définitions.

Lorsqu'un mineur a été victime de violences, il est nécessaire de réaliser un examen médico-légal afin de constater les lésions. Dans le cadre de l'enquête, cet examen est réalisé sur **réquisition judiciaire**. Il s'agit d'un acte de procédure pénale par lequel un officier de police judiciaire ou un magistrat, exprime une injonction d'effectuer un acte indispensable à l'enquête. Pour le médecin et dans ce cadre, il s'agit d'établir un certificat médical descriptif.

A l'issue de cet examen médico-légal, le médecin doit évaluer l'**incapacité totale de travail** (ITT), qui correspond à la période (en jours) pendant laquelle une victime éprouve une gêne notable dans les actes de la vie quotidienne (manger, dormir, se laver, s'habiller...) en raison du retentissement physique et/ou psychologique des violences. L'évaluation de l'ITT est un acte médical ayant une répercussion juridique ; la durée de l'ITT permet la qualification de l'infraction.

En cas de lésions d'une particulière gravité, le médecin peut conclure à une **infirmité permanente**. Il s'agit d'une notion juridique correspondant à la perte définitive d'une fonction ou d'un organe, ou une mutilation. L'infraction responsable d'une infirmité permanente est qualifiée de délit, mais si la victime est un mineur de 15 ans, l'infraction est qualifiée de crime.

Lorsqu'une infraction au Code Pénal est commise, la **procédure pénale** permet de faire le lien entre cette infraction et la peine. Elle se déroule en 3 phases (figure 1) :

1. La phase préliminaire

La victime de cette infraction peut porter plainte auprès d'un **officier de police judiciaire** (gendarme ou policier avec des fonctions de police judiciaire) qui transmet ensuite le procès verbal de dépôt de plainte au Parquet du Procureur de la République. Le Parquet peut alors décider l'ouverture d'une enquête. Le Parquet peut également ouvrir une enquête suite à une dénonciation, une rumeur publique ou un flagrant délit. C'est lors de cette phase d'enquête

qu'ont lieu les auditions, les mises en garde à vue... L'enquête permet le déclenchement de l'action publique par le Parquet. Il peut décider d'un **classement sans suite** qui signifie un arrêt de l'action publique en l'absence d'infraction retenue, d'une poursuite, d'une procédure alternative ou de l'ouverture d'une **information judiciaire**. C'est alors un Juge d'Instruction qui va poursuivre l'enquête.

2. La phase préparatoire

Le **Juge d'Instruction** est un magistrat du siège qui n'a pas de fonction de jugement. Il est indépendant et son rôle est d'enquêter sur les faits à charge et à décharge. A la clôture de l'Instruction, le Juge d'Instruction rend soit une **ordonnance de non-lieu**, soit une ordonnance de renvoi devant la juridiction compétente.

3. La phase de procès

Le jugement est prononcé par les magistrats du Siège. En cas de contravention, c'est le **Tribunal de Police** qui prononce la décision et la peine encourue est une amende. Lorsque l'infraction est un délit, l'auteur est jugé par le **Tribunal Correctionnel** et la peine encourue est une amende qui peut être accompagnée d'une peine d'emprisonnement de moins de 10 ans. En cas de crime, l'accusé est jugé par la **Cour d'Assises** et une peine de réclusion criminelle de plus de 10 ans peut être prononcée.

Depuis 2004, une nouvelle sanction pénale a été introduite en France, il s'agit de la **comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité** (CRPC). Elle correspond à un « plaider-coupable ». Elle est proposée sur initiative du Juge d'Instruction, du Procureur ou de l'accusé et permet au Procureur de proposer directement et sans procès une peine à une personne qui reconnaît les faits qui lui sont reprochés. Elle ne peut être proposée que pour certains délits dont la peine encourue est une amende ou une peine d'emprisonnement de moins de 5 ans.

Le médecin de l'Institut Médico-légal peut intervenir à différentes étapes de la procédure pénale :

- avant le signalement judiciaire, pour donner son avis à un autre médecin en charge de la victime,
- après le signalement, sur réquisition d'un officier de police judiciaire ou d'un magistrat,

- sur commission d'expert par un Juge d'Instruction,
- dans la procédure civile pour déterminer les préjudices pouvant donner lieu à une indemnisation.

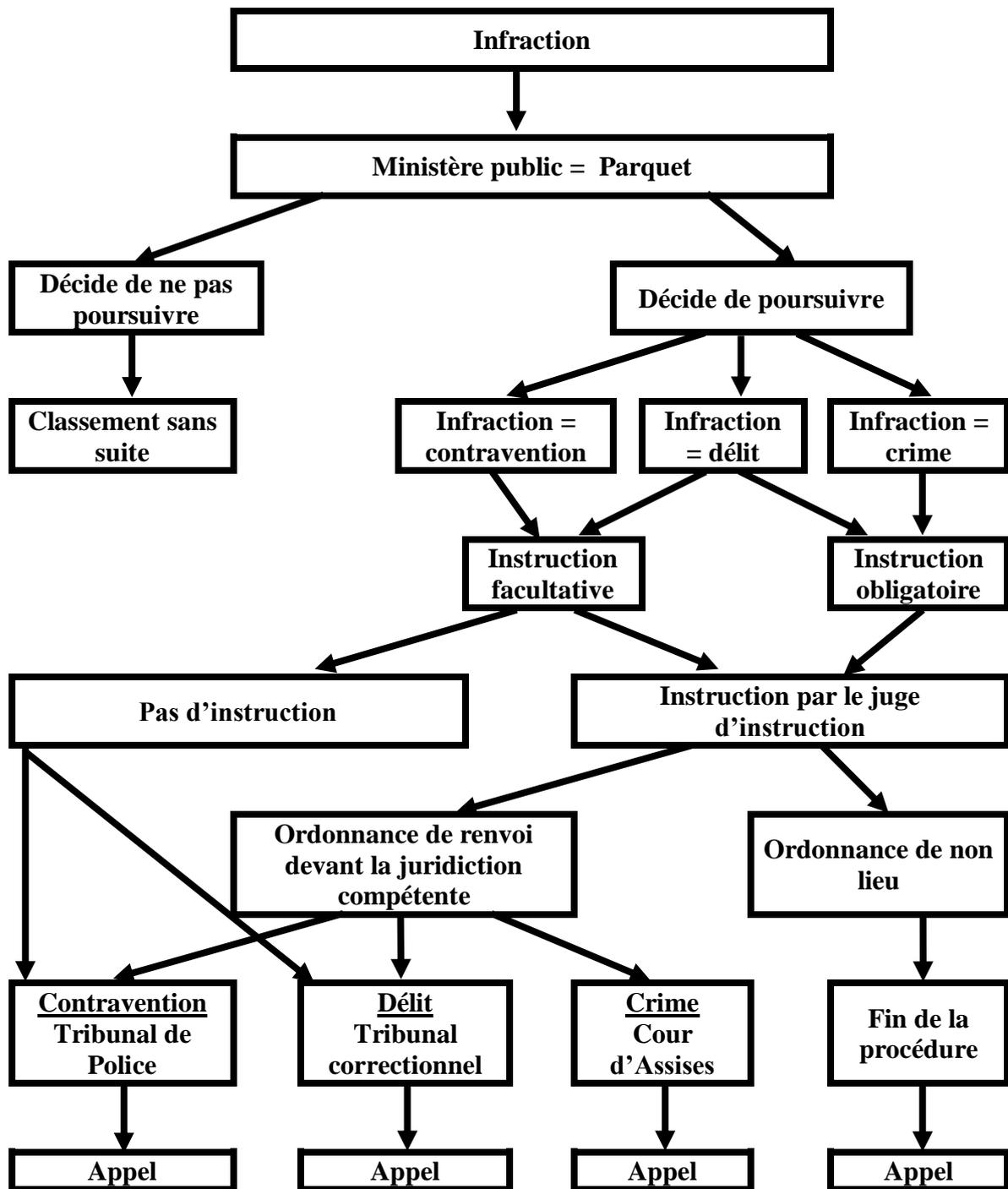


Figure 1 : Schéma récapitulatif de la procédure pénale

INTRODUCTION

La population infantile est exposée à la violence du fait de sa vulnérabilité. Face à l'adulte ou au mineur plus âgé, un enfant est un être fragile. Parmi les violences dont peut être victime un mineur, la forme la plus souvent abordée dans la littérature est la maltraitance. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose la définition de la maltraitance suivante : « *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 négligeant, 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* » [1]. Il n'existe pas en France de registre national relevant ces violences. Plusieurs organismes procurent des estimations (ONED, Eduscol, Etat 4001) [2-4]. Parmi eux, l'Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée (ODAS) estime qu'en France, en 2006, 98 000 enfants étaient en danger et ont été orientés vers une protection administrative ou judiciaire [5]. La maltraitance à enfants peut prendre différents aspects : violences physiques répétées, syndrome de Silverman, violences sexuelles, syndrome du bébé secoué, négligence, violence psychologique, maltraitance morale, syndrome de Munchausen par procuration...

Certaines violences ne rentrent pas dans le cadre de cette définition de maltraitance. C'est le cas des violences physiques uniques, équivalent des « coups et blessures volontaires » dans le langage judiciaire. Elles peuvent être dues à l'intervention d'un tiers ayant autorité sur le mineur. L'auteur de ce type de violences peut également être un autre mineur dans un contexte de bagarre ou de règlement de comptes. Ce type de violence a été peu étudié dans la littérature qui aborde surtout la maltraitance dans sa forme de violences physiques répétées [6-9], syndrome du bébé secoué [10,11] ou violences sexuelles [12-14].

Lorsqu'un médecin constate dans l'exercice de sa profession des éléments laissant penser qu'un mineur a subi des violences physiques, sexuelles ou psychiques, il a le droit de signaler la situation de ce mineur au Procureur de la République (article 216-14 du Code Pénal). Ce signalement judiciaire se fait par écrit. Aucune sanction disciplinaire ne peut être prononcée du fait du signalement d'une telle situation par le médecin aux autorités compétentes, même

s'il s'avère que le mineur n'était pas victime de violences. C'est une dérogation au secret professionnel prévue dans le Code de Déontologie Médicale (article 44).

Le médecin généraliste et le pédiatre sont des observateurs privilégiés des violences sur mineurs et ont par conséquent un rôle primordial de détection et de signalement. Une fois l'enquête débutée, le mineur pourra être examiné par un médecin légiste au sein des unités médico-judiciaires à la demande d'un officier de police judiciaire ou d'un magistrat. Le médecin légiste a un rôle important puisqu'il fait le lien entre le milieu médical et le milieu judiciaire, lorsqu'il constate les lésions. Il a parfois connaissance d'éléments de l'enquête (auditions des personnes qui s'occupent de l'enfant...) lorsqu'il détermine une incapacité totale de travail (ITT), une infirmité permanente ou qu'il évalue les préjudices subis. Le médecin qui prend en charge un enfant victime de violence, qui a traité les lésions de cet enfant, qui a rédigé un signalement, n'a le plus souvent, pas de retour sur le devenir de l'enfant, sur l'enquête ou sur l'issue judiciaire.

De nombreuses études ont traité des violences envers les mineurs, le plus souvent par une description épidémiologique des victimes, des auteurs et/ou des lésions traumatiques. Dans la littérature, on ne retrouve que peu de publications sur les suites judiciaires des violences, et celles retrouvées n'abordent qu'un seul type de violence : syndrome du bébé secoué [15,16], agressions sexuelles [17,18] ou homicides [19,20]. Parmi toutes ces études, très peu concernent des patients français. A notre connaissance, aucune étude française n'a recherché les suites judiciaires des affaires de violences sur mineurs dans un centre particulier.

