



HAL
open science

Place du médecin généraliste dans la prise en charge des violences sur mineurs

Benjamin Mokdad

► **To cite this version:**

Benjamin Mokdad. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des violences sur mineurs. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00831871

HAL Id: dumas-00831871

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00831871>

Submitted on 7 Jun 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE ROUEN (76)
FACULTE DE MEDECINE DE ROUEN
ANNEE 2013

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

Mokdad Benjamin

Né le 18/11/1982 à Bernay

Présentée et soutenue publiquement le 29 Avril 2013

**Place du médecin généraliste
dans la prise en charge des
violences sur mineur**

Président de Jury : Professeur Bernard Proust

Directeur de thèse : Docteur Damien Dufour

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	Professeur Pierre FREGIER
ASSESEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoit VEBER Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET - C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO - J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION - DESHAYES - C. FESSARD - J.P. FILLASTRE - P.FRIGOT - J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER - Ph. LAURET - M. LE FUR - J.P. LEMERCIER - J.P. LEMOINE - Mlle MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON - Mme SAMSON-DOLLFUS - J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF - TESTART - J.M. THOMINE - C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumaya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et Informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>Surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies Infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine Interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie Médicale

M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatologie – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Héléne ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytopathologie
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (Surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive

M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEU	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie

Mme Sophie CLAEYSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR-AGREGE-OU-CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laëtizia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie

Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim MEKAOUI	Chimie Analytique
Mlle Virginie OXARAN	Microbiologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine-générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M. Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mlle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Sergueï FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

Au Président de thèse,

Monsieur le Professeur Bernard Proust,

Merci pour votre confiance, votre rigueur et vos précieux conseils durant toutes les étapes et jusqu'à l'aboutissement de cette thèse. Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail, vous m'avez soutenu dans mon choix de faire de la Médecine Légale, je vous en remercie.

Au Docteur Damien Dufour,

Merci pour tes encouragements et ta bonne humeur au travail. Merci de me faire partager ta double passion. Tout ceci m'a été précieux durant mes travaux.

Au Professeur Christophe Marguet,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, vous m'avez vu m'initier à la médecine dans votre service dont je ne me suis jamais éloigné, je vous en remercie.

Au Professeur Agnès Liard-Zmuda,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Vous m'avez amené à apprécier le monde pédiatrique. Trouvez ici, l'expression de ma profonde reconnaissance.

A mes parents.

Vous avez toujours été à mes côtés, surtout dans les moments de doute.
Vous savez trouver les mots qui réconfortent et qui rassurent quand je suis perdu.
Sans vous, rien n'aurait été possible.
Vous êtes pour moi des modèles de parents, j'espère ne jamais vous décevoir.
Les mots ne sont pas assez forts pour vous témoigner tout mon amour.

A mes sœurs.

Audrey, un immense merci pour tout le soutien que tu m'as apporté durant ces travaux et à chaque moment de ma vie.

Cécile, un immense remerciement également pour tous les moments de réconfort que tu m'as apporté pendant toutes ces années.

A Mathieu pour tout et bien plus encore.

A toute ma famille.

Pour leur soutien, leur gentillesse et leur présence.

A Maverick et Goose.

A Joanna.

A Samuel.

A Loïc et Rodolphe.

A mes amis d'enfance, à mes amis de promo.

Place du médecin généraliste dans la prise en charge de la violence chez les mineurs

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	20
2	DEFINITIONS	22
3	HISTORIQUE ET TENDANCE	23
4	LA VIOLENCE SUR MINEUR	24
4.1	La violence scolaire	24
4.1.1	Définir la violence à l'école	24
4.1.2	Mesurer la violence à l'école	25
4.1.3	Qui sont les victimes et les auteurs de la violence	28
4.2	Les violences sexuelles	28
4.2.1	Définitions	28
4.2.2	Chiffres d'agressions sexuelles	28
4.2.3	Circonstances du viol	28
4.2.4	L'examen d'une victime d'agressions sexuelles	29
4.2.5	Les révélations	29
4.3	Les violences intrafamiliales	30
4.3.1	Les révélations	30
4.3.2	Les auteurs de violences	31
5	LES CONSEQUENCES DE LA VIOLENCE SUR MINEURS	32
5.1	Les conséquences de la violence scolaire	32
5.1.1	Les conséquences physiques	32
5.1.2	Les conséquences psychiques	32
5.2	Les conséquences de la violence sexuelle	33
5.2.1	Conséquences physiques	33
5.2.2	Conséquences psychiques	33
5.2.3	Conséquences gynécologiques	33
5.3	Les conséquences de la violence intrafamiliale	34
5.3.1	Les conséquences traumatiques	34
5.3.2	Les carences	34
5.3.3	Les conséquences psychologiques	35
6	LA MALTRAITANCE	36
6.1	Qu'est-ce qu'un enfant en danger ?	36
6.2	Facteurs de risques de maltraitance	36

6.3	Lutter contre la maltraitance	37
6.3.1	Les « informations préoccupantes »	37
6.3.2	L'évaluation de la situation de l'enfant	37
6.3.2.1	L'exercice régulier de l'autorité parentale : article 371.1 du Code Civil	37
6.3.2.2	Origine de l'information préoccupante vue par l'article 375 du Code Civil	38
6.3.2.3	La nécessité de protection immédiate	38
6.3.3	Les possibilités de recours du médecin généraliste	38
6.3.3.1	La voie administrative	38
6.3.3.2	La voie juridique : le signalement au Parquet	38
6.3.4	La centralisation des informations préoccupantes	38
6.3.5	Chiffres des informations préoccupantes	39
7	VIOLENCE ET MEDECINE GENERALE	40
7.1	Part de la violence dans les motifs de consultation en médecine générale	41
7.2	Rôle du médecin généraliste lors d'une consultation pour coups et blessures	41
7.3	Difficultés de prise en charge connues des violences sur mineur lors d'une consultation chez le généraliste	42
7.3.1	Dans les violences scolaires	42
7.3.2	Dans les violences familiales	42
7.3.2.1	Signes d'alerte de maltraitance	43
7.3.2.1.1	En fonction des demandes médicales	44
7.3.2.1.2	A la crèche	44
7.3.2.1.3	Le syndrome du « bébé secoué »	44
7.3.3	Dans les agressions sexuelles	45
8	LE DEVOIR D'ALERTER	46
8.1	Qui peut alerter ?	46
8.2	Obstacles au signalement	46
9	LE C.A.S.A.	48
9.1	Les missions du C.A.S.A.	48
9.1.1	Les missions énoncées par le Procureur Général	48
9.1.2	Fonctions de la consultation au C.A.S.A.	48
9.1.2.1	Evaluation des violences	48
9.1.3	Le certificat médical	49
9.1.4	Eléments essentiels du certificat de coups et blessures	49
9.1.5	Évaluation de l'Incapacité Totale de Travail	51
10	METHODES	52
10.1	Les critères d'inclusion	52
11	RESULTATS	54

11.1	Résultats globaux	54
11.2	Résultats selon le lieu des violences	55
11.2.1	Violences scolaires	55
11.2.1.1	Age des victimes en milieu scolaire	55
11.2.1.2	Localisation des violences scolaires	57
11.2.1.3	Les auteurs de violences scolaires	57
11.2.1.4	Les types de violence	57
11.2.1.5	Le recours au médecin généraliste pour violence scolaire	58
11.2.1.6	Taux d'établissement d'un certificat au cours d'une consultation chez le médecin généraliste pour violences scolaires	59
11.2.1.7	Durées d'ITT établies par le médecin généraliste pour violences scolaires	59
11.2.1.8	Comparaison des durées d'ITT établies par le médecin généraliste et le médecin légiste dans les violences scolaires	60
11.2.2	Violences sur la voie publique	60
11.2.2.1	Age des victimes de violences sur la voie publique	60
11.2.2.2	Les auteurs de violences sur la voie publique	61
11.2.2.3	Types de violences sur la voie publique	61
11.2.2.4	Le recours au médecin généraliste pour violences sur la voie publique	62
11.2.2.5	Taux d'établissement d'un certificat au cours d'une consultation chez le médecin généraliste pour violence sur la voie publique	63
11.2.2.6	Durées d'ITT établies par le médecin généraliste pour violence sur la voie publique	63
11.2.2.7	Comparaison des durées d'ITT établies par le médecin généraliste et le médecin légiste dans les violences sur la voie publique	64
11.2.3	Violences au domicile	65
11.2.3.1	Age des victimes de violences au domicile	65
11.2.3.2	Auteurs de violences au domicile	66
11.2.3.3	Type de violences au domicile	66
11.2.3.4	Taux d'établissement d'un certificat au cours d'une consultation chez le médecin généraliste pour violences au domicile	67
11.2.3.5	Durées d'ITT établies par le médecin généraliste dans les violences à domicile	68
11.2.3.6	Comparaison des durées d'ITT établies par le médecin généraliste et le médecin légiste dans les violences au domicile	68
11.3	Comparaison des durées d'ITT établies par le médecin généraliste et le médecin légiste selon le lieu de survenue des violences	69
11.4	Synthèse des violences en fonction du lieu de survenue	70
11.5	En fonction du type de violence	71
11.5.1	Violences sexuelles.	71
11.5.1.1	Age des victimes de violences sexuelles	71
11.5.1.2	Localisation des violences sexuelles	72
11.5.1.3	Les auteurs des violences sexuelles	72
11.5.1.4	Le recours au médecin généraliste dans les violences sexuelles	73
11.5.1.5	Taux d'établissement d'un certificat au cours d'une consultation chez le médecin généraliste pour violences sexuelles	73
11.5.2	Violences physiques	74
11.5.2.1	Age des victimes de violences physiques	74
11.5.2.2	Localisation des violences physiques	74
11.5.2.3	Les auteurs des violences physiques	75

11.5.2.4	Le recours au médecin généraliste dans les violences physiques	75
11.5.2.5	Documents établis par le médecin généraliste dans les violences physiques	76
11.5.2.6	Durées d'ITT établies par le médecin généraliste dans les violences physiques	76
11.5.2.7	Comparaison des durées d'ITT établies par le médecin généraliste et médecin légiste dans les violences physiques	76
11.6	Synthèse des violences en fonction du type de violences subies	77
12	DISCUSSION	78
12.1	Avantages et limites de cette étude	78
12.1.1	Avantages	78
12.1.2	Limites	79
12.2	Violences scolaires.	80
12.3	Violences sur la voie publique	83
12.4	Violences au domicile	85
12.5	Violences sexuelles	88
12.6	Durée d'ITT	92
13	CONCLUSION	93
14	ANNEXE 1 : GRAPHIQUES	94
15	ANNEXE 2 : TABLEAUX	95
16	ANNEXE 3 : MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL	96
17	ANNEXE 4 : COORDONNEES DU C.A.S.A.	97
	BIBLIOGRAPHIE	99

« Plus la violence recule, plus ce qui en reste devient insupportable. »

Jean Claude Chesnais
Directeur de l'Institut National Des Etudes
Démographiques

« Une société se juge au sort qu'elle réserve à ses enfants, aux soins, à la protection, à l'éducation qu'elle leur apporte et aux perspectives d'avenir qu'elle leur offre. »

Conseil Général Alpes Maritimes

1 Introduction

La violence est toujours présente, elle fait toujours partie de notre société, elle occupe la plupart des lieux de vie : le domicile privé, les lieux d'éducation ou de travail, la voie publique...

Cette violence est particulièrement importante chez les mineurs. Elle est d'autant plus grave qu'elle trouve souvent son origine au sein de la famille.

Nous verrons dans un premier temps les différents lieux et sources de violence dont peuvent être victimes les mineurs.

Le médecin généraliste est souvent le premier intervenant dans la chaîne de soins quand un patient présente une pathologie quelle qu'elle soit. Il est par conséquent en première ligne lors d'actes de violence sans gravité. Dans ce domaine le rôle du médecin généraliste est complexe. Il est appelé à donner les premiers soins et éventuellement à faire un constat médico-légal formalisé dans un certificat médical descriptif remis au patient. Si les soins et le suivi font partie de sa mission, le constat médico-légal auquel il ne peut se dérober, si l'on se réfère à l'article "Art. 76,1er al du code de déontologie médical", ne fait pas partie de sa pratique régulière. Il se sent parfois insuffisamment formé dans ce domaine [1-3].

Le rôle du médecin généraliste reste fondamental dans la prise en charge des violences. Dans ce domaine souvent sensible et devant des situations variées, il doit savoir écouter pour repérer, identifier, soigner, protéger et prévenir.

Ce rôle est difficile et demande aujourd'hui un travail en équipe permettant à la victime de bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire dans un parcours clairement identifié dans les territoires de santé.

La réforme nationale de la médecine légale mise en place le 15 Janvier 2011 le permet puisqu'elle a créé ou consolidé des Unités Médico Judiciaires (UMJ) au sein de chaque région [4]. Reste à définir le partenariat indispensable à mettre en place entre ces structures et les médecins généralistes.

Les données sur les consultations pour violences chez le médecin sont quasiment inexistantes y compris au niveau national, même pour les violences sur mineur.

Cette étude s'inscrit donc dans une volonté d'évaluation du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des mineurs victimes de violences. Nous allons ainsi comparer trois grands types de situations pouvant relever d'une consultation chez le médecin généraliste :

- les violences en milieu scolaire,
- les violences sur la voie publique incluant les violences sexuelles,
- les violences au domicile.

Cela nous permettra, au travers des certificats médicaux et en fonction des situations de violence, d'évaluer les pratiques en médecine de ville. Nous étudierons à la fois les motifs de consultations de médecine générale et l'attitude du praticien en fonction de chaque cas de figure.

Quelles situations sont difficiles ? Le médecin établit-il systématiquement un certificat médical ? Son interprétation des violences est-elle différente lorsque celles-ci mettent en jeu le cercle familial ?

Ce travail vise à identifier les pratiques des différents professionnels de santé pour, si besoin adapter une offre de formation ciblée sur le thème des violences.

2 Définitions

Le mot « violence » vient du latin « vis », qui désigne d'abord la force et plus encore l'abus de cette force sans égard à la légitimité de son usage.

Il existe différents types et définitions de la violence. On note la violence politique, de l'Etat, la violence symbolique, la violence de la nature mais également la violence interpersonnelle. Cette dernière désigne un comportement faisant emploi de la force, physique, verbale (injure), ou psychologique (harcèlement), dans un milieu proche.

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la violence est définie comme :

« L'usage intentionnel de la force physique, du pouvoir sous forme de menaces ou d'actions contre soi-même, autrui ou un groupe ou une communauté dont la conséquence réelle ou probable est une blessure, la mort, un traumatisme psychologique, un mauvais développement ou encore la précarité ».

D'autres définitions de la violence existent:

- le sens commun définit la violence comme une action brutale physique ou morale envers quelqu'un. Elle a comme synonyme «agression».
- le Code Pénal, quant à lui, la définit comme ce qui représente des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne.
- au sens du Droit Civil, la violence est un acte délibéré ou non, provoquant chez celui qui en est la victime, un trouble physique ou moral comportant des conséquences dommageables pour sa personne, sa santé, ou pour ses biens.

Dans son rapport sur la violence et la santé en 2002, l'OMS donne la définition suivante de la violence sexuelle [5]:

« Tout acte sexuel, tentative pour acte sexuel, commentaires ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail »

3 Historique et tendance

Dans un ouvrage publié en 1982, Jean Claude Chesnais affirme que la violence est en nette régression sur tous les fronts depuis la fin du 19^{ème} siècle [6].

Selon un indicateur global regroupant des composantes tenant de la violence mortelle (homicides), corporelle (coups et blessures) et sexuelle (viols, attentats à la pudeur), la violence serait de deux à cinq fois moins importante qu'au début du 19e siècle selon les pays étudiés.

D'après la statistique sanitaire, les homicides ont régressé dans tous les pays d'Europe depuis la fin du 19e siècle, plus ou moins fortement selon la gravité qu'elle avait ; baisse de 50 % en Allemagne et en Angleterre, de 80 % en Italie, évolution analogue en France et en Suède.

A contrario, on enregistre depuis vingt ans une augmentation de la proportion d'enfants victimes de sévices, tant aux Etats-Unis qu'en France. Ceci s'inscrit à contre-courant du constat général. Selon l'auteur, cette montée exprime peut-être une plus grande intolérance sociale à l'égard de ce phénomène plutôt qu'une réelle aggravation de la violence faite aux enfants. On peut se poser la question de la définition de la violence selon les générations.

L'auteur concède que l'on ignore presque tout de la violence familiale; c'est le lieu de l'intime où la violence est toujours sous-estimée dans les registres officiels.

4 La violence sur mineur

La violence sur mineur se retrouve à différents lieux et moments de la vie d'un enfant, que ce soit chez la nourrice, en environnement scolaire, sur la voie publique ou ailleurs. La situation la plus délicate à dépister pour le médecin généraliste est bien entendu celle se produisant au sein de la famille. Celle-ci sera masquée, niée, chronique et entraînera des séquelles à court, moyen et long terme [7].

Nous envisagerons successivement les violences scolaires, les violences sexuelles et intrafamiliales.

4.1 La violence scolaire

4.1.1 Définir la violence à l'école

La violence en milieu scolaire est un phénomène dont la définition même fait encore débat. Certains se limitent à une définition juridique :

"La violence scolaire en France désigne les actes violents réalisés dans les établissements scolaires français et dirigés contre les élèves, les enseignants ou les établissements eux-mêmes (dégradations, incendies)".

Debarbieux en donne une définition large :

« La violence scolaire est une notion protéiforme, insaisissable. Elle est largement dépendante des codes moraux, des représentations sociales de l'éducation, de l'état des réflexions juridiques et des codes qui les cristallisent dans des constructions toujours provisoires » [8].

La recherche spécialisée tend de plus en plus à inclure dans la problématique de la violence à l'école, le problème des comportements agressifs, intentionnels ou non. C'est cette définition large de violence qui sera la nôtre. Les pays du Nord incluent dans cette définition les moqueries, les mises à l'écart et les brutalités du quotidien. La sensibilité de l'opinion publique à la violence des jeunes est exacerbée par des faits spectaculaires et sanglants, massivement relayés dans les médias.

A côté des actes de violence scolaire dus à un différend entre élèves, des jeux dangereux et violents existent. On peut les classer en deux grandes catégories :

➤ Les jeux intentionnels : [9-12]

Les enfants y participent de leur plein gré. Ils en connaissent les règles et les risques. Ces conduites sont perçues comme des « jeux ».

Voici quelques exemples :

- « Jeu du mikado » : les élèves s'allongent les uns sur les autres jusqu'à ce que celui du dessous ne supporte plus le poids.

- « Jeu du cercle infernal » : un groupe d'enfants disposé en rond se passe le ballon jusqu'à ce que le joueur du milieu pris au hasard, finisse par l'attraper. En cas d'échec il sera roué de coups par l'ensemble du groupe.
- « Jeu de la cannette » (football trash, le petit pont massacreur) : un groupe d'enfants joue avec une cannette ou un ballon, si l'un d'eux parvient à (la ou le) faire passer entre les jambes d'un participant, celui-ci est frappé.

➤ **Les jeux contraints :**

Ici un enfant subit la violence du groupe. Il ne désire pas y participer et devient victime d'une situation.

- « Jeu de la ronde » : le principe est de créer une fausse altercation entre élèves afin d'attirer d'autres enfants. Ceux-ci seront roués de coups par les promoteurs de cette fausse bagarre.
- « Jeu des cartons rouges » : au signal donné, un groupe d'enfants frappe un élève désigné au hasard.
- « Jeu de la mort subite » : un groupe d'enfants désigne le matin une couleur au hasard. L'enfant qui porte le plus cette couleur sera humilié et frappé tout au long de la journée.

4.1.2 Mesurer la violence à l'école

Mesurer la violence en milieu scolaire est complexe [13]. Il est facile de comptabiliser les faits les plus graves, mais difficile d'évaluer la violence quotidienne, moins aisée à classer et moins apparente. Deux erreurs sont fréquentes :

- Exagérer le nombre de délinquants en les banalisant.
- Nier l'importance de la violence répétitive.

Ces violences graves restent exceptionnelles et le meilleur respect possible pour les victimes est sans doute de ne pas les banaliser.

En France, le nombre de faits de violence létale à l'école est très réduit (moins de 10 en 25 ans), mais entraîne une médiatisation intense qui tend à en surévaluer le nombre.

Une étude menée il y a 10 ans par l'Inspection Générale de la Vie Scolaire (I.G.V.S) retrouvait les chiffres suivants [13].

- Pour les collèges, 80,5 % des établissements connaissent des actes de violence dont près de la moitié sont graves. 100 % des établissements relèvent des vols d'effets. 58,5 % des collèges connaissent le phénomène du racket. Dans 39 % des établissements nous avons des bagarres à l'intérieur des établissements. 46,3 % des collèges de l'échantillon ont mentionné des tentatives de suicide. 27 % des cas relèvent des problèmes sexuels. Une part des violences à l'école qui ne sera pas traitée dans notre étude est liée aux conduites addictives.
- Pour les lycées, 100 % des établissements présentent des vols d'effets. 94 % des établissements présentent des dégradations. Les problèmes sexuels reviennent dans 14 % des cas. Les tentatives de suicide représentent 41 % des élèves. Cette étude n'est pas représentative de l'Education Nationale puisque leur échantillon est principalement basé sur des établissements dits à problèmes, induisant un biais important de sélection vis à vis de la situation générale en France.

En France le premier outil statistique exploitable a été créé à la rentrée scolaire de 2002. Il s'agit du logiciel SIGNA. Il recense les actes de violence à l'école. Il couvre l'ensemble des collèges et lycées publics et des circonscriptions du premier degré de France métropolitaine et des départements d'outre-mer.

L'objectif de ce logiciel était de recenser de manière exhaustive les actes graves de violence survenus à l'école et à ses abords, incluant :

- les actes dont la qualification pénale est évidente,
- les actes qui ont fait l'objet d'un signalement (à la police, à la justice, aux services sociaux du Conseil Général),
- les actes qui ont eu un retentissement important dans la communauté scolaire.

Au cours de l'année 2007, le logiciel a été abandonné par le ministère de l'Education Nationale suite à un boycott des chefs d'établissement et à la publication par l'hebdomadaire "Le Point" d'une carte de la violence scolaire.

Un nouveau dispositif de mesures de violence en milieu scolaire dénommé SIVIS (Système d'Information et de Vigilance sur la Sécurité scolaire) a été présenté en 2007 par le ministère de l'Education Nationale.

Près d'un millier d'établissements publics du second degré ont participé à cette enquête qui comportait deux parties : le recensement des faits de violence grave d'une part, l'ambiance au sein de l'établissement et son évolution d'autre part.

Le SIVIS a obtenu le label du Conseil National de l'Information Statistique (CNIS). Les réponses des établissements sont protégées par le secret, sont totalement anonymes et ne peuvent être utilisées qu'à des fins statistiques.

Le nouveau dispositif SIVIS enregistre les actes de violence dans une nomenclature comportant 14 postes (voir tableau 1). Cette classification intègre des faits nouveaux, tels que les atteintes à la vie privée et le " *Happy Slapping* " (actes consistant à filmer l'agression physique d'une personne à l'aide d'un téléphone portable). En revanche, le suicide et la tentative de suicide, qui ne relèvent pas d'une infraction pénale, ne sont plus recensés.

Tableau 1 : Nomenclature des faits de violence dans la nouvelle enquête SIVIS

Nomenclature des faits de violence dans la nouvelle enquête SIVIS	
Les atteintes aux personnes	Violences physiques Violences verbales Racket Violences sexuelles Bizutage Atteintes à la vie privée: droit à l'image et présentation des personnes "Happy Splapping"
Les atteintes aux biens	Vol Dommages aux locaux ou au matériel Dommages aux biens personnels
Les atteintes à la sécurité	Port d'arme à feu Port d'arme blanche Consommation de stupéfiants Trafic de stupéfiants

Les chiffres sont tirés de l'enquête SIVIS sur "les actes de violence recensés dans les établissements publics du second degré en 2010-2011".

Le nombre d'incidents graves déclarés paraît en légère hausse par rapport à 2009-2010. Les incidents graves avec atteinte aux personnes comprennent [13]:

- Violences physiques
- Violences verbales
- Atteinte à la vie privée
- Violences sexuelles
- Racket
- « *Happy slapping* »
- Bizutage

La majorité des incidents graves enregistrés relève de la violence verbale (40 %) et de la violence physique (31 %). Les actes de « happy slapping » et de bizutage restent très rares. Certaines atteintes aux personnes restent exceptionnelles : le racket et la violence à caractère sexuel représentent respectivement 1,6 et 2,5 % des actes de violence recensés.

Un peu plus de la moitié des incidents sont déclarés par 10 % des établissements. Un quart des établissements concentre près de 82 % des incidents. Les atteintes aux personnes représentent la grande majorité des incidents (79 %), alors que les atteintes aux biens et à la sécurité des établissements ne représentent respectivement que 12 % et 10%.

4.1.3 Qui sont les victimes et les auteurs de la violence

- 87 % des incidents déclarés par les chefs d'établissement sont dus à un élève.
- 38,1 % des victimes sont des élèves [13].

Les garçons et filles subissent des actes de nature très différente. Les garçons sont plus souvent victimes d'agressions physiques (75 % des actes subis contre 55 %), alors que les filles sont plus fréquemment l'objet de violence à caractère sexuel (13 % des violences subies). Le tableau 2 résume les différentes violences entre les filles et garçons.

Tableau 2 : Nature des violences subies par les élèves selon le sexe (2010-2011)

Nature des violences subies par les élèves selon le sexe (2010-2011)						
	Violences physiques	Violences verbales	Violences sexuelles	Vol	Racket	Autres
Garçons	73 %	7 %	1%	6 %	8 %	5 %
Filles	55 %	15 %	13 %	8 %	4 %	6 %

4.2 Les violences sexuelles

4.2.1 Définitions

Les articles 222-22 et 222-23 du Code Pénal définissent l'agression sexuelle comme « *toute atteinte sexuelle, commise avec violence, contrainte, menace ou surprise* » et le viol comme « *tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit sur la personne d'autrui avec violence, contrainte, menace ou surprise* ».

Une pénétration orale peut donc être qualifiée de viol.

4.2.2 Chiffres d'agressions sexuelles

Les viols sur mineurs représentent 55 % de l'ensemble des viols. Il en est de même pour les agressions sexuelles, les mineurs comptant pour 63 % des cas [14].

Les statistiques de 2008 du ministère de la Justice et de l'Intérieur ont recensé 13911 dépôts de plaintes pour agressions sexuelles dont 55% sur mineur, et 10138 dépôts de plainte pour viol dont 45% sur mineur.

4.2.3 Circonstances du viol

Différentes situations sont identifiables :

- le viol obtenu par abus de confiance de la victime. Celle-ci commence généralement par une période de relation tout à fait banale, puis devient agressive jusqu'à aboutir au viol,

- l'agression dans un lieu public. Dans cette circonstance le choc est d'autant plus violent car très souvent il n'y a pas d'approche au préalable.
- le viol par inceste,
- le viol en réunion,
- le viol par personne ayant autorité (éducateur, professeur, gynécologue, kinésithérapeute, etc.)

4.2.4 L'examen d'une victime d'agressions sexuelles

Dans le cadre des violences sexuelles, l'examen d'une victime est très particulier. Il nécessite du temps et un savoir-faire s'appuyant sur une pratique régulière. C'est la raison pour laquelle cette question mérite que l'on s'y arrête.

Le médecin généraliste ne doit pas refuser de recevoir une victime présumée de viol. Il est sensé recueillir les premières informations, donner les premiers soins nécessaires et, s'il n'a pas la compétence dans ce domaine spécialisé, orienter aussitôt la victime vers la structure adéquate.

L'interrogatoire peut être long, jusqu'à 1 heure. Il sera porté sur le déroulement de l'agression : contexte, lieu, date et heure de l'agression, nombre d'agresseurs. Le généraliste ou le spécialiste doivent obtenir ces informations en évitant de manifester de l'étonnement devant la victime au risque que celle-ci ne se sente pas « crue » et reconnue en tant que victime. L'examen doit être complet, illustré si nécessaire de schémas ou bien de photographies, avec des prélèvements destinés aux soins ou à l'enquête médico-légale. C'est la raison pour laquelle ces examens doivent être réalisés dans un centre habitué à cette pratique.

