



HAL
open science

**Étude de cas de mineurs victime de violences
intrafamiliales à l'UMJ de Marseille : proposition d'un
protocole de standardisation des pratiques
médico-légales**

Amandine Tchouprikoff

► **To cite this version:**

Amandine Tchouprikoff. Étude de cas de mineurs victime de violences intrafamiliales à l'UMJ de Marseille : proposition d'un protocole de standardisation des pratiques médico-légales. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03831151

HAL Id: dumas-03831151

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03831151v1>

Submitted on 26 Oct 2022

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Etude de cas de mineurs victime de violences intrafamiliales à l'UMJ de
Marseille: Proposition d'un protocole de standardisation des pratiques
médico-légales**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 18 Octobre 2022

Par Madame Amandine TCHOUPRIKOFF

Née le 12 octobre 1995 à Valence (26)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MEDECINE LEGALE ET EXPERTISES MEDICALES

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique	Président
Madame le Docteur (MCU-PH) DELTEIL Clémence	Assesseur
Madame le Docteur BOSDURE Emmanuelle	Assesseur
Madame le Docteur EINAUDI Marie-Ange	Assesseur



FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick
DESSI Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe
BERBIS Conseiller	:	Pr. Patrick
VILLANI	:	

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEQUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON



ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso-kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN
RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROM

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVIN Robert
	ALDIGHIERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		ENJALBERT Alain
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAUGERE Gérard
	AZORIN Jean-Michel		FAVRE Roger
	BAILLE Yves		FIECHI Marius
	BARDOT Jacques		FARNARIER Georges
	BARDOT André		FIGARELLA Jacques
	BERARD Pierre		FONTES Michel
	BERGOIN Maurice		FRANCES Yves
	BERLAND Yvon		FRANCOIS Georges
	BERNARD Dominique		FUENTES Pierre
	BERNARD Jean-Louis		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Paul		GALINIER Louis
	BERNARD Pierre-Marie		GALLAIS Hervé
	BERTRAND Edmond		GAMERRE Marc
	BISSET Jean-Pierre		GARCIN Michel
	BLANC Bernard		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Jean-Louis		GAUTHIER André
	BOLLINI Gérard		GERARD Raymond
	BONGRAND Pierre		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONNEAU Henri		GIUDICELLI Sébastien
	BONNOIT Jean		GOUDARD Alain
	BORY Michel		GOUIN François
	BOTTA Alain		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUBLI Léon		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		GUYS Jean-Michel
	BOUYALA Jean-Marie		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BREMOND Georges		HASSOUN Jacques
	BRICOT René		HEIM Marc
	BRUNET Christian		HOUEL Jean
	BUREAU Henri		HUGUET Jean-François
	CAMBOULIVES Jean		JAQUET Philippe
	CANNONI Maurice		JAMMES Yves
	CARTOUZOU Guy		JOUVE Paulette
	CAU Pierre		JUHAN Claude
	CHABOT Jean-Michel		JUIN Pierre
	CHAMLIAN Albert		KAPHAN Gérard
	CHARPIN Denis		KASBARIAN Michel
	CHARREL Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHAUVEL Patrick		LACHARD Jean
	CHOUX Maurice		LAFFARGUE Pierre
	CIANFARANI François		LAUGIER René
	CLAVERIE Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CLEMENT Robert		LEGRE Régis
	COMBALBERT André		LEVY Samuel
	CONTE-DEVOLX Bernard		LOUCHET Edmond
	CORRIOL Jacques		LOUIS René
	COULANGE Christian		LUCIANI Jean-Marie
	CURVALE Georges		MAGALON Guy
	DALMAS Henri		MAGNAN Jacques
	DE MICO Philippe		MALLAN- MANCINI Josette
	DELPERO Jean-Robert		MALMEJAC Claude
	DESSEIN Alain		MARANINCHI Dominique
	DELARQUE Alain		MARTIN Claude

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
------------------	-----------------	------------

EMERITAT

M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023

EMERITAT

M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)

1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques Surnombre
 ALIMI Yves
 AMABILE Philippe
 AMBROSI Pierre
 ANDRE Nicolas
 ARGENSON Jean-Noël
 ASTOUL Philippe
 ATTARIAN Shahram
 AUDOUIN Bertrand
 AUQUIER Pascal
 AVIERINOS Jean-François
 AZULAY Jean-Philippe
 BAILLY Daniel
 BARLESI Fabrice
 BARLIER-SETTI Anne
 BARLOGIS Vincent
 BARTHET Marc
 BARTOLI Christophe
 BARTOLI Jean-Michel
 BARTOLI Michel
 BARTOLOMEI Fabrice
 BASTIDE Cyrille
 LASSERRE Sophie
 BENSOUSSAN Laurent
 BERBIS Philippe
 BERBIS Julie
 BERDAH Stéphane
 BEROUD Christophe
 BERTRAND Baptiste
 BERTUCCI François
 BEYER-BERJOT Laura
 BLAISE Didier
 BLIN Olivier
 BLONDEL Benjamin
 BOISSIER Romain
 BONIN/GUILLAUME Sylvie
 BONELLO Laurent
 BONNET Jean-Louis
 BOUFI Mourad
 BOYER Laurent
 BREGEON Fabienne
 BRETELLE Florence
 BROUQUI Philippe
 BRUDER Nicolas
 BRUE Thierry
 BRUNET Philippe
 BURTEY Stéphane
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier
 Dominique
 CASTINETTI Frédéric
 CECCALDI Mathieu
 CHAGNAUD Christophe
 CHAMBOST Hervé
 CHAMPSAUR Pierre
 CHANEZ Pascal
 CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
 CHARREL Rémi
 CHAUMOITRE Kathia
 CHIARONI Jacques
 CHINOT Olivier
 CHOSSEGROS Cyrille
 COLLART Frédéric
 COSTELLO Régis
 COURBIERE Blandine
 COWEN Didier
 CRAVELLO Ludovic
 CUISSET Thomas
 DA FONSECA David
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia
 DANIEL Laurent
 DARMON Patrice
 DAUMAS Aurélie
 DAVID Thierry
 D'ERCOLE Claude
 D'JOURNO Xavier
 DEHARO Jean-Claude
 DELAPORTE Emmanuel
 DENIS Danièle
 DISDIER Patrick
 DODDOLI Christophe
 DRANCOURT Michel BELIARD-
 DUBUS Jean-Christophe
 DUFFAUD Florence
 DUFOUR Henry
 DURAND Jean-Marc
 DUSSOL Bertrand
 EBBO Mikaël
 EUSEBIO Alexandre
 FABRE Alexandre
 FAKHRY Nicolas
 FAURE Alice
 FELICIAN Olivier
 FENOLLAR Florence
 FIGARELLA/BRANGER Dominique
 FLECHER Xavier
 FOUILLOUX Virginie
 FOURNIER Pierre-Edouard
 FRANCESCHI Frédéric
 FUENTES Stéphane
 GABERT Jean
 GABORIT Bénédicte
 GAINNIER Marc
 GARCIA Stéphane
 GARIBOLDI Vlad
 GAUDART Jean
 GAUDY-MARQUESTE Caroline
 GENTILE Stéphanie CASANOVA
 GERBEAUX Patrick
 GEROLAMI/SANTANDREA René
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine
 GIORGI Roch
 GIOVANNI Antoine
 GIRARD Nadine
 GIRAUD/CHABROL Brigitte
 GONCALVES Anthony
 GRANEL/REY Brigitte
 GRANDVAL Philippe

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUYE Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	VALERO René
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	VAROQUAUX Arthur Damien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VELLY Lionel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PESENTI Sébastien	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PETIT Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PHAM Thao	SCHLEINIZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominic	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SIELEZNEFF Igor	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIRRO Nicolas	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	STEIN Andréas	XERRI Luc
RACCAH Denis	SUISSA Laurent	ZIELEZKIEWICZ Laurent
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
REGIS Jean	THOMAS Pascal	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THUNY Franck	
REYNAUD Rachel	TOSELLO Barthélémy	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
RICHERI Raphaëlle	<i>TRIGLIA Jean-Michel Surnombre</i>	
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick	
ROCH Antoine	TSIMARATOS Michel	
ROCHWERGER Richard	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI--TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISSCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GELSI/BOYER Véronique	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO Bernard	ROMANET Pauline
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SABATIER Renaud
BEGE Thierry	GONZALEZ Jean-Michel	SARI-MINODIER Irène
BENYAMINE Audrey	GOURIET Frédérique	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GRAILLON Thomas	SECQ Véronique
BONINI Francesca	GUERIN Carole	SOLER Raphael
BOUCRAUT Joseph	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-
PatrickBOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUSSEN Salah Michel	HAUTIER Aurélie	TOGA Isabelle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CAMILLERI Serge	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
CARRON Romain	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LAMBERT Isabelle	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	LENOIR Marien	
DEHARO Pierre	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DELLIAUX Stéphane	LOOSVELD Marie	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DEVILLIER Raynier	MARLINGE Marion	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	MEGE Diane	
ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	RADULESCO Thomas	
GASTALDI Marguerite	RESSEGUIER Noémie	
GAUDRY Marine	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

**MAITRE DE
CONFERENCE DES**

UNIVERSITE DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
JANCZEWSKI
Aurélien NUSSLI
Nicolas
ROUSSEAU-DURAND
Raphaële THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT
Catherine LAZZAROTTO
Sébastien LUCAS
Guillaume MATHIEU
Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

UNIVERSITES -PRATICIENS HOSPITALI PROFESSEURS ASSOCIES,
MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH) *Surnombre*
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDICINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)
 SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021
 FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
 DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)
 FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 LENOIR Marien (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
 CASANOVA Dominique (PU-PH)
 HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
 JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)
 GAUDRY Marine (MCU PH)
 SOLER Raphael (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BRETTELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU- PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) (06ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER ~~Raynier~~ (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA ~~Manal~~ (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703I

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)
ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) ROSSI Pascal (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH) CHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH) BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

(nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE,
PCYCHOLOGIE SOCIALE**

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

*PANUEL Michel (PU-PH) surnombre***THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE;
ADDICTOLOGIE 4804**

PETIT Philippe (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMAN Jean-Patrick (MCU-PH)

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury :

Je remercie **Madame le Professeur Marie-Dominique PIERCECCHI**, qui me fait l'honneur de présider cette thèse, pour ses enseignements précieux en médecine légale, en expertises et en anatomopathologie, ainsi que de me permettre de consolider mes connaissances et compétences en tant que Docteur Junior au sein du service de médecine légale de la Timone à Marseille. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

Je remercie **Madame le Docteur et Maître de Conférence Universitaire Clémence DELTEIL**, pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse, pour sa disponibilité et motivation à toute épreuve, son écoute, sa patience et aide précieuse dans la rédaction et l'aboutissement de ce travail. Et ce malgré la distance de mon inter-CHU. Je resterai toujours admirative de ta rigueur et de ton dévouement permanent, hospitalier et universitaire, envers ce service et cette spécialité au grand enrichissante et vaste qu'est la médecine légale.

Je remercie **Madame le Docteur Emmanuelle BOSEDURE** de me faire l'honneur de siéger à mon jury. Votre présence, en tant que pédiatre et représentante de l'Unité d'Accueil Pédiatrique Enfance en Danger, est fondamentale à l'aboutissement de cette thèse. Soyez assurée de ma grande reconnaissance.

Je remercie **Madame le Docteur Marie-Ange EINAUDI** d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse. C'est un honneur pour moi que vous puissiez juger ce travail, en tant que pédiatre et médecin référent de la protection de l'enfance. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A l'Institut Médico-Légal de Marseille :

Je remercie chaque membre de l'équipe pour m'avoir accueillie, formée, et permise de me construire un peu plus chaque jour, en tant que médecin et humain. J'ai hâte de pouvoir continuer ma vie professionnelle à vos côtés. Je remercie plus particulièrement :

Monsieur le Professeur Christophe BARTOLI, pour son professionnalisme en toutes circonstances, toujours dans la bienveillance et la bonne humeur. Pour m'avoir accompagné et soutenu au sein d'une année de dédale et portique pénitencier qui fût des plus enrichissante, professionnellement et humainement. Pour ce savoir transmis et à venir. J'ajouterai une participation sans relâche à mon maintien physique par un jogging vigoureux sous le soleil de Marseille et son interminable corniche que j'apprécie tant. Et tout simplement merci pour ce « smile » que tu entretiens minutieusement.

Madame le Docteur Lucile TUCHTAN, pour son enseignement, sa disponibilité et sa gentillesse. Merci d'avoir toujours laissé la porte de ton bureau ouverte, prête à accueillir avec calme et discernement tous mes questionnements et doutes. Une oreille attentive

bienveillante et rassurante, m'apportant critiques, conseils constructifs, et expériences professionnelles qui m'ont beaucoup aidé tout au long de ces années.

Madame le **Docteur Caroline CAPUANI**, pour m'avoir guidé et encadré lors de mes travaux de recherche en Master 2 d'Anthropologie, devenus viraux parmi mes amis proches. Merci de m'avoir fait confiance dans la réalisation de ces travaux qui, je le sais, te sont chères. L'aboutissement de ce mémoire fût une réelle satisfaction et fierté pour moi. Je te remercie aussi d'avoir réglé mes problèmes de diction du « contondant » avant la présentation orale finale, histoire de paraître plus pro auprès des pairs. J'espère pouvoir continuer ce partenariat de « travaux de découpe » au cours de ces prochaines années, et poursuivre mon apprentissage à tes côtés, avec toute la rigueur et le professionnalisme dont tu fais preuve. Et je clôturerai quand même, forcément, en te remerciant d'être toujours partante pour un verre, voir même une carte entière de cocktail.

Monsieur le **Docteur Martin KOLOPP**, pour, avant tout et surtout, nous supporter nous les internes dans ton précieux bureau, best espace de co-working ever. Qui, en dépit de cet envahissement, prodigue savoir et conseils avisés (mais aussi nourritures réconfortantes), le tout surmonté d'un calot ou d'une chemise impeccablement ajustée. L'apprentissage fût riche en ta compagnie, un savoir qui s'étend du domaine médico-légal à l'informatique du geek, en passant par les plantes, la musique, et les blobs.

Monsieur le **Docteur Marc-Antoine DEVOOGHT**, pour toute cette bonne humeur que tu délivre à ce service, en toute zénitude et simplicité. Merci d'inondé mon téléphone de vidéo Reface et WhatsApp en tout genre.

Madame le **Docteur Chantal CHAMPEAUX**, pour toutes ses expériences professionnelles et connaissances dont tu m'a fais part. Pour tes prises de Kun Fu au bar. Pour ta passion du Rhum. Rien ne peut t'arrêter, pas même un mojito mal dosé.

Madame le **Docteur Catherine BOVAL**, pour avoir accepté de partager, à la fois ton savoir, mais aussi un thé, des biscuits, et même un plaid après une autopsie glaçante.

Madame le **Docteur Marie-Amandine CHRISTIA** (#Amandine 1^{ère} du nom), la team des deux A.A. Merci de m'avoir accompagné au cours de mon internat, et de toujours avoir un yaourt en plus à m'offrir lorsque je n'ai pas le moral pour remplir mon estomac.