Le premier objectif de cette étude était de réaliser une description épidémiologique des victimes, des auteurs désignés et des résultats des examens médico-légaux d'une population de mineurs victimes de violences. Le deuxième objectif était de rechercher les suites judiciaires de chacune de ces affaires. Nous avons également recherché s'il existait un lien entre les résultats de l'examen médico-légal ou les conclusions du médecin légiste et les suites judiciaires.

MATERIEL ET METHODE

1. Matériel

Tous les dossiers concernant des mineurs examinés par un médecin de l'Institut Médico-légal de Tours entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2011 ont été étudiés de façon rétrospective.

Ont été incluses toutes les affaires traitant de violences volontaires, physiques, sexuelles ou psychologiques dont la ou les victimes, vivantes ou décédées, étaient âgées de moins de 18 ans au moment des faits et au moment de l'examen durant la période étudiée. Ces mineurs avaient été examinés soit dans les locaux de l'Institut Médico-légal de Tours, soit aux Urgences Pédiatriques ou Adultes du CHRU de Tours, soit dans un service d'hospitalisation du CHRU de Tours ou d'un autre centre hospitalier.

Ont été exclus de cette étude, les examens de mineurs pour violences involontaires, ceux dans le cadre d'un accident de la voie publique ou d'un accident domestique, les examens pour détermination d'âge osseux et pour demande d'asile politique. Les dossiers concernant des morts subites du nourrisson et dont l'étiologie « inexplicquée » a été retenue ont également été exclus de cette étude. Nous avons exclu les examens de personnes majeures au moment de l'examen, ayant subi des violences avant l'âge de 18 ans, car les modalités du recueil de données ne nous ont pas permis d'y avoir accès.

Les examens médico-légaux étaient réalisés sur réquisition judiciaire, ou à la demande d'un détenteur de l'autorité parentale, ou encore à la demande d'un médecin d'un autre service hospitalier. Les examens effectués dans le cadre d'une expertise pénale ou d'une expertise civile ont été inclus.

Lorsque le mineur avait été examiné à plusieurs reprises entre 2006 et 2011 dans le cadre de la même affaire, une seule affaire a été comptabilisée. Lorsque durant cette même période, la victime avait été examinée plusieurs fois pour des faits différents, le nombre total d'affaires différentes a été comptabilisé.

Les suites judiciaires ont ensuite été recueillies au Tribunal de Grande Instance de Tours entre le 22 et le 26 avril 2013. Le nom de chaque victime issue du recueil de données à l'Institut Médico-légal a été recherché.

2. Méthode

2.1. *Institut Médico-légal*

Pour chaque affaire, les données suivantes ont été recueillies :

- victime : sexe, âge au moment de la consultation, âge au moment des faits.
- informations sur l'auteur lorsqu'elles étaient disponibles : individu unique ou présence de plusieurs individus, lien avec la victime, âge de l'auteur.
- faits rapportés : type de violence, lieu des violences, violences uniques ou répétées, hypothèse accidentelle formulée lors de l'exposition des faits.
- résultats de l'examen clinique : lésions superficielles (abrasions et contusions), morsures, brûlures, lésions génitales, lésions aspécifiques, autre type de lésion (plaie par arme blanche...), absence de lésion.
- résultats des examens complémentaires (radiographies, tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique, scintigraphie osseuse) et des examens ophtalmologiques : fractures uniques ou multiples, lésions intracrâniennes, hémorragies rétiniennes au fond d'œil.
- certificat médico-légal : nombre de jours d'Incapacité Totale de Travail, notion de « maltraitance », notion d' « infirmité permanente ».

Nous avons classé les affaires en différentes catégories selon les faits relatés :

- violences physiques uniques ou répétées.
- syndrome du bébé secoué regroupant les traumatismes crâniens non accidentels pour lesquels un mécanisme de secousse était suspecté. Dans certains cas, des fractures étaient associées. La dénomination de « syndrome du bébé secoué » a été retenue lorsqu'il s'agissait d'enfants examinés dans le cadre d'un traumatisme crânien non expliqué par l'anamnèse, sans signe d'impact crânien à l'examen et sans état antérieur.
- violences sexuelles : il peut s'agir d'un viol, crime caractérisé par un acte de pénétration sexuelle, jugé par la Cour d'Assises, ou d'une agression sexuelle correspondant à une atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte ou surprise,

délict jugé par le Tribunal Correctionnel (article 222-22 du Code Pénal). La peine encourue par l'auteur lorsque la victime est un mineur de 15 ans est plus sévère que lorsque la victime est âgée de plus de 15 ans. Nous avons donc distingué les victimes de violences sexuelles âgées de moins de 15 et celles âgées de 15 à 18 ans.

- violences ayant entraîné le décès de la victime.

La répétition ou non des faits était basée sur les données du certificat médico-légal et par conséquent sur les dires de la victime. Elle ne préjugait pas de la qualification juridique des faits.

2.2. Données de l'enquête

Nous avons également relevé les éléments du dossier judiciaire suivants :

- présence ou non d'une réquisition judiciaire provenant d'un magistrat ou d'une autorité de police judiciaire, code postal de l'autorité requérante.
- décision judiciaire :
 - classement sans suite : décision du Parquet lorsqu'aucune infraction n'a été retenue entraînant l'arrêt de l'action publique.
 - affaire jugée par le Tribunal de Police : amende, relaxe.
 - affaire jugée par le Tribunal Correctionnel : amende, peine d'emprisonnement, autre type de peine, relaxe.
 - affaire jugée par la Cour d'Assises : amende, réclusion criminelle, relaxe.
 - affaire jugée par le Tribunal Pour Enfants ou le Juge Des Enfants : amende, admonestation (réprimande solennelle du Juge Des Enfants adressée à un mineur délinquant), peine d'emprisonnement, autre type de peine, relaxe.
 - ordonnance de non-lieu par un Juge d'Instruction avec arrêt de la procédure pénale.
 - affaire en cours : enquête en cours, instruction en cours.
- délai entre l'examen médico-légal et la date du jugement.

- durée d'emprisonnement ou de réclusion criminelle.

De plus, nous avons relevé les affaires dont les victimes sont devenues au cours de la procédure judiciaire, non plus des « victimes » mais des « auteurs », de dénonciation calomnieuse ou de rébellion et pour lesquelles ce sont ces mineurs présentés initialement comme victimes qui ont été jugés.

3. Outils statistiques

Nous avons fait une exploitation statistique descriptive à l'aide du logiciel Excel[®] et un travail analytique grâce au logiciel R[®] 3.0 [21].

Une analyse descriptive de l'ensemble des données recueillies a été réalisée dans un premier temps. Nous avons également recherché un lien entre l'issue judiciaire et plusieurs éléments de l'examen médico-légal : présence de lésions à l'examen, existence d'une ITT, existence d'une infirmité permanente, conclusion de maltraitance par le médecin légiste, à l'aide d'un test du Chi².

Nous avons ensuite essayé d'identifier des profils types de victimes dans notre échantillon à l'aide d'outils d'analyse multivariée. L'analyse multivariée a consisté en une Analyse des Correspondances Multiples (ACM), à l'aide d'un package du logiciel R[®] nommé FactoMineR [22-24]. Cet outil statistique permet de situer les individus les uns par rapport aux autres au sein de la variabilité totale de la population. Dans cette population, la variabilité totale est exprimée par la somme de dimensions (dim). Ces dimensions dépendent du nombre de variables et sont calculées à partir de ce nombre. Chaque variable exprime une partie de la variabilité totale et donc une partie de chaque dimension. Ces dimensions sont utilisées pour tracer des graphiques représentant les individus. Cela permet de visualiser graphiquement le lien des variables au sein de la population, ainsi que la proximité des individus entre eux. Nous avons effectué une ACM sur les données suivantes : sexe, tranches d'âge, type de violence, répétition des faits ou non, lieu des faits, auteur, durée de l'ITT, conclusion de maltraitance ou non, notion d'infirmité permanente ou non et suites judiciaires. Afin de limiter l'impact des données manquantes lors de l'analyse multivariée, nous avons appliqué un algorithme permettant de remplacer les données manquantes [25-27]. Cet algorithme permet de remplacer la donnée inconnue par une probabilité de réponse calculée à partir des

dossiers permettant un recueil exhaustif des données. Au préalable, nous avons vérifié que nous pouvions appliquer cet algorithme sans biaiser les résultats.

Suite à l'ACM nous avons effectué une classification ascendante hiérarchique des individus. Il s'agit d'un traitement statistique des résultats de l'ACM. Il permet de mettre en évidence différents profils de victime en regroupant les individus en groupe appelé cluster. Par la suite, nous avons observé quelles catégories des différentes variables étudiées étaient liées à chaque cluster. Ainsi, nous avons pu individualiser des profils dans notre échantillon définis par les différentes variables utilisées pour l'ACM.

RESULTATS

1. Description de la population

Au total, les suites judiciaires ont été recueillies pour 682 affaires dont les victimes étaient des mineurs et avaient nécessité un examen médico-légal par un des médecins de l'Institut Médico-légal de Tours entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2011. La figure 2 montre la répartition des examens selon les années.

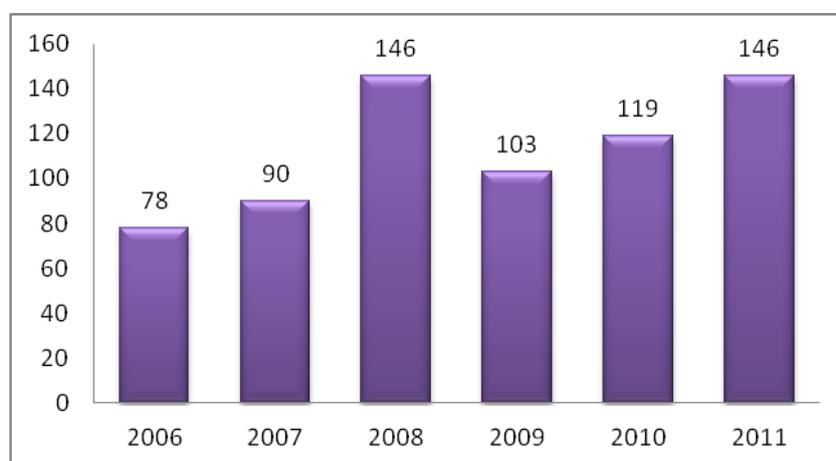


Figure 2 : Nombre de victimes par année

1.1. Caractéristiques des victimes

63,6% des victimes étaient de sexe féminin (434/682) et 36,4% (248/682) étaient de sexe masculin.

L'âge moyen au moment de la consultation était de 9 ans et 7 mois avec une moyenne à 8 ans et 2 mois pour les garçons et 10 ans et 3 mois pour les filles. La médiane était à 9 ans et 11 mois avec un âge minimum de quelques heures (pour des violences survenues dès la naissance de l'enfant), et un âge maximum de 17 ans et 11 mois.

La figure 3 montre la répartition du nombre de victimes par tranche d'âge.

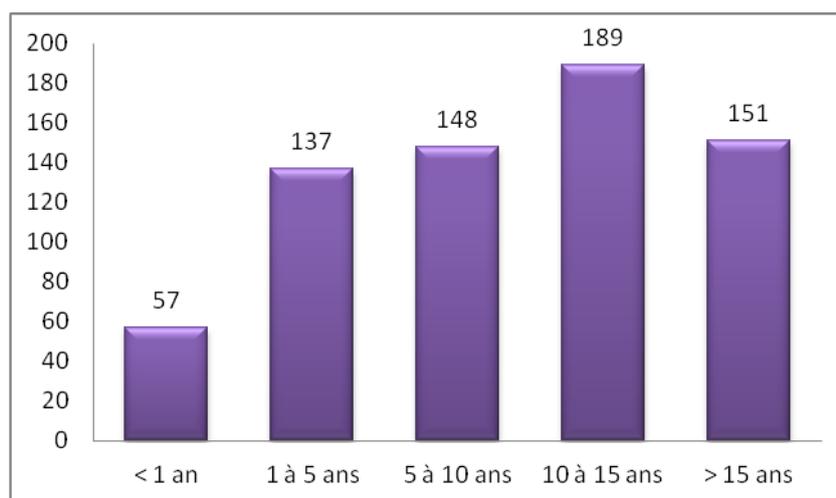


Figure 3 : *Nombre de victimes par tranche d'âge*

Les affaires traitées concernaient dans 55,9% des cas (381/682) des violences sexuelles et dans 44,1% (301/682) des violences physiques autres.