Dans 50% des cas, l'examen ne retrouvera pas de lésions visibles. Cela ne signifie en rien l'absence de viol.

4.2.5 Les révélations

Toutes les études montrent que l'étape de la révélation d'un fait d'agression sexuelle est un moment décisif dans les suites de l'agression et des risques de séquelles à long terme [15-17].

La révélation est spontanée dans 82% des cas. La mère est le premier intervenant (28%) viennent ensuite les amis, un membre de la famille, ou encore la police. Le personnel soignant malgré sa fonction première de soins et d'aide à la personne en danger n'est un interlocuteur que dans 6% des événements, probablement parce qu'il intervient dans un second temps, après la famille. Aucune étude à ce jour ne peut donner la part du médecin généraliste dans les intervenants.

Les révélations peuvent être favorisées par un événement particulier. Dans 11% des cas, l'intervention d'un professionnel aide à la révélation. On note ici le rôle majeur que doit jouer le médecin traitant.

Le manque de soutien dans l'entourage est un autre frein à la révélation des faits. 7% des révélations ne sont pas crues par les parents [17].

4.3 Les violences intrafamiliales

Les violences intrafamiliales dont peuvent être victimes les mineurs ont une sémiologie particulière sur le plan physique et ou psychique en raison de leur lieu de survenue (la famille) censé à priori les protéger et les élever...et de leur répétition [18]. On peut y trouver des manifestations de carences, de maltraitance, de négligence, d'abus sexuels lesquels affectent leur jeunesse mais également leur développement physique et psychique.

Selon une étude [19], 36% des enfants auraient reçu au moins une forme de mauvais traitement. Subir plus d'une forme de violence n'est pas un phénomène rare [20].

Le problème majeur des violences intrafamiliales réside dans la difficulté à les repérer [21]. Les victimes sont paralysées par la peur des conséquences de la révélation pour leur famille ainsi que parfois pour l'agresseur [20].

4.3.1 Les révélations

Les victimes sont hantées par la culpabilité, la honte, la peur de ne pas être crues, la peur des conséquences au quotidien ainsi que l'impression d'avoir leur part de responsabilité dans les événements qui se sont produits.

Selon les Docteurs Fischer et Donald, les agressions intra-familiales commencent à un âge plus précoce, elles durent plus longtemps et sont accompagnées de violences physiques et psychologiques plus importantes [18]. Elles sont révélées la plupart du temps par accident ou jamais. C'est la problématique du secret de famille, un autre élément qui en fait leur gravité.

Dans la même idée, Goodman montre que les violences extra-familiales sont révélées quasi immédiatement [22].

Le résultat de l'étude menée par le Docteur Mélanie Dupont rapporte l'âge des mineurs victimes d'agressions sexuelles intra-familiales sur une série de 220 victimes potentielles [17].

Tableau 3 : Age des mineurs victimes reçus pour agressions sexuelles

Age	[0-4 ans]	[4-8 ans]	[9-13 ans]	[14-18 ans]	>18ans
Pourcentage	1.4%	18.7%	20%	41.8%	18.1% ¹

¹: victimes adultes ayant dénoncé des faits d'agression commis lors de leur minorité.

- 47% des entretiens ont lieu des années après les faits et 31% des mois après.
- Dans 98% des cas l'agresseur est de sexe masculin.
- 48% des agressions sexuelles étudiées chez ces mineurs ont lieu au sein de la famille et 52% hors du contexte familial.

4.3.2 Les auteurs de violences

Dans le cadre des agressions familiales, l'agresseur présumé est le père (33.9%), le beau-père (24.5%), le grand père (8.1%), le frère ou demi-frère (4.7%) [17].

Pour les agressions extra-familiales les responsables sont des sujets ayant autorité sur le mineur dans 43% des cas (garde de l'enfant, professeur, animateur de colonie, ami de la famille, etc.) [17, 22].

5 Les conséquences de la violence sur mineurs

La violence a un impact sur la santé physique et mentale des enfants. Elle affecte le métabolisme, les défenses immunitaires et engendre chez les victimes une fatigue chronique. Nous allons voir dans ce chapitre les différentes conséquences de ces violences en fonction de leur type et de leur lieu de survenue.

Des études ont constaté que les actes de violence physique, sexuelle, psychologique ou encore de négligence pendant l'enfance étaient associés à des symptômes d'angoisse, d'anxiété, de dépression, de la dissociation, à une faible estime de soi, à une mauvaise perception de sa santé physique et à des problèmes de santé divers [7, 23, 24].

Le bilan de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) a mis en évidence (que l'on retrouve aussi bien dans la littérature scientifique que dans les documents de vulgarisation) l'existence d'un impact de la violence sur les enfants [25-28]. Cet impact peut consister en un syndrome de stress post traumatique et/ou une diversité d'effets négatifs affectant tant le développement de l'enfant (fonctionnement cognitif et émotionnel perturbés, santé dégradée), que ses conduites, l'enfant manifestant des «problèmes extériorisés» (dont l'agressivité et l'usage de la violence) ou «intériorisés» (dont la dépression et la propension à être victime).

Cette violence est masquée, non reconnue ou non déclarée par les protagonistes. Elle est parfois démasquée au détour d'un discours très péjoratif de l'agresseur envers un enfant [29].

Le fait d'être exposé à des violences conjugales ou d'avoir subi des violences physiques ou sexuelles dans l'enfance est associé à un risque de stress post traumatique élevé, tant chez les hommes que chez les femmes [27]. Cette étude montre de plus que le fait de vivre plus d'une forme de maltraitance pendant l'enfance augmente les séquelles à l'âge adulte.

5.1 Les conséquences de la violence scolaire

5.1.1 Les conséquences physiques

Les conséquences physiques sont de tous ordres :

- lésions cutanées : dermabrasion, ecchymoses, etc.,
- fractures de membres,
- troubles neurologique,
- décès [30].

5.1.2 Les conséquences psychiques

Le harcèlement et la maltraitance répétés à l'école induisent une atteinte à l'estime de soi. La victimisation répétée a été identifiée comme fortement associée avec le comportement suicidaire chez

les adolescents. Une victime de harcèlement en milieu scolaire qui ne bénéficie pas du soutien des adultes, présente quatre fois plus de risques d'attenter à sa vie qu'un autre enfant [31].

Les personnes qui ont été victimes de harcèlement ou maltraitance pendant leur scolarité rencontrent, par la suite, plus de difficultés à entretenir des relations avec le sexe opposé. Agresser les autres peut aussi être une stratégie (parfois inconsciente) adoptée afin d'éviter de devenir victime soi-même. Il est alors question ici de violence préventive.

Enfin, le harcèlement subi à l'école semble jouer un rôle déclencheur dans les «*fusillades à l'école*», comme le montre une recherche nord-américaine [32]. Elle prouve que 75 % de tous les «*Schoolshooters (auteurs de fusillade dans les écoles)* » ont été victimes de maltraitance entre élèves. D'après ce rapport, le tireur se sentait souvent persécuté, harcelé, humilié, attaqué ou blessé avant l'événement.

La peur développée par l'élève agressé et humilié est une des raisons principales invoquées pour se rendre armé à l'école. Etre victime, agresseur ou témoin de violence en milieu scolaire peut être à l'origine de troubles divers notamment d'insertion sociale. Sa fréquence estimée, situe le problème de la violence en milieu scolaire comme une préoccupation de santé publique.

5.2 Les conséquences de la violence sexuelle

Les conséquences de la violence sexuelle sont de différents ordres.

5.2.1 Conséquences physiques

Dans une étude américaine portant sur 819 victimes d'agressions sexuelles, 52% présentaient des lésions physiques dont 20% présentaient des lésions anales ou génitales, 2% des fractures et 1% des traumatismes crâniens.

5.2.2 Conséquences psychiques

Les répercussions psychiques d'une agression sexuelle sont extrêmement variables [33]. Ces conséquences dépendent en grande majorité de l'état antérieur à l'événement.

L'état de stress post traumatique et la destruction partielle ou totale du système défensif psychique de la victime sont les conséquences les plus fréquentes en cas de maltraitance sexuelle [34, 35]. Le risque est d'autant plus élevé que le viol a eu lieu à un âge précoce. L'association à des violences physiques augmente la sévérité des symptômes dépressifs ainsi que du risque de suicide ou de prise de drogues [34].

5.2.3 Conséquences gynécologiques

Les personnes victimes de violences sexuelles ont trois fois plus de risque d'être contaminés par une Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) : Chlamydia trachomatis, neisseria gonorrhoeae, syphilis, trichomonas [36]. A ce risque, s'ajoute celui des grossesses non désirées, des fausses couches, des infertilités, des dysfonctions sexuelles, et des peurs de l'intimité sexuelle.

5.3 Les conséquences de la violence intrafamiliale

5.3.1 Les conséquences traumatiques

Les lésions cutanées représentent 40 à 80% des sévices. On trouve dans cette catégorie les ecchymoses, dermabrasions, plaies cutanées, plaies endo-buccal, griffures, morsures, alopecies qui résultent d'arrachements brutaux ou encore les lacérations [37].

Les brûlures par immersion (placer volontairement un enfant dans un liquide chaud), contact direct, les brûlures de cigarette circulaires, les brûlures par objet portés au rouge représentent 8 à 16% des cas

Les fractures représentent 10 à 45% des cas. Toute fracture chez un enfant de moins de un an doit faire l'objet d'une attention toute particulière. Le docteur Rey-Salmon précise dans son étude qu'« avant l'âge de deux ans, la symptomatologie est souvent fruste et les radiographies du squelette complet doivent être systématiques » [37]. Le syndrome de Silverman qui comprend des fractures multiples d'âges différents ne se voit que chez le nourrisson. Les fractures sont de trois types :

- arrachements métaphysaires,
- décollements périostes,
- hématomes sous-périostés.

Ces lésions sont causées par des mécanismes de torsion, étirement ou encore striction.

Le diagnostic différentiel de telles fractures est l'ostéogénèse imparfaite. La rareté de cette pathologie en fait une maladie orpheline [38].

Les atteintes cranio-cérébrales (3 à 18% des cas) représentent la première cause de décès chez le nourrisson maltraité [37]. L'hématome sous dural, la contusion cérébrale, l'hémorragie rétinienne sont fortement évocateurs d'un « syndrome du bébé secoué » [39].

Les lésions viscérales (3%) sont extrêmement rares et dénotent d'une extrême violence. Elles sont majoritairement retrouvées chez des enfants âgés de moins de 5 ans [40]. La lésion la plus fréquente est l'hématome intra-mural du duodénum ou du jéjunum. Celui-ci est provoqué par son écrasement sur la colonne vertébrale à la suite d'un violent coup dans l'abdomen. Tous les organes internes peuvent être touchés.

5.3.2 Les carences

Leur diagnostic est très difficile à effectuer même si elles sont fréquentes. Elles représentent en 2006 près de 45% des cas de maltraitance recensés [41].

Les carences peuvent être de type alimentaire, hygiénique, ou encore affective. Il est important de noter que ces carences ont un impact sur la vie de l'enfant tout aussi lourd que des lésions physiques ou des abus sexuels.

Ces carences lourdes se traduiront par des signes de dénutrition, un retard staturo-pondéral, et un développement psychomoteur insuffisant pour l'âge de l'enfant. Elles nécessitent une hospitalisation qui souvent apporte une amélioration très nette de ces différents symptômes.

5.3.3 Les conséquences psychologiques

Les humiliations entraînent des troubles de l'humeur chez l'enfant comme des phénomènes de tristesse, d'agitation, d'agressivité voire auto-agressivité.

Le médecin généraliste pourra les suspecter lors d'un changement du caractère habituel de l'enfant.

Nous voyons ainsi les larges répercussions à court ou long terme des violences dont peuvent être victimes les enfants aussi bien au sein de la famille qu'à l'école. Leurs présentations peuvent être frustrées ou s'intégrer dans de véritables syndromes. Le médecin généraliste aura la difficile tâche de repérer des éléments de souffrance physique et/ou psychique au sein de signes cliniques pouvant survenir à la suite de simples jeux à l'école.

6 La maltraitance

La maltraitance sur mineur est aujourd'hui encore un des sujets les plus délicats dans le domaine de la médecine générale et le plus médiatisé. Elle regroupe un certain nombre de paramètres qui rendent sa prise en charge délicate. Nous reviendrons sur ces éléments de difficulté.

6.1 Qu'est-ce qu'un enfant en danger ?

Le danger ou le risque de danger sont définis en référence à l'article 375 du Code Civil. Un mineur non émancipé est en danger :

- si sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger
- si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises.

6.2 Facteurs de risques de maltraitance

Les facteurs de risques de la maltraitance ont été décrits par un certain nombre d'auteurs [42].

La période prénatale peut permettre de repérer des éléments à risque. On retiendra :

- les grossesses non ou mal suivies,
- les déclarations tardives,
- les grossesses issues de viol,
- les mères jeunes ou célibataires,
- les difficultés sociales,
- les grossesses non déclarées,
- les bas niveaux intellectuels.

La maternité peut révéler des facteurs de risque de maltraitance pour l'enfant comme :

- les séparations mère-enfant à la naissance,
- les accouchements pénibles ou mal vécus,
- les naissances multiples,
- les psychoses puerpérales,
- les mauvaises instaurations du lien mère/enfant,

Enfin, d'autres facteurs de risques peuvent être retrouvés, à savoir :

- un handicap physique ou psychique important de l'enfant
- un état dépressif ou des antécédents psychiatriques aigus ou chroniques chez l'un des parents ou les deux,
- la précarité du domicile,

- la promiscuité,
- un enfant négligé (hygiène, vêtements inadaptés à l'âge, à la saison, à l'activité),
- un retard psychomoteur.

6.3 Lutter contre la maltraitance

La sécurité des enfants relève également des pouvoirs publics. La loi 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance apporte les modifications suivantes. « Le président du Conseil Général est chargé du recueil, du traitement et de l'évacuation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être. Le représentant de l'Etat et l'autorité judiciaire lui apportent leur concours. Des protocoles sont établis à cette fin entre le Président du Conseil Général, le représentant de l'Etat dans le département, les partenaires institutionnels concernés et l'autorité judiciaire en vue de centraliser le recueil des informations préoccupantes au sein d'une cellule de recueil, de traitement et d'évaluation de ces informations » (art L.226-3 du Code d'Action Social et Familial). Le président du Conseil Général a un rôle de pivot dans la Protection de l'enfance. En Seine-Maritime, la cellule est dénommée : « Cellule Enfance en Danger ».

6.3.1 Les « informations préoccupantes »

L'information préoccupante est une information détenue par une personne concernant un mineur non émancipé en danger ou à risque de l'être, au sens de l'article 375 du Code Civil. L'information préoccupante englobe toutes les formes d'alerte relatives à la situation d'un enfant, quelle qu'en soit la source.

6.3.2 L'évaluation de la situation de l'enfant

6.3.2.1 L'exercice régulier de l'autorité parentale : article 371.1 du Code Civil

Il s'agit des différents droits et devoirs s'appliquant aux parents ou titulaires de l'autorité parentale.

« C'est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elles sont la responsabilité du père et de la mère jusqu'à majorité ou émancipation de l'enfant. L'objectif est la protection de l'enfant dans sa sécurité, sa santé, sa majorité, pour assurer son éducation et permettre son développement. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent selon son âge et son degré de maturité ».

L'article 227-17 du Code Pénal prévoit que la protection que les parents doivent à leur enfant est un droit pour l'enfant. Les parents d'un enfant mineur sont aussi ses représentants légaux, en son nom, ils peuvent demander réparation pour le préjudice subi par leur enfant.

6.3.2.2 Origine de l'information préoccupante vue par l'article 375 du Code Civil

L'information préoccupante est constituée des éléments qui décrivent une situation de mineur en danger ou en risque de danger au sens de l'article 375 du Code Civil :

- faits observés,
- propos entendus,
- comportement de mineurs, de parents ou d'adultes,
- révélations.

La transmission d'une information préoccupante a pour objectif d'alerter les autorités publiques sur cette situation dans le but d'établir une étude de la situation.

Ces informations doivent être transmises au président du Conseil Général.

6.3.2.3 La nécessité de protection immédiate

Ces situations doivent impérativement et sans délai donner lieu à un signalement au procureur auprès du Tribunal de Grande Instance (TGI) ainsi qu'au président du Conseil Général.

6.3.3 Les possibilités de recours du médecin généraliste

6.3.3.1 La voie administrative

6.3.3.2 La voie juridique : le signalement au Parquet

Le signalement est l'acte d'informer le Parquet compétent sur la situation préoccupante d'un mineur nécessitant :

- une mesure judiciaire civile d'assistance éducative,
- une protection immédiate de l'enfant ou la prise en compte de l'existence de faits susceptibles de constituer une infraction pénale.

Le Parquet peut-être saisi par :

- le Conseil Général,
- une personne qui a connaissance de la situation.

Lorsque le procureur a été informé par une personne, il se doit de transmettre au président du Conseil Général les informations qui sont nécessaires à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfant confiée à ce dernier.

6.3.4 La centralisation des informations préoccupantes

L'article L226-3 et 4 du Code de l'Action Sociale et des Familles précise désormais que :

« Le président du Conseil Général est chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ».

Des protocoles sont établis en vue de centraliser le recueil des informations au sein de cellules de recueil, de traitement et d'évaluation de ces informations.

6.3.5 Chiffres des informations préoccupantes

L'ONED (Observatoire National de l'Enfance en Danger) a constitué un rapport annuel rapportant les chiffres des informations préoccupantes [43]. L'objectif de cette étude est une meilleure connaissance des chiffres des informations préoccupantes de notre pays.

Dans son rapport de 2011, l'ONED rapporte une augmentation de 1,6% pour un total de 271500 du nombre de mineurs bénéficiant au moins d'une mesure de prise en charge, soit 1.8% des moins de 18 ans. Il existe bien évidemment une forte disparité entre départements.

Après un entretien avec les membres de la cellule « Enfance en Danger » du Conseil Général de Rouen, nous avons pu obtenir les chiffres des informations préoccupantes de l'année 2011 et ainsi en déterminer la provenance.

En 2011, la CED de Rouen a enregistré 3081 informations préoccupantes. 1089 provenaient des Ecoles, 630 provenaient du Parquet, 355 des Hôpitaux, 74 du Centre Médico-Psychologique (CMP), 162 des Mairies et associations.

Seulement 22 (0.007%) provenaient des médecins libéraux...

7 Violence et médecine générale

Les motifs de consultations en médecine générale sont d'une extrême diversité auxquelles s'ajoutent les violences sur mineurs. Nous allons voir dans ce chapitre la place de ces violences dans le quotidien du médecin généraliste, le rôle de celui-ci face à ces motifs de consultation ainsi que les différentes problématiques qu'elles soulèvent.

Le médecin généraliste a une place difficile dans la prise en charge de la violence chez un enfant. Le Code de Déontologie lui impose de signaler toute maltraitance à enfant connu de lui (le non signalement peut équivaloir à une non-assistance à personne en danger). Il se doit dans un même temps d'être le médecin de cette famille en difficulté. Si l'on se réfère au serment d'Hippocrate : *«...reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.. »*.

A l'inverse, la constatation de violence scolaire se révélera bien plus aisée compte tenu de l'absence de lien avec l'auteur.

L'absence d'action face à un risque de maltraitance peut entraîner le généraliste dans une situation de « non dénonciation de maltraitance et d'absence d'aide à personne en danger » [21]. Dans la jurisprudence, deux médecins généralistes ont été condamnés à 3 ans de prison avec sursis et 60 000 € d'amende pour « ne pas avoir signalé de situation de maltraitance ». Dans cette affaire, la situation de maltraitance semblait évidente et seule l'absence de signalement a été retenue.

L'article 44 (article R.4127-44 du code de la santé publique) du Code de Déontologie Médicale prévoit que « lorsqu'un médecin discerne qu'une personne [. . .] est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. »

Le généraliste face à une certitude de maltraitance à enfant doit signaler sans délai et tenter de rester le médecin référent de la famille.

7.1 Part de la violence dans les motifs de consultation en médecine générale

Les études portant sur les motifs de consultation en médecine générale sont relativement peu nombreuses. Les chiffres portant sur les motifs de consultation pour « coups et blessures » lors d'une consultation chez un généraliste sont quasi inexistantes.

Quelques études tentent de reprendre les principaux motifs de consultation en médecine de ville. Les motifs les plus fréquents concernaient : les maladies infectieuses, le renouvellement l'ordonnance et les maladies rhumatologiques [44, 45]. En moyenne, on retrouve 2 décisions par consultation.

Les consultations pour coups et blessures avec établissement d'un certificat médical sont régulièrement retrouvées sous l'appellation "autres motifs de consultation ". Dans ces autres motifs de consultation on peut retrouver, également des conseils diététiques, des conseils pour un voyage à venir, renouvellement de traitement, etc.

7.2 Rôle du médecin généraliste lors d'une consultation pour coups et blessures

Les règles de prise en charge et de rédaction du certificat médical sont décrites dans différents documents, notamment dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et du Conseil de l'Ordre des Médecins et dans différents articles [46].

Le certificat de coups et blessures [46, 47] fait partie des certificats obligatoires. Il peut être rédigé sur une ordonnance simple de façon manuscrite ou bien à l'aide d'un support informatique présent sur la totalité des logiciels de gestion de cabinets actuels. Cette dernière méthode présente l'intérêt de rappeler au praticien la possibilité d'établir une Incapacité Total de Travail (ITT). Nous verrons que ce n'est pas toujours le cas.

Tout médecin, qu'il soit médecin traitant, médecin attaché à un service ou autre peut être amené à établir une durée d'Incapacité Totale de Travail (ITT) à la demande d'un patient dans un certificat de coups et blessures.

Dans l'Article 76 (article R.4127-76 du code de la Santé Publique), il est dit : *«L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, [...]. Tout certificat [...] délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté. Il doit permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci».*

Le certificat est rempli lors de la consultation.

Le certificat médical doit être objectif, précis et descriptif et n'indiquer que ce qui a pu être constaté réellement et personnellement. Il doit être conforme à la vérité et ne pas être dévoilé, notamment à des tiers. Le certificat médical est couvert par le secret professionnel.

Le médecin constate les lésions et les blessures, mais n'atteste pas d'actes dont il n'a pas été témoin. Le médecin peut voir sa responsabilité engagée s'il ne respecte pas certaines obligations fondamentales : les responsabilités pénale, civile et disciplinaire.

L'article 441-7 du Code Pénal, relatif à la rédaction d'un faux certificat mentionne :

« Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait :

- d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts,
- de falsifier une attestation ou un certificat originairement sincère,
- de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié »

Il doit être remis en main propre au patient.

Rappelons que le médecin généraliste consulté, qui est souvent le médecin traitant de la victime, a un rôle particulier dans l'écoute de son patient pour repérer les signes de violence, protéger, alerter, et prévenir les récurrences de violence.

7.3 Difficultés de prise en charge connues des violences sur mineur lors d'une consultation chez le généraliste

7.3.1 Dans les violences scolaires

Les violences scolaires posent le problème de leur dépistage par le médecin généraliste. La victime ainsi que l'auteur des faits sont la plupart du temps identifiés sans lien familial. Les signes cliniques sont souvent difficiles à assimiler à des violences scolaires. Certaines lésions pouvant être produites accidentellement au cours de jeux.

Cependant, dans certaines situations, des symptômes peuvent faire évoquer des violences, par exemple en cas de jeux de non-oxygénation : céphalées tenaces résistantes aux traitements habituels, vertiges, « mouches volantes », acouphènes, pétéchies sur le cou ou le visage, trouble de la mémoire et de l'attention, traces sur le cou ou le thorax, chute des résultats scolaires (cf chapitre 4.1).

7.3.2 Dans les violences familiales

D'après le Docteur Kouto, [3] « le choix de la procédure de protection la plus adaptée à l'enfant et à la situation constitue la difficulté majeure (64%) pour les médecins généralistes ». Viennent ensuite dans des proportions égales (39% et 42%) les difficultés en rapport avec « les modalités de réalisation des mesures de protection » ainsi que la prise en charge sociale.

Lors de la mise en place de mesures de protection, la « méconnaissance des différents types de prise en charge » représentait un obstacle pour 42% des généralistes. Il est à noter qu'un isolement professionnel était retrouvé comme facteur limitant dans la mise en place de mesures de protection. En revanche, la détection de l'enfant à risque ne semblait pas constituer une difficulté notable.

76% des généralistes de l'étude déclaraient ne pas connaître la loi du 5 Mars 2007 réformant la protection de l'enfant et 54% exprimaient un besoin de formation complémentaire.

Le chiffre sans doute le plus révélateur est sans doute celui de 92% des généralistes qui déclaraient souhaiter disposer d'une fiche indiquant la démarche administrative à suivre lorsqu'ils sont face à une situation d'enfant en danger. Le même pourcentage de médecins souhaitait disposer d'un modèle type de certificat médical pour le signalement. Celui-ci est disponible et révisé au 11 octobre 2011 par l'HAS [48].

Le comportement inapproprié des parents était l'élément majeur permettant le repérage des enfants en danger [1-3, 49, 50].

La négligence (47% des cas) est l'élément de violence le plus constaté et repéré par les généralistes après les violences physiques (32%) et psychologiques (21%).

Les médecins ne semblent pas présenter de difficultés à repérer les risques ni même les signes évocateurs de mauvais traitements [3]. Les facteurs de risque fréquemment identifiés par les médecins de ville sont :

- les conditions économiques défavorables,
- les violences conjugales et familiales,
- les addictions et toxicomanies,
- l'isolement et le manque de réseau de soutien.

Ce bon résultat en matière de dépistage de signes cliniques s'explique par la place du médecin de famille qu'occupe le généraliste. Sa vision globale de la famille lui permet de repérer, de prévoir et d'anticiper une situation difficile lors d'un événement modifiant le rythme familial. On peut noter à ce propos l'immense apport de l'informatisation du dossier médical. La présence d'« alarmes » à l'ouverture du dossier du patient (notes postées par le généraliste lui-même, un remplaçant ou interne en formation) sur un élément ayant interpellé durant une consultation précédente jouent sans aucun doute une aide dans le repérage et le suivi de situation à risque.

Dans la même idée, le médecin de ville a accès à des informations « intimes ». Lors de sa consultation en tête à tête, le patient, les enfants ou leurs familles épanchent leurs difficultés. Grâce à la prise en charge globale de son patient, le praticien peut évaluer sa santé physique, psychoaffective, sa dynamique familiale et l'environnement dans lequel il vit. Lors de visites à domicile, il est parfois le seul à avoir accès à son lieu de vie. Il peut ainsi évaluer au mieux les conditions d'hygiène et d'organisation des familles et leurs modalités réelles de fonctionnement.

7.3.2.1 Signes d'alerte de maltraitance

Un certain nombre de signes doivent alerter le médecin généraliste d'un cas de maltraitance [51, 52] :

- la non-concordance entre les constatations cliniques faites lors de l'examen de l'enfant et les circonstances de « l'accident » décrites par l'entourage de l'enfant. On observe souvent des circonstances floues ou bien évasives et souvent variables dans le temps,

- un décalage important entre le moment de la consultation et la survenue des blessures,
- le nomadisme médical [53].

7.3.2.1.1 En fonction des demandes médicales

Certaines circonstances ou demandes particulières doivent pouvoir alerter le médecin.

- hospitalisations répétées pour nourrisson de moins d'un mois,
- consultations répétées aux urgences pour traumatisme,
- consultations répétées.(syndrome de Münchhausen par procuration) [54],
- consultations répétées pour traumatismes mineurs.

7.3.2.1.2 A la crèche

Ce lieu de passage pour la grande majorité des enfants devient également un lieu d'observation et de repérages d'éléments pouvant interpeler.

- enfant négligé (hygiène, vêtements inadaptés à l'âge, à la saison, à l'activité),
- absence de goûter, de fournitures scolaires ou d'équipement de manière répétée,
- énurésie, encoprésie, somnolence, hyperactivité,
- troubles du comportement : cris, agitations, anorexie, boulimie, agressivité, repli, isolement,
- retard psychomoteur.