Madame le **Docteur Sophie ZUCK**, avec laquelle j'ai appris à dire bonjour. Haha. Mais plus sérieusement, avec qui j'ai pu apprendre toute la rigueur nécessaire à cette profession.

Madame le **Docteur Françoise CAPASSO** pour son franc parlé et son inégalable dialecte et gestuelle. Reine mère du chifoumi. J'espère pouvoir un jour arborer autant d'assurance et d'aisance que tu renvoie.

Madame le **Docteur Catherine LEBRETON**, pour toute cette bienveillance et attention que tu portes à l'humanité entière.

Madame le **Docteur Laura SAUERBACH**, pour ta sérénité au travail et en dehors. Ta présence au sein de l'équipe est évidente. Et merci de perpétuer la tradition de la minute venin.

Tous mes co-internes de médecine légale (pour certain désormais docteur), et plus particulièrement ma binôme Astrid. Notre partenariat me fût riche, en espérant qu'il perdure encore longtemps dans ce service !

Les 'Tatas' (comme on dit ici). Deux personnes uniques formant une entité indispensable au sein de ce service. Je ne cesserai jamais d'être admirative de votre courage, de votre écoute et de votre patience (surtout patience) constamment au rendez-vous (entrecoupé d'un ou deux cafés quand même, minimum syndical). Vous représentez pour moi des êtres précieux et fiables, avec qui j'ai beaucoup appris durant mon internat, et avec qui je continuerai d'apprendre. Je suis heureuse de vous avoir à mes côtés, autant sur le plan professionnel que relationnel. Je sais que je pourrais toujours trouver une oreille attentive au sein de vos bureaux (ainsi qu'une bonne barre de rire). Isa et Véro, je vous remercie profondément pour tous ce que vous m'avez apporté, et je suis fière de vous avoir à mes côtés ce soir, en tant que collègues et amies.

Je remercie toute l'équipe de l'UHSJ, et plus particulièrement le Docteur COJA, Dr MUSARELLA, Dr NGUYEN, Laurent, et Fati, pour votre accueil, encadrement, et formation au sein de ce centre de soin. Vous représentez une superbe équipe pour les étudiants et patients détenus, que je continuerais à recommander pour les futurs internes du service. Chaque pause thé, repas, tour médical, furent unique, chaque staff aussi, malgré l'horaire critique postprandiale. Je me souviendrais pendant encore longtemps toutes les anecdotes concernant les détenus, l'homme avec un grand « H » de Corinne, du serrurier hallucinant devant la porte fracassée du bureau des internes, de l'immense générosité et attention de Laurent, du prix d'un pochon de weed, et, pour mon plus grand plaisir, de l'aspect d'un étron séché avec soin et glissé dans une enveloppe.

Je remercie tous les membres de l'Institut Médecine Légal de Montpellier pour m'avoir permis de faire partie de votre équipe durant cette période au grand tendue qui précède la thèse. Avoir pu observer et travailler avec chacun d'entre vous me permettra assurément d'améliorer ma pratique future. Merci aux co-internes de m'avoir supporté et permise de nombreuses fois de m'arranger en distanciel, ainsi que d'entretenir avec soin une immense réserve de madeleine. Olivia et Kenza, je suis plus qu'heureuse d'avoir pu apprendre à faire votre connaissance et partager cette profession avec vous. J'ai énormément appris de vous et je réalise, aussi, que je dois encore beaucoup apprendre avant d'arriver à votre niveau. Merci pour les cafés aux laits, les vidéos de chats, les nains en GAV, le défilé de calot fashion week girl (ils sont vraiment exceptionnels), et tout simplement d'avoir été là.

A ma famille et mes amis :

Je remercie mes parents, mes grands-parents et tous les membres de ma famille pour leur soutien. Ce Noël 2022 sera la dernière fois où j'entendrai « Alors, toujours pas docteur ? ». Mention spéciale à la mère pour les fautes d'orthographe et les tupper de super plats qui

ont accompagné mon externat. Merci à mon parrain et mon cousin Maxence pour être venu en ce jour, cela me touche.

A ma sœur **Ambre**. Merci pour ton écoute et nos nombreux fou rire qui ont suivi toutes mes années d'études. Merci d'avoir le dernier mot sur mes tenues et me remettre dans le droit chemin de la mode et de mes sourcils, tu as clairement le lead là-dessus. Merci de raviver mes papilles à chaque plat que tu fais (et me laisser la vaisselle). Je suis une boomeuse, je n'ai pas l'aisance du snap comme toi, mais je dois dire que regarder ceux de nous deux me remonte instantanément le moral lorsque j'en ai besoin, avec tes mimiques, tes petites saucisses cassées en deux, tes séances bronzages, siestes et j'en passe. Mais plus sérieusement, je voudrais que tu te rappelles ceci. Que tu es jeune, travailleuse, méthodique, et apte à surmonter bon nombre de difficultés se présentant à toi. Je persévérerai à t'apporter l'écoute, le soutien, le bonheur et les hugs dont tu auras besoin et que tu mérites. Il suffit juste de le demander, je suis là pour ça.

A **Chloé**. Ces longs mois (très très longs mois) n'ont pas été de tout repos, autant sur le plan physique que moral. J'ai pourtant toujours pu compter sur ton écoute, ta réassurance, ta motivation et bonne humeur inépuisables, à l'épreuve de toutes les situations. Tu es pour moi une personne unique à vrai dire, « La » personne unique. Tu es quelqu'un d'attentionnée, appliquée, brillante, et bienveillante, éblouissant d'attention et de détermination dans chacune des actions que tu entreprends. Toutes ces belles qualités, ta force et ton courage me pousse à m'améliorer chaque jour. Des remerciements ne seraient être suffisant. Des engagements seraient mieux. Pour t'apporter autant de soutiens et de reconnaissances dont tu as fait preuve à mon égard. Je serais là pour te rappeler toutes ces qualités lorsque tu seras prise de doute, pour t'accompagner et te soutenir tout au long de ton parcours. Je serais là pour chaque étape, chaque épreuve, chaque dilemme, et te remercierai tous les jours de former ce Nous qui m'est si chère. Je t'aime.

Au Quintuor avec un grand 'Q' de la Sylvabelle. Une colocation riche en soirées, en émotions, en poils de chat, en costumes, en chansons de Noël, en paillettes, en chapons, en palettes, en guirlandes, en bébés lumineux, en siestes, en anniversaires, en dodo sur les tapis de bains (un seul en particulier), en lancer de pomme de terre, en salon de coiffure et maquillage dans la salle de bain, en congélations, en lumières bleues, en alcools, en mcdo post soirée, en halloween en avril, en coutures, en peintures, mais surtout beaucoup de love. Le quartier de la préfecture tremble encore de notre année passée là-bas. Je suis fière et reconnaissante de vous avoir toutes les 4 comme amies proche.

Merci à **Fanny** pour ces moments de convivialités et ces repas exquis en famille. Tu es une personne qui sait accueillir ses amis, toujours avec chaleurosité et bonne humeur, le tout dans une ambiance de Noël de novembre à février. Tu vas énormément me manquer.

Merci à **Marine #LaGlo**, pour ton soutien dans les moments difficiles, ton écoute toujours attentive et pleine de bons conseils. Pour ton accueil, que ce soit dans ta micro chambre à l'internat ou à Paris, au sein de ta famille. Pour ton humour, ta jovialité et ta créativité surprenante.

Merci à **Célie** d'être mon phare sonore en soirée. Je ne mets aucune limite à ce que tu pourrais entreprendre, ou plutôt ce que la vie pourrait entreprendre à tes dépens. Constamment une histoire incroyable à raconter, autobiographique qui plus est. On m'aurait prêté à Saint Etienne une colocation avec toi je n'y aurais pas cru, mais finalement ça fonctionne, et même plus que bien.

Merci à **Alice #C'estBenin**, pour ta bienveillance, ton énergie, et ton côté mauvaise perdante aux jeux de sociétés. Ton amitié m'est précieuse. Je n'oublie pas te devoir une très bonne bouteille de vin rouge, pour rattraper le fisc de celle que tu nous avais si joyeusement rapportée, bichette.

Merci à **Marine #LaCreb** pour tous ces moments épiques ensemble. D'être disponible pour m'accueillir dans ton superbe appart' à la vue imprenable à Marseille, ou dans ton palace familial à Aix. Tu es quelqu'un avec qui on peut et apprécie tout faire, allant du film de Monstre et Compagnie sous le plaid, à chercher des CroqMcdo avec un GinTo à la main, et un parasol Badoit sous le bras.

Merci à **Guillaume** d'être le super ami que tu es. Je n'aurais pas pu espérer mieux comme coloc (et la preuve ça continue). Tout s'accorde, de la cuisine, au sport en passant par les soirées alcoolisées et le rire en résonance. Je sais que notre amitié perdurera au-delà de la cohabitation.

Merci à **Alex** d'avoir débarqué sur Marseille et dans ma vie. Ta cuisine, tes cocktails et ta télé (très grande télé) sont d'un immense réconfort. Ton appartement me sera un peu plus lointain, mais je resterai toujours disponible et à l'écoute comme tu l'es pour moi. Chaleureusement.

Merci à **Mathias** de maintenir mon physique et mental avec assiduité. Que j'ai complètement perdu aujourd'hui. Je n'oublie pas notre partenariat Marseillais, qui s'étant désormais jusque dans les îles. A très vite je l'espère, pour de nouvelles aventures.

Merci à la team de « stéphanois » encore dans la région, **Anna, Marie, Céline, Inès, Robin, Romane**. Je me rappellerais toujours du nombre incalculable de fois où vous avez parlé du Sud comme la terre promise après l'externat, et moi râlant de ne pas supporter la chaleur pour vouloir y mettre les pieds. Bon, vous aviez raison, c'est quand même vachement bien. C'est la vie que j'ai choisi de mener. Je suis plus qu'heureuse de vous avoir rencontrés pendant ces longues années de bachotages, une team de l'espace avec qui j'ai pu apprécier des soirées pains vin fromages, les commentaires fashion week à la bu avec Kylie et Kendal Jenner, les innombrables siestes sur table, les soirées sulfureuses de clé de voute. La distance ne change rien à la place que vous représentez pour moi. Je suis impatiente de pouvoir entamer enfin ma vie de Docteur en Médecine en sachant que vous êtes toujours à mes côtés, et que cela dure. Vous serez toujours les bienvenus chez moi.

« Que de l'âge le plus tendre de pauvres êtres sans défense soient voués chaque jour et presque à chaque heure aux plus cruels sévices, soumis aux plus dures privations, que leur vie à peine commencée ne soit déjà qu'un long martyre, que des supplices, que des tortures, devant lesquels l'imagination recule, usent leur corps, éteignent les premières lueurs de leur raison et abrègent leur existence, enfin, chose plus incroyable, que leurs bourreaux soient souvent ceux mêmes qui leur ont donné le jour, il y a là un des plus effrayants problèmes qui puissent agiter l'âme d'un moraliste et la conscience d'un juge. »

Auguste Ambroise Tardieu

1860

Sommaire

1 – INTRODUCTION.	14
2 – MATERIEL ET METHODE.	16
2.1 - TYPE D'ÉTUDE.	16
2.2 - POPULATION ET COLLECTION DES DONNEES.	16
2.3 – STATISTIQUES.	21
2.4 - ÉTHIQUES.	21
3 – RESULTATS.	22
3.1 – POPULATION GENERALE.	22
3.1.1 – <i>Caractéristiques générales de la population globale.</i>	22
3.1.2 – <i>Caractéristiques générales de la population globale en fonction des classes d'âges.</i>	24
3.1.3 – <i>Période du 1^{er} confinement de la COVID-19 (17 mars au 10 mai).</i>	26
3.2 – VIOLENCES PHYSIQUES.	26
3.2.1 – <i>Caractéristiques générales de la population.</i>	26
3.2.2 – <i>Commémoratifs.</i>	27
3.2.3 – <i>Examen clinique.</i>	27
3.2.4 – <i>Incapacité Totale de Travail.</i>	30
3.2.5 – <i>Mineurs examinés au cours d'une hospitalisation.</i>	30
3.3 – VIOLENCES SEXUELLES.	31
3.3.1 – <i>Caractéristiques générales de la population.</i>	31
3.3.2 – <i>Commémoratifs.</i>	32
3.3.3 – <i>Examen clinique.</i>	33
3.3.4 – <i>Incapacité Totale de Travail.</i>	35
3.4 – VIOLENCES PSYCHOLOGIQUES.	35
3.5 – NEGLIGENCES.	36
4 – DISCUSSION.	38
4.1 - LES DONNEES DE L'ENQUETE PUBLIQUE VIRAGE PORTANT SUR LES VIOLENCES INTERPERSONNELLES REJOignent-ELLES NOS DONNEES MEDICO-LEGALES ?	38
4.2 - LE CONFINEMENT A-T-IL MODIFIE LES VIOLENCES INTRAFAMILIALES ?	39
4.3 - QUE PEUVENT NOUS APPRENDRE LES LESIONS PHYSIQUES ?	39
4.3.2 - <i>Le délai de consultation impacte-t'il sur la description lésionnelle ?</i>	41
4.4 - QU'ATTENDRE DE L'EXAMEN MEDICO-LEGAL CONCERNANT LES VIOLENCES SEXUELLES ?	41
4.4.1 – <i>Au cours de l'entretien.</i>	42
4.4.2 – <i>Au cours de l'examen périnéal.</i>	42
4.5 – LES NEGLIGENCES NEGLIGÉES ?	43
4.6 – L'INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL : UNE DONNEE INTERESSANTE ?	44
4.7 – L'ÂGE DE L'ENFANT INFLUENCE-T-IL L'EXAMEN ?	44
4.8 – LE DEPLOIEMENT DES UNITES D'ACCUEIL PEDIATRIQUES ENFANCE EN DANGER, UNE SOLUTION ?	46
5 - CONCLUSION.	47
BIBLIOGRAPHIE	48
ANNEXES	53
ANNEXE 1	53
ANNEXE 2	54
ANNEXE 3	55
ANNEXE 4	56
ANNEXE 5	58
ANNEXE 6	61

1 – Introduction.