Les violences physiques regroupaient les examens médico-légaux dans le cadre d'une suspicion de violences répétées pour 22,1% du total (151/682), 17,3% de violences uniques (118/682), 3,5% de victimes du syndrome du bébé secoué (24/682) et 1,2% d'affaires d'homicides (8/682).

Les violences sexuelles concernaient dans 42,8% des affaires d'agression sexuelle, des violences uniques (163/381) et dans 57,2% des violences répétées (218/381).

1,9% des violences perpétrées à l'encontre de mineurs ont conduit au décès de la victime (13/682).

Une hypothèse accidentelle avait été formulée dans 5,7% des affaires (39/682).

La figure 4 montre la répartition des victimes selon le type de violence.

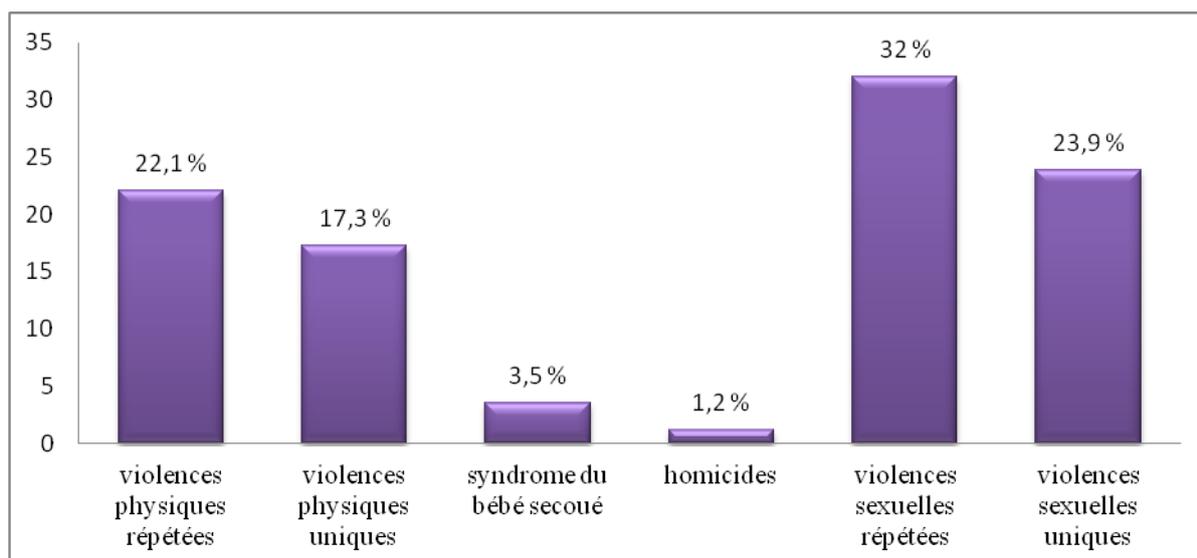


Figure 4 : Répartition des victimes selon le type de violence

4,5% des mineurs ont été examinés plusieurs fois entre 2006 et 2011 dans le cadre de la même affaire (31/682).

4% des mineurs ont durant cette même période été examinés dans plusieurs affaires (27/682).

1.2. Caractéristiques de l'autorité requérante

La très grande majorité des examens médico-légaux (92,5%) a été réalisée sur réquisition judiciaire (631/682). Dans 48,6 % des cas, il s'agissait d'une réquisition d'un officier de police judiciaire en résidence dans une gendarmerie (307/631) et dans 43,6% des cas dans un commissariat de police (275/631). 5,1% des examens médico-légaux ont été initiés à la demande d'un Tribunal de Grande Instance ou du Parquet (32/631) et 2,7% lors d'une procédure d'Instruction (17/631).

7,5% des mineurs ont donc été examinés sans réquisition judiciaire (51/682), 72,5% à la demande d'une personne détentrice de l'autorité parentale (37/51) et 27,5% à la demande d'un service hospitalier de consultation ou d'hospitalisation (14/51).

Le département de l'autorité requérante ou de la personne demandant l'examen était situé dans la région Centre dans 95,2% des affaires (649/682) avec une nette prédominance pour le département de l'Indre et Loire (89,2%, (579/649)). Pour les autres départements de la région Centre, 4,5% des demandes d'examens provenaient du Loir et Cher (29/649), 3,7% du Cher

(24/649), 1,5% de l'Indre (10/649) et 1,1% du Loiret (7/649). 4,8% des structures requérantes demeuraient dans un département hors de la région Centre (33/682).

1.3. Caractéristiques de l'auteur des violences

Dans 86,8% des affaires, l'auteur des violences était unique (592/682) et dans 13,2% des affaires, plusieurs individus étaient à l'origine des violences subies (90/682). Au total, 772 individus étaient à l'origine des 682 affaires de violences à l'encontre de mineurs dans notre étude.

Les auteurs relevés étaient des membres de la famille dans 53,7% des cas (415/772). La figure 5 montre la répartition des auteurs selon leur identité.

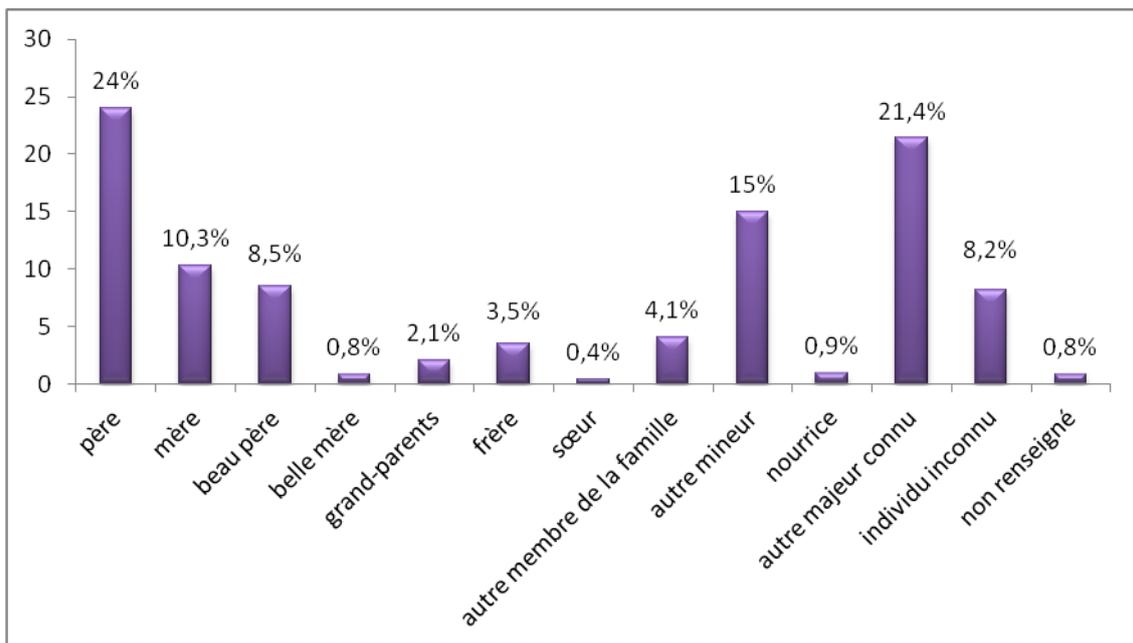


Figure 5 : Répartition des auteurs de violences selon leur identité

2. Caractéristiques des violences

La figure 6 montre la répartition du lieu des violences révélées par la victime. Dans 45,2% des affaires, les violences avaient eu lieu au domicile de la victime ou au domicile commun à la victime et à l'auteur (308/682).

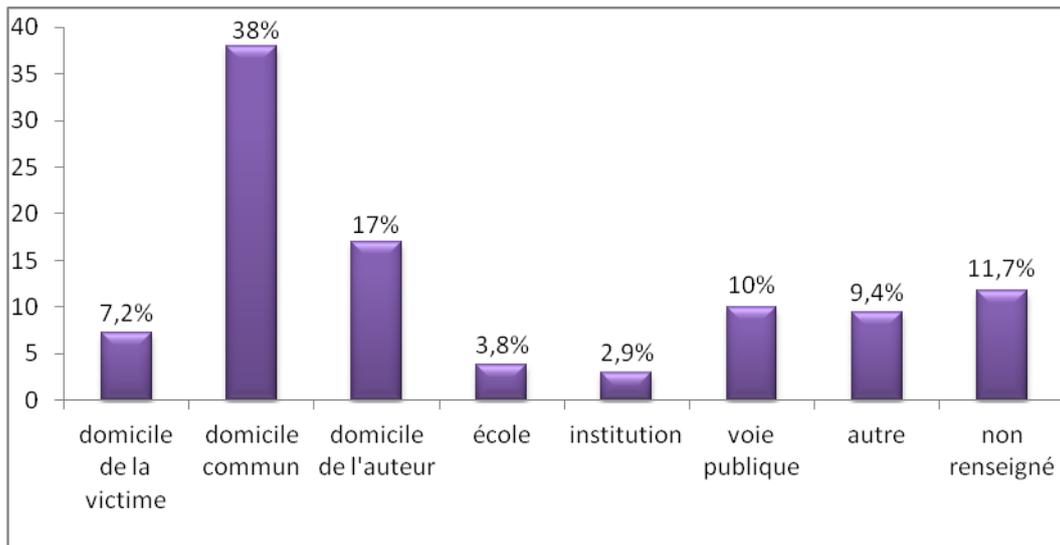


Figure 6 : Répartition du lieu révélé des violences

Les caractéristiques des victimes et des auteurs selon le type de violence sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques des victimes et des auteurs selon le type de violence

	Violences physiques (n = 269)	Syndromes du bébé secoué (n = 24)	Violences sexuelles (n = 381)	Homicides (n=8)
Sex ratio (H/F)	1,3	2	0,3	0,6
Age moyen	8 ans 8 mois	5 mois	10 ans 9 mois	3 ans
Auteur *				
père	34,2% (92)	45,8% (11)	21% (80)	37,5% (3)
mère	24,2% (65)	4,2% (1)	2,1% (8)	62,5% (5)
beau père	13% (35)	—	8,1% (31)	—
belle mère	2,2% (6)	—	—	—
grands parents	—	—	4,2% (16)	—
frère ou sœur	1,9% (5)	—	6,6% (25)	—
autre membre de la famille	1,9% (5)	—	7,1% (27)	—
autre mineur	12,6% (34)	—	21,5% (82)	—
nourrice	2,6% (7)	—	—	—
autre majeur connu	19% (51)	—	29,9% (114)	—
auteur inconnu	7,8% (21)	54,2% (13)	7,6% (29)	—
non renseigné	—	—	0,8% (3)	—
Violences ayant abouti au décès de la victime	1,1% (3)	8,3% (2)	—	100% (8)

* Dans certaines affaires, plusieurs auteurs étaient impliqués. Les calculs ont été faits en se basant sur le nombre total d'affaires et non sur le nombre total d'auteurs.

2.1. Violences physiques

En dehors des syndromes du bébé secoué et des homicides qui seront traités à part, les violences physiques ont concerné 269 affaires. Le tableau 2 présente les caractéristiques des victimes et des auteurs selon la fréquence des faits.