7.3.2.1.3 Le syndrome du « bébé secoué »

Chaque année en France, 180 à 200 enfants seraient victimes de cette forme de maltraitance. Ce chiffre est certainement sous-évalué. La méconnaissance du diagnostic expose au risque de récurrence [55].

Il n'existe pas de signe pathognomonique de « bébé secoué », ceci en fait une grande difficulté pour le diagnostic au cabinet. Le diagnostic repose sur l'association d'un Hématome Sous Dural (HSD) et l'absence de signes d'un traumatisme violent, associés pour certains à des hémorragies rétiniennes (HR) [39]. Il s'agit le plus souvent d'un nourrisson de moins de 2 ans, et d'un garçon dans 60 à 75 % des cas. Les signes révélateurs sont : vomissements et/ou difficultés alimentaires, malaises, troubles de conscience, convulsions dans 70 % des cas avec état de mal dans 25 % des cas, tension de la fontanelle, troubles végétatifs fréquents (bradycardie, instabilité tensionnelle, thermique, cardiaque, troubles de l'oculomotricité, pauses respiratoires). Une pâleur cutanée est fréquente par anémie aiguë liée à la déglobulisation, et par des phénomènes vasomoteurs associés aux malaises.

Il faut rechercher d'autres atteintes telles que des lésions cutanées notamment du scalpe évocatrices si elles sont d'âges différents, des lésions thoraco-abdominales (fractures de côtes, contusion pulmonaire, lésions rénale, splénique ou d'organe creux), du squelette, et plus rarement d'hypotrophie.

Les localisations suspectes sont : la tête, les fesses, les lombes, les poignets, les organes génitaux externes. Une ecchymose évolue typiquement : rouge-bleu à J3, violet à J5, vert à J8, et

disparition vers J13, et parfois constatée au niveau des « prises » du tronc ou de la face postérieure des bras (importance des photos des lésions).

7.3.3 Dans les agressions sexuelles

Les consultations pour agression sexuelle sont peu fréquentes (entre 0 et 13 cas par an en France) [56]. Le pic de fréquence pour ce motif se situe entre 35 et 65 ans.

Les motifs principaux lors de ces consultations étaient l'obtention d'un certificat de coups et blessures et la demande de renseignements sur les procédures juridiques.

Le médecin généraliste a donc un rôle clé dans le repérage de situations à risque mais également dans la prévention de ces situations. Il est confronté à la difficulté du diagnostic clinique des violences sur mineurs qui peuvent prendre différentes formes aussi bien physiques que psychiques.

8 Le devoir d'alerter

La dérogation au secret professionnel autorise le médecin à alerter les autorités. Il ne s'agit pas d'une obligation aux yeux de la loi. Le médecin ne doit pas perdre de vue qu'au-delà de sa morale personnelle, il est soumis au Code de Déontologie Médicale.

Néanmoins le Code Pénal impose au médecin le devoir d'assistance et d'alerte auprès des autorités pour un mineur de moins de 15 ans ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son état physique ou mental.

Enfin, toute abstention volontaire peut être constitutive du délit de non-assistance à personne en péril et tombe sous le coup de la loi pénale (article 223-6 du Code pénal).

Deux médecins se sont vu condamnés en 1994 pour non dénonciation de faits de violences secondaires à des faits de sévices sexuels entre deux jeunes de 18 et 7 ans, bien qu'ils aient signalé cette situation d'urgence.

Ces situations délicates sont bien spécifiques aux cas de maltraitance. C'est à dire des actes de violence ou de négligences lourdes, où le médecin doit mettre tout en œuvre pour assurer la protection du mineur.

Si le « diagnostic » de maltraitance peut parfois sembler évident, il reste le plus souvent difficile à poser avec certitude. Il faut donc reconnaître que l'exercice pour le médecin généraliste est périlleux car les conséquences sociales et/ou judiciaires sont lourdes sur la relation médecin-patient.

8.1 Qui peut alerter ?

Tout professionnel de santé, quel qu'il soit, ainsi que chaque citoyen, ont le devoir d'agir et d'alerter lorsqu'une situation le nécessite.

8.2 Obstacles au signalement

Le signalement par le médecin généraliste se heurte à deux principaux obstacles.

- il doit faire la part des choses entre un acte volontaire et un accident ainsi qu'entre un mauvais traitement et l'exercice de l'autorité.
- il doit être certain de son diagnostic. Ce diagnostic est basé sur un faisceau d'arguments. Un grand nombre de ces arguments sont contenus dans le Carnet de Santé de l'Enfant (CSE) donnant accès à un grand nombre d'éléments déterminants (mauvais suivi, consultations répétitives pour le même symptôme, nomadisme médical). Hors de nombreux professionnels avouent ne pas inscrire systématiquement d'observations dans ce carnet. 86% des pédopsychiatres ne mentionnent jamais leur intervention dans le carnet de santé. Cela par crainte d'un manque de confidentialité dans 85,7% des cas. On peut noter que contrairement

aux praticiens, plus de 90% des familles souhaiteraient que l'ensemble des données concernant la Santé soient inscrites dans le CSE.

9 Le C.A.S.A.

9.1 Les missions du C.A.S.A.

Le Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions (C.A.S.A.) a été créé le 10 décembre 2007. Sa fonction première est la prise en charge médico-légale de la victime quelle que soit la cause des violences. Cette structure est destinée à simplifier le parcours médico-judiciaire des victimes [57].

9.1.1 Les missions énoncées par le Procureur Général

Le Procureur Général, dans une note adressée aux Procureurs de la République, précise les modalités de fonctionnement du C.A.S.A. :

- *Le C.A.S.A. s'inscrit dans la consultation du service de médecine légale du CHU de Rouen et est destiné à assurer une prise en charge globale des victimes.*
- *Le C.A.S.A. a vocation exclusive d'établir les certificats médicaux constatant les ITT des personnes qui y sont admises.*
- *Le C.A.S.A. est ouvert à l'ensemble des ressorts de Haute Normandie.*
- *En dehors des cas traités par le C.A.S.A, la consultation de médecine légale du CHU de Rouen conserve l'exclusivité des examens et certificats médico-légaux pour les victimes d'infractions adressées à cet hôpital.*

9.1.2 Fonctions de la consultation au C.A.S.A.

9.1.2.1 Evaluation des violences

Les consultations au sein du C.A.S.A. assurent différents objectifs garantissant à la victime une pleine défense de ses droits.

La mission première de toute consultation est l'évaluation des violences. La victime expose en consultation de médecine légale les circonstances et caractéristiques des violences subies. La consultation comporte un examen physique de la victime.

À cet instant de la procédure médico-judiciaire le patient peut avoir ou non déposé au préalable une plainte. Afin d'établir au mieux un certificat médical pour coups et blessures, le médecin légiste a la possibilité de consulter si nécessaire le dossier médical du patient.

Dans ce cas un dossier de consultation pour constatation de coups et blessures doit impérativement comporter :

- la feuille de soins du patient
- la demande de réquisition,

- le formulaire de consentement du patient,
- l'attestation d'examen,
- Et l'observation médicale des urgences si le patient a consulté ce service au préalable (il peut s'agir d'une consultation des urgences du CHU de Charles Nicole ou de l'hôpital Saint Julien).

Le patient peut avoir consulté une autre structure médicale (hôpital clinique) ou un médecin généraliste (pouvant être ou non son médecin traitant) au préalable. Il peut déjà disposer dans ce cas d'un certificat médical descriptif. Ce certificat sera repris en partie ou en totalité au moment de la consultation avec le médecin légiste.

Le patient peut apporter tout examen complémentaire en rapport avec un état antérieur, ou avec l'agression.

9.1.3 Le certificat médical

La rédaction du certificat médical obéit à un certain nombre de règles [46, 48].

Il doit être objectif, précis, descriptif, et ne mentionner que ce qui a été constaté lors de la consultation.

Il est couvert par le secret professionnel et engage la responsabilité pénale de son auteur.

Le médecin peut reprendre les allégations du patient, mais elles doivent être rapportées comme telles.

« *Le patient déclare...* »

La description des lésions et des blessures doit être complète, précise et claire, comportant des mesures chiffrées si nécessaire.

Le médecin ne doit en aucun cas reporter sur le certificat médical des éléments dont il n'aurait pas été témoin. Ceci rendrait non valable le certificat médical.

L'article 441-7 du Code Pénal, relatif à la rédaction d'un faux certificat mentionne :

« *Est puni d'un emprisonnement et de 15 000 € d'amende le fait :*

- *d'établir une attestation de certificat faisant état de fait matériellement inexact*
- *de falsifier une attestation un certificat originellement sincère*
- *de faire usage d'une attestation de certificat inexact ou falsifié ».*

9.1.4 Éléments essentiels du certificat de coups et blessures

Le certificat comprend [46, 48]:

- l'identité du médecin légiste examinant la victime,
- la date, l'heure et le lieu de la consultation,
- l'identité d'autres membres du personnel présents lors de la consultation (interne et externe , infirmière),

- les circonstances dans lesquelles se déroule la consultation: « *déférant la réquisition..., à la demande du patient...* »,
- l'identité de la victime : « *une personne de sexe... Qui déclare se nommer..., Né le...* »,
- l'adresse de la victime: « *demeurant...* »,
- l'identité d'éventuel accompagnant de la victime : « *le patient est accompagné d'une personne déclarant se nommer... Lien de parenté...* »,
- la personne requérante s'il existe une réquisition : « *déférant la réquisition du...* »,
- le certificat débute en reprenant les circonstances de l'agression,
- la date, l'heure, le lieu de l'agression,
- le type de violence subit, le nombre d'agresseurs : « *il déclare avoir été victime d'une agression le...à...au niveau... il déclare avoir reçu des coups (nombre, localisation,) de la part de...* »

Le certificat médical ne doit en aucun cas mentionner le nom d'un agresseur. Il est cependant possible de mentionner si l'agresseur est connu ou non de la victime ainsi que le lien de parenté entre la victime et l'agresseur (cousin, frère, mari, voisin, enfants, etc.)

Si le patient a préalablement consulté un médecin (pouvant être son médecin traitant ou non) et si celui-ci a rédigé un certificat médical, ce certificat pourra être repris partiellement ou en totalité dans le certificat rédigé par le médecin légiste. En effet il existe régulièrement un délai entre la consultation du médecin généraliste et celle se déroulant au C.A.S.A. Dans ce type de cas des lésions initialement notées par le médecin généraliste peuvent avoir partiellement ou totalement disparu lors de la consultation au C.A.S.A. Il existe donc une réelle perte de chance dans la situation où la victime ayant attendu avant de consulter le C.A.S.A. se retrouve indemne de toute trace d'agression. Le certificat médical rédigé par le médecin légiste ne peut mentionner d'anciennes traces disparues.

Si des examens complémentaires ont été pratiqués en rapport avec l'agression, leurs résultats doivent être mentionnés.

Si des soins médicaux ont été nécessaires au décours de l'agression (par le médecin généraliste ou un service hospitalier), ils doivent être mentionnés.

Le certificat médical se poursuit par :

- **les doléances** : Plainte orale ou écrite exposant un grief, afin d'obtenir réparation, ou seulement de faire connaître un malheur, une infortune. Le médecin légiste a pour mission de recueillir avec précision les plaintes de la victime et leurs retentissements.
- **l'examen clinique** : Seul les éléments retrouvés lors de la consultation doivent être mentionnés. Les lésions sont décrites avec précision en décrivant leur type (ecchymoses, plaies, dermabrasions, hématomes...) leur localisation, leur taille (mesurées avec un mètre ruban), leur âge.

Il est possible d'apporter des précisions sur d'éventuels objets responsables des lésions (ceinture, main,...) : « *Une marque pouvant faire évoquer l'utilisation d'un(e)...* »

Le médecin peut préciser si les lésions observées sont compatibles avec les dires du patient.

Le retentissement socio-psychologique est évalué :

- sur le plan fonctionnel, le médecin demande à la victime si l'agression a modifié ou perturbé son mode de vie dans les actes de la vie quotidienne (manger, se laver, se nourrir, s'habiller).
- sur le plan psychologique, l'examen recherche un retentissement majeur avec des troubles du sommeil (cauchemar, agitation nocturne, troubles de l'endormissement, etc.), une anxiété, une perte de l'élan vital ou une reviviscence de la scène.

9.1.5 Évaluation de l'Incapacité Totale de Travail

L'ITT représente la gêne fonctionnelle occasionnée à la victime pour effectuer les gestes simples de la vie quotidienne, comme se laver, s'habiller, se nourrir, dormir. L'ITT est exprimée en journée et possède une valeur juridique. Elle se différencie de l'arrêt de travail qui n'a de valeur que pour la Sécurité Sociale [58].

L'ITT peut être réévaluée à distance à la hausse (rarement à la baisse) en fonction de l'évolution tant sur le plan fonctionnel que sur le plan psychologique. Elle peut être modifiée également si des examens complémentaires ont été pratiqués entre temps ou si un avis spécialisé est demandé avec nécessité de soins prolongés. Ainsi la conclusion est souvent exprimée en ces termes :

"Compte tenu des éléments en notre possession, l'état de santé de Mr (Mme) X suite aux violences dont il aurait été victime justifie une ITT au sens pénale du terme de ...jours, sous réserve de complications, notamment sur le plan psychologique. Cette ITT pourra être réévaluée en fonction de l'évolution clinique."

L'HAS a revu en 2011 un « guide des bonnes pratiques pour aider les médecins dans la rédaction des certificats » [46, 48].

Aujourd'hui encore, il est très difficile d'évaluer la place du médecin généraliste face aux violences envers les mineurs. Quelle population y a recours dans ces situations ? Pour quel type de violence ? Quelle est l'attitude du médecin face à ces motifs de consultations ?

Cette étude n'a pas pour objectif d'interpréter ou d'évaluer le circuit pris par le patient avant de venir consulter au C.A.S.A. L'objectif est d'étudier le premier intervenant, professionnel de santé auquel un patient s'adresse en cas d'acte de violence sur un mineur.

Notre objectif premier était d'évaluer la place du médecin généraliste dans cette prise en charge des violences sur mineur.

Nous avons cherché secondairement à évaluer les zones de faiblesse dans cette prise en charge, les bons points à renforcer, ainsi que d'évaluer l'établissement des ITT par les médecins généralistes.

10 Méthodes

Cette étude est une étude rétrospective sur une période de 1 an.

Pour cette étude nous avons utilisé la base de données du C.A.S.A. de Rouen. Celle-ci regroupe la totalité des actes effectués au sein de l'unité.

Il s'agit d'une étude sur dossiers s'étendant du 1^{er} Janvier 2011 au 31 décembre 2011 reprenant l'existence d'une éventuelle consultation chez le médecin traitant, l'établissement d'un certificat médical descriptif, ainsi que l'établissement d'une ITT par le médecin généraliste.

Nous avons rétrospectivement inclus tous les patients mineurs ayant consulté au C.A.S.A. pour violence.

Afin d'être inclus dans l'étude le dossier du mineur devait comporter :

- la mention de consultation sur réquisition ou sur simple demande du patient,
- l'identité du patient,
- la date de consultation,
- une mention précise des violences subies (date, lieu des violences subies, agresseur présumé),
- les circonstances de l'agression (physique, psychique, ou sexuelle) sont reprises en détail avec le patient, y compris date et heure des faits si cela est possible,
- la notion d'un passage ou non auprès d'un service hospitalier ou d'un médecin de ville. Dans le cas contraire la mention : « *Le patient n'a pas consulté de médecin ni de service hospitalier* ». devait être mentionnée dans le certificat établi au C.A.S.A.,
- une conclusion de la consultation incluant une ITT établie au C.A.S.A.,

10.1 Les critères d'inclusion

Etait retenu tout patient dont l'âge était inférieur ou égal à 18 ans ayant consulté au C.A.S.A. entre le 1^{er} Janvier 2011 et le 31 Décembre 2011 et dont le dossier était complet. Ces patients étaient la plupart du temps accompagnés d'un parent, tuteur, éducateur, ami, petit(e) ami(e) mais ils pouvaient également être reçus seuls.

Nous avons relevé les données suivantes :

- l'âge du patient lors de l'incident,
- la date de la consultation au C.A.S.A.,
- la date de l'incident,
- le lieu de survenue des violences (voie publique, école primaire, collège, lycée, domicile),
- le type de violence (physique, sexuelle, maltraitance),
- l'auteur des violences (père, frère, élève, inconnu),

- la notion d'une consultation chez un médecin généraliste au préalable de la consultation au C.A.S.A.,
- la mention d'une ITT par le médecin généraliste,
- la mention d'une ITT établie par le médecin légiste.

Nous avons cherché à identifier une différence d'interprétation des violences à travers les mentions d'ITT entre médecin généraliste et médecin légiste.

Nous avons comparé les variables qualitatives à l'aide d'un test du X^2 et les variables quantitatives à l'aide d'un test de Student.

11 Résultats

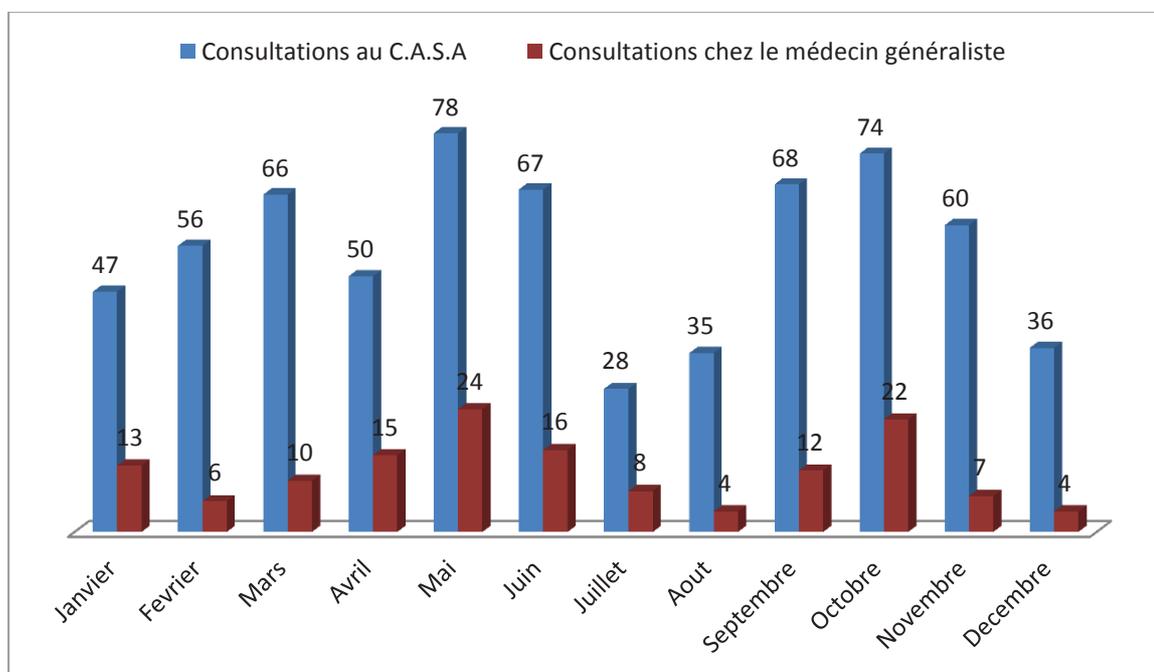
11.1 Résultats globaux

Nous avons recueilli 738 dossiers de violences sur mineurs. 73 dossiers ont été exclus de notre étude car ils ne remplissaient pas les critères d'inclusion. L'étude a porté sur 665 consultations au C.A.S.A. pour violences sur mineurs réparties sur 12 mois (Graphique 1) allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011 avec 50,4% de garçons et de 49,6% de filles et un âge moyen des victimes de 11 ans et 6 mois. Les âges des victimes allaient de 1 mois à 18 ans. Ceci montre une égalité quasi parfaite du nombre de consultations pour plainte entre garçons et filles bien que les motifs de consultation soient différents comme nous allons le voir plus loin. La répartition des consultations sur l'année montre une baisse des consultations durant les vacances scolaires.

Ce graphique présente également la répartition des consultations pour violence sur mineur auprès du médecin généraliste sur l'année 2011. On note une diminution des consultations pendant les périodes de vacances scolaires d'hiver (décembre-janvier) ainsi que l'été (juillet-août). 141 patients (21,2%) avaient dans un premier temps consulté leur médecin traitant. Cette consultation chez le généraliste avait pour objectif la rédaction d'un certificat médical afin d'attester des actes violents et éventuellement de dispenser des soins immédiats.

On note une différence pour le mois de février où les consultations sont faibles chez le généraliste alors qu'elles augmentent à la consultation du C.A.S.A.

Graphique 1: Tableau comparatif entre le nombre de consultations au C.A.S.A. et chez le médecin généraliste



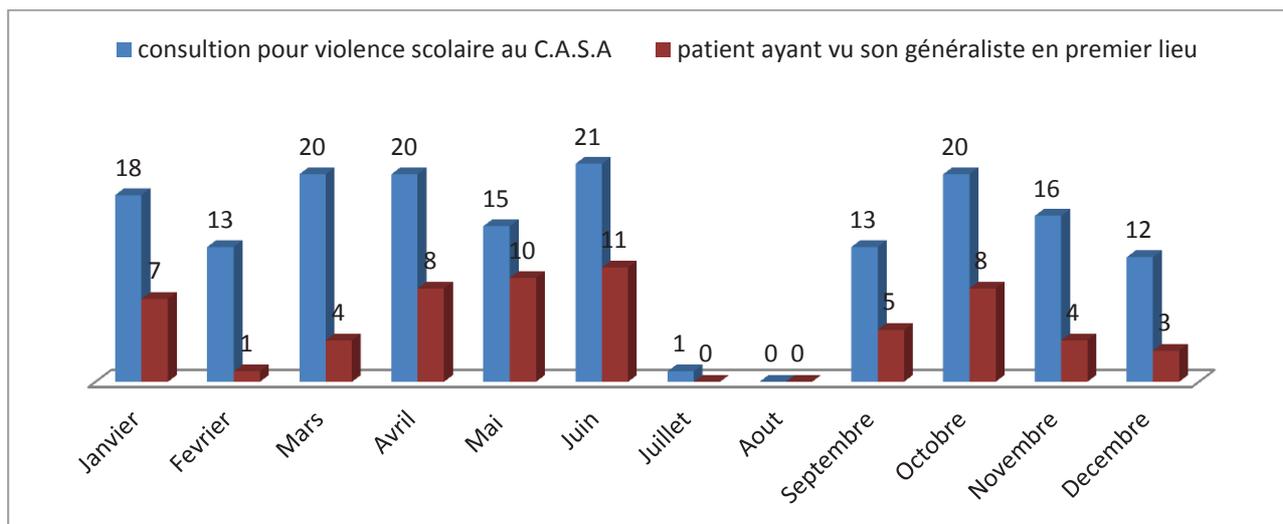
Les périodes de fortes affluences sont semblables avec une activité maximale pour les mois de Mai et Octobre et une activité minimale pendant les grandes vacances d'été.

11.2 Résultats selon le lieu des violences

11.2.1 Violences scolaires

Sur l'année 2011, (Graphique 2) le C.A.S.A. a enregistré 169 consultations (soit 25,4% des consultations pour violences sur mineur) pour violences scolaires avec respectivement 57% de victimes masculines et 43% de victimes féminines. Au sein de ces violences en milieux scolaires, 61 patients (36,1%) avaient vu leur médecin généraliste avant leur venue au C.A.S.A.

Graphique 2 : Répartition des violences scolaires au cours de l'année 2011



Ce graphique présente les consultations pour des violences scolaires chez le généraliste (en rouge) et au C.A.S.A. (en bleu). En cas de violences scolaires, les patients ont recours au médecin généraliste dans 25 à 66% des cas selon le mois de l'année. Les vacances scolaires représentent des périodes de faibles consultations auprès du médecin traitant pour violences scolaires.

11.2.1.1 Age des victimes en milieu scolaire

La moyenne d'âge des victimes en milieu scolaire est de 12 ans et 6 mois avec un minimum de 5 ans (école primaire) et un maximum de 18 ans (collège et lycée).

Nous n'avons pas relevé de violences au sein des écoles maternelles.

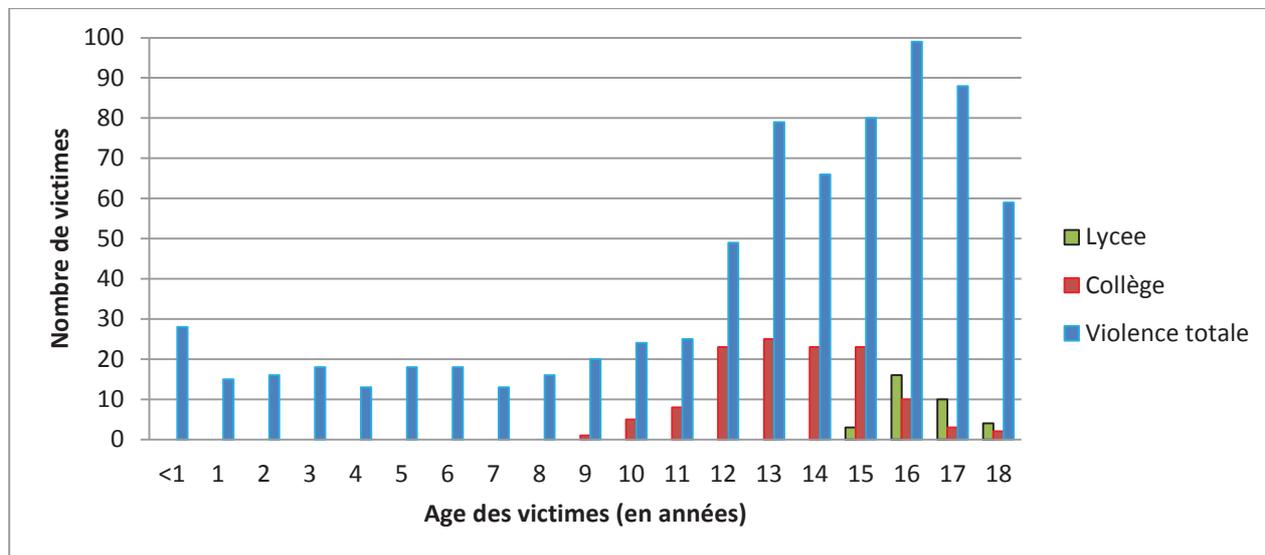
Tableau 4 : âge moyen des victimes au cours de l'année

Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept.	Octobre	Nov.	Déc.
14.50	13.9	13.6	12.7	12.3	11.4	11.7	0	13.0	12.8	11.3	12.4

Ce tableau ci-dessus (Tableau 4) présente l'âge des victimes pour chaque mois de l'année 2011. On observe très peu de variations sur la moyenne d'âge des victimes au cours de l'année. Celles-ci oscillent entre 11 ans et 3 mois et 14 ans et 6 mois.

Le **Graphique 3** montre, en bleu, l'âge des mineurs victimes de violences, tous types de violences confondus. Il montre, en rouge, l'âge des mineurs victimes de violences au collège et, en vert, au lycée.

Graphique 3 : Nombre de victimes de violence globale et de violences scolaires en fonction de l'âge.