C'est au sein de la sphère médico-légale Française, qu'Ambroise Tardieu fût le premier médecin à publier dans la littérature, une description des sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants, majoritairement par leurs ascendants (1–5). Il fallut cependant une centaine d'années avant que la maltraitance sur mineur prenne un tournant considérable au sein de la communauté scientifique par la publication de Kempe and al. en 1962 nommée « The Battered-Child Syndrome » (3,5–7). Cette conceptualisation de la maltraitance infantile se concentrait sur les lésions seulement physiques. Elle s'est depuis élargie pour inclure les violences sexuelles, psychologiques et la négligence. Le rapport récent de 2020 sur la prévention de la violence, établi par l'Organisation Mondiale de la Santé, évalue à 1 milliard le nombre d'enfants touchés par la violence, dont près de 300 millions âgés de 2 à 4 ans de la part d'un parent ou personne ayant autorité (8,9). S'ajoutant à ces violences physiques, des violences affectives touchant un enfant sur trois, ainsi qu'un environnement d'insécurité dont un enfant sur quatre est confronté, vivant avec une mère victime de violence de la part de son partenaire intime (8,9). En France, l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance évalue en 2020 à 308 000 le nombre de mineurs bénéficiant d'au moins une prestation ou mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance, 102 678 ayant fait l'objet d'une saisine d'un juge pour enfant (JE) avec pour principale origine le parquet (dans 86% d'entre elles) (10). Concernant les 63 883 violences physiques et 39 433 violences sexuelles répertoriées sur mineur en 2020, la sphère intrafamiliale est évaluée comme impliquée dans respectivement 52% et 28% des cas. Les violences sur mineurs enregistrées ne font qu'augmenter depuis 2016 ne faisant que mettre en exergue le problème de santé publique majeur que représente les maltraitances infantiles avec ses répercussions médicales, médico-légales, affectives, sociales et économiques durables et coûteuses (10,11). Un faible nombre d'informations préoccupantes (IP) à l'autorité administrative, et de signalements à l'autorité judiciaire émane du milieu médical ou paramédical, par manque d'information, de formation et de prise en charge spécialisée. Le Plan de lutte n°DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021 relatif à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences met en avant la nécessité d'une Unité de lieu unique d'Accueil Pédiatrique d'Enfants en Danger (UAPED) afin d'améliorer le repérage, l'évaluation et le parcours de santé global de ces mineurs (12). L'UAPED va alors prendre en charge de façon pluridisciplinaire (pédiatre, médecin légiste,

infirmière, psychologue et pédopsychiatre, assistante sociale, secrétaire) les enfants et adolescents victimes de maltraitances. Le médecin légiste intervient dans le cadre d'une réquisition judiciaire à la suite d'un dépôt de plainte ou signalement au Parquet (nécessité de protection immédiate et/ou identification de faits susceptibles de constituer une infraction pénale)(13,14). Il va donc être un des acteurs requis dans l'enquête préliminaire engagée par le Procureur de la République, intervenant sensément à la suite de l'audition de l'enfant par la Brigade des Mineurs. Formé en victimologie, il pourra retranscrire des constatations descriptives précises, objectives et impartiales afin d'alimenter une capacité de réflexion et de synthèse propre aux exigences du système judiciaire (15,16). En revanche, il n'existe pas de conduite à tenir formelle lorsqu'un examen médico-légal est requis. C'est dans ce contexte que notre travail de thèse va réaliser un état des lieux récent, sur les victimes mineures de violences intrafamiliales adressées à l'UMJ de Marseille, en étudiant les certificats médico-légaux établis sur réquisition, et ainsi la rédaction d'une trame de consultation, adaptée à l'âge, pour une prise en charge médico-légale optimale et uniforme.

2 – Matériel et méthode.

2.1 - Type d'étude.

Cette étude observationnelle rétrospective, descriptive et analytique, a été conduite à l'Unité-Médico-Judiciaire (UMJ) de la Timone, au sein de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, sur une période de 2 ans et demi (de janvier 2020 à mai 2022 inclus), comprenant la période de 1^{er} confinement en France du 17 mars 2020 au 10 mai 2020. Ainsi, il a pu être recensé le nombre de consultations avant, pendant et après cette période de confinement strict.

2.2 - Population et collection des données.

L'extraction des données a été réalisée à partir de l'analyse de l'ensemble des certificats médico-légaux concernant les victimes mineures, rédigés dans le cadre d'une réquisition. Le critère d'inclusion retenu était un âge strictement inférieur à 18 ans. Les critères de non-inclusion étaient les certificats médico-légaux effectués dans le cadre de violences involontaires (accident de la voie publique, morsure de chien, ect.) et volontaires mais ne concernant pas ou ne précisant pas le contexte intrafamilial.

Le tableau 1 décrit l'ensemble des données relevées pour chaque mineur. Il a été retenu 3 catégories d'âges : les nourrissons (âge strictement inférieur à 2 ans), les jeunes et grands enfants (âge compris entre 2 ans et strictement moins de 12 ans) puis les adolescents (comprenant les 12 ans et plus). Pour chaque examen, dans un contexte de violence physique, les cas pour lesquels une origine non accidentelle était certaine ont été isolés.

Tableau 1 : Description des critères d'évaluations pour la population étudiée.

<i>Catégories</i>	<i>Critères d'évaluations</i>
<i>Toutes violences confondues</i>	<ul style="list-style-type: none">- Sexe- Âge<ul style="list-style-type: none">o Nourrissono Jeune et grand enfanto Adolescent- Situation familiale (séparation des parents, foyer d'urgence)- Date d'examen- Examen à l'UMJ ou lors d'une hospitalisation- Notion d'information préoccupante (IP) ou signalement judiciaire- Nombre de jour d'incapacité totale de travail (ITT)- Type de violence(s) alléguée(s) (physique et/ou sexuelle et/ou psychologique et/ou négligence)- Fréquence (violence unique ou répétée)- Durée des violences (jours, semaines, mois, années)- Auteur(s) présumé(s) (lien de parenté)- Mode de découverte- Date des derniers faits- Examen accepté (oui ; non)

*Violences
physiques*

- Lésion physique (sauf gynécologique) (oui ; non)
 - Retentissement psychologique (oui ; non)
 - Consultation psychologique UMJ (oui ; non)
 - Suivi par psychologue et/ou psychiatre (oui ; non)
 - Consultation assistante sociale UMJ (oui ; non)
-
- Mécanisme lésionnel allégué (mains nues ; secouement ; asphyxie ; morsure ; objet ; objet piquant et/ou tranchant ; thermique ; arme à feu)
 - Type de lésion (cicatrice ; érythème ; abrasion ; plaie ; ecchymose ; hématome cutané ; hématome sous-dural (HSD) ; hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA) ; hémorragie oculaire (segment antérieur et postérieur) ; fracture ; lésion viscérale thoraco-abdominale ; lésion dentaire)
 - Localisation des lésions :
 - Scalp : région frontale ; pariétale ; temporale ; occipitale
 - Visage (séparation en 3 zones) :
 - Zone 1 : régions frontales, temporales et arcades sourcilières
 - Zone 2 : régions orbito-palpébrales, nasales, et jugales
 - Zone 3 : régions labiales, mentonnières et mandibulaires.
 - Oreille
 - Cou
 - Membres supérieurs (bras ; coudes ; avant-bras ; mains ; doigts) : face antérieure, postérieure, externe et interne

*Violences
sexuelles*

- Tronc : thorax ; abdomen ; dos
- Fesse
- Membres inférieurs (cuisses ; genoux ; jambes ; pieds ; orteils) : face antérieure, postérieure, externe et interne
- Bilan imagerie (oui ; non)
- Examen physique confirmant une origine non accidentelle (oui ; non)
- Retentissement psychologique (cf rubrique violence psychologique)
- Signes évocateurs de négligence (cf rubrique négligence)
- Délai examen – agression
- Sévices sexuels :
 - Attouchement : région ; par-dessus ou dessous les vêtements
 - Pénétration : type de pénétration (linguale ; digitale ; pénienne ; instrumentale) et localisation (buccale ; vaginale ; anale).
 - Autres : pédopornographie ; masturbation ; voyeurisme ; mutilation sexuelle
- Examen gynécologique (non réalisé ; accepté ; refusé)
 - Position lors de l'examen (grenouille ; gynécologique ; autre)
- Localisation des lésions (buccale ; hyménale (ancienne ou récente ; encoche complète ou incomplète) ; vaginale ; cervicale ; anale ; autre)
- Prélèvements à visée d'identification génétique (oui ; non)
- Grossesse (oui ; non)

*Violences
psychologiques*

- Notion d'infection sexuellement transmissible (oui ; non)
 - Retentissement psychologique (cf rubrique violence psychologique)
 - Signes évocateurs de négligence (cf rubrique négligence)
- Types : insultes ; menaces de mort ou de coup ; propos rabaissants ; propos dénigrants ; harcèlement ; chantage ; méthode punitive inadaptée.
- Retentissement psychologique :
- Altération de l'humeur ; anxiété (oui ; non)
 - Trouble du sommeil (oui ; non)
 - Somatisation (énurésie ; constipation ; douleurs abdominales)
 - Addiction (oui ; non)
 - Comportement auto-agressif (idées noires ; scarifications ; tentative de suicide).

Négligences

- Types : affective ; physique (hygiène, alimentation ect.) ; médicale ; éducative ; exposition aux dangers ; supervision ; refus de garde/abandon.
- État bucco-dentaire (bon ; moyen ; mauvais)
- Hygiène (bonne ; moyenne ; mauvaise)
- Tenue vestimentaire (bonne ; moyenne ; mauvaise)
- État nutritionnel (bon ; maigreur ; surpoids ; obésité)
- Conséquences staturo-pondérales, psychomotrices

2.3 – Statistiques.

Les données qualitatives étaient exprimées en pourcentage, et comparées par le test de Chi² ou test exact de Fisher selon la taille des effectifs théoriques, avec une p value < 0,05 considérée comme significative.

2.4 - Éthiques.

Les données extraites des certificats médico-légaux de l'Unité Médico-Judiciaire de Marseille ont toutes été anonymisées. Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'université Aix-Marseille (numéro de dossier 2022-04-14-002), par celui des hôpitaux publics de Marseille (sous le numéro du Portail d'Accès aux Données de Santé de l'AP-HM PADS22-41) ainsi que leur cellule juridique. Elle respecte le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) de l'établissement.

3 – Résultats.

3.1 – Population générale.

3.1.1 – Caractéristiques générales de la population globale.

De janvier 2020 à mai 2022, 1 008 certificats de mineurs examinés dans le cadre d'allégation de violences intrafamiliales ont été inclus dans l'étude (Figure 1 et Annexe 1). Cette population est constituée de 585 filles (58%) et 423 garçons (42%). La moyenne d'âge est de 9 ans et comprend 50 nourrissons (5%), 626 jeunes et grands enfants (62%) et 332 adolescents (33%). Les informations relatives à la situation familiale (n = 524) rapportent une séparation des parents biologiques dans 76% des cas (n = 398) et un placement en foyer ou famille d'accueil dans 7% des cas (n = 37). Un environnement d'insécurité est rapporté dans 8% des cas (n = 44) tel que des violences conjugales ou toxicomanies.

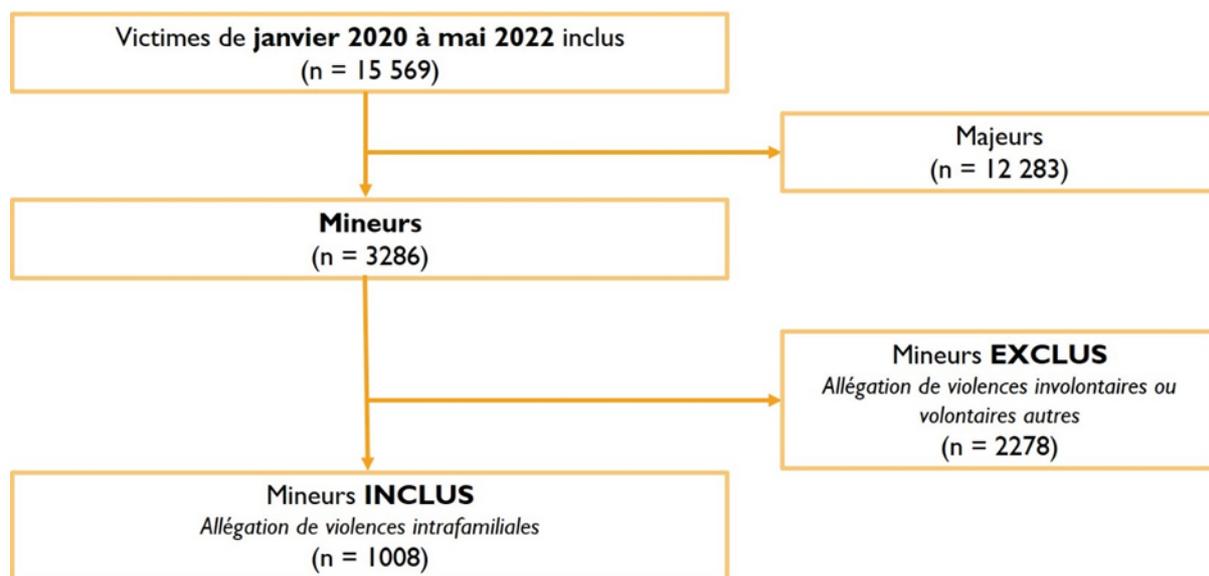


Figure 1 : Diagramme de flux des mineurs inclus.

La répartition des différents types de violences est rapportée dans la Figure 2. Elles sont caractérisées comme multiples pour un quart des mineurs (Figure 3) et, dans la grande majorité, répétées (n = 755 ; 85%) et perpétrées depuis plus d'un an (n = 425 ; 61%).

L'examen médico-légal de ces 1008 mineurs a été réalisé lors d'une consultation au sein de l'UMJ dans 98% des cas ou lors d'une hospitalisation dans 2% des cas. La répartition des consultations au cours des mois est illustrée à la Figure 4.

L'individu à l'origine de la consultation (n = 416) est la victime elle-même, sans précision, dans 30% des cas, une personne en charge de son éducation dans 19% des cas (école, crèche, assistante sociale), un médecin dans 8% des cas, un membre de la même famille dans 21% des cas, un frère ou une sœur concerné par un signalement dans 13% des cas, une tierce personne sans lien familial dans 5% des cas, et la protection de l'enfance dans moins d'1% des cas.

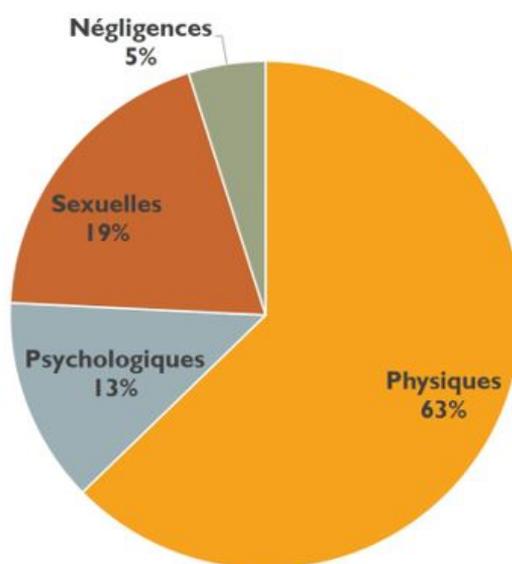


Figure 2 : Diagramme circulaire des différents types de violences.