Tableau 2 : Caractéristiques des victimes et des auteurs de violences physiques selon la fréquence des faits

	Violences uniques 43,9% (n=118)	Violences répétées 56,1% (n=151)
Sex ratio (H/F)	1,5	1,1
Age moyen	11 ans 2 mois	7 ans 5 mois
Auteur membre de la famille de la victime	37,3% (44)	84,8% (128)
Violences ayant eu lieu au domicile de la victime ou au domicile commun à la victime et à l'auteur	31,4% (37)	76,2% (115)

2.2. Violences sexuelles

381 affaires ont concerné des victimes d'agression sexuelle dont 81,6% de victimes de moins de 15 ans au moment des faits (311/381). Le tableau 3 présente les caractéristiques des victimes et des auteurs de violences de nature sexuelle selon la fréquence des faits.

Tableau 3 : *Caractéristiques des victimes et des auteurs de violences sexuelles selon la fréquence des faits*

	Violences uniques 42,8% (n=163)	Violences répétées 57,2% (n=218)
Sex ratio (H/F)	0,3	0,3
Age moyen	12 ans 4 mois	9 ans 8 mois
Agression sexuelle < 15 ans	67,5% (110)	92,2% (201)
Auteur membre de la famille de la victime	19,6% (32)	68,8% (150)
Violences ayant eu lieu au domicile de la victime ou au domicile commun à la victime et à l'auteur	17,2% (28)	50,9% (111)

2.3. Syndrome du bébé secoué

Durant la période étudiée, 24 victimes étaient des bébés secoués, deux fois plus de garçons que de filles. Dans plus de la moitié des cas, l'auteur était inconnu (54,2%), c'est-à-dire qu'il n'a pas été identifié par l'enquête. Dans les 11 cas où il était connu, il s'agissait du père dans 10 affaires et du père et de la mère pour une affaire.

2.4. Violences ayant abouti au décès de la victime

Dans 13 affaires, les violences ont abouti au décès de la victime. 8 affaires ont été qualifiées d'homicide : 1 affaire d'homicide-suicide, 1 affaire de tentative d'homicide-suicide, 3 affaires où les bébés sont morts à leur naissance et 3 affaires dont les enfants ont été victimes d'homicide. Les 5 autres victimes étaient : 1 victime de défaut de soin, 2 victimes de maltraitance et 2 nourrissons victimes des suites d'un syndrome du bébé secoué.

Les 8 enfants victimes d'homicides étaient âgés en moyenne de 3 ans.

La mère était à l'origine du décès dans 7 affaires, le père dans 6 affaires, le beau père dans 1 affaire et l'auteur était inconnu dans 1 affaire. Dans 2 affaires, 2 adultes ont été mis en cause, dont la mère.

Les violences avaient toujours eu lieu au domicile de la victime.

3. Résultats des examens médico-légaux

Les résultats des examens médico-légaux sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Résultats des examens médico-légaux selon le type de violence

	Violences physiques		Syndrome du bébé secoué (n = 24)	Violences sexuelles		Homicides (n=8)
	uniques (n = 118)	répétées (n = 151)		uniques (n = 163)	répétées (n = 218)	
Lésion cutanée superficielle	52,5% (62)	62,9% (95)	12,5% (3)	11% (18)	1,8% (4)	37,5% (3)
Morsure	2,5% (3)	3,3% (5)	—	—	—	—
Brûlure	4,2% (5)	4% (6)	—	—	0,9% (2)	12,5% (1)
Lésion traumatique intracrânienne	2,5% (3)	1,3% (2)	95,8% (23)	—	—	—
Fracture unique	13,6% (16)	0,7% (1)	—	—	—	—
Fractures multiples	0,8% (1)	13,9% (21)	33,3% (8)	—	—	12,5% (1)
Lésion génitale	0,8% (1)	2% (3)	—	7,4% (12)	4,1% (9)	—
Autre lésion*	17,8% (21)	4,6% (7)	62,5 % (15)	1,8% (3)	—	87,5% (7)
Lésion aspécifique**	11% (13)	13,2% (20)	—	60,1% (98)	60,6% (132)	—
Aucune lésion	12,7% (15)	14,6% (22)	4,2 % (1)	32,5% (53)	37,2% (81)	—

* Autre lésion :

- violences physiques : entorse, contracture musculaire, hémarthrose, hémorragie sous conjonctivale, cataracte, déshydratation, arrachement de cheveux, perforation tympanique, plaies par arme blanche, fracture dentaire, hématome intra-abdominal, syndrome du cheveu étrangleur.

- syndrome du bébé secoué : hémorragies rétinienne.

- violences sexuelles : scarifications, plaies par arme blanche.

- homicides : déshydratation, plaies par arme blanche, plaies par pistolet à clous, contusions pulmonaires et cardiaques, ossements.

** Lésions aspécifiques : érythème, ecchymoses « banales » sur les zones de chute habituelles pour l'âge, abrasions dans certains cas.

Lors de certains examens, plusieurs types de lésion ont été identifiés. Les calculs ont été faits en se basant sur le nombre total d'affaires et non sur le nombre total de lésions.

Le médecin légiste avait conclu à une maltraitance dans 5,9% des violences physiques uniques (7/118), 39,1% des violences physiques répétées (59/151), 1,2% des violences sexuelles uniques (2/163), aucune affaire de violences sexuelles répétées et dans 95,8% des affaires du syndrome du bébé secoué (23/24).

Les durées d'incapacité totale de travail et les conclusions d'infirmité permanente déterminées par le médecin légiste selon le type de violence sont présentées dans le tableau 5.

Tableau 5 : Durée d'ITT et infirmité permanente selon le type de violence

	Violences physiques		Syndrome du bébé secoué (n=24)	Violences sexuelles	
	uniques (n=118)	répétées (n=151)		uniques (n=163)	répétées (n=218)
0 jour ou pas d'ITT*	41,5% (49)	51,6% (78)	12,5% (3)	90,2% (147)	98,6% (215)
1 à 8 jours	39,8% (47)	30,5% (46)	—	9,8% (16)	1,4% (3)
9 à 30 jours	14,4% (17)	15,2% (23)	58,3% (14)	—	—
31 à 90 jours	2,6% (3)	2% (3)	8,4% (2)	—	—
> 90 jours	1,7% (2)	0,7% (1)	20,8% (5)	—	—
infirmité permanente	1,7% (2)	2% (3)	58,3% (14)	—	—

*en cas de décès, il n'y avait pas de détermination d'une ITT

Le délai moyen entre la date des faits renseignée et l'examen médico-légal était de 5 mois avec un délai minimum de 0 jour, un délai maximum de 9 ans et 11 mois et une médiane de 9 jours. La date des faits n'était pas renseignée dans 17,4% des affaires (119/682). 7,9% des victimes ont été examinées le jour des faits (54/682).

4. Suites judiciaires

Les décisions judiciaires des 682 affaires étudiées sont présentées dans le tableau 6.

9,1% des affaires étaient en cours au moment du recueil des données judiciaires au Tribunal de Grande Instance (62/682).

Les 23 affaires n'ayant pas bénéficié de procédure judiciaire, représentant 3,4% de la totalité des dossiers (23/682), étaient toutes des affaires dont les examens médico-légaux avaient été réalisés à la demande des parents ou d'un médecin d'un autre service hospitalier.

Tableau 6 : Suites judiciaires selon le type de violence

	Violences physiques		Syndrome du bébé secoué (n = 24)	Violences sexuelles		Homicides (n=8)
	uniques (n = 118)	répétées (n = 151)		uniques (n = 163)	répétées (n = 218)	
Classement sans suite	40,7% (48)	49,7% (75)	29,2% (7)	61,3% (100)	59,2% (129)	12,5% (1)
Ordonnance de non-lieu	—	0,6% (1)	12,5% (3)	0,6% (1)	0,9% (2)	—
CRPC	2,5% (3)	2% (3)	—	0,6% (1)	—	—
Tribunal de Police	1,8% (2)	1,3% (2)	—	—	—	—
amende	2	1	—	—	—	—
non renseigné	—	1	—	—	—	—
Tribunal correctionnel	27,1% (32)	30,5% (46)	16,7% (4)	12,3% (20)	17% (37)	—
peine d'emprisonnement	26	39	4	16	31	—
amende	—	1	—	—	—	—
relaxe	—	1	—	—	—	—
travaux d'intérêt général	—	1	—	—	—	—
non renseigné	6	4	—	4	6	—
Cour d'Assises	0,9% (1)	1,3% (2)	4,1% (1)	2,5% (4)	7,8% (17)	62,5% (5)
réclusion criminelle	1	2	1	4	16	5
non renseigné	—	—	—	—	1	—
TPE / JDE	16,9% (20)	2% (3)	—	9,2% (15)	5,5% (12)	—
peine d'emprisonnement	3	—	—	5	5	—
admonestation	5	—	—	4	2	—
autre *	4	—	—	3	2	—
non renseigné	8	3	—	3	3	—
Affaire en cours	2,5% (3)	7,3% (11)	37,5% (9)	11% (18)	8,7% (19)	25% (2)
enquête en cours	1	5	1	8	5	—
instruction en cours	2	6	8	10	14	2
Pas de procédure judiciaire	7,6% (9)	5,3% (8)	—	2,5% (4)	0,9% (2)	—

* autre : avertissement solennel, aide à la réparation de la victime, protection judiciaire en milieu ouvert

CRPC : comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité, TPE : Tribunal pour enfants, JDE : Juge des enfants

Ainsi 33,7% des 682 affaires étudiées ont abouti à un jugement en CRPC, au Tribunal de Police, au Tribunal Correctionnel, au Tribunal Pour Enfants ou à la Cour d'Assises (230/682).

Un classement sans suite a été prononcé dans 52,8% des affaires (360/682) et une ordonnance de non-lieu dans 1% des affaires (7/682). Dans le cas de l'homicide classé sans suite, il s'agissait d'un homicide-suicide et la procédure n'a pu se poursuivre par extinction de l'action publique du fait du décès de l'auteur.

2,1 % des mineurs examinés (14/682) ont finalement été reclassés lors de l'enquête ou du procès, non plus comme des victimes de violence mais comme des auteurs. Le plus souvent, il s'agissait de faits de rébellion, d'outrage ou de dénonciation calomnieuse.

Le délai moyen retrouvé entre la date de l'examen médico-légal et la date du jugement était de 1 an avec une médiane de 9 mois.

La durée moyenne des peines d'emprisonnement et de réclusion criminelle était de 3 ans et 3 mois avec une médiane à 1 an et 6 mois. Le maximum était de 30 ans pour un homicide par arme blanche. (Figure 7)

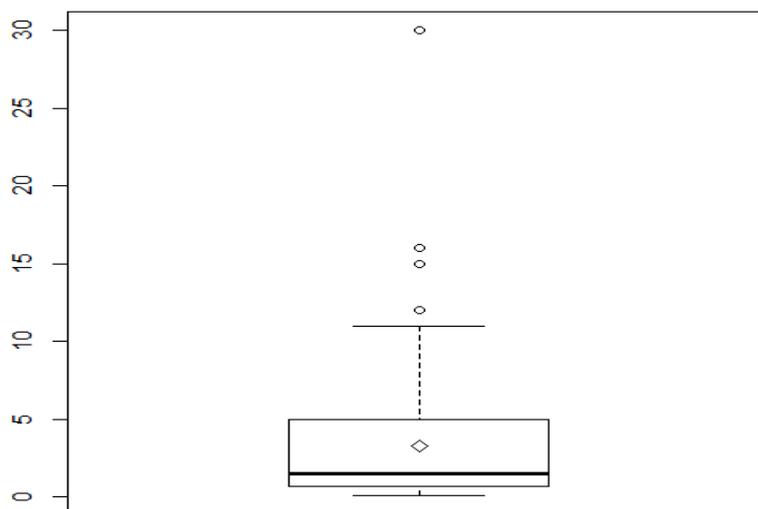


Figure 7 : *Durée de la peine en années*

5. Association entre les éléments de l'examen médico-légal, les conclusions du médecin légiste et les suites judiciaires

Les données des affaires en cours ont été exclues de l'analyse.