Bien que l'âge des victimes soit lié à l'établissement fréquenté, on note des particularités :

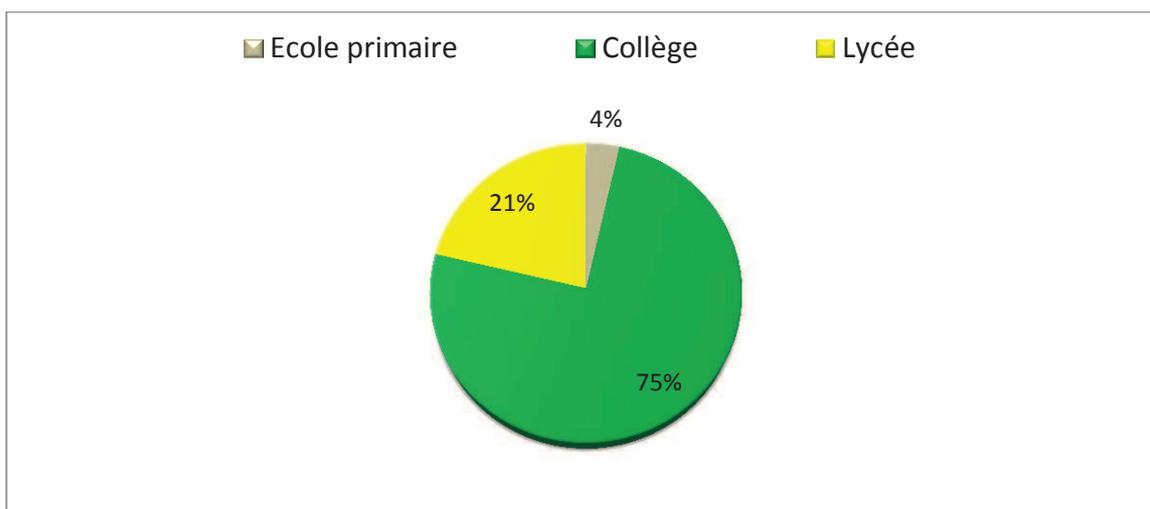
- les collégiens victimes de violences ont entre 9 et 18 ans avec une moyenne de 13 ans et 6 mois,
- les collégiens victimes de violences et âgés de 12 à 15 ans représentent 76% des cas,
- les lycéens victimes de violences ont entre 15 et 18 ans avec une moyenne de 16 ans et 5 mois,
- les victimes âgées de 16 ans représentent plus de 50% des victimes.

11.2.1.2 Localisation des violences scolaires

Sur un total de 169 faits recensés :

Nous avons relevé 6 faits (4%) en école primaire, 127 faits (75%) au collège et 36 faits (21%) au lycée (Graphique 4). Ce graphique montre bien la place majoritaire du collège dans les violences scolaires.

Graphique 4 : Localisation des violences scolaires



11.2.1.3 Les auteurs de violences scolaires

Nous avons relevé trois types d'auteurs principaux de violences scolaires :

- les élèves eux-mêmes représentent 156 cas (92,4%),
- les personnes inconnues représentent 9 cas (5,3%),
- les professeurs et personnels des établissements totalisent 4 cas (2,3%).

Le reste des agresseurs comptabilisent 1.3% des cas (petit ami, sœur,..).

11.2.1.4 Les types de violence

Dans notre étude 167 cas (98,8%) étaient des violences physiques. Nous n'avons relevé qu'un seul cas de violences sexuelles subies (en école primaire) et un cas de voyeurisme subi au lycée.

11.2.1.5 Le recours au médecin généraliste pour violence scolaire

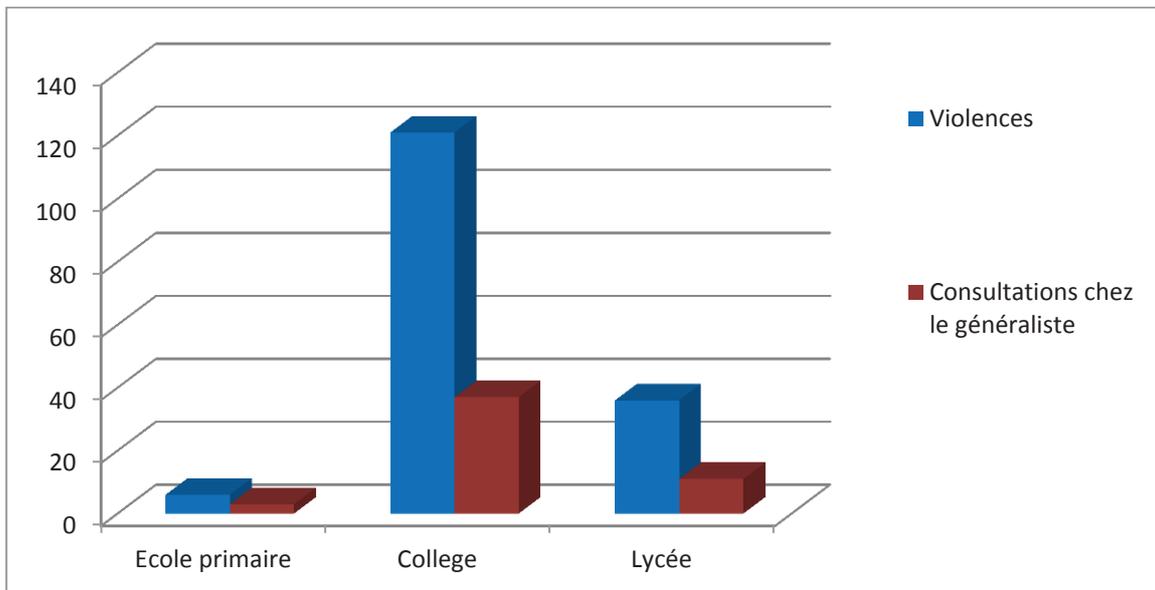
L'étude a comptabilisé 61 consultations chez le médecin généraliste pour des violences scolaires. Ceci représente respectivement 36% des victimes de violences scolaires et 42% des consultations globales pour violence auprès d'un médecin généraliste.

Nous avons dissocié les consultations chez le médecin généraliste en fonction du lieu de scolarité (Graphique 5) :

- 3 sur 6 (50%) en école primaire,
- 45 sur 127 (35,4%) au collège,
- 13 sur 36 (36,1%) au lycée.

Le Graphique 5 montre le nombre total de violences (en bleu) durant l'année 2011 à l'école primaire, au collège, au lycée et le recours au généraliste (en rouge) dans les violences scolaires en fonction des établissements

Graphique 5 : Recours au C.A.S.A. et auprès du médecin généraliste dans les violences scolaires



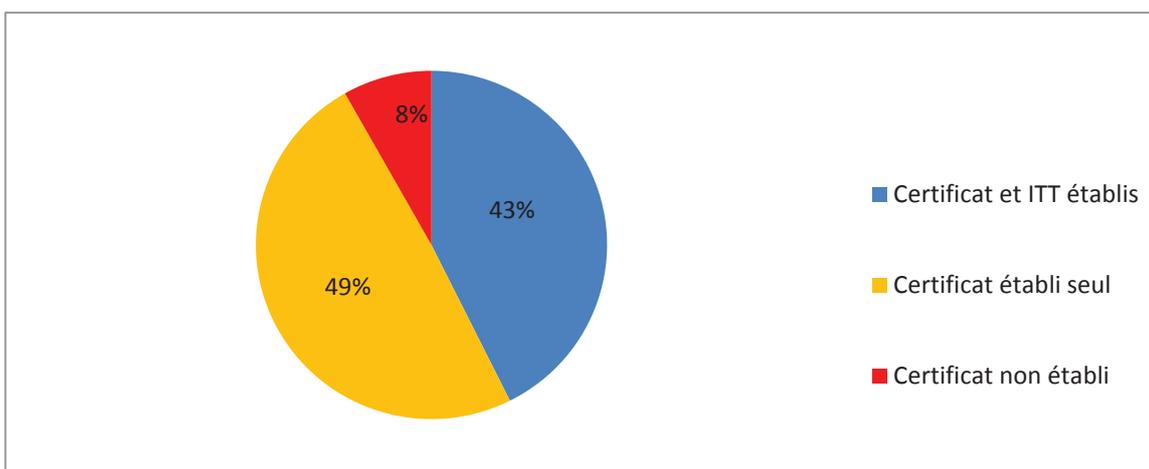
Les faits de violence au lycée bien que sensiblement moins élevés qu'au collège, montrent une même proportion de consultations auprès du médecin généraliste. ($p > 0,05$)

Nous avons relevé 25 consultations (41%) pour violence auprès d'un médecin généraliste pour les filles et 36 (59%) pour les garçons. Les garçons ont été donc plus nombreux à consulter leur médecin généraliste mais représentaient également 57% des violences subies en milieu scolaire (cf chapitre 11.2.1).

11.2.1.6 Taux d'établissement d'un certificat au cours d'une consultation chez le médecin généraliste pour violences scolaires

Sur l'année 2011, 61 consultations en cabinet médical ont été relevées soit 42% des consultations auprès d'un médecin généraliste. Sur cette période ont été établis 26 certificats avec ITT (43%), 30 certificats sans ITT (49%). 6 situations (8%) n'ont pas donné lieu à la rédaction d'un certificat. (Graphique 6)

Graphique 6 : Taux d'établissement d'un certificat par le médecin généraliste pour violences scolaires

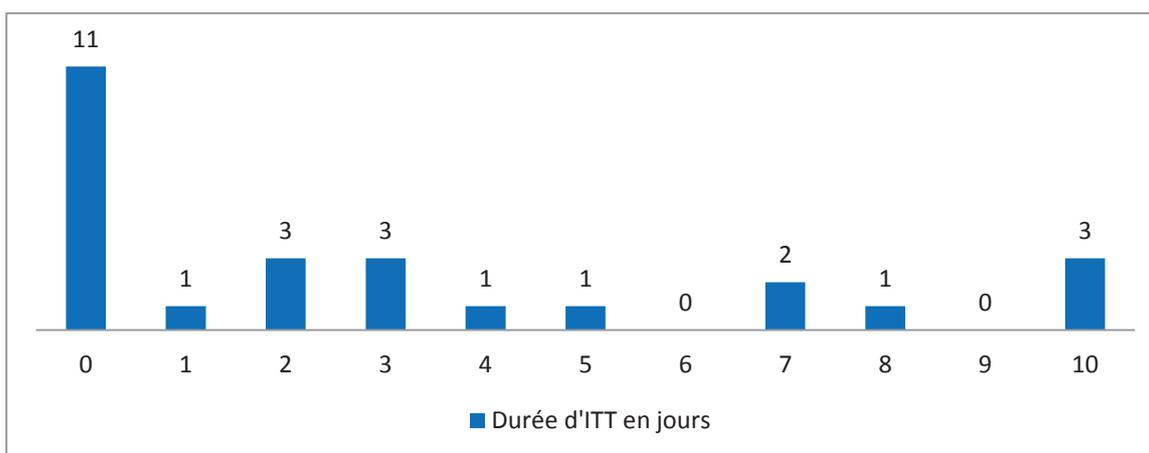


11.2.1.7 Durées d'ITT établies par le médecin généraliste pour violences scolaires

Les durées d'ITT établies par le généraliste allaient de 0 jours à 10 jours.

Le Graphique 7 montre la répartition des durées d'ITT établies par les médecins traitants pour les violences scolaires.

Graphique 7 : Nombres de jours d'ITT établis par le médecin généraliste dans les violences scolaires



Ce graphique ci-dessus montre que pour 11 consultations (41%) le médecin généraliste a fixé une durée d'ITT à « 0 jour ».

11.2.1.8 Comparaison des durées d'ITT établies par le médecin généraliste et le médecin légiste dans les violences scolaires

Nous avons relevé 26 ITT établies par les médecins généralistes pour un total de 77 journées d'ITT établies soit une moyenne de 2,96 jours. Pour les même cas, les médecins légistes du C.A.S.A ont établi 53 journées d'ITT soit une moyenne de 2,03 jours. Il existe une différence significative entre les deux séries ($p < 0.05$).

11.2.2 Violences sur la voie publique

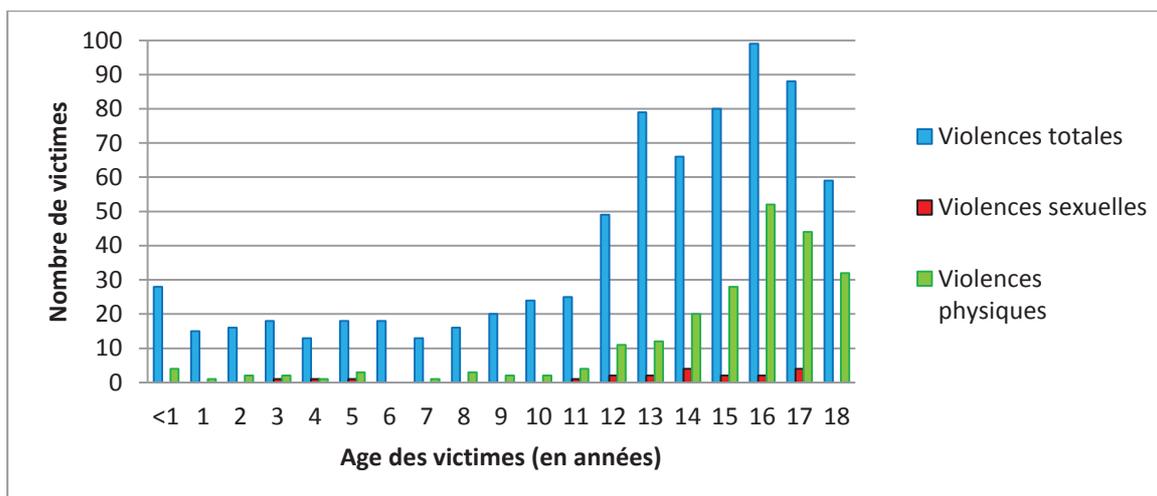
11.2.2.1 Age des victimes de violences sur la voie publique

Nous avons relevé 254 cas de violences sur la voie publique soit 38,2% des consultations au C.A.S.A. regroupant tous types de violences (physiques et sexuelles). Les garçons représentent 56% des victimes et les filles 44%. L'âge global pour violence sur la voie publique était de 14 ans et 6 mois. L'âge des victimes allait de 3 mois à 18 ans.

L'âge moyen des victimes d'agressions sexuelles était de 12 ans et 11 mois. L'âge moyen des victimes de violences physiques sur la voie publique était de 14 ans et 8 mois.

Le **Graphique 8** montre l'âge des mineurs victimes de violences physiques (en vert) et sexuelles (en rouge) sur la voie publique. Les violences à caractère sexuel représentent 7% des données de notre étude sur la voie publique. 85% de ces agressions sexuelles (en rouge) concernent des enfants âgés de 11 à 17 ans. 88% des violences physiques (en vert) sur la voie publiques concernent des enfants âgés de 12 à 18 ans. Ainsi plus de 90% des violences sur mineur sur la voie publique concernent les 11-18ans.

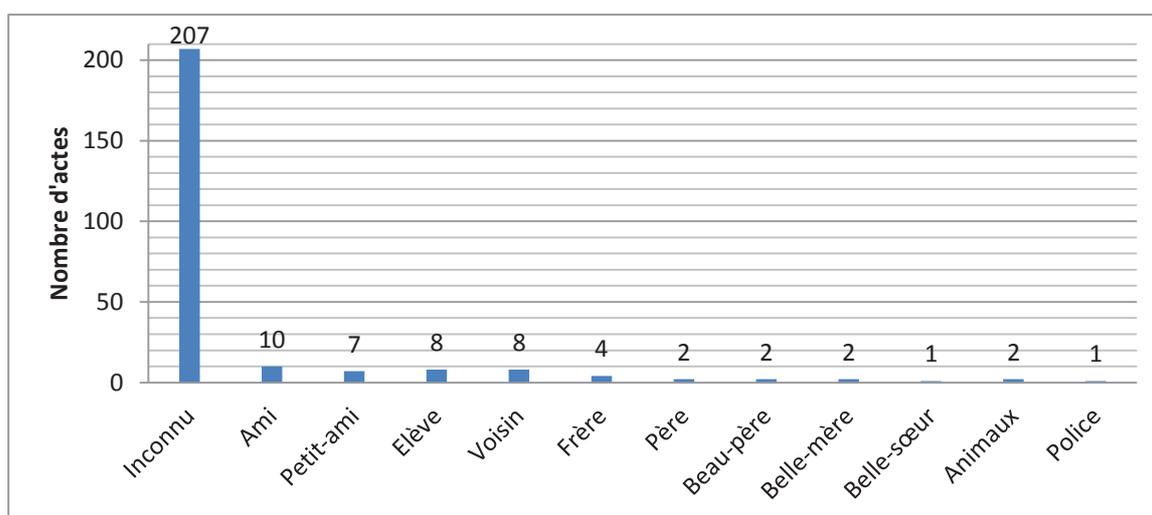
Graphique 8 : Age des victimes de violences sur la voie publique



11.2.2.2 Les auteurs de violences sur la voie publique

Le graphique suivant (**Graphique 9**) présente la répartition des auteurs de violences sur mineur survenant sur la voie publique. Une très large majorité des faits (81,5%) sont l'œuvre de personnes inconnu par la victime. Vient ensuite dans une proportion bien plus faible les amis et petits amis, les élèves et voisin représentant ensemble 13% des agresseurs. La famille (frère, père, beau-père, belle-mère, belle-sœur) représente 4,3% des agresseurs.

Graphique 9 : Auteurs des violences sur mineur sur la voie publique



11.2.2.3 Types de violences sur la voie publique

Il existe deux grands types de faits rencontrés sur la voie publique. Nous n'avons retrouvé aucun cas d'agression morale à type d'harcèlement ou d'exhibitionnisme. Les agressions physiques (93%) et les agressions à caractère sexuel (7%). Les agressions physiques représentent le principal danger des mineurs sur la voie publique. Dans notre étude, seules les filles étaient victimes d'agressions sexuelles sur la voie publique.

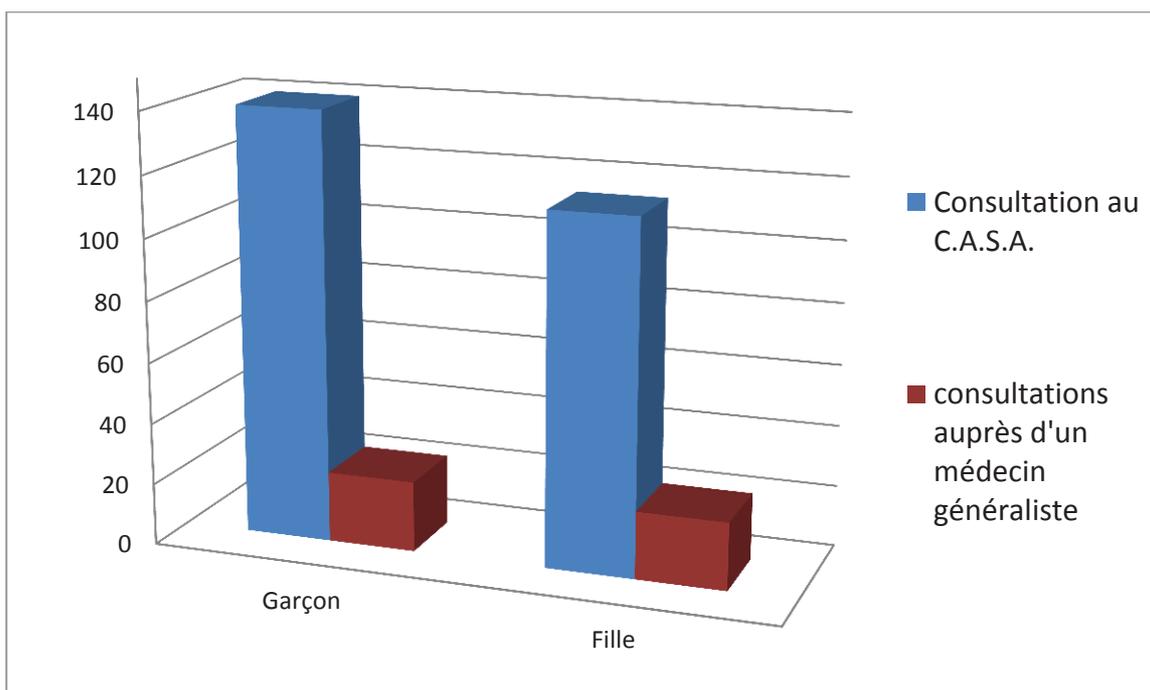
11.2.2.4 Le recours au médecin généraliste pour violences sur la voie publique

Sur les 254 faits survenus sur la voie publique, nous avons relevé 45 consultations (17.7%) chez un généraliste.

100% de ces consultations chez le médecin concernaient des violences physiques. Aucune des victimes d'agression sexuelle sur la voie publique n'a consulté de médecin généraliste.

23 consultations concernaient des garçons (52%) et 22 des filles (48%).

Graphique 10 : Recours au C.A.S.A. et auprès d'un médecin généraliste dans les violences sur la voie publique

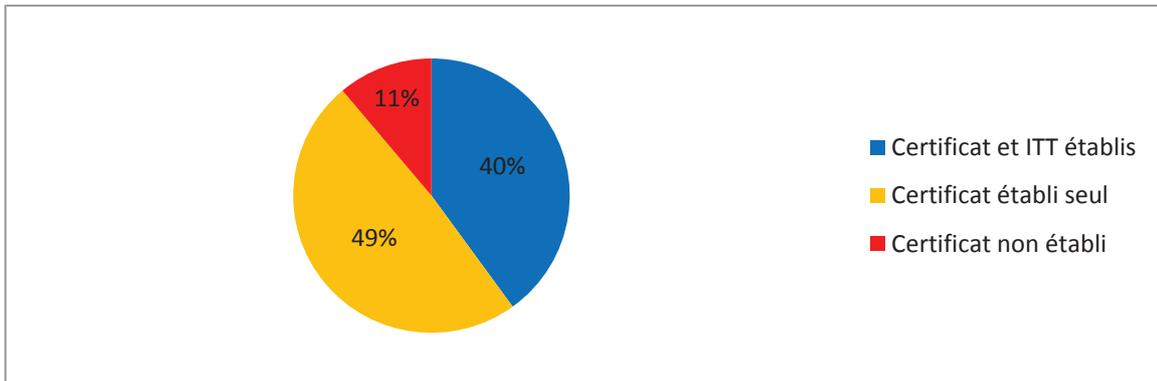


Le Graphique 10 compare le recours (en rouge) au médecin généraliste et auprès du C.A.S.A. (en bleu) consécutif à une agression sur la voie publique. On remarque que le nombre d'agressions chez les filles (114) est plus faible que chez les garçons (140). Cependant, le nombre de consultations chez le médecin généraliste dues à une agression est à peu près le même chez les filles et les garçons. Si la différence est faible, le pourcentage des filles (18%) consultant un généraliste après une agression est plus important que le pourcentage de garçons (15%). Il n'existe pas de différence significative entre les sexes pour le recours au médecin généraliste dans les violences sur la voie publique ($p>0.05$).

11.2.2.5 Taux d'établissement d'un certificat au cours d'une consultation chez le médecin généraliste pour violence sur la voie publique.

Le **Graphique 11** montre les documents établis par le médecin généraliste face à une consultation pour violence sur la voie publique. 89% des consultations ont abouti à la rédaction d'un certificat médical. Moins de la moitié de ces consultations ont abouti à l'établissement d'une durée d'ITT. Aucun certificat n'a été établi dans 11% des cas.

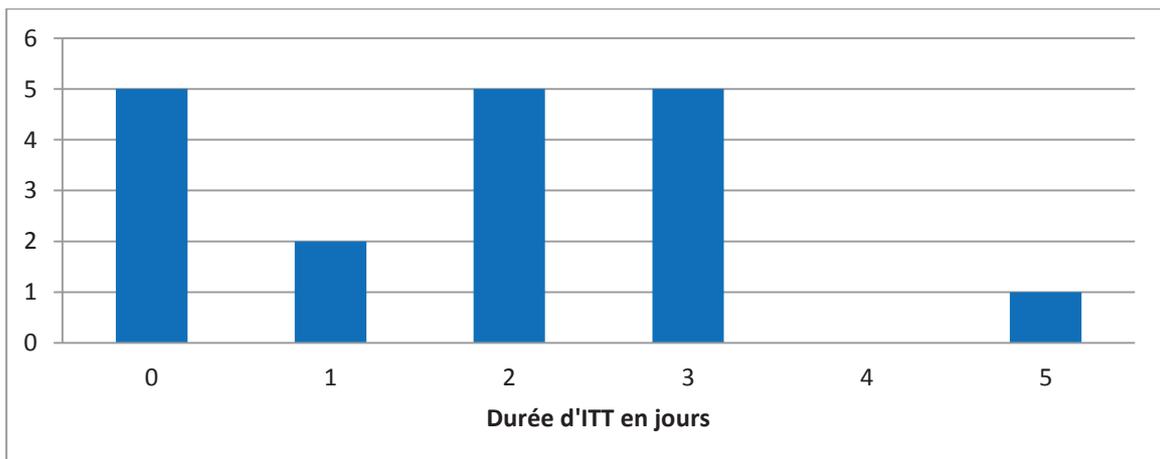
Graphique 11 : Taux d'établissement d'un certificat par le médecin généraliste pour violences sur la voie publique



11.2.2.6 Durées d'ITT établies par le médecin généraliste pour violence sur la voie publique

Le **Graphique 12** présente la répartition des durées d'ITT (en bleu) établies par le médecin généraliste. Ces journées étaient comprises entre 0 et 5 jours d'ITT. 22 certificats (en jaune) ne mentionnaient pas d'ITT. 5 consultations (en rouge) chez le généraliste pour violences sur la voie publique n'ont pas abouti à la rédaction d'un certificat médical. Quatre de ces cinq derniers cas concernaient des violences physiques.

Graphique 12 : Nombres de jours d'ITT établis par le généraliste dans les violences sur la voie publique



11.2.2.7 Comparaison des durées d'ITT établies par le médecin généraliste et le médecin légiste dans les violences sur la voie publique.

Nous avons relevé 18 durées d'ITT établies par les médecins généralistes pour un total de 32 journées d'ITT soit une moyenne de 1,77 jour. Pour les même cas, les médecins légistes du C.A.S.A. ont établi 37 journées d'ITT soit une moyenne de 2,05 jours. Il n'existe pas de différence significative ($p>0.05$) entre les deux séries.

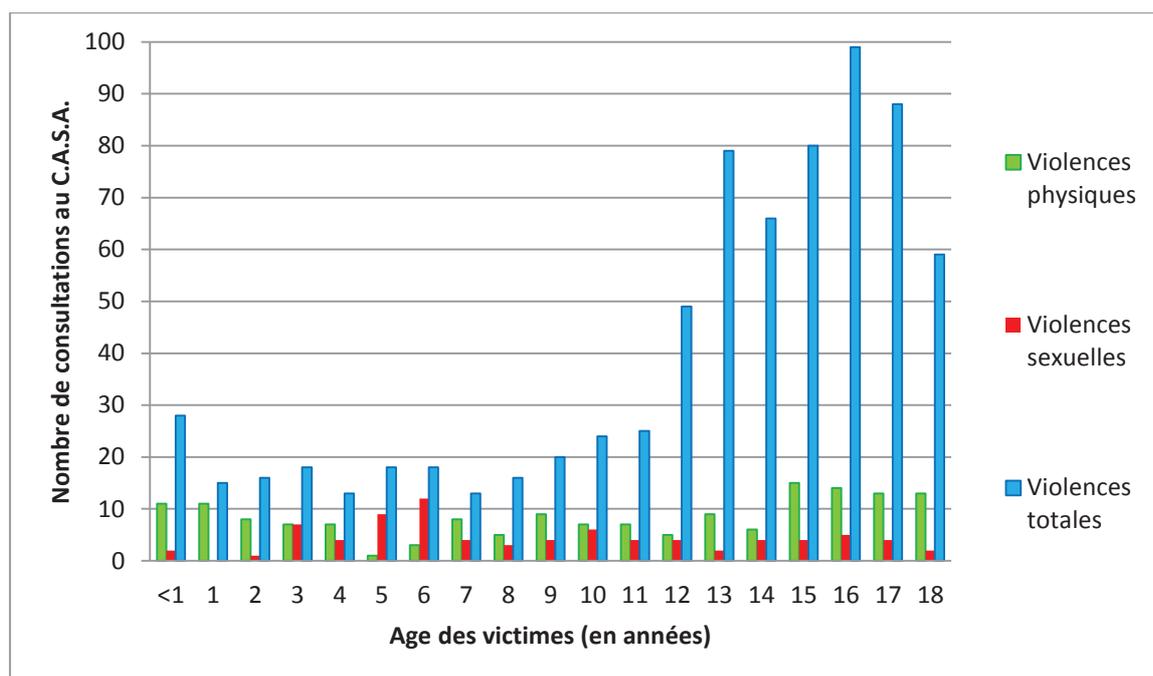
11.2.3 Violences au domicile

En 2011 le C.A.S.A. a relevé 242 consultations pour faits de violences sur mineur au sein d'un domicile. Il pouvait s'agir du domicile parental ou encore des beaux-parents ou encore des grands-parents.