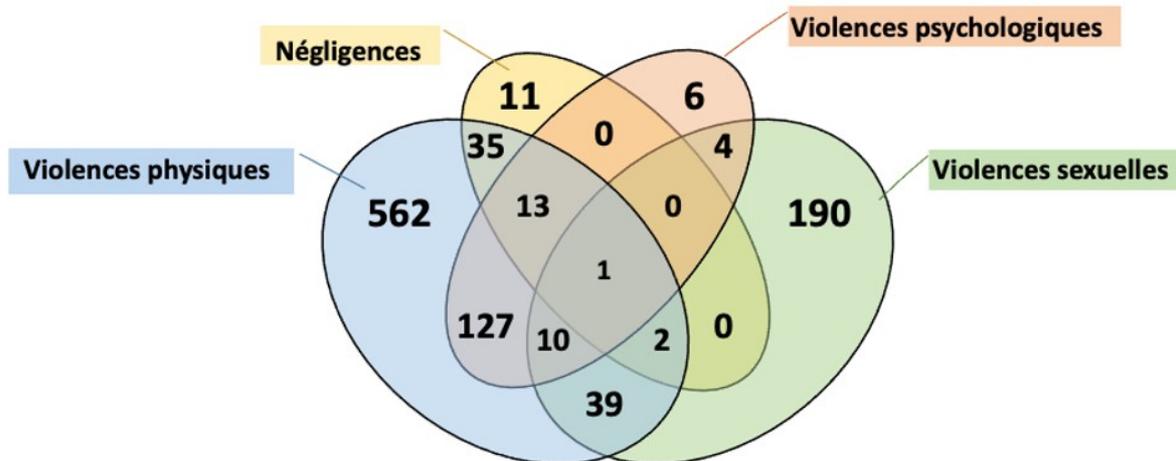


Figure 3 : Diagramme de Venn des violences multiples.

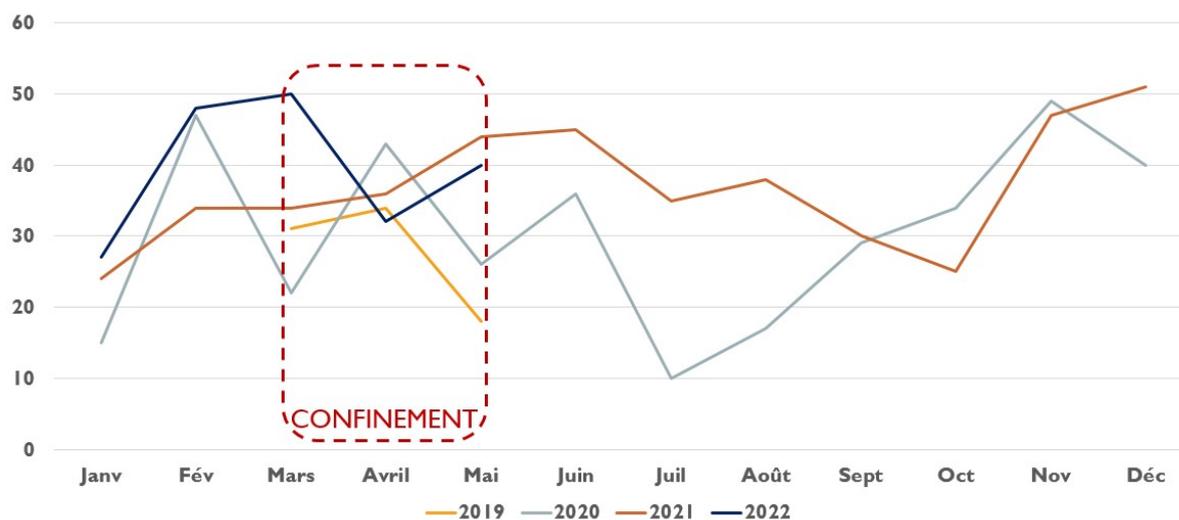


Figure 4 : Courbe d'évolution mensuelle du nombre d'examens médico-légaux chez les mineurs alléguant des violences intrafamiliales de 2019 à 2022.

Il est conclu une ITT strictement inférieure à huit jours pour 79% des certificats rédigés (dont plus de la moitié avec une ITT égale à zéro), inévaluable dans 19% des cas et strictement supérieure à huit jours pour seulement 2% des certificats.

Le groupe d'enfants ayant une ITT strictement supérieure à huit jours (n = 73) est constitué majoritairement de garçons (70%) de moins de 2 ans (49%), examinés lors d'une hospitalisation (57%). Il est alors retrouvé des fractures et/ou un traumatisme crânien non accidentel (87%).

Les assistantes sociales de l'UMJ ont réalisé une consultation pour 40% des enfants et/ou parents de notre population (dont 40% dans le cadre de violences sexuelles).

3.1.2 – Caractéristiques générales de la population globale en fonction des classes d'âges.

Notre population rassemble un total de 50 nourrissons dont 31 garçons (62%) et 19 filles (38%) avec une moyenne d'âge de 8 mois. Les informations relatives à la situation familiale (n = 26) rapportent des parents biologiques en couple dans 73% des cas (n = 19) et un placement en famille d'accueil pour un enfant. Un environnement d'insécurisé est rapporté pour 2 nourrissons (violences conjugales, toxicomanies). Les types de violences rapportés sont principalement physiques dans 94% des cas (Figure 2). Les violences sont décrites comme multiples pour 18% des enfants et, dans la grande majorité, répétées (n = 20 ; 70%). La durée des violences n'est pas communiquée. L'individu à l'origine de la consultation (n = 43) est un

médecin dans 34% des cas (n = 14), suivi d'un parent dans 28% des cas (n = 14), un frère ou une sœur concerné par un signalement dans 16% des cas (n = 8), une tierce personne sans lien familial dans 6% des cas (n = 3) ou la protection de l'enfance pour 2 enfants. Aucune précision sur le lien intrafamilial n'est indiquée pour 7 certificats. Les ascendants sont les auteurs rapportés chez tous les nourrissons : le père dans 32% des cas (n = 16), la mère dans 14% des cas (n = 7), et les parents sans précision dans 54% des cas (n = 27).

Notre population comprend ensuite un total de 626 jeunes et grands enfants dont 295 garçons (47%) et 331 filles (53%) avec une moyenne d'âge de 6 ans et demi. Les informations relatives à la situation familiale (n = 331) rapportent une séparation des parents biologiques dans 76% des cas (n = 251), ainsi qu'un placement en foyer ou famille d'accueil pour 14 enfants. Les violences sont décrites comme multiples pour 16% des enfants et, dans la grande majorité, répétées (n = 450 ; 82%) et perpétuées depuis plus d'un an (n = 222 ; 49%). Le délai entre la consultation et les derniers faits (n = 244) est de moins d'une semaine chez 62% des cas (n = 152). L'individu à l'origine de la consultation (n = 326) est un médecin dans 5% des cas (n = 15), un parent dans 26% des cas (n = 85), une personne en charge de son éducation dans 24% des cas (n = 76), la victime elle-même, sans précision, dans 20% des cas (n = 65), un frère ou une sœur concerné par un signalement dans 13% des cas (n = 43), une tierce personne sans lien familial dans 6% des cas (n = 19), la protection de l'enfance dans moins d'1% des cas (n = 3), ou un signalement sans précision dans 6% des cas (n = 19). Une souffrance psychologique majeure (idées noires, scarifications et tentatives de suicides) est présente chez 6 enfants (1%).

Pour finir, notre population comprend un total de 332 adolescents dont 97 garçons (29%) et 235 filles (71%) avec une moyenne d'âge de 14 ans. Les informations relatives à la situation familiale (n = 167) rapportent une séparation des parents biologiques dans 83% des cas (n = 139), et un placement en foyer ou famille d'accueil pour 22 adolescents. Un environnement d'insécurité est rapporté par 17 enfants. Les violences sont décrites comme multiples pour 36% des enfants et, dans la grande majorité, répétées (n = 285 ; 89%) et perpétuées depuis plus d'un an (n = 195 ; 76%). Le délai entre la consultation et les derniers faits (n = 213) est de moins d'une semaine dans 66% des cas (n = 141). L'individu à l'origine de la consultation (n = 122) est un médecin dans 7% des cas (n = 8), un parent dans 1% des cas (n = 2), une personne

en charge de son éducation dans 13% des cas (n = 16), la victime elle-même, sans précision, dans 66% des cas (n = 80), un frère ou une sœur concerné par un signalement dans 9% des cas (n = 11) ou un signalement sans précision dans 4% des cas (n = 4%). Une souffrance psychologique majeure est présente chez 39 enfants (12%).

3.1.3 - Période du 1^{er} confinement de la COVID-19 (17 mars au 10 mai).

Durant la période de confinement, le nombre de consultations concernant les mineurs alléguant des violences intrafamiliales ne varie pas. La répartition par sexe et par âge ne présente pas de différence significative au fil des années. Il en est de même pour la répartition des consultations à l'UMJ et au cours d'une hospitalisation, ainsi que le nombre de jours d'ITT conclus. La répartition des différents types de violences ne diffère pas non plus (Annexe 2 - 3).

3.2 – Violences physiques.

3.2.1 – Caractéristiques générales de la population.

Des violences physiques d'origine intrafamiliale sont rapportées par 789 mineurs (Figure 3). Cette population est composée de 371 garçons et 418 filles. La répartition des âges est rapportée dans la Figure 5, la moyenne étant de 9 ans. Ces violences sont décrites comme uniques (n = 591 ; 11%) ou répétées (89%) depuis plus d'un an (n = 295 ; 64%).

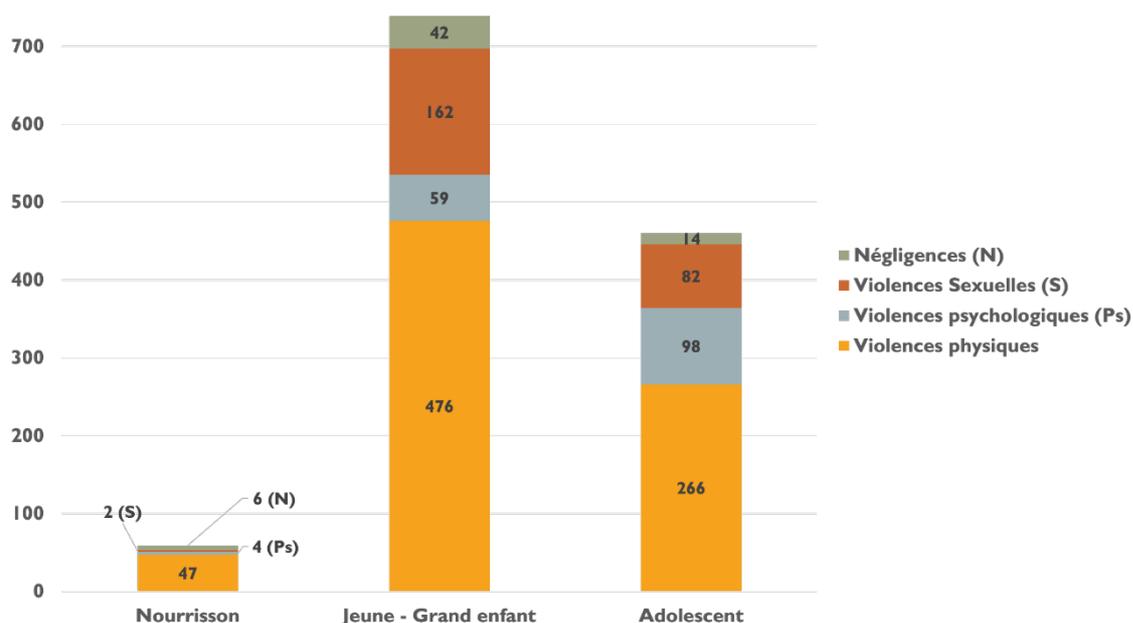


Figure 1 : Histogramme en barres des différents types de violences en fonction des âges.

3.2.2 – Commémoratifs.

Les mécanismes lésionnels allégués pouvant être multiples, ils sont dans la majorité des cas en lien avec des coups directs (mains, pieds) (69% ; n = 789) ou par le biais d'un objet dans 23% des cas. Les objets rapportés étaient une ceinture (24%), une barre type bâton ou manche à balai (23%), une chaussure (17%), des câbles (11%) ou encore des jets de divers objets (15%). Il est également retrouvé des cas de strangulation manuelle (4%), de morsure (2%), d'utilisation d'un objet piquant et/ou tranchant (2%) et d'un objet pouvant causer une brûlure (2%). Un seul cas rapporte des menaces avec une arme à feu.

Les auteurs des faits concernent des hommes dans 444 cas (53%) : majoritairement le père dans 79% des cas, puis le beau-père dans 14% des cas, le frère dans 4% des cas, le grand-père, l'oncle et le cousin dans 1% des cas chacun. Les femmes sont concernées dans 250 cas (30%) : majoritairement la mère dans 84% des cas, puis la belle-mère dans 10% des cas et la sœur dans 4% des cas. L'auteur n'est pas précisé dans 141 cas (17%). Dans le cadre de famille recomposée, les violences physiques sont rapportées comme impliquant conjointement un parent biologique et un beau-parent dans 27% des cas (n = 89).

3.2.3 – Examen clinique.

Le carnet de santé est présenté dans 3% des consultations (n = 23). La présence de lésions physiques et psychologiques au temps de l'examen, en fonction du délai entre la consultation et le dernier épisode de violence, est rapportée dans la Figure 6. Ce délai n'est pas rapporté dans 288 certificats (n = 789 ; 37%) : 120 concernant des mineurs ne présentant aucune lésion (n = 304 ; 39%), 41 concernant des mineurs ne présentant que des cicatrices (n = 73 ; 56%) et 127 concernant des mineurs présentant au moins une lésion récente (n = 401 ; 32%). Le groupe de mineur ne présentant aucune lésion rassemble significativement plus d'enfant examiné après 1 mois des derniers faits ($p < 0.01$).

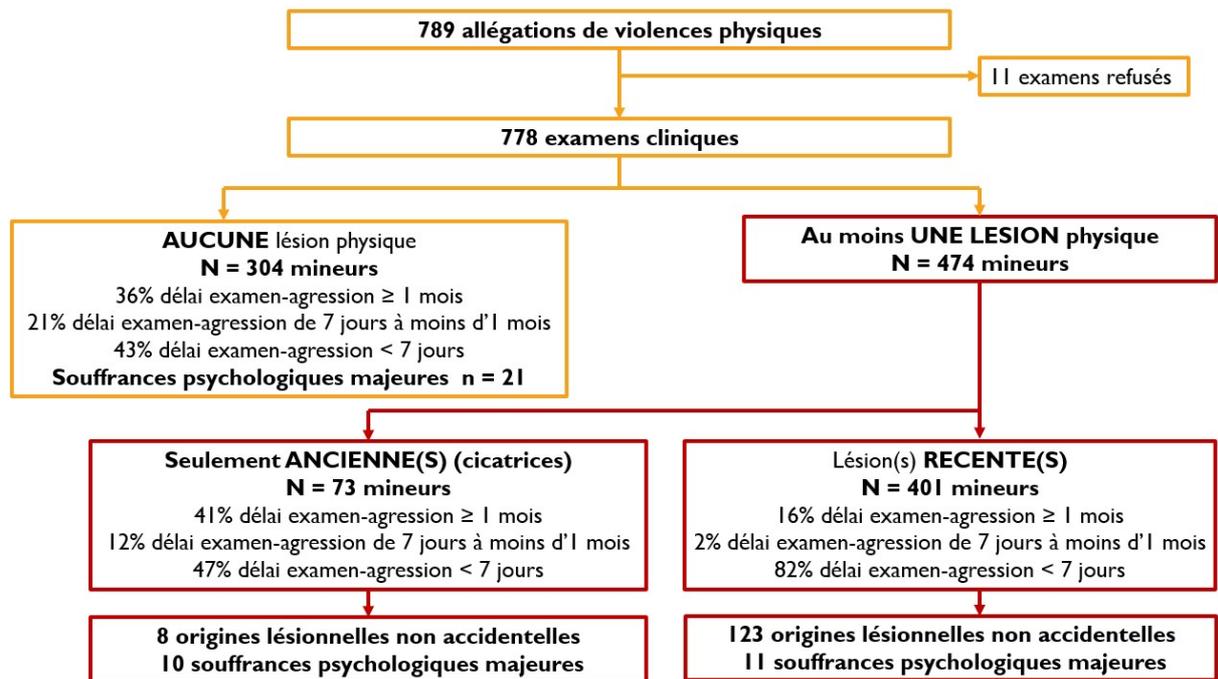


Figure 6 : Diagramme de flux des lésions physiques et psychologiques constatées lors de l'examen des enfants alléguant des violences physiques.