L'analyse d'indépendance de ces deux variables à l'aide d'un test du Chi² a mis en évidence que l'absence de condamnation de l'auteur était significativement liée à l'absence de lésions lors de l'examen médico-légal ($p < 0,05$). Cela signifie que l'auteur était moins souvent condamné lorsque le médecin légiste n'avait pas constaté de lésions.

La condamnation de l'auteur était liée de manière significative à la conclusion ou non de maltraitance par le médecin légiste ($p < 0,05$). Ainsi, l'auteur était moins souvent condamné lorsque le médecin légiste n'avait pas conclu à une maltraitance, mais était plus souvent condamné en cas de conclusion de maltraitance.

Une conclusion d'infirmité permanente lors de l'examen médico-légal n'était pas significativement liée à la condamnation de l'auteur ($p = 0,2$).

Une ITT ≥ 1 jour était liée significativement à la condamnation de l'auteur ($p < 0,05$).

6. Profils types de victimes

Dans un premier temps nous avons effectué l'ACM. Les trois premières dimensions ont été analysées car elles représentaient une proportion correcte de la variabilité totale, compte tenu du nombre d'individus et de variables analysées. (Tableau 7)

Dimensions	Pourcentage de la variabilité totale représentée	Variabilité cumulée
Dim 1	13,68 %	13,68 %
Dim 2	10,47 %	24,15%
Dim 3	8,84 %	32,99 %

Tableau 7 : Proportion de la variabilité totale analysée dans la population

L'ACM nous a permis d'observer 32,99% de la variabilité totale de la population pour les variables étudiées. La classification ascendante hiérarchique que nous avons effectuée sur les résultats de l'ACM nous a permis d'individualiser 5 clusters ou groupes. Leur répartition graphique au sein de la variabilité étudiée est représentée dans les figures 8 et 9. Ces deux graphiques montrent l'ensemble des individus répartis par clusters à l'aide de la classification ascendante hiérarchique. Les différents polygones représentent les limites de chaque cluster. Le profil de chacun des clusters est indiqué dans le tableau 8. Cette classification statistique est faite pour que chaque catégorie de variable soit significativement liée à la répartition en cluster ($p < 0,05$).

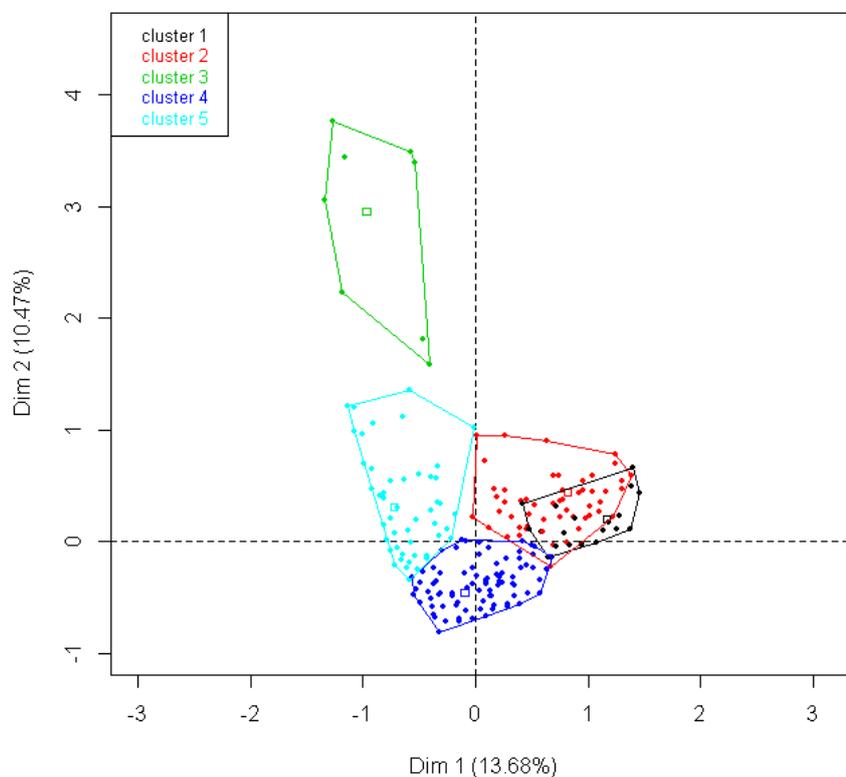


Figure 8 : Analyse des correspondances multiples :
graphique représentant la première dimension en fonction de la deuxième dimension.

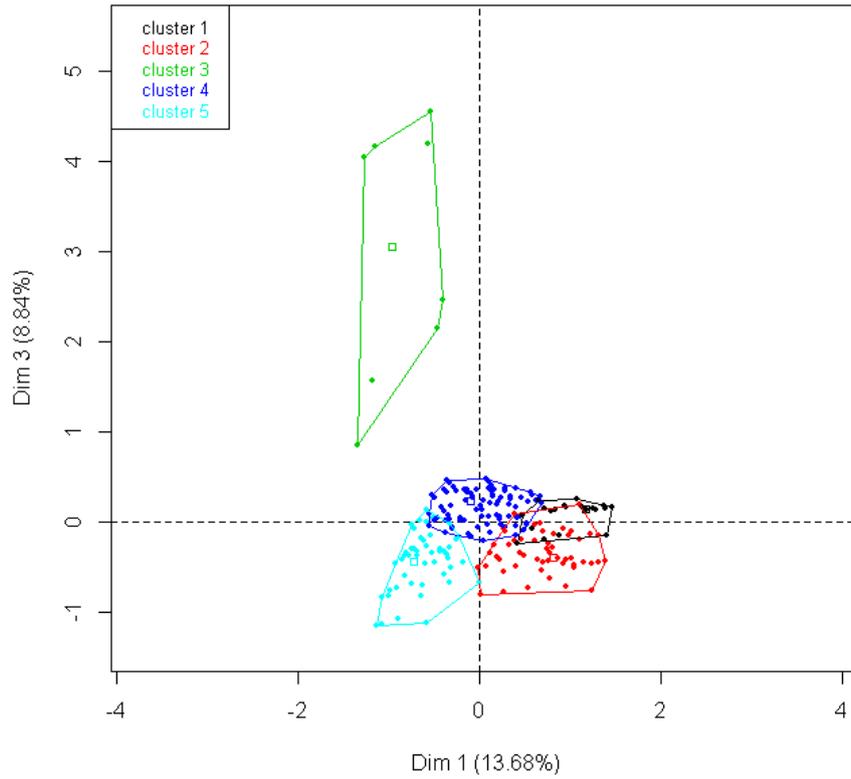


Figure 9 : Analyse des correspondances multiples : graphique représentant la première dimension en fonction de la troisième dimension.

Tableau 8 : Caractéristiques des 5 profils types de victimes à partir de l'analyse des correspondances multiples

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
Sexe	féminin	Masculin	—	féminin	masculin
Tranche d'âge	15-17 ans	15-17 ans	0-1 an	6-14 ans	0 à 1 an
Type de violence	agression sexuelle	violences physiques	homicide	agression sexuelle	syndrome du bébé secoué
Faits répétés ou uniques	unique	Unique	unique	répétés	répétés
Auteur	inconnu ou majeur connu	mineur ou majeur connu	mère	grand père, membre de la famille, frère	père
Lieu des faits	voie publique	Ecole	domicile commun	domicile de l'auteur	domicile commun
ITT	0 jour	1 à 8 jours	—	0 jour	≥ 8 jours
Conclusion de maltraitance	non	Non	—	non	oui
Conclusion d'infirmité permanente	non	Non	—	non	oui
Suites judiciaires	classement sans suite	TPE	Cour d'Assises	classement sans suite	Tribunal correctionnel

ITT : incapacité totale de travail, TPE : Tribunal pour enfant

DISCUSSION

1. Description de la population

1.1. Caractéristiques des victimes et des violences

Nos chiffres sont difficiles à comparer à ceux retrouvés dans la littérature car il n'existe pas d'uniformisation des définitions de maltraitance, violences physiques, violences sexuelles, enfants maltraités, enfants en danger...

L'ODAS rapportait en 2006, en France, 19000 enfants maltraités : 6300 victimes de violences physiques, 4300 de violences sexuelles, 5000 de négligences lourdes et 3400 de violences psychologiques. Les définitions de ces violences ne sont pas clairement établies, notamment celle des « négligences lourdes » [5].

La définition de la maltraitance de l'OMS est largement utilisée [1] mais d'autres sont également proposées [2,5]. Aucune n'aborde la notion de répétition des violences. Nous avons choisi dans notre travail de traiter de tous les types de violences envers les mineurs y compris les violences physiques uniques. Mais au sein des violences physiques uniques, plusieurs types de violence peuvent être distinguées. Ainsi, des violences uniques entre mineurs, par exemple dans le cadre d'une bagarre unique, n'apparaissent pas comme une forme de maltraitance. En revanche, si un épisode de violence isolée a été commis par un des parents, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'un premier épisode de maltraitance, le processus étant susceptible d'être arrêté par la procédure.

Notre étude a porté sur 682 victimes âgées en moyenne de 9 ans et 7 mois. Dans 63,6% des affaires (434/682), il s'agissait de victimes de sexe féminin. Ces caractéristiques sont en accord avec les données de la littérature concernant les violences à enfants qui rapportent un âge moyen compris entre 5 et 9 ans et une prédominance de victimes féminines [8,9,13,28].

44,1% des victimes (301/682), avaient été examinées dans le cadre de violences physiques. Il s'agissait de violences uniques dans 43,9% (118/269) et de violences répétées dans 56,1% des affaires (151/269). Les victimes étaient âgées en moyenne de 8 ans et 8 mois avec plus de victimes de sexe masculin que de sexe féminin (sex ratio 1,3), phénomène déjà observé dans

les études de Christian et Otterman [8,29]. La littérature ne rapporte pas d'études sur les violences physiques uniques chez le mineur.

Plus de la moitié des victimes avaient été examinées dans le cadre de violences sexuelles, et parmi ces victimes, 42,8% avaient rapporté des faits uniques (163/381) et 57,2% des violences répétées (218/381). Cette proportion est concordante avec les données de la littérature concernant les violences sexuelles sur mineurs [17,30]. Les résultats de notre étude retrouvaient une nette prédominance de victimes de sexe féminin (sex ratio 0,3). L'âge moyen était de 10 ans et 9 mois avec une grande majorité de mineurs de moins de 15 ans (81,6%, (311/381)). Beaucoup d'auteurs ont rapporté un âge moyen compris entre 8 et 10 ans et la plupart des victimes décrites étaient de sexe féminin [31-34].

Nous avons relevé durant la période étudiée, 24 nourrissons victimes du syndrome du bébé secoué. Ils étaient âgés en moyenne de 5 mois et il y avait deux fois plus de garçons que de filles. Ces résultats sont également en accord avec les données épidémiologiques concernant les bébés secoués retrouvés dans la littérature [15, 35-37].

1.2. Caractéristiques des auteurs et du lieu des violences

La prédominance des violences intrafamiliales chez le mineur est connue [13,28,38] et a été décrite dès 1860 par Tardieu [39]. Dans notre travail, les victimes ont désigné un membre de la famille comme auteur des violences dans 53,7% des affaires totales (415/682), 84,8% des violences physiques répétées (128/151) et 68,8% des violences sexuelles répétées (150/218).

Dans les affaires de syndrome du bébé secoué, l'auteur des faits était majoritairement inconnu (54,2%, (13/24)), ce qui veut dire qu'il n'a pas été identifié par l'enquête. Dans les cas où il était connu, il s'agissait de l'un ou des deux parents. Plusieurs études décrivent principalement le père ou le beau-père comme auteur retrouvé des secousses [15,40,41]. Dans les cas que nous avons étudiés, l'auteur des secousses n'avait jamais révélé les faits à l'équipe hospitalière. En cas d'aveux de l'auteur au cours de l'enquête, les pleurs de l'enfant sont le plus souvent rapportés comme le facteur déclenchant des violences [15,42].