11.2.3.1 Age des victimes de violences au domicile

Le **Graphique 13** nous présente la répartition des âges des victimes au domicile en fonction du type de violences. Les violences physiques (en vert) sont présentes à chaque âge, avec une légère majoration aux âges extrêmes. L'âge moyen des victimes de violences physique au domicile est de 10 ans et 6 mois, de 8 ans et 10 mois pour les violences sexuelles au domicile pour une moyenne d'âge générale de 9 ans et 8 mois. Les violences physiques représentent 78% des violences pour les 15-18 ans. Les violences sexuelles (en rouge) sont également présentes tout au long de la vie du mineur. Elles sont plus importantes pour les âges compris entre 3 et 10 ans. Elles représentent 80% des violences subies par les enfants âgés de 6 ans et 47% par les enfants âgés de 3 à 10 ans. Les filles représentent 59,8% des consultations du C.A.S.A. pour violences survenues au domicile.

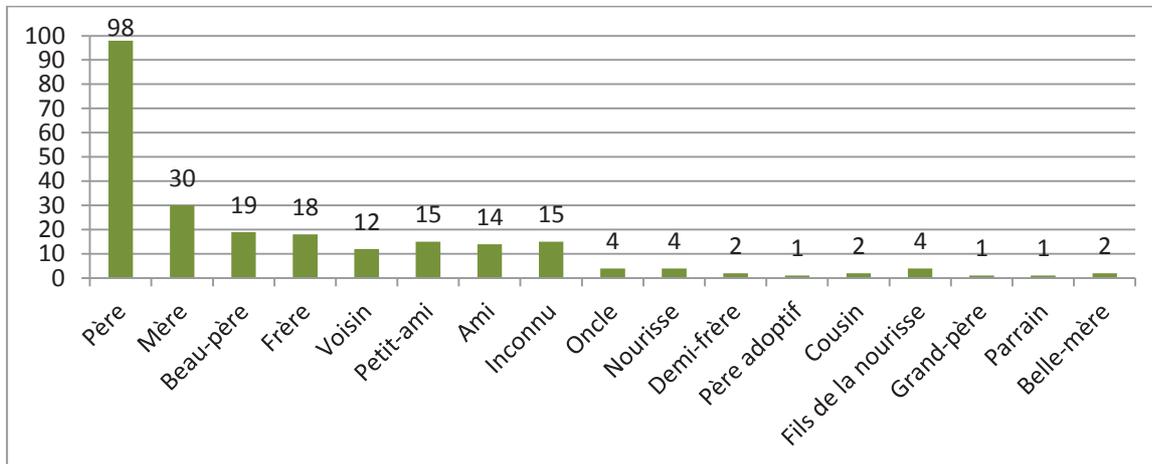
Graphique 13 : Age des victimes de violences au domicile



11.2.3.2 Auteurs de violences au domicile

Le **Graphique 14** présente la répartition des auteurs de violences au domicile. Le père de la victime est retrouvé dans 40,2% des faits. Le cercle familial (père, mère, beau-père, frère, cousin, grand-père, demi-frère, belle-mère, oncle) cumule 65% des actes de violences au domicile.

Graphique 14 : Auteurs des violences sur mineur au domicile

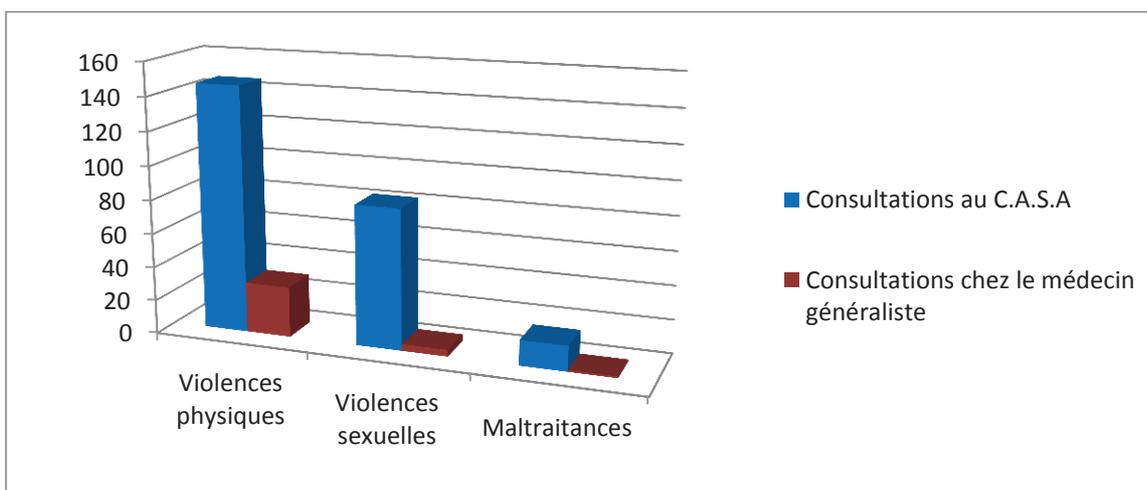


11.2.3.3 Type de violences au domicile

L'étude comptabilise 146 actes (60%) d'agression physique, 83 actes (35%) à caractère sexuel et 13 cas (5%) de maltraitance pour un total de 242 consultations au C.A.S.A. Les actes de maltraitements regroupaient des violences verbales ainsi que des défauts d'hygiène. Les 2% restants représentent un épisode de violence verbale ainsi que deux événements de choc émotionnel survenu lors d'une rixe au domicile familial.

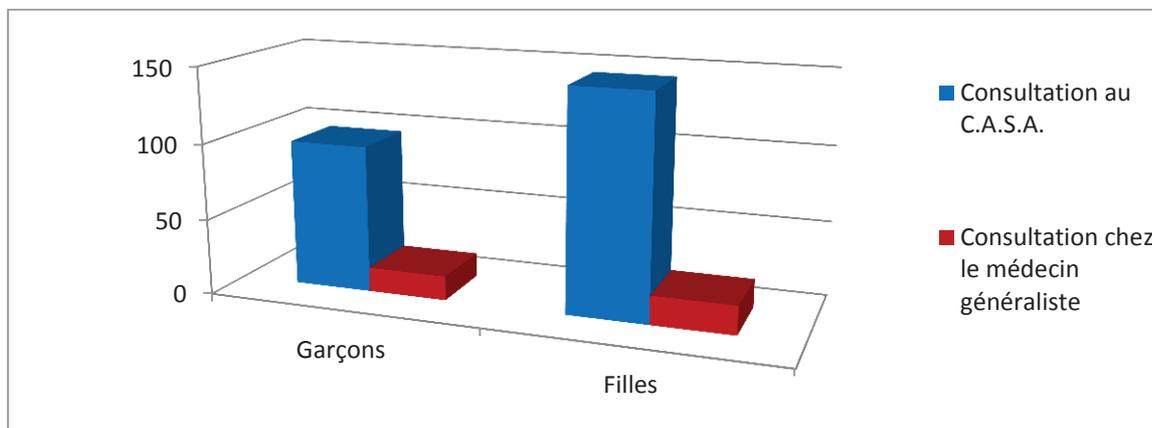
Le **Graphique 15** montre (en rouge) également la part des consultations chez le médecin généraliste pour violences au domicile. On note ainsi un recours extrêmement faible (0,04%) dans les violences sexuelles auprès d'un médecin généraliste.

Graphique 15 : Nombre de consultations au C.A.S.A. et auprès du médecin généraliste dans les violences au domicile



Le Graphique 16 compare le recours au médecin généraliste selon le sexe de l'agressé. Le nombre d'agressions chez les filles (145) est plus important que chez les garçons (97). Le nombre de consultations chez le médecin généraliste dues à une agression est le même chez les filles et les garçons. Le pourcentage des filles (13%) consultant un médecin généraliste après une agression au domicile familial n'était pas significativement différent du pourcentage de garçons (16%, $p > 0.05$).

Graphique 16 : Recours au C.A.S.A. et au médecin généraliste dans les violences au domicile

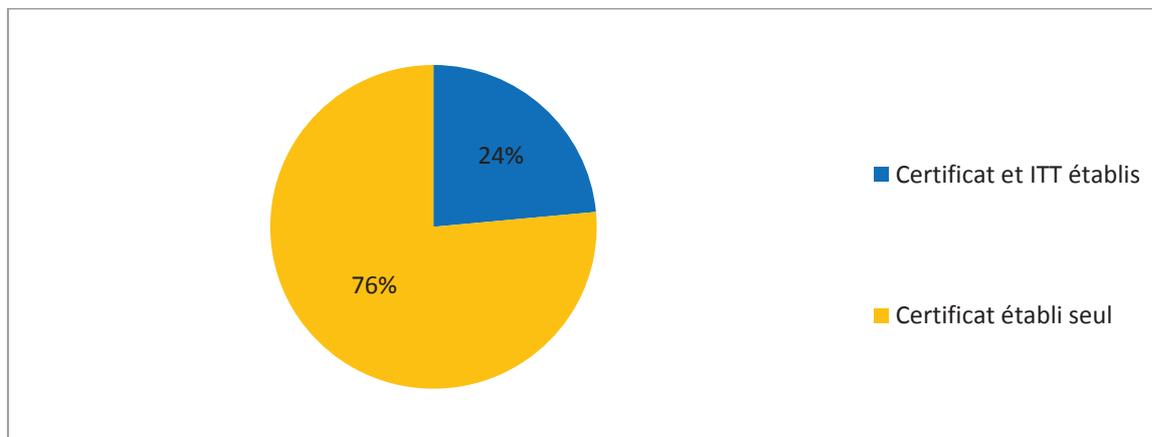


11.2.3.4 Taux d'établissement d'un certificat au cours d'une consultation chez le médecin généraliste pour violences au domicile

Le Graphique 17 montre la répartition des documents établis par le médecin généraliste au cours d'une consultation pour violences au domicile.

100% des consultations aboutissent à la rédaction d'un certificat médical. 27 certificats (en jaune) ne mentionnent pas d'ITT. 8 certificats (en bleu) mentionnent une durée d'ITT comprise entre 0 et 8 jours. Nous n'avons relevé qu'un seul certificat établi pour des faits de maltraitance. Ce certificat ne mentionnait pas de durée d'ITT.

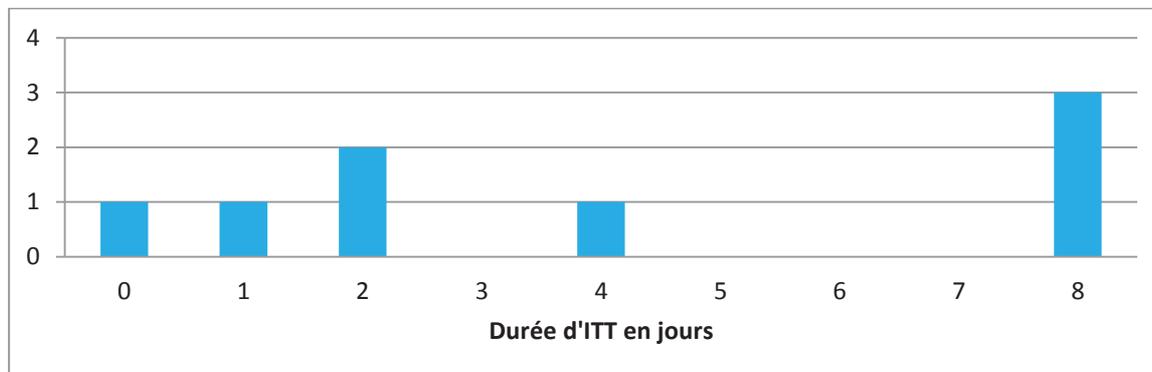
Graphique 17 : Taux d'établissement d'un certificat au cours d'une consultation chez le médecin généraliste pour violence au domicile



11.2.3.5 Durées d'ITT établies par le médecin généraliste dans les violences à domicile

Pour 242 faits de violence à domicile, seulement 35 consultations (14,4%) chez un généraliste ont eu lieu. 8 certificats mentionnant une durée d'ITT ont été retrouvés. Les durées d'ITT établies par le médecin généraliste s'étaient entre 0 et 8 jours d'ITT (Graphique 18).

Graphique 18 : Durée d'ITT établie par le médecin généraliste dans les violences au domicile



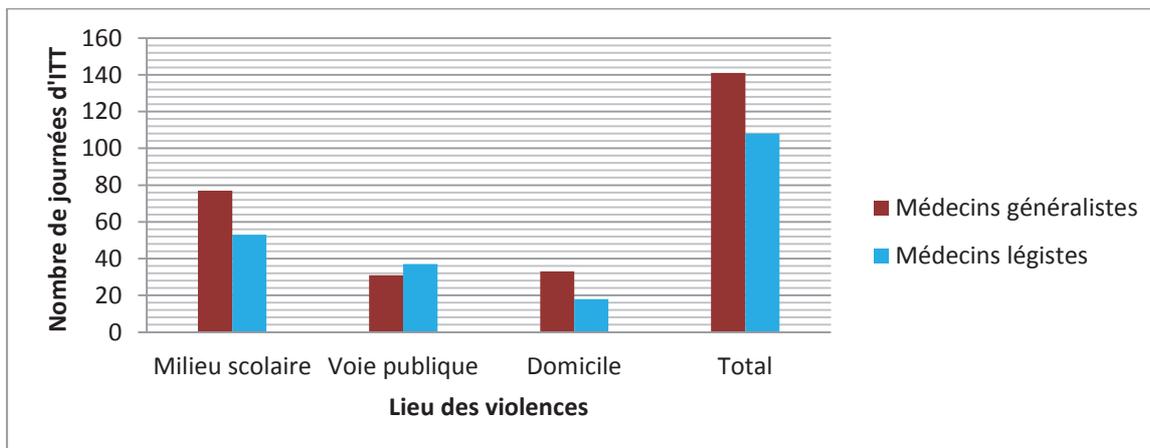
11.2.3.6 Comparaison des durées d'ITT établies par le médecin généraliste et le médecin légiste dans les violences au domicile

Nous avons relevé 8 durées d'ITT établies par les généralistes pour un total de 33 journées soit une moyenne de 4,12 jours. Pour les même cas, les médecins légistes du C.A.S.A. ont établi 18 journées d'ITT, soit une moyenne de 2,25 jours. Il existe une différence significative ($p < 0.05$) entre les deux séries.

11.3 Comparaison des durées d'ITT établies par le médecin généraliste et le médecin légiste selon le lieu de survenue des violences

Au total, nous avons relevé 52 durées d'ITT établies par les médecins généralistes pour un total de 142 journées soit une moyenne de 2,73 journées. Pour les même cas, les médecins légistes du C.A.S.A. ont établi 108 journées d'ITT soit une moyenne de 2,08 journées. Il existe une différence significative ($p < 0.05$) entre les deux séries. 100% des ITT établies par les médecins généralistes concernent des violences physiques, qu'elles aient eu lieu au sein de la famille ou sur la voie publique.

Graphique 19 : Comparaisons des durées d'ITT établies par le médecin généraliste et le médecin légiste en fonction du lieu de survenue des violences



11.4 Synthèse des violences en fonction du lieu de survenue

Tableau 5 : Synthèse des violences en fonction du lieu de survenue

	Milieu scolaire	Voie publique	Domicile
Age moyen	12 ans et 6 mois	14 ans et 6 mois	9ans et 8 mois
Sexe des victimes	Garçons : 57% Filles : 43%	Garçons : 56% Filles : 44%	Garçons : 40% Filles : 60%
Auteur principal des faits	Elève	Inconnu	Cercle familial
Types de violences	Violences physiques: 98,8% Violences sexuelles: 0,06%	Violences physiques: 93% Violences sexuelles: 7%	Violences physiques: 60% Violences sexuelles: 35%
Pourcentage de recours au médecin généraliste	36%	17,7%	14,4%
Fréquence d'établissement d'un certificat	92%	89%	100%
Fréquence d'établissement d'une durée d'ITT	42%	40%	23%
Comparaison des durées d'ITT entre médecins légistes et médecins généralistes	Plus élevée en médecine générale ($p<0,05$)	Absence de différences significatives	Plus élevée en médecine générale ($p<0,05$)

11.5 En fonction du type de violence

11.5.1 Violences sexuelles.

11.5.1.1 *Age des victimes de violences sexuelles*

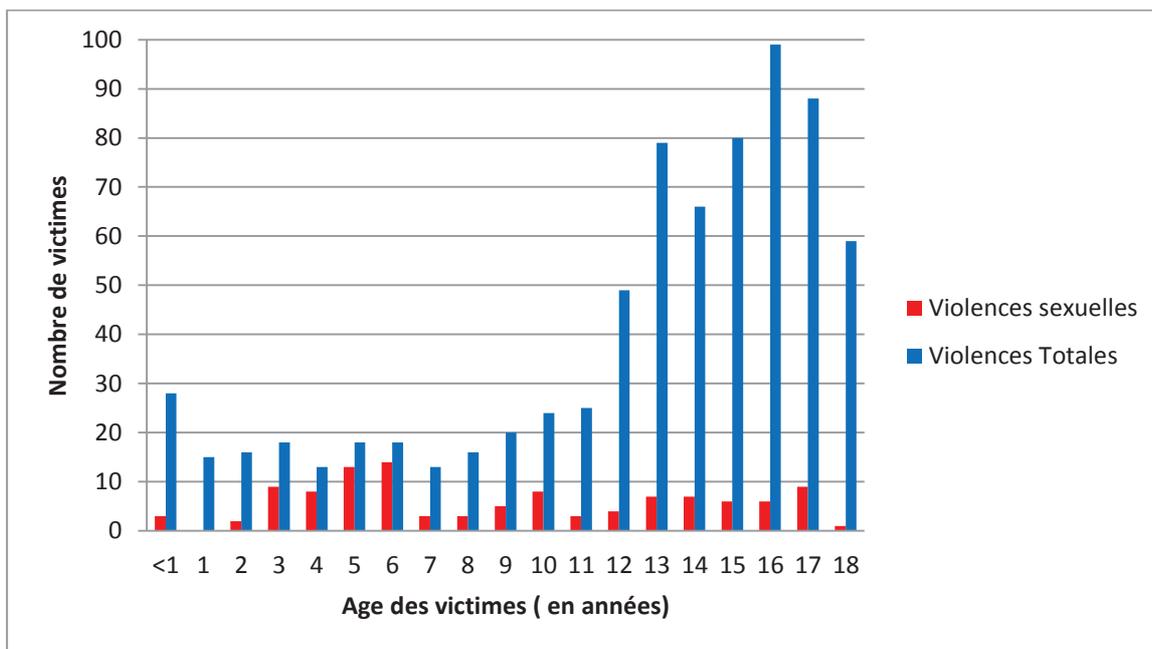
Nous avons relevé 112 consultations pour violences sexuelles sur l'année 2011.

Les filles représentent 82% des consultations pour violences sexuelles, et les garçons 18%.

100% des consultations auprès du généraliste concernaient des filles.

Le **Graphique 20** présente (en rouge) la répartition des victimes de violences sexuelles et des victimes, tous types de violences confondus (en bleu). Les enfants âgés de trois et six ans représentent la plus importante part des victimes de violences sexuelles avec un âge moyen de 9 ans et 1 mois.

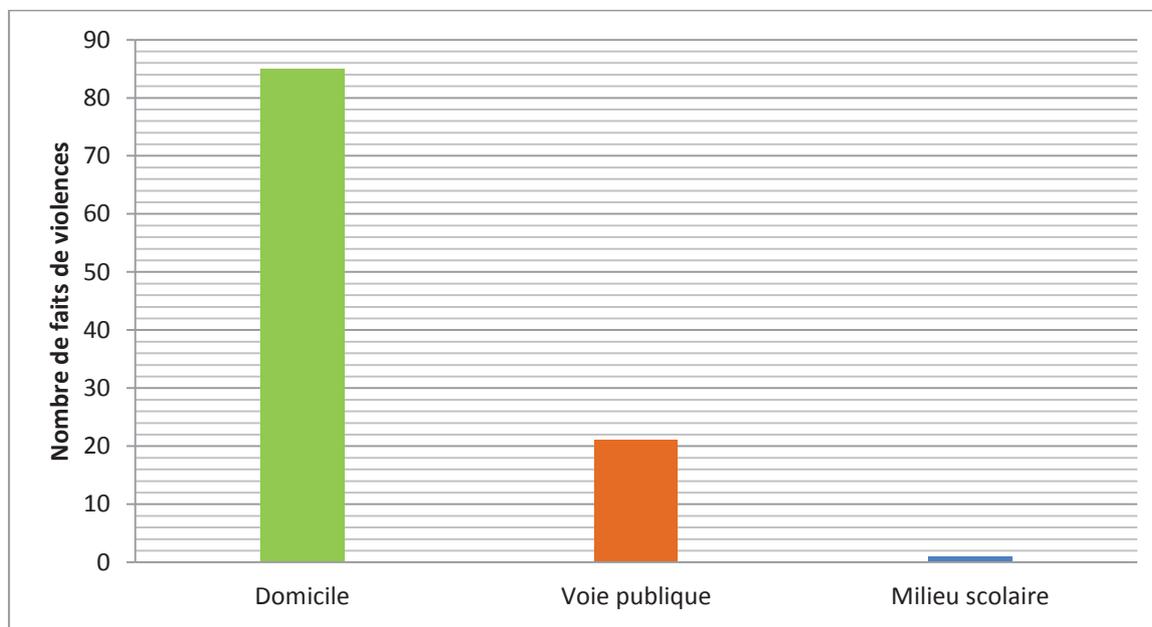
Graphique 20 : Age des victimes de violences sexuelles



11.5.1.2 Localisation des violences sexuelles

Comme le montre le **Graphique 21**, 80% des violences sexuelles ont lieu au domicile. 19% des violences sexuelles surviennent sur la voie publique. Enfin, moins de 1% ont lieu en milieu scolaire.

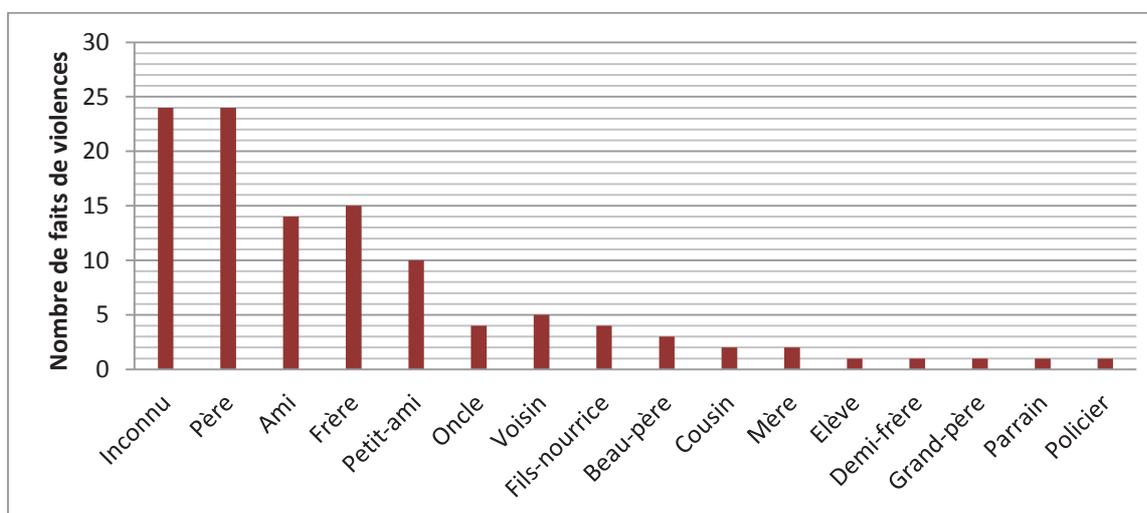
Graphique 21 : Localisation des violences sexuelles



11.5.1.3 Les auteurs des violences sexuelles

Le **Graphique 22** présente la répartition des auteurs de violences sexuelles tous lieux confondus. La part des agresseurs « inconnus » de la victime (21,4%) est identique à celle représentée par le père de la victime. Le cercle familial (père, mère, frère, oncle, beau-père, cousin, demi-frère, grand-père) représente 48,2% des auteurs de violences sexuelles sur mineur.

Graphique 22 : Auteurs des violences sur mineur au domicile



11.5.1.4 Le recours au médecin généraliste dans les violences sexuelles

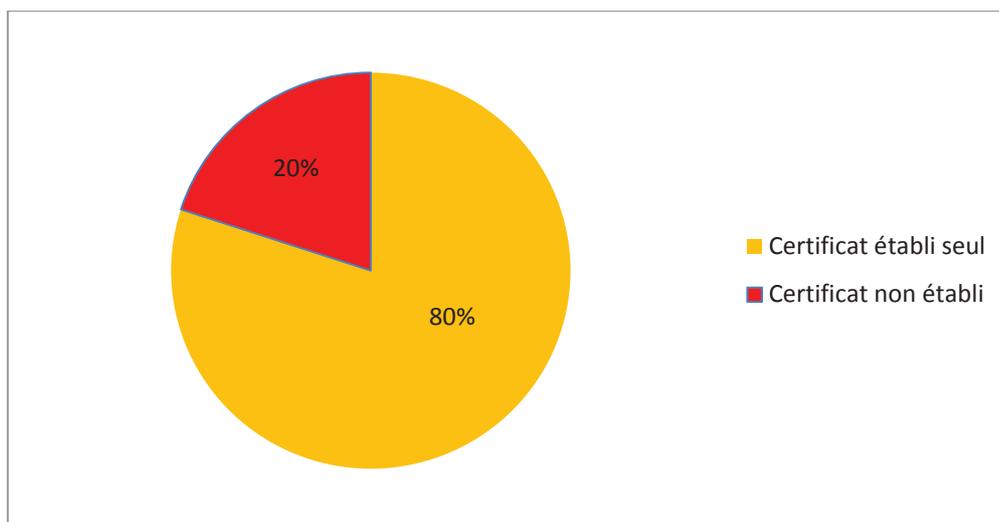
Nous avons relevé 5 consultations auprès du médecin généraliste pour l'établissement d'un certificat médical en rapport avec des violences sexuelles. Ceci représente 4,4% des consultations au C.A.S.A. pour agression sexuelle.

100% de ces consultations en médecine de ville pour agression sexuelle concernaient des filles. Aucun sujet de sexe masculin sur les 18% ayant subi des violences sexuelles au cours de l'année 2011 n'avait eu de consultation auprès d'un médecin généraliste.

11.5.1.5 Taux d'établissement d'un certificat au cours d'une consultation chez le médecin généraliste pour violences sexuelles

Nous n'avons retrouvé que 5 consultations (4,4%) préalables à celles du C.A.S.A. chez le médecin traitant pour des faits à caractère sexuel. L'une d'elles n'avait pas abouti à la rédaction d'un certificat et les 4 autres ne précisaient pas de durée d'ITT (Graphique 23).

Graphique 23 : Taux d'établissement d'un certificat au cours d'une consultation chez le médecin généraliste pour violences sexuelles



80% des consultations (en jaune) ont abouti à la rédaction d'un certificat médical. Aucun certificat mentionnant une durée d'ITT pour agression sexuelle n'a été retrouvé dans notre étude.