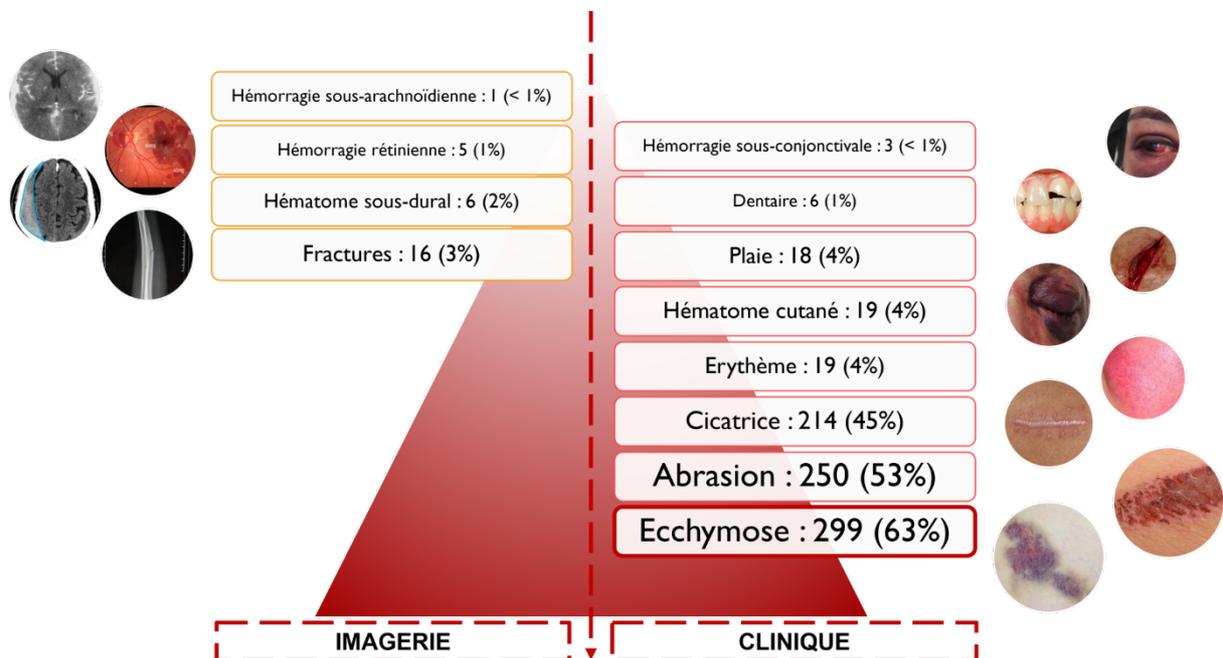


Figure 7 : Types de lésions retrouvées chez les mineurs.

Les lésions constatées sont majoritairement des ecchymoses (63%) et des abrasions (53%) (Figure 7). Aucune lésion viscérale thoraco-abdominale n'est décrite. A la suite des constatations physiques médico-légales, une origine non accidentelle est considérée chez 131 mineurs (28%) présentant au moins une lésion à l'examen physique (Figure 8). Les topographies des lésionnelles faisant évoquer en priorité une origine non accidentelle sont (Annexe 4) (p-values < 0,05) : le scalp, les trois zones du visage, les oreilles, le cou, la face externe des bras, le thorax, l'abdomen, le dos, les fesses, la face postérieure des cuisses, la face postérieure des jambes, et la face dorsale des pieds. Un bilan d'imagerie a été réalisé chez 35 enfants (n = 789 ; 4%) : 21 au cours d'une hospitalisation (60%), 11 lors d'un passage aux urgences (31%), et 3 en externe (9%).

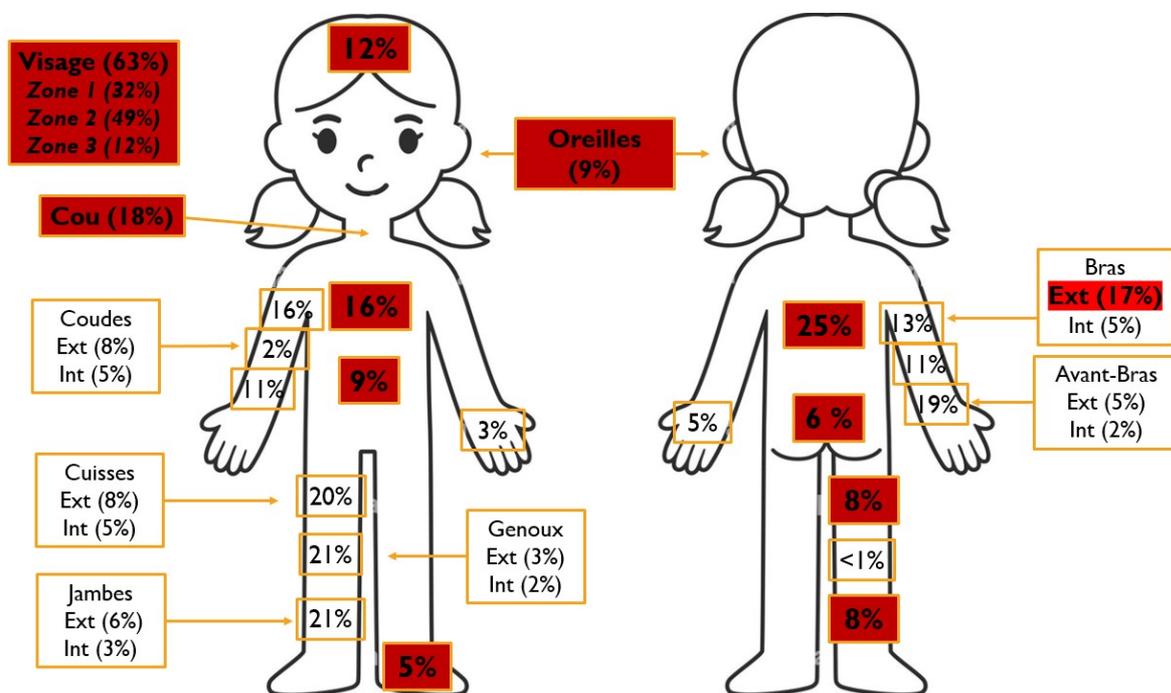


Figure 8 : Topographie des lésions physiques discriminantes décrites chez les 131 mineurs (origine non accidentelle). Légende : Externe (Ext) et Interne (Int)

Les données concernant le retentissement psychologique sur ces enfants sont retrouvées dans uniquement 211 certificats (n = 789 ; 27%). Ce retentissement est alors évalué lors de la consultation médico-légale par un médecin dans 90% des cas (n = 190) et complété par la psychologue de l'UMJ dans 10% des cas (n = 21). Une souffrance psychologique majeure à type d'idées noires, scarifications et tentatives de suicides est présente chez 39 enfants (18%). Il est également rapporté une altération de l'humeur et/ou anxiété chez 119 enfants (56%),

des troubles du sommeil chez 119 enfants (56%) et une altération de l'appétit chez 30 enfants (14%). Une somatisation est rapportée chez 8 enfants (4%) à type de douleur abdominale et énurésie. Un suivi psychologique ou psychiatrique concerne 25 des mineurs examinés (n = 789 ; 3%).

Les données concernant les faits de négligences sont retrouvées dans uniquement 169 certificats (n = 789 ; 21%). Il s'agit principalement de négligences d'ordre physiques, en lien avec un défaut d'hygiène bucco-dentaire (9%), corporelle (5%) ou une tenue vestimentaire inadaptée (2%). Une altération staturo-pondérale est présente chez 5% d'entre eux de type maigre ou surpoids. Deux enfants présentent un retard psychomoteur non rapporté par les parents (1%).

3.2.4 – Incapacité Totale de Travail.

Il est conclu une ITT strictement inférieure à 8 jours pour 81% des certificats rédigés (dont plus de la moitié avec une ITT égale à zéro), inévaluable dans 16% des cas et strictement supérieure à 8 jours pour seulement 3% des certificats.

3.2.5 – Mineurs examinés au cours d'une hospitalisation.

La population examinée au cours d'une hospitalisation (n = 25) est constituée majoritairement par des garçons (sexe ratio 17/8) et décrite dans le Tableau 2. Un signalement judiciaire a pour tous été réalisé au sein d'un service hospitalier. Le carnet de santé est mentionné dans 18 certificats. Neuf enfants pris en charge pour un traumatisme crânien non accidentel (TCNA) ont un mécanisme lésionnel compatible avec une manœuvre de secouement. Lors de l'examen clinique, 13 enfants présentent des lésions cutanées à type d'érythème (n = 1), d'abrasion (n = 5), de plaie (n = 2), de cicatrice (n = 1), d'ecchymose (n = 10) et d'hématome cutané (n = 3). Le bilan d'imagerie (n = 21) a mis en évidence 19 cas présentant des saignements intracrâniens et/ou des fractures notamment d'âges différents.

Les enfants pris en charge pour un TCNA présentent tous au moins un HSD, et certains des HR (n = 5), des HSA (n = 1), des fractures d'âges différents (n = 2), et une fracture du crâne (n = 1).

Il a été conclu une ITT strictement supérieure à huit jours dans plus de la moitié des cas (n = 25 ; 52%).

Tableau 2 : Motif d'hospitalisation en fonction des classes d'âges et délai de consultation médico-légale.

	Nourrissons (n = 15)	Jeunes – Grands enfants (n = 8)	Adolescents (n = 2)
Motif d'hospitalisation	TCNA : 9 Fratrie TCNA : 2 Fractures d'âges différents : 3 Protection (violence conjugale) : 1	Protection : 4 Allégation coup de couteau avec plaie : 1 Fratrie : 1 Défenestration : 1 Négligence abandon : 1	Fracture : 1 Protection : 1
Délai entre l'entrée d'hospitalisation et l'examen médico-légal	De 1 à 12 jours (Moyenne de 6 jours)	De 0 à 10 jours (Moyenne de 3 jours)	De 1 et 4 jours

3.3 – Violences sexuelles.

3.3.1 – Caractéristiques générales de la population.

Des violences sexuelles d'origine intrafamiliale sont rapportées chez 245 mineurs (Figure 3). Elles représentent 31% des consultations réalisés à l'UMJ dans le cadre de violences sexuelles sur mineurs (Annexe 1). Cette population est composée de 190 filles (78%) et 55 garçons (22%). La répartition des âges est rapportée dans la Figure 5, la moyenne étant de 9 ans. Chez les adolescents (n = 82), les violences sexuelles sont rapportées comme ayant débutées avant l'âge de 12ans pour 62% d'entre eux (46 filles et 5 garçons).

3.3.2 – Commémoratifs.

Les sévices sexuels rapportés sont des faits d'attouchements (58% ; n = 142), de pénétrations (47% ; n = 116), et autres n'impliquant pas de contact direct avec la victime (2% ; n = 5) comme la notion de pédopornographie, de voyeurisme, de masturbation et de mutilation sexuelle. Ces violences sont rapportées comme uniques (n = 202 ; 23%) ou répétées (77%) depuis plus d'un an (n = 154 ; 59%).

Les attouchements (n = 142) sont décrits comme réalisés au niveau des organes génitaux externes majoritairement (80% ; n = 99), des fesses (39% ; n = 48) et des seins (29% ; n = 36), principalement sous les sous-vêtements (70% ; n = 100). Les attouchements, sans association avec une pénétration, sont rapportés par 74 enfants (n = 142 ; 52%).

Les actes de pénétrations sont rapportés chez 92 filles comme : digitales dans 54% des cas (n = 50), péniens dans 49% des cas (n = 45), linguales dans 8% des cas (n = 7) ou/et instrumentales dans 3% des cas (n = 3) au niveau vaginal pour 73% d'entre-elles (n = 67), anal pour 33% d'entre-elles (n = 30) et/ou oral pour 20% d'entre-elles (n = 18).

Les actes de pénétrations sont rapportés chez 24 garçons comme : péniens dans 46% des cas (n = 11), digitales dans 21% des cas (n = 5) ou/et instrumentales pour un cas au niveau anal pour 54% d'entre-eux (n = 13) et/ou oral pour 29% d'entre-eux (n = 7). Aucune précision sur les actes de pénétrations n'est rapportée dans 5 certificats.

Il apparaît que les auteurs des faits sont essentiellement des hommes (94% ; n = 230) : le père dans 110 cas (48%), le beau-père dans 39 cas (17%), un oncle dans 21 cas (9%), un grand-père dans 13 cas (6%), un frère dans 17 cas (7%) ou demi-frère dans 9 cas (4%), un cousin dans 18 cas (8%), un beau-frère dans 3 cas (1%) et un parrain dans 1 cas (<1%). Les 7 auteurs restant sont de sexe féminin (3%) : la mère dans 6 cas et la demi-sœur dans 1 cas. Il est question d'attouchement, de pénétration digitale, de fellation imposée, de masturbation et de mutilation sexuelle. L'auteur n'est pas précisé dans 7 certificats (3%)

3.3.3 – Examen clinique.

Le carnet de santé n’a jamais été présenté. Il est décrit des lésions physiques chez 85 enfants (35%) : seulement cicatricielles pour 12 d’entre eux (dont 8 étant des scarifications) et récentes pour les autres. Parmi ces enfants (n = 85), 27 rapportent des violences physiques associées. Aucun de présente de lésion d’origine non accidentelle.

Un examen périnéal est réalisé chez 190 enfants (78%). Sa position lors de l’examen, conformément à son âge, est en grenouille chez les nourrissons et enfants en bas âges (en cas de puberté non acquise), puis gynécologique pour les plus âgés. La présence de lésions physiques au temps de l’examen gynécologique des filles, en fonction du délai entre la consultation et le dernier épisode de violences, est rapportée dans la Figure 9. Pour 62 patients, le délai entre l’agression et l’examen n’est pas connu ou rapporté.