Dans tous les cas d'homicides relevés dans notre étude, l'auteur était l'un des deux parents. L'observation que l'auteur d'un homicide d'enfant est principalement l'un des parents n'est pas surprenante et a déjà été rapportée [20,43,44]. Comme la médiatisation des faits divers le montre régulièrement, un enfant a plus de risque de mourir suite aux violences d'un membre de sa famille que suite à l'intervention d'un inconnu.

Il est donc logique que dans près de la moitié des affaires de notre travail, les violences aient eu lieu au domicile commun à la victime et à l'auteur ou au domicile de la victime seule. Starling avait décrit dans son étude portant sur des enfants présentant des fractures multiples, que 66% des auteurs vivaient avec la victime [45].

1.3. Homicides

Nous avons choisi de traiter à part des cas d'homicides devant l'exceptionnalité des faits et leur impact médiatique et sociétal. Les victimes étaient très jeunes, l'âge moyen étant de 3 ans.

Les dernières statistiques du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) de 2010 montrent la surmortalité par homicide chez les enfants de moins de 1 an par rapport à toutes les autres tranches d'âge [46]. Plusieurs auteurs ont rapporté un âge moyen des victimes d'homicides dans la population mineure, inférieur à 5 ans [44,47].

Nous avons distingué les homicides des autres violences ayant abouti au décès de la victime. Sur le plan judiciaire, la qualification de l'infraction ainsi que les peines encourues ne sont pas les mêmes. La qualification d'homicide est une notion juridique, retenue dans les cas où les violences sont perpétrées avec l'intention de donner la mort, par exemple lorsqu'il y a utilisation d'une arme (dans notre étude : pistolet à clous, arme blanche). Les autres cas de violences ayant abouti au décès de la victime correspondaient à des violences volontaires ayant entraîné la mort sans intention de la donner. C'est le cas des syndromes du bébé secoué ou de certaines affaires de violences physiques répétées.

2. Résultats des examens médico-légaux

2.1. Lésions constatées

Plusieurs grands types de violences physiques répétées sont individualisés. Les lésions qui s'y rapportent sont bien décrites dans la littérature. Certaines victimes présentent une association de plusieurs types de lésions.

Trop souvent considéré comme synonyme de maltraitance, le syndrome de Silverman a une définition exclusivement radiologique. Il s'agit de l'association de plusieurs fractures d'âges différents [48]. Dans notre étude 13,9% (21/151) des victimes de violences répétées et 33,3% des nourrissons victimes du syndrome du bébé secoué (8/24) présentaient des fractures multiples. Les fractures les plus souvent décrites sont les fractures de côtes ou des os longs des membres [45].

En cas de violences physiques, les lésions constatées peuvent être des ecchymoses, des abrasions, des fractures principalement des côtes, des morsures, des brûlures... [7, 49,50]. Nous avons retrouvé la présence de ces lésions dans 74% des cas de violences physiques (199/269). La présence d'ecchymoses a été constatée chez 50 à 75% des enfants victimes de violences physiques [8,9].

L'examen médico-légal du mineur victime d'abus sexuels est un examen difficile et doit être réalisé par un examinateur expérimenté qui a l'habitude, non seulement de l'examen du périnée, mais également de l'entretien, qui lorsque l'âge du mineur le permet, recherche des signes de psycho-traumatisme. Dans la majorité des cas de violences sexuelles, l'examen médico-légal ne retrouve pas de lésion traumatique. L'absence de lésion ne permet pas d'exclure les faits. Dans notre étude, des lésions génitales n'avaient été mises en évidence que dans 7,4% des affaires de violences sexuelles uniques (12/163), et dans 4,1% en cas de violences répétées (9/218). Une absence de lésion ou la présence de lésions aspécifiques avaient donc été retrouvées dans la majorité des examens médico-légaux. Dans les données de la littérature, des lésions génitales ne sont retrouvées que dans moins d'un tiers des cas [31,51-53]. Plusieurs éléments peuvent expliquer ces résultats. Tout d'abord, l'auteur révélé des faits était un membre de la famille dans la majorité des cas [54]. Cet individu par ses relations avec la victime a pu agir par emprise et non pas par contrainte physique limitant ainsi la survenue de lésion traumatique. De plus, un délai relativement long est souvent observé entre les faits et leur révélation, par honte ou peur de la réaction de l'entourage. Certaines lésions peuvent donc disparaître durant cet intervalle de temps. Enfin, les lésions observées lors d'une agression sexuelle sont différentes en fonction du type d'acte (attouchement, pénétration digitale ou pénétration pénienne). Dans notre étude, nous avons différencié les agressions sexuelles selon l'âge des victimes ou la fréquence des faits et non selon le type d'acte. En effet, cette information n'est jamais complètement fiable, les faits rapportés par le mineur pouvant être en partie incomplets, par honte ou méconnaissance de termes qui sont ceux d'une sexualité d'adultes (pénétration, éjaculation...).

Dans notre étude, les lésions constatées dans les affaires de syndrome du bébé secoué étaient dans la quasi-totalité des lésions traumatiques intracrâniennes (95,8%, (23/24)). 62,5% des victimes présentaient des hémorragies rétiniennes (15/24). L'examen médico-légal avait mis en évidence des lésions cutanées superficielles dans 12,5% des cas (3/24) et des fractures multiples dans 33,3% des affaires (8/24). Un enfant ne présentait pas de lésion lors de l'examen mais cet enfant avait été examiné plusieurs années après les faits. Dans le rapport d'audition de la Haute Autorité de Santé (HAS), les autres lésions décrites comme pouvant s'associer aux lésions intracrâniennes sont : des fractures des membres, de côtes, du crâne, des ecchymoses du scalp, des hématomes des muscles du cou, des lésions rachidiennes postérieures. Les hémorragies rétiniennes ne sont pas constantes et se voient dans environ 80% des cas, entre 50 et 100% selon les séries [35]. Caffey avait déjà décrit en 1946, l'association entre la présence de fractures multiples et celle d'un hématome sous-dural chez 6 patients [37]. Les affaires de syndrome du bébé secoué sont dans notre expérience, souvent sensibles du point de vue judiciaire, alors que le diagnostic d'un point de vue médical pur peut être posé assez rapidement au cours de la prise en charge du nourrisson.

2.2. Incapacité totale de travail

Il n'existe pas à notre connaissance d'études traitant de l'incapacité totale de travail (ITT) en cas de violences envers des mineurs, d'autant plus qu'il s'agit d'une notion française.

L'ITT peut sembler difficile à évaluer chez un enfant, d'autant plus s'il s'agit d'un nourrisson comme dans le cas d'un syndrome du bébé secoué. La détermination de cette ITT est basée sur la limitation des activités quotidiennes de l'individu, quel que soit son âge, à cause d'un traumatisme. Ainsi, pour un nourrisson, il peut s'agir de s'alimenter, avoir un contact avec un autre individu, sourire, gazouiller... Plus l'enfant grandit, plus la détermination de cette ITT devient facile car il est possible de poser des questions simples à l'enfant sur ce qu'il peut faire ou pas. Malgré l'appellation d'incapacité de « travail », elle n'a aucun lien avec l'activité professionnelle et il est ainsi tout à fait possible de déterminer une ITT chez un enfant. Lorsque la victime est examinée immédiatement après les faits, le médecin n'a pas de recul sur l'évolution des lésions et sur le devenir de l'enfant. Par exemple, il est évident que l'évaluation d'une ITT secondaire aux lésions traumatiques intracrâniennes constatées chez un bébé secoué nécessite un examen à distance des faits. Ainsi, un enfant qui paraît avoir des lésions graves peut avoir une évolution rapidement favorable du fait de la plasticité neuronale

du cerveau. Cependant, pour les besoins de l'enquête, il est nécessaire de fixer cette ITT dès le début de la procédure, pour qualifier l'infraction. Une réévaluation à distance est cependant possible au cours de l'enquête.

2.3. Infirmité permanente

La détermination d'une infirmité permanente est capitale pour qualifier une infraction. Elle est difficile à établir chez un jeune enfant en cours de développement. Elle se détermine toujours après la consolidation, c'est-à-dire quand l'état n'évolue plus. Chez l'enfant, cette consolidation est tardive, le plus souvent vers 6-7 ans au moment de l'âge des acquisitions ou même parfois à la majorité.

Dans notre étude, la fixation d'une infirmité permanente concernait exclusivement des enfants victimes de traumatismes crâniens, et par conséquent des affaires de bébés secoués (58,3% des affaires de syndrome du bébé secoué, (14/24)). Dans ce cadre, cette infirmité permanente correspond aux séquelles neurologiques et/ou visuelles. Dans une étude canadienne portant sur 364 cas de bébé secoué, seuls 22% des patients étaient considérés comme indemnes [55]. L'évolution à long terme n'était jugée favorable que pour 8 à 36% des patients suivis plus de cinq ans [56,57].

2.4. Conclusion de maltraitance

Dans notre étude, le médecin légiste avait conclu à une maltraitance dans 5,9% des violences physiques uniques (7/118), 39,1% des violences physiques répétées (59/151), 95,8% des affaires du syndrome du bébé secoué (23/24) et 1,2% des affaires de violences sexuelles uniques (2/163).

Cette conclusion de maltraitance est établie par le médecin légiste en fonction des données de l'examen clinique. Il doit étayer son diagnostic à partir des lésions constatées et des faits rapportés. Cette conclusion est un élément de la procédure mais ne suffit pas à la condamnation de l'auteur par le magistrat qui doit ensuite déterminer l'identité de l'auteur et prouver sa culpabilité avec certitude. Ainsi, il arrive que la procédure pénale n'aboutisse pas à une condamnation, même si un auteur est fortement suspecté, s'il persiste un doute sur sa culpabilité. Dans ce cas, le doute bénéficie à la personne mise en cause.

3. Suites judiciaires

3.1. *Taux de condamnation*

Dans notre étude, 52,8% des affaires avaient été classées sans suite (360/682), 1% avait abouti à une ordonnance de non-lieu (7/682) et l'auteur des faits avait été jugé dans 33,7% des affaires (230/682).

Ce chiffre de 52,8% de classements sans suite peut sembler élevé dans le contexte de violences envers des mineurs. Pourtant, les derniers chiffres de l'activité pénale des parquets français parus en avril 2008 révèlent que parmi les 5 millions d'affaires traitées dans les parquets français en 2007, toutes affaires confondues, victimes majeures et mineurs, 75% des affaires totales n'avaient pas abouti à un jugement. Ainsi, dans notre étude, le taux de classement sans suite lorsque la victime est un mineur est inférieur au taux observé tous types d'affaires confondus [58].

En 2007, en France, le recours aux procédures alternatives aux poursuites avait été appliqué à 10% des affaires totales. Les procédures alternatives correspondent au rappel à la loi, à l'indemnisation de la victime, à la médiation, à l'injonction thérapeutique... [58]. Dans notre étude, seulement 10 affaires (1,5%) avaient abouti à une procédure alternative. Il s'agissait pour 9 affaires, d'affaires jugées par le Tribunal Pour Enfants ou par le Juge Des Enfants dont les auteurs étaient des mineurs et pour lesquels le jugement avait abouti à une admonestation, un avertissement solennel, une aide à la réparation de la victime, ou une protection judiciaire en milieu ouvert. La dernière affaire avait été jugée par le Tribunal Correctionnel, et l'auteur avait été condamné à des travaux d'intérêt général.