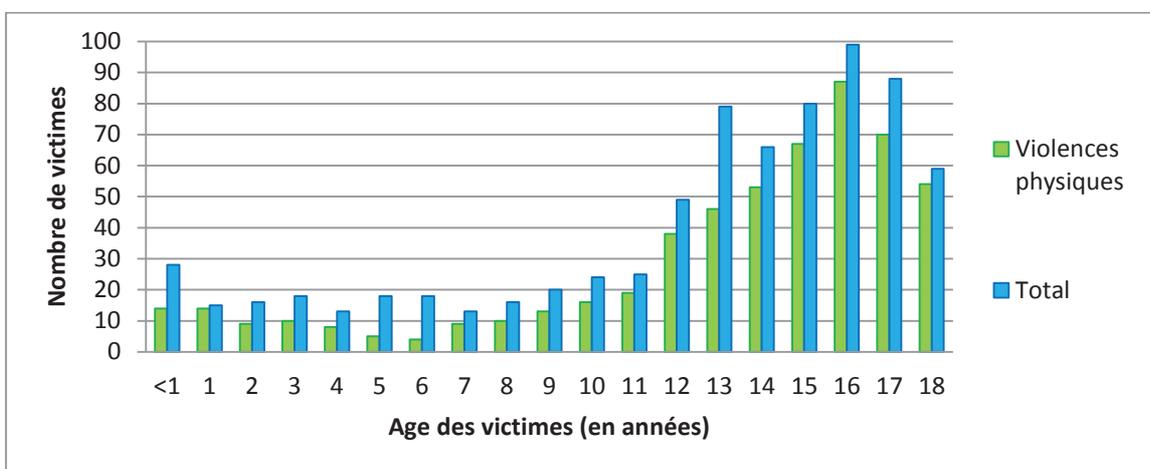
11.5.2 Violences physiques

Nous avons comptabilisé 553 cas de violences physique tous lieux et sexes confondus avec 55,8% de garçons et 44,2% de filles.

11.5.2.1 Age des victimes de violences physiques

Le **Graphique 24** présente (en vert) la répartition des victimes de violences physiques et des victimes tous types de violences confondus (en Bleu). Les violences physiques touchent tous les âges. La répartition des violences physiques est inversée par rapport à celles des violences sexuelles. Elle touche particulièrement les 0-3 ans et les 12-16 ans avec une moyenne d'âge de 15 ans et 10 mois.

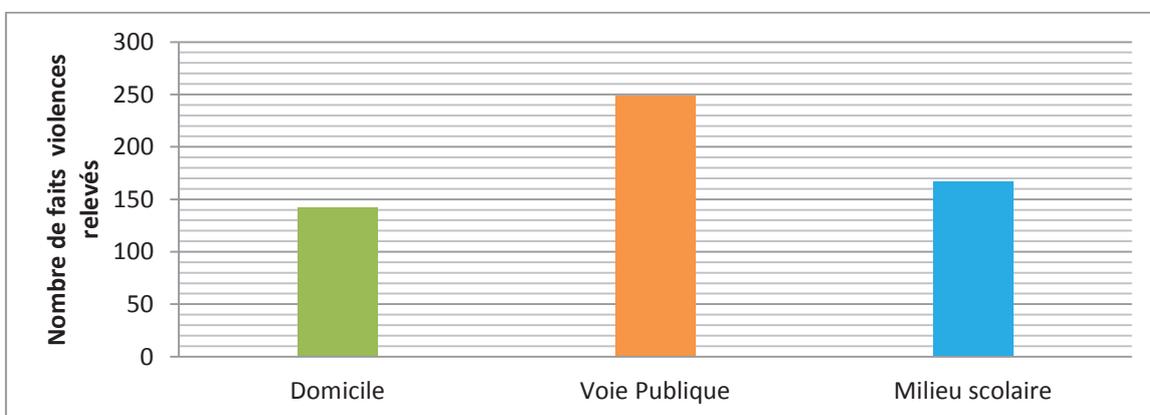
Graphique 24 : Ages des victimes de violences physiques



11.5.2.2 Localisation des violences physiques

Le **Graphique 25** présente la répartition des violences physiques en fonction du lieu de survenue. 44,5% des violences physiques sur mineur surviennent sur la voie publique. Viennent ensuite le milieu scolaire qui cumule 30% des faits de violence physique, puis le domicile 25,5%.

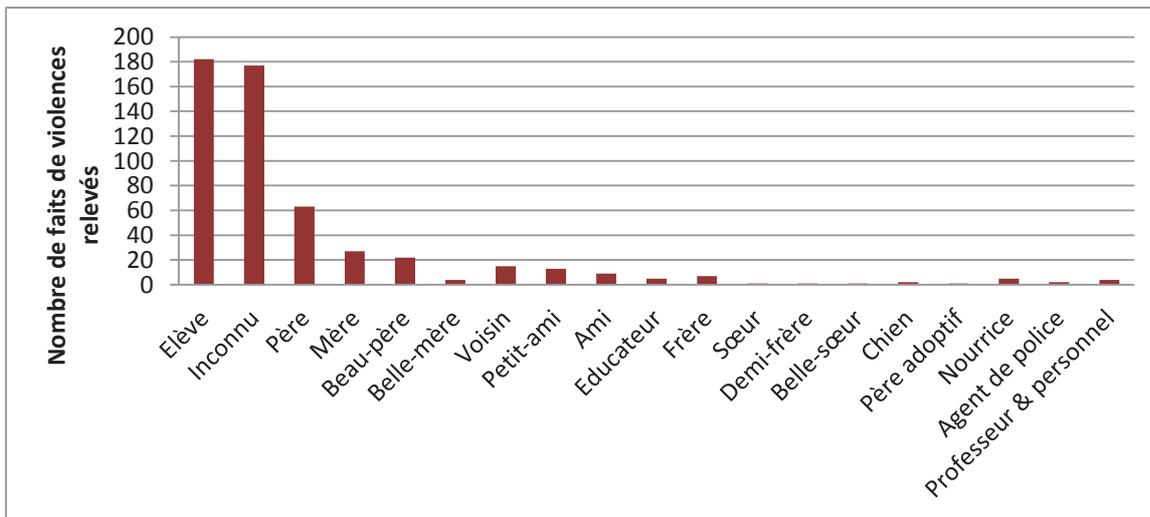
Graphique 25 : lieux de survenue des violences physiques



11.5.2.3 Les auteurs des violences physiques

Le **Graphique 26** présente la répartition des auteurs de violences physiques tous lieux confondus. Les élèves (33,6%) et les agresseurs « inconnus » (32,7%) représentent les deux principaux auteurs de violences physiques. Le cercle familial (père, mère, beau-père, belle-mère, frère, sœur, demi-frère, belle-sœur, père adoptif) regroupe 23,4% des agresseurs. Près d'un quart des violences physiques se produit au domicile.

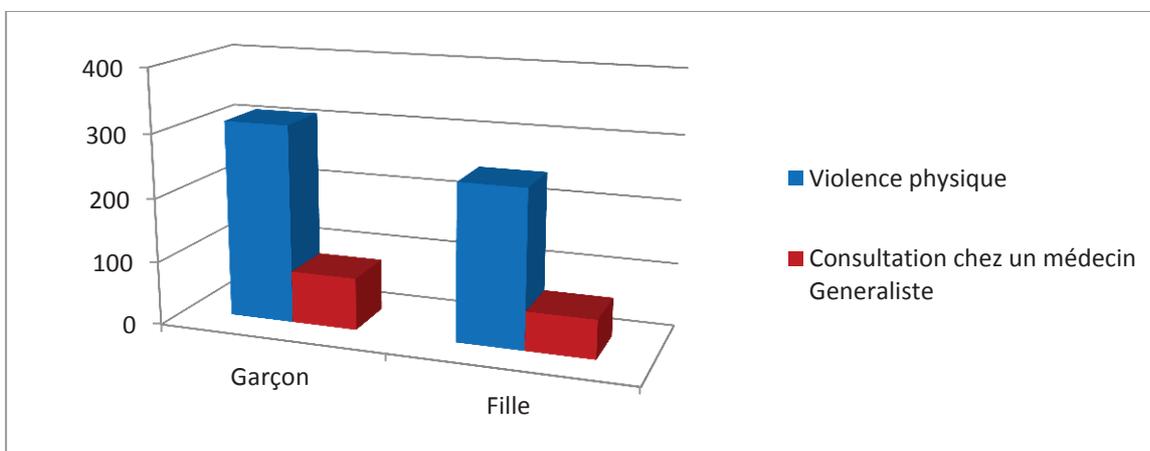
Graphique 26 : Auteurs des violences physiques



11.5.2.4 Le recours au médecin généraliste dans les violences physiques

Le **Graphique 27** compare les consultations (en rouge) chez le médecin généraliste consécutives à une agression physique et celle au C.A.S.A. (en bleu). Le nombre de consultation auprès du médecin généraliste chez les filles (244) est plus faible que chez les garçons (309). Le nombre de consultations chez le généraliste dues à une agression est plus faible chez les filles (57) que chez les garçons (79). Le pourcentage des filles (23,3%) consultant un médecin généraliste n'est pas différent du pourcentage de garçons (25,5%) pour une moyenne générale de 24,4% ($p < 0.05$).

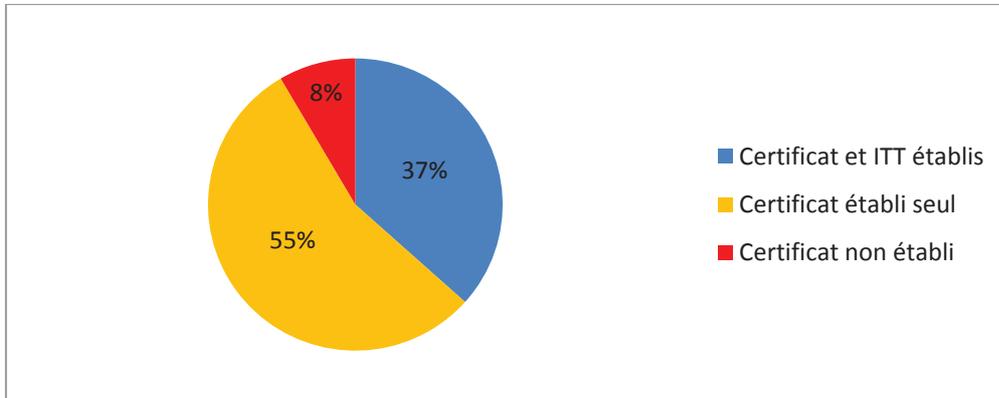
Graphique 27 : Recours au C.A.S.A. et au médecin généraliste dans les violences physiques



11.5.2.5 Documents établis par le médecin généraliste dans les violences physiques

92% des consultations chez le médecin généraliste pour violences physiques ont abouti à la rédaction d'un certificat médical descriptif (Graphique 28).

Graphique 28 : Taux d'établissement d'un certificat au cours d'une consultation chez le médecin généraliste pour violences physiques

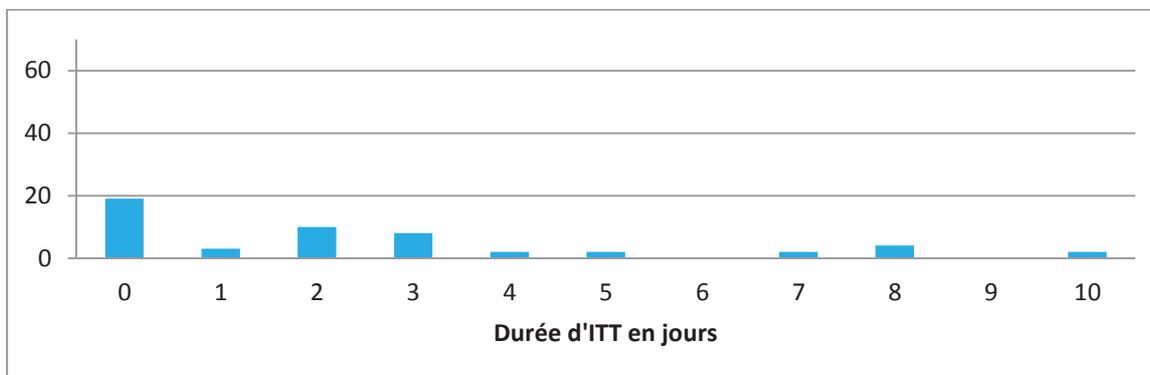


11.5.2.6 Durées d'ITT établies par le médecin généraliste dans les violences physiques

Les durées d'ITT établies par les médecins généralistes oscillent entre 0 et 10 jours.

77% des durées d'ITT étaient comprises entre 0 et 3 jours (Graphique 29).

Graphique 29 : Durées d'ITT établies par le médecin généraliste dans les violences physiques



11.5.2.7 Comparaison des durées d'ITT établies par le médecin généraliste et médecin légiste dans les violences physiques

Nous avons relevé 52 ITT établis par les médecins généralistes pour un total de 142 journées d'ITT établis soit une moyenne de 2,73 jours. Pour les même cas, les médecins légistes du C.A.S.A ont établi 108 journées d'ITT, soit une moyenne de 2,08 jours. Il existe une différence significative ($p < 0.05$) entre les deux séries.

11.6 Synthèse des violences en fonction du type de violences subies

Le Tableau 6 regroupe les caractéristiques des violences subies.

Tableau 6 : Synthèse des violences en fonction du lieu de survenue

	Violence physique	Violence sexuelle
Age moyen	15 ans et 10 mois	9 ans et 1 mois
Sexe des victimes	Garçons : 55,8% Filles : 44,2%	Garçons : 18% Filles : 82%
Lieu de survenu	Hors du domicile	Domicile
Pourcentage de recours au médecin généraliste	Fille : 24,8% Garçons : 26,4% Moyenne : 25,7%	Fille : 4,4% Garçons : 0% Moyenne : 4,4%
Fréquence d'établissement d'un certificat	92%	80%
Fréquence d'établissement d'une durée d'ITT	37%	0%
Comparaison des durées d'ITT entre médecins légistes et médecins généralistes	Plus élevée en médecine générale ($p < 0,05$)	❖

❖ Absence de durée d'ITT établies par les médecins généralistes pour des violences sexuelles.

12 Discussion

12.1 Avantages et limites de cette étude

12.1.1 Avantages

Aucune consultation n'est refusée par le C.A.S.A., même en l'absence de réquisition puisque le service public hospitalier se doit de recevoir tous les patients qui le demandent pour évaluer une situation, sa gravité, les soins et les mesures de prévention nécessaires.

L'un des avantages du registre du C.A.S.A. réside dans l'étendue de la population observée. Le C.A.S.A. regroupe en effet une très large population sur un territoire dépassant celui de l'agglomération rouennaise. Une autre possibilité aurait été de consulter chaque cabinet médical afin de recueillir les mêmes informations. Cette hypothèse de travail était difficilement réalisable en raison de l'absence de statistiques fiables sur ces cabinets. Le C.A.S.A. qui est l'UMJ régionale référente assure la prise en charge médico-légale des victimes de violence. Il met à la disposition de la justice ou des victimes un certificat médical avec ITT synchronisé et le dépôt de plainte. Cette synergie fait de l'UMJ du C.A.S.A. un observatoire de la vie de la cité.

Par conséquent, un mineur dans une démarche de plainte ayant ou non consulté son médecin traitant au préalable sera secondairement vu dans l'unité du C.A.S.A. Cette unité est la seule dans l'agglomération de Rouen et centralise toutes les informations nécessaires à notre étude.

Le deuxième avantage de ce registre, outre son exhaustivité, réside dans la reprise intégrale des certificats établis par les médecins généralistes. Cette étude est rétrospective et a donc permis l'observation d'une situation réelle en dehors d'un contexte d'expérimentation qui aurait pu inciter les médecins à modifier leurs pratiques (accentuation du nombre de certificats établis, augmentation du nombre réel de durée d'ITT établies) et la rédaction même du certificat de coups et blessures (attention supplémentaire apportée aux différents éléments constituant le certificat). Enfin, de nombreuses études se sont penchées sur ce problème [1-3, 49, 50]. Leurs méthodes consistaient à interroger les généralistes par téléphone ou courrier sur leurs expériences personnelles dans ce domaine. Cela fait donc référence à leurs souvenirs entraînant un biais d'informations en particulier en ce qui concerne les signalements, la rédaction de certificats ou encore leur place dans la prise en charge d'enfants maltraités. Notre étude présente une différence majeure en travaillant sur des éléments concrets (certificats, recueils de signalements du conseil général).

12.1.2 Limites

La première limite de cette étude est la sélection de la population étudiée. Sont exclues de cette étude les personnes ayant obtenu un dépôt de plainte sans certificat médical établi par le C.A.S.A. Il est impossible d'évaluer l'étendue de cette population. Compte tenu des habitudes des centres de police et de gendarmerie nous pouvons supposer que cette population est la plus faible possible pour notre étude.

Les certificats établis par le généraliste sont repris en totalité par le médecin légiste lors de la rédaction du certificat médical au C.A.S.A. Certains certificats établis par le médecin généraliste n'étaient parfois pas présentés lors de la consultation au C.A.S.A. Cette absence d'information doit néanmoins être relevée comme un biais. Nous avons exclu du recueil ces cas afin de ne pas fausser les données notamment concernant les pourcentages d'établissement de durée d'ITT.

L'étude a porté sur 12 mois de consultations au C.A.S.A. Une étude sur une période plus longue aurait permis de renforcer la plupart des résultats. Cependant, à la lecture de certificats plus anciens la reprise intégrale du certificat médical établi par le médecin généraliste n'était systématique qu'à compter de 2011. Ceci aurait alors constitué un biais de sélection.

Les faibles chiffres de certificats médicaux établis par le médecin généraliste en rapport avec des violences sexuelles peuvent s'expliquer en raison de la complexité de l'examen, qui doit être réalisé en urgence dans une structure adaptée par une équipe expérimentée.

12.2 Violences scolaires.

Dans notre étude les garçons représentent un peu plus de la moitié (57%) des sujets ayant consulté le C.A.S.A. Au plan national en milieu scolaire, 62 % des élèves victimes sont des garçons, 32 % des filles, les 6% restant représentent des groupes mixtes ou des personnes inconnues [13]. Pour la Normandie en 2005, 9% des élèves garçons âgés de 12-14 ans contre 3% des élèves filles du même âge ont été frappés ou blessés au cours de l'année écoulée [59]. En 2005, 16% des jeunes Haut-Normands à 11 ans déclarent avoir été frappés au cours des douze derniers mois contre 8% à 15 ans [60]. Chez les jeunes de 3^{ème}, 26% affirment avoir déjà reçu des coups au cours de leur vie, les garçons étant plus nombreux (plus du tiers d'entre eux) que les filles (19%)[60]. Dans cette enquête, pour presque toutes les violences évoquées dans l'étude, les garçons sont plus impliqués que les filles [60]. Enfin dans une étude du Health Behaviour in School-age Children (HBSC) de 2010, 20,8% des élèves se déclarent victimes de violences avec une large majorité de garçons [61]. La part des garçons victimes de violences scolaires dans notre étude suit les données régionales. Il est donc important pour le médecin traitant d'avoir conscience de la fréquence des violences subies et d'être au fait que les garçons sont les principales victimes afin de mieux les repérer, les rechercher lors des consultations. Au final, plus d'un élève sur cinq (21,2%) rapporte avoir subi des violences.

Les âges moyens des victimes de violence au collège et au lycée de notre étude sont respectivement 13 ans et 6 mois et 16 ans et 5mois. Les études rapportent que le nombre d'élèves se déclarant victimes de violence diminue presque de moitié entre le début et la fin du collège passant de presque 20% en 6^{ème} à 13,4% en 3^{ème} pour les garçons. Cette diminution est moins marquée pour les filles passant de 9% à 6,7% [61].

Dans notre étude, le collège constitue le principal établissement où se pratiquent et se développent les violences. Les chiffres du gouvernement présentent le collège également comme principal lieu de violence [13]. Le médecin doit donc être vigilant et même parfois informer les parents des difficultés que peuvent entraîner le passage de la petite école au collège. L'élève doit être accompagné et mis en garde contre les difficultés rencontrées lors de son entrée au collège.

Les élèves dans notre étude sont les principaux auteurs de violence (91,1%) en milieu scolaire avec une proportion comparable au chiffre national (86,7%) relevé la même année [13]. En revanche, la part du personnel en tant qu'auteur de violence dans notre étude (2,3%) est bien supérieure aux chiffres nationaux (0,3%). Ceci serait il le reflet d'un personnel soumis à une plus grande pression ou bien d'élèves plus difficiles. Toutefois, les élèves restent les principaux auteurs et victimes de violences physiques en milieu scolaire.

La quasi-totalité des consultations au C.A.S.A. concernent des violences physiques. Les données retrouvées dans la littérature présentent la violence physique comme risque principal encouru par les mineurs en milieu scolaire la même année [13, 60, 61]. Cette part de violences physiques semble diminuer depuis quelques années au profit des violences verbales [13]. Ces dernières n'apparaissent pas dans notre étude, aucun certificat pour violence verbale n'a été retrouvé sur l'année 2011 au C.A.S.A. La violence verbale ne semble pas être un motif de recours aux soins ou à la justice. Notre étude ne regroupe pas la majorité des violences subies en milieu scolaire. Seules les violences physiques font l'objet de certificats médicaux au C.A.S.A. La violence verbale

accompagne souvent les violences physiques mais ne fait pas l'objet de consultation dans notre étude. Les violences verbales représentent pourtant près de 40% des violences subies dans les établissements scolaires [13]. Le C.A.S.A. constitue un bon reflet de la violence physique subie en milieu scolaire dans notre région mais ne permet pas d'observer la totalité des violences.

Dans notre étude, seule une minorité de consultations (10%) chez le médecin généraliste a abouti à la rédaction d'un certificat médical. Nous n'avons pas retrouvé d'études permettant de comparer ces chiffres à une moyenne nationale. Ce type de situation relativement simple d'un point de vue juridique permet d'évaluer le comportement du médecin généraliste face à une demande de certificat médical pour violences et la pertinence de celui-ci. Dans ces circonstances, sa place de médecin de famille n'est pas mise en danger, l'auteur des faits n'appartient pas au cercle familial. Les lésions sont souvent sans danger pour l'enfant et ont une présentation physique pure. Ainsi cette consultation est vierge de tout élément pouvant influencer la rédaction d'un certificat. Il n'y a pas d'ambiguïté dans le rôle que doit tenir le médecin généraliste. La rédaction quasi systématique (90%) d'un certificat par le médecin généraliste dans les violences scolaires nous permet d'avancer l'idée qu'il ne présente pas de difficultés dans le cadre de consultations pour violences en milieu scolaire. Nous pouvons comparer cette situation aux autres et observer les éléments qui peuvent déstabiliser le médecin généraliste dans la prise en charge des violences sur mineur.

Le recours au médecin généraliste dans ce domaine reste encore aujourd'hui très faible (36%). La population que nous avons étudiée était dispersée dans de nombreuses écoles. Nos chiffres ne sont donc pas influencés par des habitudes juridiques d'établissement. Nous pensons que la population n'est pas habituée à avoir recours à son médecin généraliste pour des violences scolaires. Sur une enquête de 2005 sur des élèves du CP au CM1 les filles allaient plus consulter que les garçons mais cette différence n'était pas significative [62]. En 14 mois, 63,5 % des élèves interrogés ont consulté un médecin (60,3 % des garçons et 67,1 % des filles). Dans cette étude, plus les élèves étaient âgés plus ils consultaient leur médecin. Par exemple, 78,2 % des élèves de CM1 déclarent avoir consulté un médecin contre 51,2 % des enfants en CP. Dans cette même étude, 69,5% des garçons et 67,1% des filles du CM2 à la 5^{ème} avaient consulté un médecin généraliste [62].

Nous l'expliquons par la dérive des conduites : premièrement, la plainte prime aujourd'hui sur le soin et deuxièmement, le rôle joué par le médecin généraliste dans les procédures juridiques n'est pas connu du grand public. Il serait intéressant d'étudier dans la population générale la représentation du rôle du médecin généraliste dans les violences scolaires ainsi que d'évaluer l'ordre des priorités des familles en cas de violence sur leurs enfants. Souvent, malheureusement, une autorité judiciaire représente le premier interlocuteur après un acte de violence. Cette démarche spontanée peut accentuer le faible taux de recours aux médecins généralistes car les patients seront immédiatement orientés vers le C.A.S.A.

Un certain temps peut s'écouler entre le jour des faits et le dépôt de plainte. Les lésions peuvent avoir disparu à l'heure du dépôt de plainte. La constatation immédiate par le médecin généraliste pourrait représenter un atout capital. Elle permettrait de garder la trace par écrit des conséquences et stigmates de cet épisode de violence. La rédaction a longtemps posé problème, les médecins ne maîtrisant pas toujours le contenu minimum de ces certificats [1, 3, 49, 50]. Les certificats des médecins généralistes de notre recueil mentionnaient un résumé des faits, et les différentes lésions observées. L'informatisation des cabinets peut expliquer l'amélioration de la rédaction et du contenu

des certificats. Les logiciels de gestion du cabinet comprennent des modules complémentaires d'aide à la rédaction des certificats. Ils sont pré-remplis afin d'être systématique dans leur rédaction. Ainsi l'absence de durées d'ITT sur le certificat tient plus d'une action volontaire que d'un oubli. Cependant, la consultation du registre du C.A.S.A ne nous a pas permis de différencier les certificats manuscrits de ceux informatisés.

Il semble important de rappeler aux médecins généralistes les instants difficiles d'une scolarité pour un enfant afin de mieux anticiper les problèmes. Seul un faible taux de consultations des victimes auprès de leur médecin constitue un frein à cette prise en charge.

12.3 Violences sur la voie publique

Les violences rapportées devant le domicile des mineurs ont constitué un problème de classification. En effet la question était de savoir si ces violences devaient être rapportées à des violences sur la voie publique ou à des violences survenues au domicile. Nous avons regroupé sous l'appellation « violences au domicile » des violences survenues strictement devant (entrée, jardin) et au sein du domicile parental.

Dans notre étude, les mineurs consultant le C.A.S.A. pour violences sur la voie publique constituent la part la plus âgée des victimes de violences avec une moyenne de 14 ans et 6 mois, avec une légère prédominance des filles (56%). Ceci suit les chiffres de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) où la population masculine est plus victime de violences physiques que la population féminine (respectivement 3,3% contre 2,5%) [63]. A l'inverse la totalité des consultations au C.A.S.A. pour violences sexuelles sur la voie publique concerne des filles. L'enquête de l'INSEE montre 3 fois plus d'actes d'agressions sexuelles (viol, caresse, exhibition...) sur la voie publique subies par les filles [63]. Néanmoins cette enquête relève une part non négligeable de viol (0,5%) et d'agressions sexuelles (2,9%) subies par les hommes sur la voie publique [63]. Cette population ne consulte pas de service médical. Il est important pour le médecin généraliste de garder cette notion à l'esprit. La connaissance de tels actes ne pourra alors se faire que par des signes indirects (troubles psychologiques, troubles du transit...).

Dans notre étude, les violences sur la voie publique constituent le premier motif de consultation au C.A.S.A. et un premier élément de comparaison dans notre étude. A la différence des violences scolaires, les violences sur la voie publique comprennent des violences sexuelles. Les agressions sexuelles sur la voie publique chez les mineurs représentent un quart des violences sexuelles subies [15]. Aucun certificat médical établi pour des violences sexuelles par un médecin généraliste n'a été retrouvé dans notre étude. Bien que consulté dans 4,4% des cas, il devrait être un des premiers interlocuteurs dans les situations de violences en dehors des interlocuteurs familiaux. Il a un rôle important à jouer auprès de la victime notamment après l'épisode aiguë. Il peut proposer une simple surveillance ou au contraire faire appel à une équipe de spécialistes. Dans l'étude du Docteur Leroy et du Docteur Denis, les médecins généralistes avaient dans leur majorité vu très peu de cas [56, 64]. A l'exception d'un médecin, aucun n'avait eu à prendre en charge une situation récente. Ils évoquaient principalement des violences anciennes faites à l'enfant. Ainsi le médecin généraliste se trouve face à un phénomène auquel il est peu confronté et pour lequel il se dit peu formé et connaissant mal la prise en charge et les circuits à emprunter et enfin parfois gêné par une trop grande proximité avec les familles [56, 64]. Tous ces éléments expliquent l'absence de certificat médical établi par les médecins généralistes et attire l'attention sur un réel obstacle à la prise en charge des violences sexuelles par le médecin généraliste.