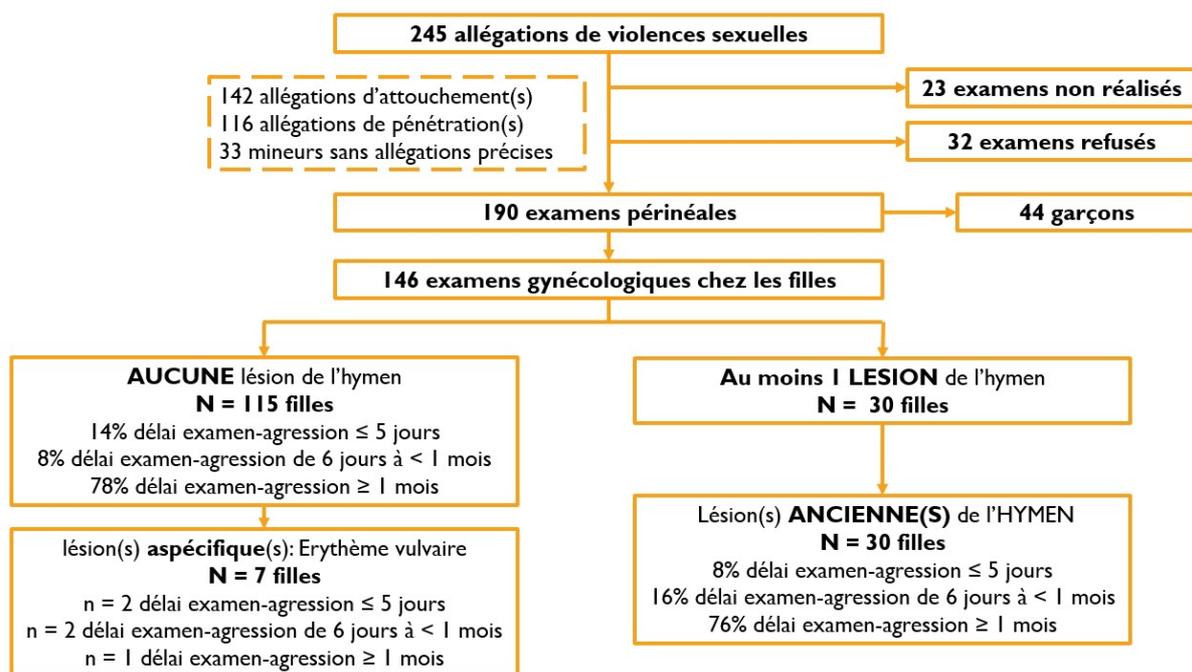


Figure 2 : Diagramme de flux des lésions gynécologiques constatées lors de l’examen des filles alléguant des violences sexuelles.

L'examen gynécologique de ces 146 filles ne révèle aucune lésion buccale, des grandes lèvres et de l'anus. Des lésions hyménales sont décrites chez 30 filles (21%) dont 8 sont âgées de moins de 12 ans, et 22 âgées de plus de 12 ans. Ces lésions sont toutes anciennes, et leur localisation est décrite selon le quadrant horaire en position gynécologique. Il est décrit 6 encoches complètes et 9 incomplètes de 9h à 3h, puis 3 encoches complètes et 9 incomplètes de 4h à 8h. Aucune localisation et/ou description précise des lésions n'est décrite pour 8 filles. Parmi les 15 filles présentant des lésions incomplètes, la moyenne d'âge est de 13 ans (avec un écart type allant de 7 à 16 ans). Six d'entre elles ne rapportent pas de rapports sexuels autre que l'agression, 3 rapportent avoir eu au moins un rapport sexuel consenti avant l'agression, dont 2 en ayant eu aussi après l'agression. Six certificats ne rapportent aucun élément à ce sujet. Parmi les 11 filles présentant des lésions complètes, la moyenne d'âge est de 13 ans (avec un écart type allant de 10 à 16 ans). Cinq d'entre elles ne rapportent pas de rapports sexuels avant et après les faits et une rapporte des rapports sexuels après les faits. Cinq certificats ne rapportent aucun élément sur ce sujet.

Il est aussi identifié des stigmates de mutilation sexuelle type 2 d'âge différent chez une fille. Une fille présentait une grossesse dont le nombre de semaine d'aménorrhée est compatible avec les faits.

L'examen périnéal des 44 garçons ne décrit aucune lésion des organes génitaux externes. L'examen de l'anus met en évidence pour 3 enfants des lésions aspécifiques à savoir un érythème, une abrasion et une marisque.

A la suite de tous ces examens périnéaux (n = 190), seulement 4 prélèvements à visée d'identification génétique ont été réalisés.

Trois enfants (ou parents) alléguent des infections urinaires depuis l'agression, une fille ayant des rapports sexuels réguliers présentait des condylomes.

Les données concernant le retentissement psychologique de ces enfants sont retrouvées dans uniquement 79 certificats (32%). Ce retentissement est évalué lors de la consultation médico-légale par un médecin dans 81% des cas (n = 64) et complété par la psychologue de l'UMJ dans 19% des cas (n = 15). Il est décrit 13 cas de souffrances psychologiques majeurs à type d'idées noires, scarifications et tentatives de suicides (16%). Il est également décrit une altération de l'humeur et/ou anxiété chez 46 enfants (58%), des troubles du sommeil chez 54 enfants (68%)

et une altération de l'appétit chez 10 enfants (13%). Une somatisation est rapportée chez 5 enfants (6%) à type de douleur abdominale, énurésie et constipation. Un suivi psychologique ou psychiatrique concerne 21 des mineurs examinés.

Les données concernant des signes évocateurs de négligence ne sont pas retrouvées dans 77% des certificats (n = 245). Les 57 certificats présentant ces données décrivent seulement un état bucco-dentaire altéré chez 2 enfants.

3.3.4 – Incapacité Totale de Travail.

Il est conclu une ITT strictement inférieure à 8 jours pour 69% des certificats (n = 170) (dont 113 avec une ITT égale à zéro), inévaluable dans 31% des cas. Aucune ITT strictement supérieure à 8 jours n'a été retrouvée.

3.4 – Violences psychologiques.

Des violences psychologiques sont rapportées par 161 mineurs : 71 garçons (44%) et 90 filles (56%). La répartition des âges est rapportée dans la Figure 5, la moyenne étant de 12 ans. Ces violences sont associées à des violences physiques dans 94% des cas (Figure 3). Il apparaît que les auteurs des faits sont majoritairement des hommes (61% ; n = 106) : le père dans 79% des cas, puis le beau-père dans 14% des cas, le frère dans 3% des cas, le cousin dans 2% des cas, le grand-père et l'oncle dans 1% des cas chacun. Les femmes sont concernées dans 59 cas (34%) : majoritairement la mère dans 80% des cas, la belle-mère dans 7% des cas, la sœur dans 7% des cas, la grand-mère dans 5% des cas et la tante dans 2% des cas. L'auteur n'est pas précisé dans 9 cas (5%). Aucun enfant ne présente de lésions à l'examen clinique physique, ou de signes évocateurs de négligence.

Ces violences sont décrites majoritairement comme des insultes (64%), des menaces de coups ou de mort réitérées (43%) et des propos rabaissants (26%) ou dénigrants (7%). Certains rapportent aussi du harcèlement, chantage (2%) ou encore des méthodes punitives inadaptées (enfermement dans un placard) (2%).

Le retentissement psychologique (n = 89) est évalué lors de la consultation médico-légale par un médecin dans 89% des cas (n = 79), et complété par la psychologue de l'UMJ dans 11% des cas (n = 10). Il est décrit 8 cas de souffrances psychologiques majeurs à type de scarification et tentatives de suicides (9%). Il est décrit une tristesse de l'humeur et/ou d'anxiété chez 68 enfants (76%), des troubles du sommeil chez 68 enfants (76%), une altération de l'appétit chez 20 enfants (22%), une somatisation à type de douleurs abdominales et énurésie chez 7 enfants (8%). Des idées noires sont rapportées par 3 d'entre eux (3%). Aucun ne rapporte une addiction. Un suivi psychologique ou psychiatrique concerne 7 des mineurs examinés (n = 161 ; 4%).

Seulement 6 mineurs ont rapporté des violences psychologiques seules (4%). Elles sont décrites comme des insultes par 5 d'entre eux, des menaces de mort et de coups pour tous, et du harcèlement chez un enfant.

Dans le cadre des violences psychologiques seules, l'ITT est conclue comme inévaluable pour 4 d'entre eux, et égale à 1 jour pour les 2 autres.

3.5 – Négligences.

Des éléments faisant évoquer des faits de négligence sont rapportés chez 62 mineurs examinés : 33 garçons (53%) et 29 filles (47%). La répartition des âges est rapportée dans la Figure 5, la moyenne d'âge étant de 7 ans. Les auteurs des faits concernent des hommes dans 13 cas (21%) : le père dans 62% des cas (n = 8) et le beau-père dans 38% des cas (n = 5). Les femmes sont concernées dans 29 cas (47%) : essentiellement la mère (n = 28), sauf 1 rapportant la belle-mère. L'auteur n'est pas précisé dans 20 cas (32%).

Les faits de négligence sont, avant tout, physiques (48%), en lien avec un défaut d'hygiène et d'alimentation prodigué à l'enfant. Ils peuvent être aussi d'ordre affectifs (7%), médicaux (7%) et éducatifs (16%). Un défaut de supervision (26%), refus de garde, abandon (2%), ou une exposition répétée aux dangers (10%) sont également retrouvés.

Des faits de négligence seule ont requis un examen médico-légal pour 11 mineurs (18%) (Figure 3). Le carnet de santé est présenté pour un d'entre-eux. Un absentéisme scolaire récurrent a été déclaré chez 3 enfants, un défaut de supervision chez un enfant d'une fratrie de 4 ayant entraînée une hospitalisation, puis des négligences d'ordres physiques chez 4

d'entre eux. Aucun ne présente de lésion physique évocatrice de maltraitance physique, ni de retentissement psychologique.

Une ITT égale à zéro fût conclu pour 8 individus, égale à un pour 1 individu, puis à six pour 2 autres.

4 – Discussion.

Notre étude a été conduite sur une large cohorte d'enfants examinés par un médecin légiste dans le cadre de violences intrafamiliales. Elle apporte des informations épidémiologiques précises et des données exhaustives sur les différents types de violences envers des mineurs.

4.1 - Les données de l'enquête publique Virage portant sur les violences interpersonnelles rejoignent-elles nos données médico-légales ?

L'enquête Virage, dirigée par l'Institut National d'Études Démographiques, a été conduite sur une population de plus de 27 000 hommes et femmes âgés de 20 à 69 ans durant l'année 2015 et publiée en 2017 (17). Elle porte notamment sur les violences interpersonnelles subies au cours de leur vie. Nous avons souhaité vérifier si la population déclarant avoir été victime de violences intrafamiliales au cours de leur enfance correspondait à celle aboutissant à une procédure judiciaire.

Les femmes sont principalement touchées par ces violences, avec près d'une femme sur 5 et un homme sur 8, toutes générations confondues, déclarant avoir subi des sévices dans l'entourage familial (3,18). Cet écart des genres est majoritairement représenté par les violences sexuelles. Celles-ci sont essentiellement rapportées par des femmes et vécues avant l'âge de 18 ans dans 56% des cas (contre 25% chez les hommes). Elles sont décrites comme répétées durant plusieurs années. Les hommes de la famille (pères, beaux-pères, frères et demi-frères, oncles, grands-pères, autres hommes de la parenté...) représentent la quasi-totalité des auteurs. Nos résultats sur les violences sexuelles rejoignent les données de la population générale.

Cette enquête rapporte aussi des similitudes entre les genres. Les violences physiques sont décrites comme affectant les filles et les garçons de très jeunes âges dans des proportions quasiment similaires, et ce de manière répétées, durant plusieurs années, majoritairement par les parents biologiques (le père en premier lieu, puis la mère). Nos résultats sur les violences physiques rejoignent là aussi les données de la population générale, tout comme les études internationales abordant le même sujet (8,9).

Or, l'enquête Virage place les violences psychologiques comme les types de violences intrafamiliales les plus déclarés avant 18 ans, ce qui n'est pas mis en évidence dans notre étude. Cet écart peut être expliqué en partie par l'âge de notre population. Elle est généralement composée d'enfants de moins de 12 ans (62% des cas) n'ayant vraisemblablement pas encore assez de discernement et de maturité nécessaire pour décrire et nommer ces violences, que ce soit lors de la procédure judiciaire, de l'examen médico-légal ou bien à l'école. De plus, une victime peut être moins à même d'engager des procédures judiciaires en cas de violences psychologiques seules, celle-ci pouvant paraître plus difficile à prouver car ne laissant pas de lésions physiques, visibles. Dans notre étude, 94% des violences psychologiques alléguées sont associées à des violences physiques.

4.2 - Le confinement a-t-il modifié les violences intrafamiliales ?

Concernant le premier confinement national lié à la pandémie de Covid-19, le rapport annuel de l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance pour l'année 2020 établit une augmentation dans le cadre intrafamilial des violences physiques envers les mineurs (10). Une légère augmentation des violences sexuelles sur mineurs est également observée, avec une nette augmentation dans la sphère intrafamiliale (10). Durant la période du 17 mars au 10 mai 2020, notre étude ne retrouve pas de différences significatives concernant la fréquence, les types de violences allégués ou le nombre de jours d'ITT conclus par rapport aux années 2019, 2021 et 2022. Les différents résultats au sein de la littérature rapportent une augmentation des violences intrafamiliales durant le confinement (19–21). Or, celles-ci sont essentiellement portées sur des enfants hospitalisés avec une part importante de nourrissons, une population très peu représentée dans notre étude (19–21).

4.3 - Que peuvent nous apprendre les lésions physiques ?

Dans notre étude, les violences physiques représentent 63% des types de violences alléguées. Elles concernent tous les examens médico-légaux au cours d'une hospitalisation, et 78% des examens réalisés à l'UMJ. Un examen physique complet et minutieux doit cependant être réalisé chez tout enfant suspecté de violences intrafamiliales car certaines lésions décrites peuvent alerter même en l'absence de commémoratifs.

4.3.1 – Constations à l'examen physique.

L'ecchymose est la lésion traumatique la plus commune chez l'enfant victime de sévices (22–25). Sous-estimée, elle est pourtant rapportée à de multiples reprises dans la littérature comme lésion sentinelle la plus fréquente (23,25,26). Celle-ci doit éveiller les soupçons par sa forme, son nombre, la présence de lésions d'âges différents, sa localisation, les mécanismes lésionnels rapportés, et l'âge et le développement psychomoteur de l'enfant (23,27). En effet, une ecchymose chez un enfant pré mobile doit toujours être un signe d'alerte et ce quel que soit la localisation (22,24,27).