La moitié des peines prononcées en France en 2008 par l'ensemble des juridictions ont été des peines de réclusion criminelle ou d'emprisonnement. La durée moyenne des peines de réclusion était de 14,8 ans et de 7,2 mois pour les peines d'emprisonnement [59]. Dans notre étude, la durée moyenne des peines de réclusion et d'emprisonnement était de 3 ans et 3 mois. En 2009, la durée moyenne des procédures ayant abouti à une condamnation pour délit était de 12,7 mois. Cette durée était allongée à 36,9 mois pour les atteintes sexuelles et à 34,4 mois pour les atteintes à la famille. Pour les coups et violences volontaires, cette durée était de 11,3 mois. Dans notre étude, nous avons calculé le délai moyen entre la date de l'examen médico-légal et la date du jugement à 12 mois ce qui est concordant avec les données de la justice française [60]. Cependant, nous avons calculé ce délai en partant de la date de l'examen

médico-légal et non du début de la procédure, ce qui peut certainement constituer un biais dans ce calcul.

Près de la moitié des affaires de violences physiques uniques que nous avons étudiées ont abouti à un jugement (49,2%, (58/118)). En cas de violences physiques répétées, un jugement avait été rapporté dans 37,1% des affaires (56/151). Le taux de jugement que nous avons observé en cas de violence physique est nettement supérieur à celui retrouvé dans une étude suédoise portant sur 155 affaires où seulement 7% avaient abouti à un jugement [29].

Dans notre étude, environ 60% des affaires de violences sexuelles ont été classées sans suite (229/381). 27,8% des affaires avaient conduit à un jugement de l'auteur (106/381). Les données de la littérature retrouvent également des taux de condamnation autour de 30% dans ce type d'affaires [18,51,54].

29,2% des affaires de syndrome du bébé secoué que nous avons étudiées, ont été classées sans suite (7/24) et dans 12,5% une ordonnance de non-lieu avait été rendue (3/24). 20,8% des affaires ont été jugées par un Tribunal Correctionnel ou une Cour d'Assises (5/24). Ce taux de condamnation peut sembler relativement faible par rapport aux taux de conclusion de maltraitance ou d'infirmité permanente. Cela peut s'expliquer par le fait que dans plus de la moitié des cas, l'auteur n'a pas été identifié par l'enquête. De plus, 37,5% des affaires étaient encore en cours au moment de la réalisation de ce travail (9/24). En effet, lorsque le médecin avait conclu à une infirmité permanente, une information judiciaire par un juge d'instruction avait été ouverte et la procédure devenait alors plus longue. Dans une étude néo-zélandaise portant sur 39 nourrissons victimes du syndrome du bébé secoué, 36% des affaires avaient abouti à une condamnation devant un tribunal [16]. Dans une étude française, deux tiers des 34 cas de syndrome du bébé secoué étudiés n'avaient pas abouti à la condamnation de l'auteur des violences [61].

Le taux de condamnation retrouvé dans notre travail est difficile à comparer avec les données de la littérature puisque le système judiciaire diffère nettement d'un pays à l'autre et que les études françaises sur les suites judiciaires sont rares [18].

3.2. Lien avec les données de l'examen médico-légal

Nous avons retrouvé un lien entre la condamnation de l'auteur et la conclusion de maltraitance ainsi qu'avec la détermination d'une ITT. Il existait également un lien entre l'absence de lésion et l'absence de condamnation de l'auteur. Une étude récente allemande n'avait pas mis en évidence de lien entre la sévérité des lésions constatées et la condamnation de l'auteur dans les cas de maltraitance [62]. Certaines études portant sur les violences sexuelles ont retrouvé un lien entre la présence de lésions et la condamnation de l'auteur [63], contrairement à certaines études qui n'ont pas mis une telle relation en évidence [18,32,33]. Lorsqu'un lien avait été établi entre certains éléments et la condamnation de l'auteur il s'agissait plutôt d'éléments de circonstance, comme l'âge de la victime [64], les faits rapportés [65] ou le fait que l'auteur était un membre de la famille [34].

Ainsi, les liens que nous avons mis en évidence doivent être interprétés avec précaution. En effet, ils ont été établis pour l'ensemble des violences, tout en gardant à l'esprit que dans la majorité des affaires de violences sexuelles, aucune lésion n'était retrouvée à l'examen et que la majorité des lésions ont été constatées dans les affaires de violences physiques. De plus, il s'agit d'une association statistique alors que beaucoup d'autres éléments interviennent dans l'enquête. Une étude de ces associations statistiques au sein de chaque catégorie de violence serait intéressante, mais nécessiterait un échantillon plus important.

Ces constatations encouragent une description précise et exhaustive de toutes les lésions traumatiques et une discussion contributive dans les certificats médico-légaux à destination de la justice, et ce même lorsque le médecin requis n'est pas médecin légiste.

3.3. Profils types de victimes

Notre étude ne visait pas à aboutir à des stéréotypes. La méthode statistique que nous avons utilisée permet de recueillir les associations de variables les plus fréquentes qui ne doivent pas être considérées comme des généralités. Ces outils analytiques ont permis d'identifier cinq profils types de victimes :

- une jeune fille âgée de 15 à 17 ans, victime de violence sexuelle unique, par un auteur inconnu ou un majeur connu, sur la voie publique, et dont l'affaire a été classée sans suite ;

- un jeune garçon âgé de 15 à 17 ans, victime de violence physique unique par un mineur ou un majeur connu, dans un lieu d'enseignement, et dont l'affaire a été jugée par le Tribunal Pour Enfants ;
- un nourrisson âgé de moins d'1 an, victime d'homicide par sa mère au domicile familial, et dont l'affaire a été jugée par la Cour d'Assises ;
- une jeune fille âgée de 6 à 14 ans, victime de violences sexuelles répétées par un membre de sa famille, et dont l'affaire a été classée sans suite ;
- un nourrisson masculin âgé de moins d'1 an victime du syndrome du bébé secoué, par son père, et dont l'affaire a été jugée par le Tribunal Correctionnel.

4. Limites de l'étude

Notre étude comporte des limites. En effet, il s'agissait d'une étude rétrospective dont les données ont été recueillies à partir des certificats médico-légaux. Ces certificats ont été rédigés à partir d'une trame commune à tous les médecins de l'Institut Médico-légal, mais il n'existait pas d'uniformisation dans les données apparaissant dans les certificats. Certaines données étaient manquantes. De plus, les suites judiciaires ont été recueillies au Tribunal de Grande Instance. Nous n'avons pas eu accès à tous les éléments de chaque procédure qui sont couverts par le secret de l'enquête. Concernant les affaires d'agression sexuelle, nous n'avons pas eu accès aux résultats des prélèvements médico-légaux lorsqu'ils avaient été effectués. En effet, ces prélèvements sont effectués sur réquisition judiciaire et les résultats ne sont transmis qu'à l'autorité requérante.

9,1% des affaires étaient en cours lors de notre travail (62/682). Les suites judiciaires (classement sans suite, condamnation...) de ces 62 affaires n'ont pas pu être prises en compte dans les calculs lorsque nous avons recherché un lien significatif entre les données du certificat médico-légal et les suites judiciaires.

Nous avons choisi d'étudier tous les types de violence sur une période donnée puis d'étudier ensuite chacune des catégories de violences. Dans certaines catégories les effectifs étaient relativement faibles (bébés secoués et victimes d'homicides par exemple).

Nous avons basé notre recueil de données sur les affaires de violences dont les victimes ont été examinées à l'Institut Médico-légal de Tours. Les informations préoccupantes n'ont pas été prises en compte.

CONCLUSION

L'épidémiologie des violences sur mineurs se heurte à des difficultés, en partie en raison d'une absence d'homogénéité dans les définitions. Peu d'études sur les victimes mineures prises en charge au sein d'un établissement hospitalier sont disponibles en France. Par ailleurs, une fois la situation de violences identifiée et le signalement effectué par le pédiatre, le devenir judiciaire « échappe » au médecin qui a initialement pris en charge le mineur victime.

Notre travail est né de ces constatations. Nous avons souhaité, d'une part faire une étude descriptive de cette population de mineurs victimes de violences examinées au sein d'un institut médico-légal, et d'autre part chercher les suites judiciaires de chacune de ces affaires. Cela permettait de mieux de se rendre compte des conséquences que peut avoir un signalement judiciaire, démarche souvent redoutée par le médecin, de crainte de se tromper bien sûr, mais aussi d'entraîner un bouleversement des rapports au sein de la famille de la victime, quelle que soit l'issue judiciaire.

La partie épidémiologique de notre travail a confirmé un certain nombre d'éléments déjà décrits dans la littérature. Plusieurs données du certificat médico-légal semblent avoir un lien avec la condamnation de l'auteur des violences. Cependant, la recherche des suites judiciaires permet de se rendre compte qu'un nombre non négligeable d'affaires n'aboutit pas à une condamnation. Cela ne doit pas décourager les professionnels impliqués dans la prise en charge des mineurs victimes de violences, mais permet de rappeler que la certitude médicale ne fait pas la preuve judiciaire.

Les résultats de notre travail encouragent à améliorer la qualité des constatations de nature médico-légale et celle des certificats à destination de la justice. Bien que ces résultats n'aient pas pour vocation d'amener une profonde modification des pratiques déjà en cours, ils pourraient servir de sujet de réflexion lors des échanges avec le monde judiciaire, afin d'obtenir un retour d'informations plus régulier sur le devenir judiciaire des affaires de violences sur mineurs.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. La maltraitance des enfants [Internet]. WHO. [réf. du 25 juillet 2013]. Disponible sur : < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/> >.
2. 8ème rapport annuel de l'ONED. Observatoire National de L'Enfance en Danger. Oned [Internet]. [réf. du 15 septembre 2013]. Disponible sur : < <http://www.oned.gouv.fr/actualite/8eme-rapport-annuel-loned> >.
3. Éducation à la santé - Santé, action sociale : données chiffrées - Éduscol [Internet]. [réf. du 15 septembre 2013]. Disponible sur : < <http://eduscol.education.fr/cid54927/sante-action-sociale-donnees-chiffrees-2008-2009.html> >.
4. Faits constatés annuels par index 4001 et par département en 2011 [Internet]. [réf. du 15 septembre 2013]. Disponible sur : < <http://www.data.gouv.fr/DataSet/550762> >.
5. La lettre de l'Odas - novembre 2007 [Internet]. [réf. du 10 septembre 2013]. Disponible sur : < http://odas.net/IMG/pdf/200711_protection_enfance_2007.pdf >.
6. Jenny C. Medicine discovers child abuse. JAMA J Am Med Assoc 2008;300(23):2796-2797.
7. Hobbs CJ, Bilo RAC. Nonaccidental trauma: clinical aspects and epidemiology of child abuse. Pediatr Radiol 2009;39(5):457-460.
8. Christian CW, Scribano P, Seidl T, Pinto-Martin JA. Pediatric injury resulting from family violence. Pediatrics 1997;99(2):E8.
9. Sink EL, Hyman JE, Matheny T, Georgopoulos G, Kleinman P. Child abuse: the role of the orthopaedic surgeon in nonaccidental trauma. Clin Orthop 2011;469(3):790-797.