Dans cette catégorie, nous n'avons pas noté de différence significative entre le taux de certificats établis par le médecin généraliste entre les violences survenues en milieu scolaire (90%) et sur la voie publique (88%, $p > 0,05$). Nous avons observé un taux de 88% de certificats établis par les médecins généralistes pour les violences sur la voie publique. Nous expliquons une partie de l'infériorité de ce taux par rapport aux violences scolaires par l'absence de certificats rédigés par les médecins généralistes pour les violences sexuelles. Les taux de violences physiques en milieu scolaire

(98,8%) et sur la voie publique (93%) sont proches. Pour un même motif (violences physiques) dans deux situations différentes (milieu scolaire et voie publique), la réponse du médecin généraliste est identique, caractéristique d'une démarche systématique face à un motif de consultation maîtrisée et codifiée.

Le lieu de survenue de la violence n'est pas un facteur influençant la réponse du médecin généraliste, mais c'est le type même de violence et en particulier la violence sexuelle, qui conditionnera une attitude différente comme l'avait observé précédemment le Dr Leroy [64].

12.4 Violences au domicile

Lors d'un entretien, le Procureur de la République de Bordeaux en 2005 faisait le constat suivant : « *Il est vrai que les médecins traitants signalent peu, et décident peut-être de confier l'enfant à l'hôpital ou aux structures sociales, qui feront ensuite les démarches, si nécessaires. Ils peuvent être amenés à rédiger des certificats de coups et blessures mentionnant des circonstances « suspectes ». Mais leur action doit se situer plus en amont, en prévention, alors que le Parquet joue lui un rôle de protection. Il est rare qu'ils soient contactés dans le cadre d'une enquête judiciaire, même si leur connaissance des familles constituerait un élément important* » [49].

Les agressions physiques représentent dans notre étude la plus grande part des violences subies au domicile des victimes. Les données de l'ODAS jusqu'en 2006 ainsi que différents travaux montrent également la part majoritaire des violences physiques au domicile [2, 49]. Il existe des variations interrégionales entre la part des violences physiques et sexuelles. Les violences physiques restent néanmoins les plus importantes quels que soient les travaux ou sources de recueils. Il semble exister une modification du type de violences infligées aux enfants. La part des violences sexuelles et physiques semble diminuer avec une augmentation en parallèle des violences psychologiques. Le médecin généraliste doit être conscient de cette modification afin de repérer au plus vite les conséquences de ce nouveau fléau.

Dans notre étude, les violences physiques touchent tous les âges mais principalement les âges extrêmes. Elles représentent entre 30% à 94% de la part des violences subies au domicile. Les données du Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger (SNATED) parus en 2011 rapportent quant à elles que les violences physiques représentent entre 78% et 85% des dangers évoqués au domicile avec également une majoration aux âges extrêmes [65]. Nous pensons que la classification et appellation des violences physiques explique la différence de ces deux recueils en termes de proportions. De plus, le C.A.S.A. regroupe des violences faisant suite à une plainte. Le SNATED regroupe des violences évoquées lors d'un appel. Cet appel peut ne pas aboutir à une plainte. Ainsi la différence entre ces deux recueils peut également s'expliquer par le fait que certains appels ne sont pas suivis de dépôts de plaintes. Toutefois dans les deux cas, les violences physiques sur mineurs au domicile semblent se majorer aux âges extrêmes. Nous pensons qu'il s'agit des deux périodes de l'enfance où les parents doivent faire face à un changement dans leur mode de vie. La naissance est source de changements importants pour le couple parfois à l'origine d'agressivité pouvant se répercuter sur les enfants. C'est la raison pour laquelle certains facteurs de risques de maltraitance sont connus comme "le premier enfant" ou "un jeune couple" [66].

Les violences sexuelles, dans notre étude, touchent tous les âges de l'enfant mais plus particulièrement les enfants plus jeunes. Dans notre étude les enfants âgés de 3 à 6 ans constituent la période la plus à risque. Les données du SNATED présentent l'existence de violences sexuelles tout au long de l'enfance, avec une majoration dans la même période à savoir entre 3 et 6 ans [65]. Dans différents travaux, la majorité des enfants suspectés de maltraitance étaient âgés de 4 à 6 ans [2, 3, 49].

Dans 40,2% des situations de violence au domicile de notre étude, l'agresseur se trouve être le père de la victime. Le cercle familial est à l'origine 65% des actes de violences au domicile. En

comparaison, les données du SNATED présentent le père de la victime comme auteur présumé dans 31,5% des cas [65]. En outre, l'enquête contexte de la sexualité en France (CSF) montre que les violences durant l'enfance et l'adolescence sont souvent liées aux univers de socialisation (famille, école, groupe de pairs). Parmi les femmes de plus de 40 ans déclarant au moins une violence sexuelle survenue avant l'âge de 18 ans, 27% incriminent directement leur père, beau-père ou une personne de la famille et 31% des personnes connues d'elles. La similitude de ces données met en exergue l'attention à apporter par le médecin généraliste dans les situations à risques pour l'enfant. Lorsque certains facteurs de risque s'accumulent au sein d'un couple, le médecin doit être en mesure de prévenir un éventuel cas de maltraitance.

Les filles constituent, toutes violences confondues, la plus grande part des victimes ayant consulté l'unité du C.A.S.A. de Rouen. Les données du SNATED rapportent qu'entre 0 et 10 ans, les garçons sont les plus en danger. À partir de 11 ans, ce sont les filles. Les travaux du Docteur Desoutter retrouvaient une proportion plus importante de garçons victimes de mauvais traitements au domicile [2]. De plus, dans cette même étude, la maltraitance physique était bien plus importante chez les garçons et les abus sexuels plus importants chez les filles. Le médecin devra redoubler de vigilance si la situation à risque concerne des filles.

Dans notre étude, 100% des consultations auprès du médecin généraliste ont abouti à la rédaction d'un certificat médical. Bien qu'une grande partie de ces certificats ait été rédigée sans établir de durée d'ITT, la rédaction a été systématique dans ce type de situation. Ce chiffre montre une bonne pratique des médecins généralistes face à une situation de violence sur mineurs au sein de la famille. Ce chiffre est différent d'une précédente étude où les certificats ne représentaient que 35,6 % des cas [67]. La notification de l'ITT était rarement établie. Ceci peut traduire une disparité régionale quant à la formation ou aux habitudes des praticiens.

Les certificats médicaux des médecins généralistes de notre étude ne permettaient pas de savoir si un signalement avait été effectué. Les données du Conseil Général de Rouen montrent une fréquence extrêmement limitée des signalements faits par les médecins libéraux au sein de la CED. En 2011, celle-ci avait recensé 3081 saisies. Seulement 22 provenaient de médecins libéraux. Une part importante était issue du Parquet (Rouen, Le Havre, Dieppe) avec 630 saisies ; des hôpitaux (57 du CHU de Rouen, 30 de l'Hôpital du Havre), et des services sociaux. Ces données sont comparables à celles d'autres départements comme la Gironde [49]. L'auteur propose comme hypothèse pour le faible chiffre de signalements émanant des médecins et des hôpitaux un manque de mise en alerte des médecins. Il leur attribue un rôle de « relais », de transmission « du problème » à un autre professionnel, par crainte d'être impliqué dans une procédure juridique. D'autres médecins avaient pour réflexe le signalement direct au Parquet. Cette dernière situation sort le mineur d'un circuit médical construit. Il est très difficile d'évaluer le nombre de signalements directement transmis au Parquet. En effet, il n'existe pas de registre de signalement auprès du Parquet en France.

Le pourcentage de recours au médecin généraliste dans les violences au domicile est de 14,3%. Il est le plus faible de notre étude. Nous expliquons ce faible pourcentage par plusieurs paramètres. Les parents ou l'entourage sont très souvent les agresseurs dans les situations de violence au domicile ou de maltraitance. On conçoit assez facilement qu'un agresseur ne vienne pas faire constater ses propres mauvais traitements sur son enfant. Le suivi de l'enfant, la connaissance de la famille peuvent permettre d'anticiper certains problèmes de santé ou dangers, notamment lors d'un

changement familial (divorce, conflit familial, licenciement, promotion, difficultés financières). Le médecin doit garder à l'esprit que ces changements constituent des situations de stress pouvant se répercuter sur les enfants. De plus, la consultation auprès d'un médecin généraliste dépend en grande partie de l'image que le patient a de lui, en particulier pour un sujet sensible. 71% des patients interrogés dans une étude souhaitaient que leur médecin constitue le pivot central dans le parcours de soins [68]. Le Docteur Thiebaut-Lerch avait observé que le patient gardait sur son médecin un œil vigilant puisqu'il « ne se confie pas à lui si la situation est jugée trop lourde, ou qu'elle n'est pas de son ressort » [69]. De plus, 88% des patients sont d'accords pour qualifier les médecins d'« humains et compréhensifs », notion fondamentale lors d'une consultation pour violences. L'institut BVA en février 2008 a relevé qu'une très large majorité de Français reconnaissait la qualité d'écoute du médecin généraliste et en avait une bonne opinion (83% et 91%) [70]. Cette population demandeuse de compétences et reconnaissante par rapport au rôle de leur médecin semble s'en détourner lorsqu'il s'agit de violences sur leurs enfants. Nous pensons qu'il existe de la part de la population une grande méconnaissance de la place du médecin dans les procédures juridiques. Paradoxalement, « conseiller » est le premier mot utilisé pour qualifier leur médecin [69, 71]. Cependant aucune étude n'a abordé la question.

Le faible taux de recours au médecin généraliste pour violence au domicile relevé dans notre étude peut s'expliquer également par le fait que sa première démarche sera d'orienter la victime vers une unité compétente et non de rédiger un certificat médical pour dépôt de plainte. De nombreuses thèses ont étudié les premières actions des médecins généralistes en cas de suspicion de maltraitance. Pour toute, le signalement juridique et la voie administrative sont les premières actions des médecins généralistes [1-3, 50]. Il est possible qu'un plus grand nombre de patients ait consulté leur médecin généraliste mais n'apparaissent pas dans nos statistiques faute de certificats établis. Après un entretien avec les membres de la CED, il semble impossible de retracer l'origine propre des signalements sur l'année 2011.

Devant la multitude d'interlocuteurs à sa disposition, le médecin semble désemparé. De nombreuses études rapportent une absence de circuit clair ressentie par les médecins de ville (29, 38-40). Une grande part d'entre eux parle d'un réel besoin de réduire le relais avec les structures de prise en charge. Ce labyrinthe administratif décourage le médecin dans cette pathologie. Nous pensons qu'il est nécessaire de simplifier à un interlocuteur unique le relais entre le cabinet médical et une structure multidisciplinaire. Ainsi, l'évaluation physique, psychique et sociale pourrait être faite dans un seul et même endroit. L'accès à une structure hospitalière ou l'existence d'un réseau avec les médecins de ville a déjà été évoqué dans de précédents travaux ainsi que dans le rapport de l'ONED [28, 49]. Le Service d'Accueil des Urgences Pédiatrique et le C.A.S.A. présentent à ce titre de multiples avantages : il s'agit d'un lieu neutre centré avant tout sur le soin, disposant d'un plateau technique et des différents spécialistes amenés à intervenir sur ce type de cas. Les praticiens y sont formés à l'écoute des victimes et sont aptes à dépister la nécessité de mettre en place une protection immédiate de l'enfant.

Par l'intermédiaire des comptes rendus d'hospitalisation, le médecin est ainsi rapidement mis au courant des conclusions de l'hospitalisation et des évaluations mises en place. Tout ceci afin d'assurer un meilleur suivi du patient. Cette démarche présenterait l'intérêt de maintenir le médecin généraliste au centre de la prise en charge.

12.5 Violences sexuelles

Nous avons comptabilisé 112 consultations au C.A.S.A. pour violences sexuelles. Selon les études, 10 à 25% des femmes ont été victimes d'agressions sexuelles dans l'enfance [15]. Les statistiques nationales d'agressions sexuelles les plus récentes des ministères de la Justice et de l'Intérieur ont recensé, en 2008, 13911 dépôts de plaintes pour agressions sexuelles dont 55% sur mineurs, et 10138 dépôts de plaintes pour viol dont 45% sur mineurs. La police et la gendarmerie de l'agglomération de Rouen sur l'année 2011 ont dénombré 80 dépôts de plaintes pour agressions sexuelles dont 63,7% sur mineurs et 68 dépôts de plaintes pour viols dont 32,3% sur mineurs. Les consultations du C.A.S.A. ont concerné 75,5% des dépôts de plaintes pour violences sexuelles sur mineur. Ceci constitue un paramètre d'amélioration à envisager pour le C.A.S.A.

L'âge moyen des victimes de violences sexuelles de notre étude est de 9 ans et 1 mois. Il s'agit de notre catégorie de victimes ayant la moyenne d'âge la plus jeune. Les filles en sont les principales victimes avec 84% des consultations pour violences sexuelles dans notre série. Cette part majoritaire des filles dans les violences sexuelles se retrouve dans la quasi-totalité des articles traitant du sujet [15, 72]. Le médecin généraliste doit avoir connaissance des caractéristiques de cette population à risque au sein de l'agglomération rouennaise afin de mieux les informer et les prendre en charge.

Le domicile familial constitue le principal lieu (79%) de survenue des agressions sexuelles sur mineurs dans notre étude. Cette notion reste inchangée depuis de nombreuses années [73]. Cet élément constitue une autre difficulté pour le médecin généraliste. En effet, les actes perpétrés au sein du domicile sont très souvent tus par la victime. Les violences sexuelles sont ainsi méconnues des services compétents en raison du contexte dans lesquels elles se déroulent. Le médecin généraliste aura la lourde tâche de déceler des signes souvent anodins de violences sexuelles après en avoir envisagé l'éventualité. Les signes d'agressions sexuelles, quoique non spécifiques, doivent alerter lorsqu'ils sont associés.

Les garçons représentent 18% des victimes ayant consulté au C.A.S.A. pour agressions sexuelles. Parmi ces patients, aucun n'avait eu recours à un médecin généraliste au préalable. Notre étude renforce l'idée présentée par le Dr Leroy que la population masculine a bien plus tendance à cacher ce genre de phénomènes [64]. Celui-ci explique que les hommes cachent bien plus les faits que les femmes. Lorsqu'ils sont agressés sexuellement, les hommes le révèlent rarement à leur famille : 20% en ont parlé à un ou des amis, 14% à un membre de leur famille et seulement 0,6% à la police [72]. C'est surtout lorsque l'acte a été commis par une personne inconnue que la famille est prévenue; lorsqu'il l'a été par une personne connue, ce sont les amis qui en reçoivent la confiance [74]. Mais dans la grande majorité des cas, les hommes taisent ce qui leur est arrivé. Cependant la population de notre étude est bien plus jeune. Les parents auraient-ils plus de difficultés à croire à cette violence sexuelle sur leur enfant sous prétexte qu'il s'agit d'un garçon, entraînant ainsi un défaut de consultation? Peut-être les parents redoutent-ils d'attirer la honte sur leur enfant une fois encore sous prétexte qu'il s'agit d'un garçon ?

Les auteurs de violences sexuelles de notre étude appartiennent dans la majorité des cas (48,2%) au cercle familial (père, ami, frère, petit-ami). Ces données sont semblables à d'autres études

où, dans près de 50% des cas, les agresseurs appartiennent à la famille, et dans 75% à 80% des cas l'abus est commis par un membre de l'entourage [15, 73, 75]. Dans ces mêmes études, les agresseurs inconnus représentent une minorité (17%) et voient leur proportion diminuée au fil des années. Dans notre étude la part des auteurs inconnus est semblable (21,7%). Lors d'une consultation, le représentant légal du mineur ou le mineur lui-même (ils représentent les deux principaux consultants [56]) peuvent cacher l'identité de l'agresseur. Le médecin peut avoir une certaine appréhension à la rédaction du certificat par déni que l'agresseur peut faire partie du cercle famille ou encore être un de ses propres patients. Ce lien avec la famille comme frein à la prise en charge faisait déjà partie des constatations des travaux du Dr Leroy et du Dr Denis [64]. Le C.A.S.A. apporte l'impartialité attendue pour ces consultations.

La fréquence de consultations auprès du médecin généraliste pour violences sexuelles de notre étude est extrêmement faible. Nous avons relevé le chiffre de 4 consultations auprès d'un médecin généraliste pour des violences sexuelles. Le Dr Denis [56] dans son étude n'avait retrouvé qu'une seule consultation pour agression sexuelle sur mineur pour 19 médecins consultés sur la totalité de leur durée d'exercice. Notre étude couvre un plus grand nombre de médecins. Le chiffre de 4 observations reste néanmoins extrêmement faible (quatre sur un an) par rapport aux nombres de cas enregistrés au C.A.S.A. Nous avons vu déjà les difficultés dues au lieu de survenue des violences sexuelles.

Le Dr Leroy a montré que les patients sont amenés à se « confesser » auprès de leur médecin pour des faits de violences sexuelles. Ces confessions concernent des faits parfois très anciens, remontant à plus d'une dizaine d'années et les patients consultent alors préférentiellement leur médecin habituel [56]. Ils se confient des années plus tard alors qu'il n'est plus question à ce moment de prise en charge en urgence. Les caractéristiques du médecin (âge, sexe, années d'installation) n'influencent pas les demandes de consultation pour agressions sexuelles [56]. Ceci montre la confiance des patients en leur médecin traitant dans les violences sexuelles. Malheureusement, 46 % des femmes et 62% des hommes ayant subis l'un de ces actes disent n'en avoir parlé à personne [72]. Seuls 8% des rapports forcés ou tentatives sont signalés à des médecins, et 4% à la police ou à la gendarmerie. Les personnes (ou certaines personnes) de la famille restent l'appui principal (31%), même en cas de violences perpétrées par l'un de ses membres [72]. A tout cela s'ajoute le fait que les rares patients ayant recours à leur médecin généraliste dans le cadre d'agressions sexuelles consultent pour des motifs administratifs. Dans une étude sur les demandes des patients face à une agression sexuelle, on retrouvait principalement l'obtention d'un certificat de coups et blessures et la prescription d'anxiolytiques [56]. La demande d'informations sur le dépistage de MST dont le VIH n'apparaissait qu'en dernière position. L'auteur précise néanmoins que bien souvent les patients n'avaient pas de formulations précises de leur attente vis-à-vis du généraliste. Ainsi la faible part de patient consultant un médecin n'a pas d'idées précises sur l'aide que peut leur apporter le médecin.

La méconnaissance du secret médical est un autre élément pouvant expliquer ce faible taux de consultation. Notre étude a porté sur une population mineure qui n'est pas au fait de cet élément. L'appréhension que l'aveu soit répété auprès des parents, donc de l'ignorance du secret médical auprès des mineurs, est importante. Nous pensons qu'un travail d'informations auprès des jeunes adolescents est primordial afin de gagner leur confiance et de leur transmettre l'importance du secret médical.

Aucun certificat médical établi par un médecin généraliste pour agression sexuelle n'a été retrouvé. Cet examen complexe nécessite du temps (souvent une heure) dont ne dispose pas forcément le médecin généraliste. Il doit réaliser un constat sur le plan physique, sexuel, psychologique, et parfois réaliser des prélèvements qui demandent une pratique régulière. Tout ceci sous-entend la coopération d'une équipe multidisciplinaire à laquelle le médecin généraliste ne peut se substituer. Cet examen ne peut être réalisé seul en présence de la victime. La présence d'une tierce personne est obligatoire lors de cet examen sur le plan juridique. Par ailleurs l'accueil du médecin généraliste est primordial pour le suivi de la victime. Cette difficulté se retrouve dans les travaux du Dr Denis sous la forme de « manque de connaissance », « embarras », « manque de confiance », « problème pour trouver les mots » [56].

Notre étude a montré une absence de durée d'ITT établie pour les agressions sexuelles. On peut l'expliquer par un manque de connaissances de la rédaction des ITT pour les agressions sexuelles. Ces situations bien moins courantes et connues des généralistes peuvent se révéler déstabilisantes si l'on n'en connaît pas les rouages. Encore une fois ce système souffre de l'absence de circuit clair déjà montrée dans d'autres études [64]. L'absence de circuit clair entraîne une perte de temps dans une situation où chaque heure compte ; entraîne un défaut d'informations primordiales à donner à la victime [73] (ne pas se laver, mettre les vêtements dans un sac en papier et non en plastique afin de ne pas détruire l'ADN de l'agresseur). Ces informations simples peuvent faire la différence en particulier dans une affaire de viol.

Le médecin ne doit pas refuser de recevoir une victime présumée de viol. Cependant l'examen et les prélèvements, présentant une valeur juridique seront mieux réalisés par des gynécologues-obstétriciens, pédiatres, urgentistes légistes, dans un centre référent. L'orientation immédiate vers un service spécialisé comme les services médico-judiciaires est de plus en plus connue [64].

La définition d'agression sexuelle peut être parfois fluctuante [56]. A cela s'ajoute le fait que les médecins de ville connaissent peu les réseaux de prise en charge de violences [64]. Cela explique la grande part des consultations du C.A.S.A directement adressées par les services de justice. Des publications dans le bulletin du Conseil de l'Ordre peuvent aider à construire des réseaux médico-légaux sur les territoires de santé.

Ce faible taux de certificats peut également s'expliquer par le fait qu'aujourd'hui, rares sont les médecins de ville qui vont amener les patients à exprimer une plainte pour violences sexuelles [64]. Une étude de 1988 met en évidence que 84% des patients souhaiteraient que ce soit le médecin qui aborde le sujet [76]. Le Dr Denis a observé qu'une grande part de médecins ressentent une réticence de la part de leurs patients à parler de ce versant de leur vie [56]. Le patient va évoquer le problème à la suite de nombreuses consultations ou dans un contexte de troubles anxio-dépressifs ou encore au travers de plaintes somatiques. De plus le médecin n'a pas d'idée précise sur la manière dont le sujet doit être abordé. Le médecin généraliste devra faire preuve de patience pour amener le patient à se confier.

La consultation du médecin généraliste reste primordiale dans l'écoute, le suivi et l'orientation du patient victime d'agressions sexuelles. Le rapport Henrion [77] résume les différents rôles du médecin généraliste : l'accueil et l'écoute, le dépistage des violences, l'évaluation de la gravité, la continuité des soins, la rédaction de certificats, l'information et l'orientation des victimes

[77]. Cette consultation est donc primordiale pour la suite des événements. Le fait que l'examen clinique ne soit pas réalisé par le médecin généraliste éviterait de créer une association entre lui et l'agression. La consultation pourrait constituer un premier contact afin de délivrer des informations sur la procédure à suivre immédiatement, notamment s'il s'agit d'une urgence. Il existe une relation de confiance entre le médecin et le patient permettant la libération de la parole, élément-clé dans la prise en charge des violences sexuelles et de leurs conséquences. Une orientation vers un service hospitalier afin d'effectuer les examens et thérapies nécessaires pourra être effectuée. Le médecin pourra intervenir dans le dépistage et l'orientation en aigu vers un service spécialisé et reprendre le suivi par la suite. Dans le cas d'un événement ancien, la consultation sera plus orientée sur le versant psychologique. Il est nécessaire d'inciter la patiente à déposer plainte avec comme bénéfice secondaire de déculpabiliser la victime et de permettre l'instauration d'une thérapie. Les médecins ne pensent pas spontanément au dépôt de plaintes [64].

Si l'on s'intéresse maintenant aux violences sexuelles sur mineur de moins de 6 ans, elles représentaient plus de la moitié des dossiers de notre étude. Cette population ne semble pas plus avoir recours à son généraliste. Le Dr Leroy a démontré que les médecins évoquaient d'avantage des violences anciennes survenues dans l'enfance et l'adolescence plutôt que des violences à l'âge adulte [64]. Le retentissement psychologique n'apparaît pas immédiatement et l'impression du moment semble bien plus juridique que médicale. Néanmoins, l'enfant va grandir et un jour cet épisode resurgira de sa mémoire risquant d'engendrer les conséquences déjà citées. La connaissance de ces conséquences par le médecin généraliste va lui permettre d'anticiper certains changements. Il est ici question de conséquences à long terme avec des signes de révélation tardifs.

Le médecin a un rôle important à jouer dans le parcours médico-judiciaire de son patient, par exemple pour initier la procédure ou accompagner ce patient dispensant écoute, conseils et soins. Les patients doivent prendre connaissance de la place de leur médecin dans ce domaine pour l'orienter initialement puis au décours de l'événement pour une prise en charge globale, rassurante et au long cours si nécessaire. Un seul interlocuteur est préférable pour un meilleur suivi et une meilleure relation médecin-patient.

12.6 Durée d'ITT

Il n'existe actuellement aucune échelle d'évaluation objective de l'incapacité totale de travail. On observe ainsi de grandes disparités entre médecins dans la fixation des durées d'ITT. De plus il n'existe pas de définition légale de l'ITT. Seule la jurisprudence définit la notion d'ITT comme étant la durée pendant laquelle une victime éprouve une gêne notable dans la réalisation des actes de la vie courante. Les travaux du Dr Niort ont montré qu'une plaquette explicative sur l'évaluation de l'ITT, améliore l'évaluation des journées d'ITT auprès des médecins généralistes [67]. D'autres barèmes d'aide à l'établissement d'une durée d'ITT existent et peuvent constituer une base de réflexion aidant les médecins généralistes dans la recherche d'une estimation aussi objective que possible [78, 79].

En moyenne, dans notre étude, la durée d'ITT établie par les médecins généralistes n'était pas inférieure à celle établie par les médecins légistes. Face à certains paramètres le médecin généraliste aura plus tendance à augmenter la durée d'ITT.

Dans le cadre des violences survenues en milieu scolaire et au domicile, nous avons noté une durée moyenne d'ITT plus importante en faveur des médecins généralistes. Nous pensons que cette supériorité est due à une plus grande sensibilité des médecins. Les victimes en milieu scolaire et au domicile sont plus jeunes que les victimes sur la voie publique. L'âge de la victime peut être un paramètre influençant la durée d'ITT établie par le médecin généraliste. De plus, la proximité entre le patient et son médecin généraliste peut accentuer cette différence.

Pour les violences sur la voie publique, nous n'avons pas noté de différence significative entre la durée moyenne d'ITT établie par les médecins généralistes et celle établie par les médecins légistes. Les victimes de violences sur la voie publique sont plus âgées en moyenne (14 ans et 6 mois). Sans pour autant sous-estimer la durée des ITT de ses violences, nous pensons que le médecin généraliste est alors moins influencé.

Cette différence d'évaluation de la durée d'ITT entre le médecin généraliste et médecin légiste ne remet pas en cause l'importance du certificat du médecin généraliste qui consigne des doléances et des constatations souvent précoces et utiles aux médecins légistes. Un certain temps peut s'écouler entre la survenue des faits et le dépôt de plainte [57]. Ce regard de deux médecins à des temps différents permet de mieux apprécier l'évolution des conséquences des violences sur la victime.

Le magistrat est libre face à l'ITT. Il n'est pas lié par la prescription de l'ITT faite par un médecin, qu'il soit médecin généraliste ou médecin légiste, expert ou non. Même sur réquisition, le médecin légiste est un technicien qui éclaire le magistrat sur une question que lui seul fixe [80].

13 Conclusion

La place du médecin généraliste dans les violences sur mineurs reste ainsi aujourd'hui dans notre département insuffisamment connu et non valorisé. Néanmoins, le médecin généraliste a une compétence pour reconnaître les signes de mauvais traitement. Il est moins sollicité dans certaines situations comme les violences scolaires et surtout les violences sexuelles. Celles-ci nécessitent une pratique régulière et une prise en charge multidisciplinaire difficilement réalisable dans un cabinet de médecine libérale. Sa place dans les violences souffre également d'un manque de sollicitation de la part des victimes.

Que les violences subies soient physiques ou sexuelles, le médecin généraliste doit assurer un rôle d'accueil, de dispensation des premiers soins et de conseils pour orienter la victime vers une structure spécialisée. Ce premier contact médical permet d'établir une première "photographie" de l'état de la patiente sur le plan physique et surtout psychologique et de préserver les preuves en lui apportant des informations simples et précises (ne pas se laver, ne pas laver les vêtements ou les conserver dans des sacs en papier).