Dans notre étude, 61% des mineurs examinés dans le cadre de violences physiques présentent une ou des lésions récentes, dont 63% des ecchymoses. Leur description est cohérente et compatible avec le mécanisme lésionnel contondant rapporté (coup direct et/ou utilisation d'un objet). La forme seule d'une ecchymose peut aussi alerter lorsqu'elle représente celle de l'objet utilisé (24,28). Cette véritable empreinte cutanée est caractéristique de sévices physiques mais, cependant, plus rare. Certaines publications s'intéressent aussi au nombre d'ecchymoses décrites (24–26). Nous avons privilégié dans notre étude leur localisation, celle-ci étant une notion plus pertinente. Une ecchymose d'origine accidentelle typique concerne les régions cutanées en regard des saillies osseuses comme le front, les coudes, les genoux et les crêtes tibiales (24,28,29). En revanche, celles présentant à la face postérieure du corps (dos, fesses), sur des zones molles (oreilles, joues, abdomen) ou considérées comme relativement protégées (le cou, les régions axillaires et faces internes des bras, les organes génitaux et haut des cuisses) doivent alerter (22,24–26,28). Cette topographie lésionnelle faisant évoquer en priorité une origine non accidentelle rejoint les résultats des 131 mineurs isolés de notre étude.

L'abrasion est la deuxième lésion la plus fréquemment décrite. Or, aucune caractéristique physique ne permet de distinguer ces lésions superficielles comme abusives ou accidentelles (27,28), le contexte clinique étant donc impératif pour déterminer l'origine de la lésion.

Enfin, les cicatrices représentent aussi une part importante du descriptif lésionnel (45%). Les données de la littérature associant les cicatrices et la maltraitance physique sont principalement abordées au sein des lésions thermiques (28,30,31). Une revue de la

littérature rassemble les caractéristiques des brûlures d'origine non accidentelles comme : des brûlures de contact clairement délimitées ou ayant la forme de l'objet incriminé, principalement localisées sur les membres, le tronc et le dos des mains, souvent multiples et accompagnant d'autres lésions suspectes (28,30). Il est important d'ajouter que les brûlures accidentelles peuvent aussi révéler une maltraitance envers l'enfant dans le cadre de négligence, dans des proportions plus ou moins équivalentes selon les études (30,31).

4.3.2 - Le délai de consultation impacte-t'il sur la description lésionnelle ?

Dans le cadre de violences physiques, notre étude rapporte la présence de lésions physiques, au temps de l'examen, en fonction du délai entre la consultation et le dernier épisode de violence. Chez les mineurs présentant au moins une lésion récente, près de 30% d'entre eux ont été isolés comme présentant des lésions d'origine non accidentelles. Parmi eux, 82% présentaient un délai court entre l'examen et les derniers faits allégués (inférieur à une semaine). De plus, le groupe de mineurs ne présentant aucune lésion, rassemble significativement plus d'enfants examinés après un délai d'un mois séparant des derniers faits (66 au total). Il est important de rappeler que les lésions cutanées disparaissent rapidement et qu'une description précise et schématisée, la plus précoce possible, est nécessaire pour répondre aux questions de la justice. Or, dans notre étude, un délai supérieur à un mois est rapporté chez un quart des enfants examinés. Il est alors difficile de conclure à des sévices physiques chez ces enfants, qu'ils présentent ou non des lésions au cours de l'examen clinique (en dehors de celles purement cicatricielles). Une compatibilité entre les lésions observées et les faits allégués, ne peut être établit sans information sur le délai séparant la dernière agression de l'examen médico-légal.

4.4 - Qu'attendre de l'examen médico-légal concernant les violences sexuelles ?

Les légistes sont régulièrement amenés à examiner des victimes de sévices sexuelles dont l'interprétation médico-légale est complexe (16,32). L'ONPE rapporte près de 400 000 cas de mineurs victimes de violences sexuelles enregistrés par les services de police et gendarmerie pour l'année 2020, un nombre en augmentation de 45% depuis 2016.

4.4.1 – Au cours de l’entretien.

L’entretien est l’étape essentielle d’une consultation dans le cadre de violences sexuelles (16). Recueillir la parole de l’enfant en contexte judiciaire implique d’obtenir de nombreux éléments primordiaux à l’enjeu pénal, ainsi que l’interprétation de l’examen clinique qui suivra, et ce de manière adaptée aux capacités développementales de l’enfant (3). De nombreuses études ont montré que l’exactitude des détails obtenus dépend directement du type de questions employées (33,34). Le protocole du National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) a été conçu avec une majorité de questions ouvertes afin de ne pas influencer l’enfant. Il se déroule en 3 étapes : la phase pré déclarative, préparant l’enfant à son rôle d’informateur ; la phase déclarative recueillant toutes les informations nécessaires ; puis la phase de clôture permettant de remercier l’enfant pour le travail réalisé. Ce protocole doit être employé par des intervenants formés au cours d’une audition filmée au sein de locaux adaptés aux procédures médico-légales (35–37). A la suite de cet entretien, un examen somatique complet (et non seulement gynécologique) pourra être débuté.

4.4.2 – Au cours de l’examen périnéal.

Notre étude ne rapporte aucune lésion récente, mais uniquement des déchirures anciennes de l’hymen chez 20% des filles. Une proportion faible mais cohérente avec les données de la littérature (32,38). A. Blanc and al résume, par un organigramme décisionnel, que seules les déchirures hyménales récentes confirment un mécanisme traumatique de pénétration et ce qu’elle que soit leur profondeur ou localisation (32,39,40). Dans le cadre des déchirures non récentes, elles doivent être postérieures, profondes ou complètes pour être compatibles avec un mécanisme de pénétration (39,40).

L’interprétation des lésions non récentes est complexe et multifactorielle, mais finalement non majoritaire contrairement au nombre d’examens normaux conclus chez les enfants alléguant des violences sexuelles, surtout lorsqu’ils sont examinés à distance des faits (32,38,41). L’absence de lésion n’exclut pas pour autant nécessairement les faits ou l’absence de toute pénétration ancienne. Des commémoratifs imprécis ou absents liés au très jeune âge de l’enfant, sa conceptualisation de la pénétration et de l’anatomie, la présence d’un hymen

à l'élasticité variable, ainsi qu'un temps de cicatrisation rapide selon le stade pubertaire, peuvent expliquer l'absence de lésion retrouvée au temps de l'examen (32,42).

En effet, dans notre étude, 88% des patients ont été examinés à plus de 15 jours de la dernière agression. Ce délai a aussi son importance dans le cadre d'analyse à visée d'identification génétique de l'auteur. En effet, il est rapporté que des prélèvements à la recherche de spermatozoïdes ne sont qu'exceptionnellement positifs au-delà de 24 heures sur la peau, 48 heures dans la bouche, 72 heures au niveau anal et 72 à 96 heures en intra-vaginal (43,44).

Enfin, l'examen périnéal d'une victime d'agression sexuelle comprend aussi l'examen de l'anus. La littérature à ce sujet est peu fournie et plus discordante que pour l'interprétation des lésions hyménales. Les lésions anales seraient plus nombreuses (plus de 2) et plus fréquentes chez les enfants alléguant des sévices sexuels que ceux se présentant pour d'autre type de maltraitance (45,46). Or, certaines de ces lésions anales peuvent aussi être décrites chez un enfant en cas de pathologie digestive aiguë ou chronique par exemple (fissure, congestion veineuse ect.) (46,47). Aucune lésion n'est évocatrice d'une pénétration anale non consentie, rappelant encore une fois la nécessité de commémoratifs clairs et exhaustifs (45,48).

On déplore de nombreuses données manquantes pourtant indispensables lors de l'analyse médico-légale. De nombreux certificats ne rapportent pas de délai depuis la dernière agression, de stade pubertaire de l'enfant examiné, d'antériorité de rapports sexuels consentis, ou encore de description précise des déchirures observées.

4.5 – Les négligences négligées ?

Les négligences sont sous décrites au sein de nos certificats médico-légaux, tout comme dans la littérature (49). La multiplicité des définitions rend son évaluation et sa quantification relativement complexes au sein d'un même pays, mais aussi à l'échelle mondiale (3,49). Les négligences font rarement l'objet d'un évènement exclusif. Elles sont plutôt l'association de nombreux actes délaissant, de manière récurrente, la sphère affective, physique, médicale, éducative de l'enfant, et/ou sa protection par défaut de supervision, d'exposition aux dangers, ou par l'abandon pur et simple de celui-ci (28). Les négligences au cours d'une consultation médico-légale peuvent également être appauvries par l'absence d'évocation spontanée de l'enfant mais aussi le peu de moyens mis à disposition pour les documenter.

Leurs évaluations, en dehors des négligences lourdes conduisant au signalement car péril imminent, relèvent d'une évaluation sociale avant tout. Le partage d'informations est nécessaire à la prise en charge qu'impose la situation de l'enfant victime de violences. Les faits de négligences vont impacter le développement de l'enfant tant sur le plan physique, que neurophysiologique ou social et affectif (3,49).

4.6 - L'Incapacité Totale de Travail : une donnée intéressante ?

L'ITT se justifie par une gêne dans, au moins, une des activités essentielles de la vie quotidienne et/ou par le besoin de l'aide d'un tiers (16,50,51). Sa durée peut jouer un rôle déterminant dans la qualification de l'infraction (contravention ou délit) et donc, par extension, dans la nature des poursuites et des sanctions encourues. Or, en vertu des articles 222-12, 13 et 14 du Code pénal, les violences volontaires à l'encontre d'un mineur de moins de 15 ans sont une circonstance « aggravante », qui sera d'autant plus majorée si l'auteur est un ascendant ou une personne ayant autorité (50,52-54). Peu de certificats concluant une ITT strictement supérieure à huit jours (2%) sont retrouvés dans notre étude. Mais la prise en compte plus générale du retentissement psychologique et des conséquences des négligences pourrait majorer sa durée. L'ITT reste cependant une notion inadaptée dans le cadre des violences chroniques (50,51).

4.7 – L'âge de l'enfant influence-t-il l'examen ?

Les nourrissons sont essentiellement concernés par des formes physiques et graves de maltraitements, celles-ci étant principalement liées à une extrême vulnérabilité et fragilité de l'enfant à cet âge (55-58). L'acquisition du langage chez le nourrisson ne débute qu'à l'approche des 2 ans, son versant réceptif (compréhension) se développant avant son versant expressif. Le recueil de commémoratifs clairs et précis devra donc passer par les individus côtoyant le plus l'enfant, c'est-à-dire leurs parents. Or, ce recueil ne peut être fiable car les parents s'avèrent être les principaux suspects pourvoyeurs de sévices physiques. Par conséquent, lors d'une procédure judiciaire impliquant un nourrisson, seul le corps de l'enfant parle. Le médecin se doit de l'écouter en associant un examen clinique minutieux, plus ou

moins associé à un bilan d'imageries exhaustif, à plus forte raison quand-il est rapporté comme le principal acteur à l'origine d'un signalement à cet âge.

Une fois la parole acquise chez le jeune enfant, celle-ci pourra être injustement minimisée. Un enfant en bas âge pourrait en effet rapporter des termes imprécis, avec une certaine distorsion de la réalité, modelée par l'environnement familial au sein duquel il grandit. Ce milieu est encore relativement hermétique et majoritairement régi par l'autorité parentale, son jeune âge le rendant beaucoup plus influençable. Les propos manipulateurs d'un proche parent justifieront ses actes en faisant reposer sur l'enfant la seule responsabilité des faits, installant chez lui la peur d'être puni ou blâmé s'il révèle les mauvais traitements subis (3). Le chantage, les menaces associées aux violences physiques et sexuelles (et donc par conséquence, des violences psychologiques) en sont d'ailleurs très probablement sous-estimées. Pourtant, la littérature indique que moins de 10% des allégations faites par les enfants sont fausses (3,59). L'audition d'un mineur à cette âge-là doit donc, et avant tout, être recueillie par un professionnel formé, et majoritairement retranscrit avec les termes qu'il emploie. La consultation médico-légale devra aussi questionner sur d'éventuelles violences psychologiques, des faits de négligences, mais aussi un éventuel retentissement psychologique. Les déclarations spontanées doivent être privilégiées mais ces violences ne seront que rarement abordées par l'enfant lui-même car incomprises ou non considérées comme en dehors de la norme.

Après la puberté, l'adolescent développera davantage sa propre vision de la normalité, développant ses connaissances et sa compréhension, influencées par des acteurs autres qu'au sein de la sphère intrafamiliale. Dans notre étude, la parole est libérée après une durée de violences répétées supérieure à un an chez 76% des adolescents contre 49% chez les moins de 12 ans. Cependant, le délai de consultation inférieur à une semaine après les faits, dans le cadre de violences physiques, ne diffère pas entre ces deux classes d'âges (d'environ 60%). Ces violences subies de manière répétées pendant de nombreuses années nécessite une évaluation approfondie du retentissement psychologique, mais aussi un suivi rapproché chez l'adolescent. Dans notre étude, un retentissement psychologique majeure (idées noires, scarifications, et/ou tentatives de suicides) est décrit dans 89% des cas chez un adolescent.

Recueillir la parole de l'enfant en contexte judiciaire met inévitablement en tension les besoins et les capacités des enfants, selon leur niveau de développement, avec les exigences de la justice de disposer d'une parole véridique et détaillée permettant l'obtention et une corroboration des éléments de preuve (3). Le médecin légiste se place en seconde position dans ce recueil. La complexité de ce dernier s'exprime par la discordance d'un interrogatoire devant être le plus ouvert et le plus exhaustif possible, mais sans pour autant être intrusif.

4.8 – Le déploiement des Unités d'Accueil Pédiatriques Enfance en Danger, une solution ?

Lorsqu'un enfant est exposé à des violences intrafamiliales, de nombreux intervenants issus du corps juridique, social et médical, ont un devoir de protection et de promotion de ses droits et de son bien-être (60). Chaque acteur intervient au sein de locaux différents, à des phases distinctes de la procédure judiciaire. Cette prise en charge morcelée peut mêler l'enfant à des investigations répétées, multipliant ainsi les entrevues qui seront dirigées par divers intervenants, parfois non formés. Elle augmente le risque de modifier la parole de l'enfant, de limiter sa participation, et contribue à lui faire revivre, à plusieurs reprises, des faits traumatisants (3,60).

Ces difficultés ont amené à établir en France les Unités d'Accueil Pédiatrique Enfance en Danger (UAPED), des structures à l'instar du modèle nord-américain tel que les « Child Advocacy Centers », ou européen nommé « Barnahus ». Une pluridisciplinarité au sein d'un lieu commun, permet une meilleure communication et coordination entre les différents acteurs sociaux, médicaux, hospitaliers et judiciaires. Plusieurs études ont décrit une amélioration des suites judiciaires et des soins prodigués à l'enfant lorsque celui-ci est pris en charge au sein de ces structures (3,60). Ces dernières permettent d'établir le constat, l'évaluation, la protection, les soins et le suivi nécessaire à l'enfant, dans un environnement entier et rassurant pour celui-ci. Il sera donc réalisé, au sein des UAPED, l'audition, l'évaluation pédiatrique, l'examen et/ou expertise médico-légale, ainsi que l'accompagnement psychosocial de l'enfant. Celui-ci pourra alors bénéficier d'une prise en charge globale à la fois en tant que victime et détenteur de droits (12).