10. Duhaime AC, Christian CW, Rorke LB, Zimmerman RA. Nonaccidental head injury in infants--the « shaken-baby syndrome ». *N Engl J Med* 1998;338(25):1822-1829.
11. Christian CW, Block R, Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics* 2009;123(5):1409-1411.
12. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse : medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl* 2002;26(6-7):645-659.
13. Theodore AD, Chang JJ, Runyan DK, Hunter WM, Bangdiwala SI, Agans R. Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas. *Pediatrics* 2005;115(3):e331-337.
14. Behl LE, Conyngham HA, May PF. Trends in child maltreatment literature. *Child Abuse Negl* 2003;27(2):215-229.
15. Adamsbaum C, Grabar S, Mejean N, Rey-Salmon C. Abusive head trauma: judicial admissions highlight violent and repetitive shaking. *Pediatrics* 2010;126(3):546-555.
16. Kelly P, MacCormick J, Strange R. Non-accidental head injury in New Zealand : the outcome of referral to statutory authorities. *Child Abuse Negl* 2009;33(6):393-401.
17. Edgardh K, Von Krogh G, Ormstad K. Adolescent girls investigated for sexual abuse : history, physical findings and legal outcome. *Forensic Sci Int* 1999;104(1):1-15.
18. Saint-Martin P, Bouyssy M, Jacquet A, O'Byrne P. Les victimes d'abus sexuel : éléments médico-légaux et suites judiciaires (analyse de 756 cas). *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* 2007;36(6):588-594.
19. Kellogg ND, Lukefahr JL. Criminally prosecuted cases of child starvation. *Pediatrics* 2005;116(6):1309-1316.

20. Hewes HA, Keenan HT, McDonnell WM, Dudley NC, Herman BE. Judicial outcomes of child abuse homicide. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011;165(10):918-921.
21. R Development Core Team. R : a langage and environment for statistical computing. [Internet] R Foundation for Statistical Computing. [réf du 10 septembre 2013]. Disponible sur : < <http://www.R-project.org> >.
22. Lê S, Josse J, Husson F. FactoMineR: An R package for multivariate analysis. *J Stat Softw* 2008;25(1):1-18.
23. Husson F, Josse J, Le S, Mazet J. CRAN - Package FactoMineR [Internet]. [réf du 10 septembre 2013]. Disponible sur : < <http://cran.r-project.org/web/packages/FactoMineR/index.html> >.
24. Husson F, Pagès J, Lê S. *Analyse de données avec R*. Rennes : Presses universitaires de Rennes 2009.
25. Husson F, Josse J. Handling missing values in multiple factor analysis. *Food Qual Prefer* 2013;30(2):77-85.
26. Josse J, Chavent M, Liqueur B, Husson F. Handling missing values with regularized iterative multiple correspondence analysis. *J Classif* 2012;1;29(1):91-116.
27. Husson F, Josse J. missMDA : Handling missing values with/in multivariate data analysis (principal component methods) [Internet]. [réf. du 10 septembre 2013]. Disponible sur : < <http://cran.r-project.org/web/packages/missMDA/index.html> >.
28. Foto-Özdemir D, Ozmert E, Balseven-Odabaşı A, Evinç SG, Tekşam O, Gökler B, et al. The analysis of child abuse and neglect cases assessed by a multidisciplinary study group between 2005-2008. *Turk J Pediatr* 2012;54(4):333-343.
29. Otterman G, Lainpelto K, Lindblad F. Factors influencing the prosecution of child physical abuse cases in a Swedish metropolitan area. *Acta Paediatr* 2013.

30. Désurmont M, Hédouin V, Révuelta E, Gosset D. Devenir judiciaire des abus sexuels sur enfants. *J Médecine Légale Droit Médical* 1998;13(1):83-85.
31. Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse : it's normal to be normal. *Pediatrics* 1994;94(3):310-317.
32. De Jong AR, Rose M. Legal proof of child sexual abuse in the absence of physical evidence. *Pediatrics* 1991;88(3):506-511.
33. Hansen LA, Mikkelsen SJ, Sabroe S, Charles AV. Medical findings and legal outcomes in sexually abused children. *J Forensic Sci* 2010;55(1):104-109.
34. Bode-Jänisch S, Voigt S, Günther D, Debertin AS. Clinical forensic examination findings and legal outcome in cases of suspected sexual child abuse. *Arch Für Kriminol* 2011;228(1-2):20-38.
35. Syndrome du bébé secoué - rapport d'orientation de la commission d'audition - mai 2011[Internet]. HAS. [réf. du 15 septembre 2013] Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/syndrome_du_bebe_secoue_-_rapport_dorientation_de_la_commission_daudition.pdf >.
36. MIREAU Etienne. Syndrome du bébé secoué - hématome sous-dural du nourrisson et maltraitance, à propos d'une série de 404 cas. 217 p. Thèse : Médecine : Paris V, René Descartes:2005.
37. Caffey J. The classic: Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. 1946. *Clin Orthop* 2011;469(3):755-758.
38. Lang CA, Cox MJ, Flores G. Maltreatment in multiple-birth children. *Child Abuse Negl* à paraître. Disponible en ligne le 24 avril 2013.
39. Tardieu A. Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. *Enfances Psy.* 2008;39(2):174-178.

40. Esernio-Jenssen D, Tai J, Kodsí S. Abusive head trauma in children : a comparison of male and female perpetrators. *Pediatrics* 2011;127(4):649-657.
41. Scribano PV, Makoroff KL, Feldman KW, Berger RP. Association of perpetrator relationship to abusive head trauma clinical outcomes. *Child Abuse Negl* à paraître. Disponible en ligne le 1 juin 2013. doi : 10.1016/j.chiabu.2013.04.011.
42. Flaherty EG. Analysis of caretaker histories in abuse : comparing initial histories with subsequent confessions. *Child Abuse Negl* 2006;30(7):789-798.
43. Mathews S, Abrahams N, Jewkes R, Martin LJ, Lombard C. The epidemiology of child homicides in South Africa. *Bull World Health Organ.* 2013;91(8):562-568.
44. Damashek A, Nelson MM, Bonner BL. Fatal child maltreatment: Characteristics of deaths from physical abuse versus neglect. *Child Abuse Negl* à paraître. Disponible en ligne le 11 juin 2013. doi : 10.1016/j.chiabu.2013.04.014.
45. Starling SP, Sirotnak AP, Heisler KW, Barnes-Eley ML. Inflicted skeletal trauma : the relationship of perpetrators to their victims. *Child Abuse Negl* 2007;31(9):993-999.
46. Taux bruts de décès pour 100 000 habitants [Internet]. [réf. du 4 oct 2013]. Disponible sur : < <http://www.cepidc.inserm.fr/cgi-bin/broker.exe> >.
47. Schnitzer PG, Ewigman BG. Child deaths resulting from inflicted injuries : household risk factors and perpetrator characteristics. *Pediatrics* 2005;116(5):e687-693.
48. Silverman FN. The battered child. *Manit Med Rev* 1965;45(8):473-477.
49. Love JC, Derrick SM, Wiersema JM, Pinto DC, Greeley C, Donaruma-Kwoh M, et al. Novel classification system of rib fractures observed in infants. *J Forensic Sci.* 2013;58(2):330-5.
50. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *JAMA J Am Med Assoc* 1962;181:17-24.

51. Hornor G, Thackeray J, Scribano P, Curran S, Benzinger E. Pediatric sexual assault nurse examiner care : trace forensic evidence, ano-genital injury, and judicial outcomes. *J Forensic Nurs* 2012;8(3):105-111.
52. De Jong AR, Rose M. Frequency and significance of physical evidence in legally proven cases of child sexual abuse. *Pediatrics* 1989;84(6):1022-1026.
53. Christian CW, Lavelle JM, De Jong AR, Loiselle J, Brenner L, Joffe M. Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics* 2000;106(1 Pt 1):100-104.
54. San Lazaro C, Steele AM, Donaldson LJ. Outcome of criminal investigation into allegations of sexual abuse. *Arch Dis Child* 1996;75(2):149-152.
55. King WJ, MacKay M, Sirnick A, Canadian Shaken Baby Study Group. Shaken baby syndrome in Canada : clinical characteristics and outcomes of hospital cases. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can* 2003;168(2):155-159.
56. Lind K, Laurent-Vannier A, Toure H, Brugel D-G, Chevignard M. Le syndrome du bébé secoué : les séquelles?. *Arch Pédiatrie* 2013;20(4):446-448.
57. Jayawant S, Parr J. Outcome following subdural haemorrhages in infancy. *Arch Dis Child* 2007;92(4):343-347.
58. Infostat Justice 101. L'activité pénale des parquets. [Internet]. [réf. du 10 septembre 2013]. Disponible sur : < http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_1_infostat101.pdf >.
59. Infostat Justice 107. Les condamnations prononcées en 2008 : infractions sanctionnées et peines prononcées. [Internet]. [réf. du 10 septembre 2013]. Disponible sur : < http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_stat_infostat107_conda08_20091222.pdf >.
60. Infostat Justice 114. 20 ans de condamnations pour crimes et délits. [Internet]. [réf. du 10 septembre 2013]. Disponible sur : < http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_stat_infostat114_condas90a09_20110502.pdf >.

61. PIERRE Marion. Le traitement judiciaire des cas de bébé secoué : analyse rétrospective de 34 dossiers signalés par le CHU de Rennes aux TGI de Rennes et de Saint Malo. 60p. Thèse : Médecine : Rennes I:2011.
62. Clauß D, Richter C, Klohs G, Heide S. Legal consequences in cases of child abuse. *Klin Pädiatrie* 2013;225(5):283-287.
63. Jewkes R, Christofides N, Vetten L, Jina R, Sigsworth R, Loots L. Medico-legal findings, legal case progression, and outcomes in South African rape cases : retrospective review. *PLoS Med* 2009;6(10):e1000164.
64. Faller KC, Birdsall WC, Vandervort F, Henry J. Can the punishment fit the crime when suspects confess child sexual abuse? *Child Abuse Negl* 2006;30(7):815-827.
65. Myers JEB. Forensic impact of the child sexual abuse medical examination. *Child Abuse Negl* 1998;22(6):653-656.

Lolita LEGUAY

Thèse n°

60 pages – 8 tableaux – 9 figures

Résumé :

Introduction : Les objectifs de cette étude étaient de décrire les caractéristiques épidémiologiques des victimes, des auteurs et des résultats des examens médico-légaux d'une population de mineurs victimes de violences uniques ou répétées pris en charge dans un Institut Médico-légal et de rechercher les suites judiciaires de chacune des affaires. L'existence d'un lien statistique entre les résultats de l'examen et l'issue judiciaire a été recherchée. **Matériel et méthodes** : Il s'agissait d'une étude rétrospective des certificats médicaux de mineurs victimes de tous types de violences examinés à l'Institut Médico-légal de Tours entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2011. Les suites judiciaires ont été recueillies au Tribunal de Grande Instance. **Résultats** : 682 victimes âgées en moyenne de 9 ans et 7 mois ont été incluses. 23,4% avaient été victimes de violences physiques répétées, 17,2% de violences physiques uniques, 3,5% du syndrome du bébé secoué et 55,9% d'agression sexuelle. L'auteur était un membre de la famille dans 53,7% des cas. Le médecin légiste avait conclu à une maltraitance dans 39,1% des cas de violences physiques répétées et dans 95,8% des cas où un syndrome du bébé secoué était suspecté. 33,7% des affaires ont abouti à un jugement. Un classement sans suite a été prononcé dans 52,8% des affaires et une ordonnance de non lieu rendue dans 1% des affaires. La condamnation de l'auteur était liée à la conclusion de maltraitance par le médecin légiste et à la détermination d'une incapacité totale de travail. L'absence de condamnation de l'auteur était liée à l'absence de lésion lors de l'examen. **Conclusion** : Certaines données du certificat médico-légal semblent avoir un lien avec la condamnation de l'auteur de violences envers un mineur. Ce certificat doit donc être rédigé avec précision et rigueur, tout en gardant à l'esprit qu'il s'agit d'un élément de la procédure parmi d'autres, de nature non médicale.

Mots-clés : maltraitance, mineurs, violences physiques, violences sexuelles, syndrome du bébé secoué, suites judiciaires, certificat médico-légal

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE
Membres : Monsieur le Professeur Dominique SIRINELLI
Monsieur le Professeur François LABARTHE
Madame le Docteur Pauline SAINT-MARTIN
Madame le Docteur Annie URVOIS-GRANGE
Madame le Docteur Barbara TISSERON

Date de la soutenance : Vendredi 25 octobre 2013