L'activité des cabinets de ville ne permet pas toujours d'obtenir le temps nécessaire à un examen adéquat en cas de violences sur mineur. Le médecin généraliste peut réaliser un premier certificat médical faisant état de ses constatations, hors examen gynécologique. Celui-ci sera inclus au sein du certificat final par le médecin spécialisé qui réalisera l'examen gynécologique. On peut comparer le dossier médico-légal final à une succession de "photographies" prises à des moments différents qui aideront la justice dans sa recherche de la vérité et donneront à la victime le sentiment d'avoir été comprise et entendue. Un parcours de prise en charge alliant les soins et le constat médico-légal, préservant les éléments de preuve et les intérêts de la victime doit être mis en place. La réforme de la médecine légale, créant les UMJ comme le C.A.S.A. et prônant des réseaux intra-hospitalier et ville-hôpital, s'inscrit dans cette approche. Tout ceci repose sur la volonté de coordination des différents partenaires.

La violence au domicile a été la partie la plus délicate de notre travail. S'y mêlent les violences physiques, sexuelles, ainsi que des actes de maltraitance. Tous les éléments de difficultés pour le généraliste y sont regroupés: les difficultés des agressions sexuelles auxquelles viennent s'ajouter la particularité du domicile. L'agresseur appartient souvent au cercle familial. Le médecin généraliste est alors dans une position inconfortable entre sa fonction de "soignant" et sa fonction d'"expert". Dans ce parcours médical et médico-judiciaire, il est perdu face à la multitude d'interlocuteurs à sa disposition sans forcément maîtriser pleinement les subtilités et liens entre ces structures. De plus l'entourage à l'origine des violences expose au nomadisme médical s'il perçoit leur médecin comme un "contrôleur" visant à aider la justice. Le médecin généraliste doit être à l'origine de la prise en charge sans risquer de mettre en péril son statut de médecin de famille.

La place du médecin généraliste comme premier maillon de la chaîne de prise en charge et de signalement des violences sur mineur doit être affirmé et renforcé. Cette place s'appuie sur un fonctionnement en réseau ville-hôpital et une orientation rapide vers le C.A.S.A. Une meilleure information des professionnels est nécessaire pour pérenniser cette synergie.

14 Annexe 1 : Graphiques

Graphique 1 : Tableau comparatif entre le nombre de consultations au C.A.S.A. et chez le médecin généraliste	54
Graphique 2 : Répartition des violences scolaires au cours de l'année 2011	55
Graphique 3 : Nombre de victimes de violence globale et de violences scolaires en fonction de l'âge.	56
Graphique 4 : Localisation des violences scolaires	57
Graphique 5 : Recours au C.A.S.A. et auprès du médecin généraliste dans les violences scolaires ...	58
Graphique 6 : Taux d'établissement d'un certificat par le médecin généraliste pour violences scolaires.....	59
Graphique 7 : Nombres de jours d'ITT établis par le médecin généraliste dans les violences scolaires	59
Graphique 8 : Age des victimes de violences sur la voie publique.....	60
Graphique 9 : Auteurs des violences sur mineur sur la voie publique.....	61
Graphique 10 : Recours au C.A.S.A. et auprès d'un médecin généraliste dans les violences sur la voie publique.....	62
Graphique 11 : Taux d'établissement d'un certificat par le médecin généraliste pour violences sur la voie publique.....	63
Graphique 12 : Nombres de jours d'ITT établis par le généraliste dans les violences sur la voie publique.....	63
Graphique 13 : Age des victimes de violences au domicile	65
Graphique 14 : Auteurs des violences sur mineur au domicile.....	66
Graphique 15 : Nombre de consultations au C.A.S.A. et auprès du médecin généraliste dans les violences au domicile.....	66
Graphique 16 : Recours au C.A.S.A. et au médecin généraliste dans les violences au domicile	67
Graphique 17 : Taux d'établissement d'un certificat au cours d'une consultation chez le médecin généraliste pour violence au domicile.....	67
Graphique 18 : Durée d'ITT établie par le médecin généraliste dans les violences au domicile	68
Graphique 19 : Comparaisons des durées d'ITT établies par le médecin généraliste et le médecin légiste en fonction du lieu de survenue des violences	69
Graphique 20 : Age des victimes de violences sexuelles.....	71
Graphique 21 : Localisation des violences sexuelles.....	72
Graphique 22 : Auteurs des violences sur mineur au domicile.....	72
Graphique 23 : Taux d'établissement d'un certificat au cours d'une consultation chez le médecin généraliste pour violences sexuelles	73
Graphique 24 : Ages des victimes de violences physiques.....	74
Graphique 25 : lieux de survenue des violences physiques	74
Graphique 26 : Auteurs des violences physiques.....	75
Graphique 27 : Recours au C.A.S.A. et au médecin généraliste dans les violences physiques.....	75
Graphique 28 : Taux d'établissement d'un certificat au cours d'une consultation chez le médecin généraliste pour violences physiques	76
Graphique 29 : Durées d'ITT établies par le médecin généraliste dans les violences physiques	76

15 Annexe 2 : Tableaux

Tableau 1 : Nomenclature des faits de violence dans la nouvelle enquête SIVIS	27
Tableau 2 : Nature des violences subies par les élèves selon le sexe (2010-2011)	28
Tableau 3 : Age des mineurs victimes reçus pour agressions sexuelles	30
Tableau 4 : âge moyen des victimes au cours de l'année	55
Tableau 5 : Synthèse des violences en fonction du lieu de survenue	70
Tableau 6 : Synthèse des violences en fonction du lieu de survenue	77

16 Annexe 3 : Modèle de certificat médical initial

Modèle de certificat médical initial sur demande spontanée de la victime

Ce certificat doit être remis à la victime uniquement
(ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé,
et si le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits).
Un double doit être conservé par le médecin signataire.

Nom et prénom du médecin : _____
Adresse : _____
Numéro d'inscription à l'ordre des médecins : _____
Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom, date de naissance) _____¹, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____²,
en présence de son représentant légal ³, Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____⁴.
Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____⁵.
Il/Elle déclare ⁶ « avoir été victime d'une agression _____, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu) _____ ».
Description de l'examen clinique, la gêne fonctionnelle et l'état psychique : _____
Des examens complémentaires (_____) ⁷ ont été prescrits et ont révélé _____⁸.
Un avis spécialisé complémentaire (_____) ⁹ a été sollicité et a révélé _____¹⁰.
Après réception des résultats, un certificat médical complémentaire sera établi ¹¹.
Depuis, il/elle dit « se plaindre de _____ »¹².
La durée d'incapacité totale de travail est de _____ (nombre de jours en toutes lettres) _____ à compter de la date des faits, sous réserve de complications ¹³.
Certificat établi, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____², à la demande de Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹ et remis en main propre.

Signature ¹⁰ et cachet
d'authentification

Joindre autant que possible schémas et photographies contributives, datées et identifiées (avec l'accord de la victime) et en conserver un double.

Le certificat médical initial ne dispense pas du signalement.

Le certificat médical initial ne dispense pas du certificat d'arrêt de travail pour les personnes exerçant une activité professionnelle.

¹ En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer... et être né(e) le... ».

² La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.

³ Si la victime est un mineur ou un majeur protégé.

⁴ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tr – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) surnommé, le préciser.

⁵ Mentionner les examens complémentaires réalisés.

⁶ Mentionner les résultats des examens complémentaires si ces résultats sont disponibles.

⁷ Mentionner les avis spécialisés complémentaires sollicités.

⁸ Mentionner les résultats des avis complémentaires sollicités si ces résultats sont disponibles.

⁹ A mentionner si les résultats ne sont pas disponibles lorsque le certificat médical initial est établi.

¹⁰ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) surnommé, le préciser.

¹¹ La durée de l'ITT doit être précisée sauf s'il est impossible de la déterminer.

¹² Signature à la main obligatoire.

17 Annexe 4 : Coordonnées du C.A.S.A.

Vous souhaitez prendre contact avec...

un avocat :

La Maison de l'Avocat

6 allée E.-Delacroix Rouen

Tél : 02 32 08 32 70

une association d'aide aux victimes :

AVIPP Rouen

du lundi au vendredi, 10h30 - 12 h

1 rue Guillaume Le Conquérant Rouen

sans rendez-vous

Tél : 02 35 70 10 20

Rouen les Sapins Tél : 02 35 12 29 20

Canteleu Tél : 02 32 83 20 31

Petit-Couronne Tél : 02 32 11 48 48

Elbeuf Tél : 02 35 77 23 24

Une écoute spécialisée pour les femmes victimes de violences :

Vigie violences : 02 35 63 62 74

CIDFF- 76 (Centre d'information sur les droits des femmes et des familles)

33 rue du Pré de la Bataille Rouen

Tél : 02 35 63 99 99

Les autres lieux d'accueil de l'hôpital Charles-Nicolle

Urgences gynécologiques (Pavillon Mère Enfant)

Sans rendez-vous 24h/24

Tél : 02 32 88 87 08

Urgences pédiatriques (Hôpital d'enfants)

Sans rendez-vous 24h/24

Tél : 02 32 88 80 29

Document remis par :



CHU
Hôpitaux de Rouen

Maison **médico-judiciaire**



Vous avez été **victime** d'une agression, de violences familiales, routières *ou* psychologiques ?

Le **C**entre d'**A**ccueil **S**écialisé pour les **A**gressions peut vous aider :

02 32 88 82 84

www.chu-rouen.fr/casa

Conception Graphique et Impression : Délégation à la Communication & Reprographie du CHU de Rouen - Octobre 2007

Qu'est-ce que le CASA ?

Le CHU-Hôpitaux de Rouen met à disposition des victimes de violences une **consultation quotidienne**.

Elle est assurée par des intervenants spécialisés.

Elle a pour but de **faciliter le parcours médical et judiciaire** des victimes.

Elle permet le **dépôt de plainte** auprès de la Justice, et l'orientation des victimes vers les services de soins spécialisés du CHU, les services sociaux et les associations d'aide aux victimes.

Pourquoi venir au CASA ?

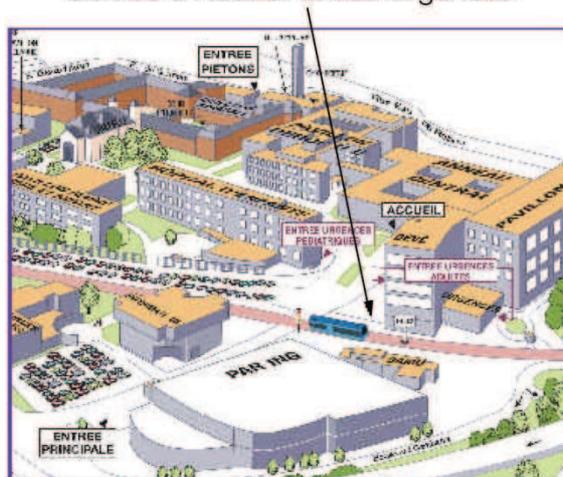
Le CASA peut vous aider en vous permettant :

- d'évaluer les violences
- de recevoir des soins complémentaires, si nécessaire
- d'obtenir un certificat avec ITT pénale (Incapacité Totale de Travail)
- de rencontrer un(e) psychologue ou un(e) psychiatre, si vous le souhaitez
- de rencontrer une assistante sociale

Comment venir au CASA ?

Ce centre est situé à proximité du service des urgences adultes :

Pavillon Duvé 2 - Rez-de-jardin
Service d'Accueil et des Urgences



Vous avez été victime et vous souhaitez :

- porter plainte
- faire constater vos blessures
- être conseillé

Le CASA peut vous recevoir
du lundi au samedi
sur rendez-vous
au 02 32 88 82 84
de 8 h 30 à 17 h 30

En cas d'urgence médicale ou chirurgicale,
vous pouvez téléphoner au
02 35 58 76 33

BIBLIOGRAPHIE

1. El Hanaoui Atif, H. and F.R.A.c. Université Joseph Fourier Grenoble 1. Saint Martin d'Hères, *Le signalement des maltraitements à enfants par les médecins généralistes*, 2012. p. 111p.
2. Da Desoutter, C. and F.R.A.c. Université de la Méditerranée Aix-Marseille 2. Marseille, *Signalement de la maltraitance infantile et médecin généraliste*, 2010. p. 105p.
3. Kouto, A. and F.R.A.c. Université de Poitiers. Poitiers, *L'enfance en danger : repérage et prise en charge par les médecins généralistes : enquête auprès de 83 médecins généralistes de la Vienne (86)*, 2011. p. 105p.
4. Desportes, F., et al., *Mission interministérielle en vue d'une réforme de la médecine légale*, 2006, IGAS: Paris. p. 109p.
5. Organisation Mondiale de la Santé. . Genève, I.N.T., *Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé*. 2002, Genève: OMS. 44p.
6. Chesnais, J.-C., *Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours*. Ed. rev. et augm. ed. Collection Pluriel. 1982, Paris: R. Laffont. 511 p.
7. Bouchard, E.M., et al., [*Psychological and health sequelae of childhood sexual, physical and psychological abuse*]. Rev Epidemiol Sante Publique, 2008. 56(5): p. 333-44.
8. Debarbieux, E., *La violence en milieu scolaire. Etat des lieux*. Actions sociales. Vol. 1. 1997, Paris: E.S.F. 180p.
9. Bernadet, S., D. Purper-Ouakil, and G. Michel, *Typologie des jeux dangereux chez des collégiens : vers une étude des profils psychologiques*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 2012. 170(9): p. 654-658.
10. Le Heuzey, M.F., *Attention école : jeux dangereux*. Archives de Pédiatrie, 2003. 10(7): p. 587-589.
11. Le Heuzey, M.F., *Jeux dangereux chez l'enfant d'âge scolaire*. Archives de Pédiatrie, 2011. 18(2): p. 235-237.
12. Romano, H., F.R.A. Association Française de Promotion de la Santé Scolaire et Universitaire. . Paris, and F.R.A. Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé. . Paris, *Jeux dangereux et jeux de mort : quand la vie est jouée à mort*, in *Du réel au virtuel... Les prises de risque pour grandir autrement ?* 2010, AFPSSU: Paris. p. 22-35.
13. Murat, F., *Les actes de violence recensés dans les établissements publics du second degré en 2010-2011*. Note d'information du ministère de l'éducation nationale, 2011(11-13): p. 6p.
14. Tursz, A. and P. Gerbouin-Rerolle, *Enfants maltraités. Les chiffres et leur base juridique en France*. 2008, Paris: Tec & Doc Lavoisier. 220p.
15. Guillet-May, F. and O. Thiebaugeorges, *Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol*. EMC - Médecine, 2005. 2(1): p. 13-23.
16. Daligand, L., [*Management of children victims of sexual violence*]. Rev Prat, 1998. 48(15): p. 1629-31.
17. Dupont, M., et al., *Le processus de révélation dans les agressions sexuelles intrafamiliales et extrafamiliales sur mineurs*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, (0).
18. Fischer, D.G. and W.L. McDonald, *Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse*. Child Abuse & Neglect, 1998. 22(9): p. 915-929.
19. Tourigny, M., et al., *Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise*. Revue canadienne de sante publique : Canadian journal of public health, 2006. 97(2): p. 109-113.
20. Bouchard, E.M., et al., *Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance*. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 2008. 56(5): p. 333-344.
21. Gignon, M., et al., [*Suspected child abuse: a perilous situation for practitioner?*]. Presse Med, 2009. 38(3): p. 344-5.
22. Goodman-Brown, T.B., et al., *Why children tell: a model of children's disclosure of sexual abuse*. Child Abuse & Neglect, 2003. 27(5): p. 525-540.
23. Hermes, A., [*Managing patients with psychological trauma*]. Rev Prat, 2009. 59(7): p. 972-5.

24. Picherot, G., et al., [*Victims or actors of violence: paediatric meetings with teenagers in distress*]. Arch Pediatr, 2010. 17(6): p. 940-1.
25. Savard, N. and C. Zaouche Gaudron, *État des lieux des recherches sur les enfants exposés à la violence conjugale*. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 2010. 58(8): p. 513-522.
26. Razon, L. and C. Metz, *La violence et son devenir chez l'enfant témoin de violences conjugales*. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 2011. 59(7): p. 411-414.
27. de Becker, E., *L'impact des violences conjugales sur les mineurs d'âge*. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 2008. 56(1): p. 21-26.
28. Observatoire National de l'Enfance en Danger. Paris, F.R.A. Ministère du travail des relations sociales de la famille et de la solidarité. Service du droit des femmes et de l'égalité. Paris, and F.R.A.é. Ministère du travail des relations sociales de la famille et de la solidarité. Secrétariat d'Etat chargé de la solidarité. Paris, *Les enfants exposés aux violences au sein du couple, quelles recommandations pour les pouvoirs publics ?* 2008, Paris: Oned (Observatoire national de l'enfance en danger). 23p.
29. Schmit, G., F. Dichant, and A.C. Rolland, *Violence des enfants, violence des parents, au cours d'entretiens familiaux*. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 2002. 50(6-7): p. 494-499.
30. Michel, G., *Les jeux dangereux et violents chez l'enfant et l'adolescent: l'exemple des jeux d'agression et de non-oxygénation*. Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 2006. 19(8): p. 304-312.
31. Solberg, M.-E., D. Olweus, and N.O.R. University of Bergen. Research Center for Health Promotion. Bergen, *Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire*. Aggressive behavior, 2003. 29(3): p. 239-268.
32. Reddy, M., et al., *Evaluating risk for targeted violence in schools : Comparing risk assessment, threat assessment, and other approaches*. Appraisal and prediction of school violence., 2001. 38(2): p. 157-172.
33. Millar, G., L. Stermac, and M. Addison, *Immediate and delayed treatment seeking among adult sexual assault victims*. Women Health, 2002. 35(1): p. 53-64.
34. Pico-Alfonso, M.A., et al., *The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide*. J Womens Health (Larchmt), 2006. 15(5): p. 599-611.
35. Attal, J., [*Post-traumatic stress disorder and acute stress disorder*]. Rev Prat, 2009. 59(7): p. 969-72.
36. Allsworth, J.E., et al., *Physical and sexual violence and incident sexually transmitted infections*. J Womens Health (Larchmt), 2009. 18(4): p. 529-34.
37. Rey-Salmon, C. and P. Messerschmitt, *Maltraitance et enfants en danger protection maternelle et infantile. 1re Partie : Maltraitance et enfants en danger*. La revue du praticien, 2003. 53(10): p. 1121-1127.
38. Chevrel, G. and P.-J. Meunier, *Ostéogénèse imparfaite : prise en charge et traitement sont possibles et nécessaires tout au long de la vie*. Revue du Rhumatisme, 2001. 68(3): p. 224-229.
39. Hass, H., *Syndrome du bébé secoué : démarche diagnostique*. Archives de Pédiatrie, 2010. 17(6): p. 974-975.
40. Hobbs, C.J., *Abdominal injury due to child abuse*. Lancet, 2005. 366(9481): p. 187-8.
41. *Protection de l'enfance : Une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs*, 2007: La lettre de l'Odas.
42. Tursz, A., [*Risk factors of child abuse and neglect in childhood*]. Rev Prat, 2011. 61(5): p. 658-60.
43. Observatoire National de l'Enfance en Danger. Paris, F.R.A., *Septième rapport annuel de l'Observatoire national de l'enfance en danger remis au gouvernement et au parlement*, 2012, La Documentation française: Paris. p. 86p.
44. V, D. and P. ouest, *Polyvalence de la consultation de médecine générale*, 1998.
45. Flesch-Georgel G and Strasbourg, *Le nombre de motifs abordés pendant une seule et même consultation en cabinet de ville : une spécificité de la médecine générale*, 1998. p. 70p.
46. Haute Autorité de Santé. . Saint-Denis, F.R.A., *Certificat médical initial concernant une personne victime de violences*, 2011. p. 66p.
47. Epain, D., *Certificats médicaux et urgence - certificats de coups et blessures*. EMC - Médecine, 2005. 2(4): p. 448-467.

48. Haute Autorité de Santé. . Saint-Denis, F.R.A., *Établir un certificat médical initial pour une victime de violences. Focus. Has actualites et pratiques*, 2012(39): p. 1p.
49. Rapidie, G. and F.R.A.c. Université de Bordeaux 2. Bordeaux, *Place et difficultés des médecins généralistes lors de la prise en charge des mineurs en danger : enquête auprès de 75 omnipraticiens en Gironde*, 2007. p. 192p.
50. Beuchot Malzac, V. and F.R.A.c. Université de Montpellier 1. Montpellier, *Maltraitance de l'enfant : difficultés des médecins généralistes bitterrois dans la prise en charge : enquête qualitative*, 2011. p. 151p.
51. Tursz, A., [*Maltreatment of young children: 12 golden rules to help identify it and take action*]. Rev Prat, 2011. 61(5): p. 664-5.
52. Vabres, N., J. Fleury, and G. Picherot, [*Recognizing clinical signs suggesting child abuse in young children*]. Rev Prat, 2011. 61(5): p. 653-6.
53. Ludes, B., *Séviçes à enfants : Médecine légale et sciences criminelles*. La revue du praticien, 2002. 52(7): p. 729-733.
54. Le Heuzey, M.F. and M.C. Mouren, [*Munchhausen syndrome by proxy*]. Arch Pediatr, 2008. 15(1): p. 85-8.
55. Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation. . Paris, F.R.A. and F.R.A. Haute Autorité de Santé. . Saint-Denis, *Syndrome du bébé secoué. Recommandations de la commission d'audition*, 2011, HAS: Saint-Denis La Plaine. p. 27p.
56. Denis, C. and F.R.A.c. Université Paris Descartes. Paris, *Dépistage et prise en charge des violences sexuelles en médecine générale : enquête auprès de 80 médecins généralistes de Seine-Saint-Denis*, 2009. p. 60p.
57. Thureau Daniel, S. and F.R.A.c. Université de Rouen. Rouen, *Le centre d'accueil spécialisé pour les agressions (CASA) du CHU de Rouen : un nouveau concept de prise en charge médico-légale des victimes de violences : à propos de 1435 dossiers*, 2009. p. 178p.
58. Oustric, S., et al., *ITT au sens pénal... Enquête de pratique par autoquestionnaire anonyme*. La revue du praticien, 2009. 59(8): p. 3-7.
59. Godeau, E., et al., *La santé des élèves de 11 à 15 ans en France : données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged children (HBSC)*, 2005, INPES: Pris. p. 25p.
60. Millet, H., et al., *Observatoire Régional d'Épidémiologie Scolaire. La santé des élèves de 3ème en Haute-Normandie. Année scolaire 2008-2009*, 2010, ORS Haute-Normandie: Rouen. p. 154p.
61. Godeau, E., et al., *La santé des collégiens en France en 2010 : Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Collection Etudes Santé. 2012, Saint-Denis: INPES. 258p.
62. Observatoire Régional de la Santé de Haute Normandie. . Rouen, F.R.A., et al., *Rapport du Diagnostic Santé auprès des écoliers et des collégiens scolarisés dans la commune de Caudebec-lès-Elbeuf*, 2005, ORS Haute Normandie: Rouen. p. 177p.
63. Tournyol du Clos.L, L.J.T., *Les violences faites aux femmes*. 2008.
64. Leroy Sharma, C. and F.R.A.c. Université Paris 6 Pierre et Marie Curie. Faculté de Médecine. Paris, *Prise en charge des violences sexuelles en médecine générale : étude qualitative auprès de 17 médecins généralistes*, 2012. p. 162p.
65. Danger.S, *Le Bulletin Annuel du SNATED*, 2011.
66. Tursz, A., *Facteurs liés à l'enfant, facteurs liés aux parents. Facteurs de risque de la maltraitance dans l'enfance : maltraitance à la petite enfance*. La revue du praticien, 2011. 61(5): p. 658-660.
67. Fabrice Niort, U.d.S.é., *Evaluation de l'ITT par les médecins généralistes. Etude prospective interventionnelle auprès de pratitiens de la region Stephanoise*, 2012.
68. Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. . Lyon, F.R.A., F.R.A. Collège Rhône Alpes d'Education pour la Santé. . Lyon, and F.R.A. Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida. . Lyon, *Étude des mutations de la médecine générale : Étude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale : enquête auprès de la patientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes*, 2005, URML: Lyon. p. 122p.
69. Lerch, C.T., *Image du medecin generaliste en alsace: Enquete aupres de 314 patients*. 1998.

70. Hermange, R.T., et al., *Le rôle et la place du médecin généraliste en France : sondage BVA, mars 2008*, 2008, Académie Nationale de Médecine: Paris. p. 1p.
71. Bonnet, J.-B. and U.d. Nantes, *Image du médecin généraliste par les patients*, 2008. p. 105p.
72. Bajos, N., et al., *Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère*. Population et sociétés, 2008(445): p. 4p.
73. Galaber, P., L. Benali, and S. Gromb, *La prise en charge des victimes d'agression sexuelle au CAUVA : une urgence psychologique*. La Revue de Médecine Légale, 2010. 1(1): p. 22-26.
74. Guyavarch.E, *Une estimation du "chiffre noir" de l'enfance en danger par le biais des enquêtes de victimisation*, 2008, ONED.
75. Nathanson, M., J. Oxley, and M. Rouyer, *Maltraitance envers les enfants et les adolescents*. Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 2011. 24(6): p. 295-305.
76. Metz, M.E. and M.H. Seifert, *Women's expectations of physicians in sexual health concerns*. Fam Pract Res J, 1988. 7(3): p. 141-52.
77. Henrion, R., *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Rapport au Ministre délégué à la santé*. Collection des rapports officiels. 2001, Paris: La Documentation française. 81p.
78. Grandmaison, L.d.l., et al., *Incapacité totale de travail : proposition d'un barème indicatif*. 2006, Neuilly sur Seine, France: Huveaux. 3.
79. Durigon, *Pratique médico-légale*, ed. Masson. 1999.
80. Proust Bernard, D.D., Craes Marie, Mokdad B and C.R. Service de médecine légale, *Détermination de l'ITT aux âges extrêmes de la vie et en cas de déficit fonctionnel préexistant aux violences*. 2012.

Titre: Place du médecin généraliste dans la prise en charge des violences sur mineur.

Résumé

But de l'étude : Evaluer la place et l'action actuelle du médecin généraliste lors des consultations pour faits de violences sur mineur.

Matériel et méthodes : Nous avons rétrospectivement inclus les dossiers de 738 consultations pour violences sur mineur du C.A.S.A. de Rouen entre le 1^{er} Janvier 2011 et 31 Décembre 2011.

Les critères étudiés par patient étaient l'âge, le sexe, le type de violence subie (physique, sexuelle, maltraitance), le lieu de survenue des faits (milieu scolaire, domicile, voie publique), l'identité de l'agresseur (inconnu, élève, père, mère, cousin...), la notion d'une consultation auprès d'un médecin généraliste, la rédaction d'un certificat médical descriptif par le médecin généraliste, l'établissement ou non par le médecin généraliste d'une ITT sur ce certificat médical, l'ITT établie au C.A.S.A. du CHU de Rouen. Les données ont été comparées à l'aide du test de Student pour les variables quantitatives et du test du Chi 2 pour les variables qualitatives.

Résultats : Sur 665 dossiers retenus, 141 patients (21,2%) victimes de violences avaient dans un premier temps consulté leur médecin généraliste : 36% dans les violences scolaires, 17,7% dans les violences sur la voie publique et 14,4% dans les violences au domicile.

Lors d'une consultation auprès d'un médecin généraliste, la fréquence d'établissement d'un certificat était de 92% pour les violences physiques et 80% pour les violences sexuelles. La fréquence d'établissement d'une durée d'ITT était de 37% pour les violences physiques. Aucune ITT n'a été établie par les médecins généralistes dans les cas de violences sexuelles.

Au total, nous avons relevé 52 durées d'ITT établies par les médecins généralistes pour un total de 142 journées soit une moyenne de 2,73 journées. Pour les même cas, les médecins légistes du C.A.S.A. ont établi 108 journées d'ITT soit une moyenne de 2,08 journées. Il existe une différence significative ($p < 0.05$) entre les deux séries.

Conclusion : La place du médecin généraliste comme premier maillon de la chaîne de prise en charge et de signalement des violences sur mineur doit être affirmée et renforcée. Cette place s'appuie sur un fonctionnement en réseau ville-hôpital et une orientation rapide vers le C.A.S.A. Une forte sensibilisation des professionnels est nécessaire pour pérenniser cette synergie d'action.

Mots-clés : Médecin généraliste, violence, mineur, ITT, agression sexuelle, violence scolaire, maltraitance, consultation, médecine légale