5 - Conclusion.

Notre étude souligne le nombre important et grandissant de violences intrafamiliales sur mineurs. Elles présentent des conséquences médicales, développementales et psychosociales pour l'enfant, mais aussi légale en vertu de l'article 375 du Code Civil (14,53), ainsi que les articles 222-12, 13 et 14 du Code Pénal (52,54). Le rôle du médecin légiste, requis au cours de la procédure judiciaire pour examiner l'enfant, est de décrire précisément les lésions observées, puis de les analyser à la lumière de l'interrogatoire et/ou des données de l'enquête. L'interprétation sera réalisée en fonction du type, de l'aspect, du nombre, de la localisation des lésions et du mécanisme rapporté, en fonction de l'âge et du développement psychomoteur de l'enfant. Si les observations somatiques (anatomiques ou fonctionnelles) peuvent permettre le plus souvent de poser un avis technique motivé, la distance entre les faits et la consultation reste une source de difficultés. De même, une consultation médico-légale seule, à un instant T, peut difficilement permettre d'évaluer le retentissement psychologique et parfois même d'établir un lien de causalité certain entre les faits allégués et les symptômes rapportés. Le déploiement en France des UAPED consiste à rassembler, en un lieu commun, les différents acteurs sociaux, médicaux, hospitaliers et judiciaires, afin d'aborder l'enfant-victime dans son entièreté. Le médecin légiste pourra alors réunir, par la rédaction de certificats médico-légaux proposés en Annexe, la parole de l'enfant, la description et interprétation lésionnelle escomptées, ainsi que le retentissement médico-psychologique des violences chroniques infligées, au sein du contexte social dans lequel il évolue. Ces certificats médico-légaux permettront d'apporter à la procédure judiciaire toute l'exhaustivité des informations relatives à la prise en charge médico-légale nécessaire à l'enfant, en tant que victime et détenteur de droits.

Bibliographie

1. Labbé J. Ambroise Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. *Child Abuse & Neglect*. avr 2005;29(4):311-24.
2. Roche AJ, Fortin G, Labbé J, Brown J, Chadwick D. The work of Ambroise Tardieu: The first definitive description of child abuse. *Child Abuse & Neglect*. avr 2005;29(4):325-34.
3. Balençon M, and All. *Pédiatrie Médico-Légale. Mineurs en danger : du dépistage à l'expertise pour un parcours spécialisé protégé*. Elsevier Masson;
4. Arveiller J. Le syndrome de Tardieu. *Maltraitance des enfants, médecine légale et psychiatrie au xixe siècle. L'Évolution Psychiatrique*. avr 2011;76(2):219-43.
5. Rey-Salmon C. Chapitre 1. Approche historique. In: *Maltraitance chez l'enfant* [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2013 [cité 7 juin 2022]. p. 1-3. (Médecine Sciences). Disponible sur: <https://www.cairn.info/maltraitance-chez-l-enfant--9782257205773-p-1.htm>
6. Kempe CH, Steele BF, Silver HK. THE BATTERED-CHILD SYNDROME. :12.
7. Berkowitz CD. Physical Abuse of Children. Solomon CG, éditeur. *N Engl J Med*. 27 avr 2017;376(17):1659-66.
8. Organisation mondiale de la Santé. Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!) : orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2018 [cité 6 juin 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272299>
9. GIOVE F. Des millions d'enfants dans le monde victimes de violences | UNICEF France [Internet]. UNICEF. 2017 [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/article/des-millions-denfants-dans-le-monde-victimes-de-violences/>
10. GIP Enfance en danger. Observatoire National de la Protection de l'Enfance_juillet_2022 [Internet]. 2022 [cité 1 sept 2022]. Disponible sur: https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/ragp_2022_v5_0.pdf
11. ONPE. onpe_chiffres_cles_annee_2019.pdf [Internet]. 2019 [cité 20 avr 2022]. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_annee2019_0.pdf
12. Le ministère des solidarités et de la santé, Le secrétaire d'Etat à l'enfance et aux familles. INSTRUCTION N° DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021 relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences [Internet]. nov 3, 2021. Disponible sur: https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/medias/documents/2021_220_0.pdf

13. Ministère de la Justice. Guide_La prise en charge des mineurs victimes [Internet]. 2020 [cité 24 août 2022]. Disponible sur: https://viffil.centredoc.fr/doc_num.php?explnum_id=123
14. Enfance Famille. guide-protection-enfance-bouches-du-rhône.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2022]. Disponible sur: https://www.departement13.fr/fileadmin/user_upload/Enfance/Protection_enfance/guide-protection-enfance.pdf
15. Juston Morival R. Introduction. Ces médecins qui ne soignent pas. In: Médecins légistes [Internet]. Paris: Presses de Sciences Po; 2021 [cité 24 sept 2022]. p. 7-19. (Académique). Disponible sur: <https://www.cairn.info/medecins-legistes--9782724625653-p-7.htm>
16. Baccino E. Médecine légale clinique. Médecine de la violence - Prise en charge des victimes et agresseurs. Elsevier Masson.
17. Institut National d'Etudes Démographiques. Virage, violences et rapports de genre. Institut National d'Etudes Démographiques; 2020.
18. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, van IJzendoorn MH. The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review*. 2015;24(1):37-50.
19. Physical abuse of young children during the COVID-19 pandemic: Alarming increase in the relative frequency of hospitalizations during the lockdown period | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 3 avr 2022]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0145213421003689?token=6B418DEA11A92887DC88E4EB1D898C9F43344A4250E0C3A2CC272188758DFFA0F20FD0AB56A5ECE8CD6E0132CC3F8E28&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220403194414>
20. Lăzărescu AM, Benichi S, Blauwblomme T, Beccaria K, Bourgeois M, Roux CJ, et al. Abusive Head Trauma in Infants During the COVID-19 Pandemic in the Paris Metropolitan Area. *JAMA Netw Open*. 30 août 2022;5(8):e2226182.
21. Impact of COVID-19 pandemic on child abuse and neglect: A cross-sectional study in a French Child Advocacy Center | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 18 avr 2022]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0145213421005123?token=98A9791E69A74D6ED1A8B514AB9F2B987EE8343B8DB1245080A3DCB5253369ABF1732049C7CB2544E31962551E396A16&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220418101042>
22. Johnson EL, Lee Jones A, Maguire S. Bruising: the most common injury in physical child abuse. *Paediatrics and Child Health*. nov 2021;31(11):403-9.
23. Gregory KA, Fingarson AK. Bruising in Infants and Children: Minor Skin Injuries Can Have Major Implications. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. sept 2020;21(3):100785.
24. Pierce MC. Bruising characteristics from unintentional injuries in children: the 'green flag' study. *Arch Dis Child*. déc 2017;102(12):1097-8.

25. Pierce MC, Kaczor K, Aldridge S, O'Flynn J, Lorenz DJ. Bruising Characteristics Discriminating Physical Child Abuse From Accidental Trauma. *Pediatrics*. 1 janv 2010;125(1):67-74.
26. Kemp AM, Maguire SA, Nuttall D, Collins P, Dunstan F. Bruising in children who are assessed for suspected physical abuse. :6.
27. Luyet FM, Wipperfurth J, Palm A, Knox BL. Skin Lesions and Other Associated Findings in Children with Abusive Head Trauma. *J Fam Viol*. oct 2016;31(7):805-14.
28. Giardino AP, Lyn MA, Giardino ER, éditeurs. *A Practical Guide to the Evaluation of Child Physical Abuse and Neglect* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2009 [cité 6 juin 2022]. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/978-1-4419-0702-8>
29. Hibberd O, Nuttall D, Watson RE, Watkins WJ, Kemp AM, Maguire S. Childhood bruising distribution observed from eight mechanisms of unintentional injury. :8.
30. Kemp AM, Maguire SA, Lumb RC, Harris SM, Mann MK. Contact, Cigarette and Flame Burns in Physical Abuse: A Systematic Review. *Child Abuse Review*. 2014;23(1):35-47.
31. Chester DL, Jose RM, Aldlyami E, King H, Moiemmen NS. Non-accidental burns in children— Are we neglecting neglect? *Burns*. mars 2006;32(2):222-8.
32. Blanc A, Savall F, Dedouit F, Telmon N. Victimes féminines mineures d'agressions sexuelles : guide pratique pour l'examen et l'interprétation des lésions génitales. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. déc 2014;42(12):849-55.
33. Anderson GD, Anderson JN, Gilgun JF. The Influence of Narrative Practice Techniques on Child Behaviors in Forensic Interviews Forensic Interviewing of Children. *J Child Sexual Abuse*. 2014;23(6):615-34.
34. Cheung M, McNeil Boutté-Queen N. Assessing the Relative Importance of the Child Sexual Abuse Interview Protocol Items to Assist Child Victims in Abuse Disclosure. *J Fam Viol*. janv 2010;25(1):11-22.
35. Ahern EC, Hershkowitz I, Lamb ME, Blasbalg U, Winstanley A. Support and Reluctance in the Pre-substantive Phase of Alleged Child Abuse Victim Investigative Interviews: Revised versus Standard NICHD Protocols. *Behavioral Sciences & the Law*. 2014;32(6):762-74.
36. Erens B, Otgaar H, de Ruitter C, van Bragt D, Hershkowitz I. The NICHD interview protocol used by Dutch child protection workers: Effects on interview style, children's reported information and susceptibility to suggestion. *Applied Cognitive Psychology*. 2022;36(1):7-18.
37. Cheung K fong M. Developing the interview protocol for video-recorded child sexual abuse investigations: A training experience with police officers, social workers, and clinical psychologists in Hong Kong. *Child Abuse & Neglect*. mars 1997;21(3):273-84.
38. Rey-Salmon C. Les violences sexuelles sur mineurs : diagnostic médical, constats et perspectives. *Les Cahiers de la Justice*. 2018;1(1):55-64.

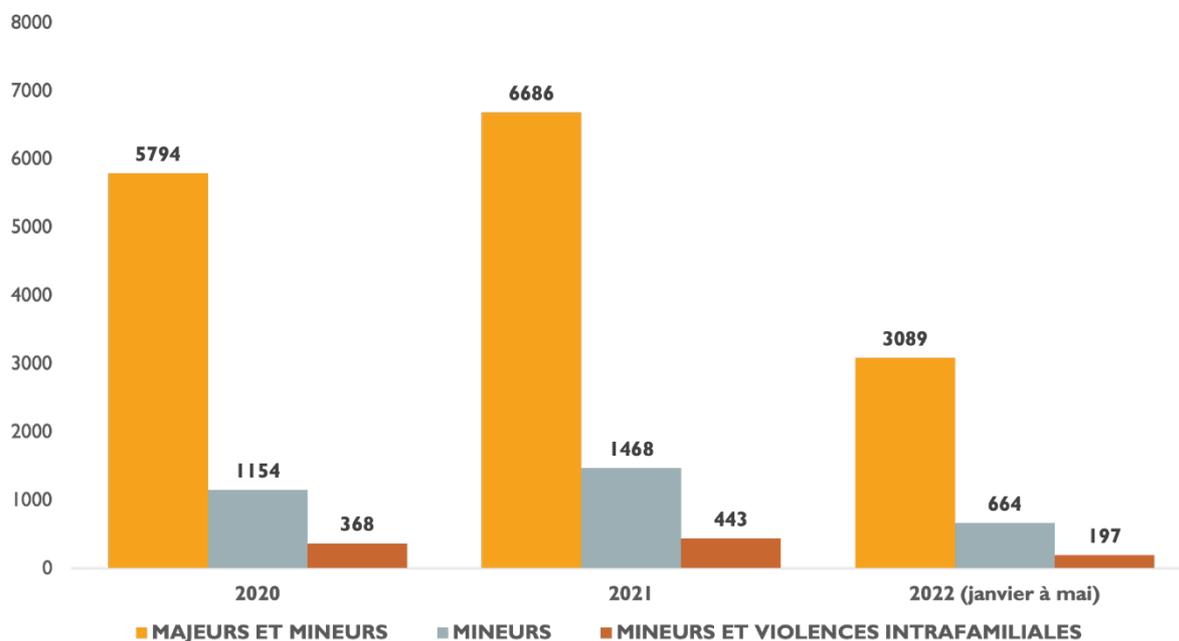
39. Berenson AB, Grady JJ. A longitudinal study of hymenal development from 3 to 9 years of age. *The Journal of Pediatrics*. mai 2002;140(5):600-7.
40. Myhre AK, Myklestad K, Adams JA. Changes in Genital Anatomy and Microbiology in Girls between Age 6 and Age 12 Years: A Longitudinal Study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. avr 2010;23(2):77-85.
41. Eg MB, Hansen LA, Sabroe S, Charles AV. Hymenal lesions and legal outcome in sexually abused girls with a history of vaginal penetration. *Forensic Science International*. juill 2015;252:163-7.
42. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of Hymenal Injuries in Prepubertal and Adolescent Girls: A Descriptive Study. *Pediatrics*. 1 mai 2007;119(5):e1094-106.
43. Fonnelløp AE, Johannessen H, Heen G, Molland K, Gill P. A retrospective study on the transfer, persistence and recovery of sperm and epithelial cells in samples collected in sexual assault casework. *Forensic Science International: Genetics*. nov 2019;43:102153.
44. Level S, Daligand L, Doray S, Dubret G, Girodet D, Hochart F, et al. Le praticien face aux violences sexuelles. 2000. 102 p.
45. Hobbs CJ, Wright CM. Anal signs of child sexual abuse: a case-control study. *BMC Pediatr*. 27 mai 2014;14:128.
46. Rougé-Maillart C, Houdu S, Darviot E, Buchaillet C, Baron C. Anal lesions presenting in a cohort of child gastroenterological examinations. Implications for sexual traumatic injuries. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. mai 2015;32:25-9.
47. Heppenstall-Heger A, McConnell G, Ticson L, Guerra L, Lister J, Zaragoza T. Healing Patterns in Anogenital Injuries: A Longitudinal Study of Injuries Associated With Sexual Abuse, Accidental Injuries, or Genital Surgery in the Preadolescent Child. *Pediatrics*. 1 oct 2003;112(4):829-37.
48. Ouellette L, McCoy J, Bush C, Rossman L, Kolacki C, Rossman P, et al. Comparative prevalence of anogenital injury following sexual assault in women who have had recent consensual sexual contact. *The American Journal of Emergency Medicine*. janv 2022;51:124-6.
49. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. mars 2013;48(3):345-55.
50. Manaouil C, Pereira T, Gignon M, Jardé O. La notion d'incapacité totale de travail (ITT) dans le Code pénal. *La Revue de Médecine Légale*. mai 2011;2(2):59-71.
51. Niort F, Delteil C, Bartoli C, Léonetti G, Piercecchi-Marti MD. Attente de la justice en matière d'Incapacité Totale de Travail : opinions sur cet outil médico-légal d'évaluation. Enquête qualitative réalisée auprès de 21 magistrats, 46 officiers de police judiciaire

(police et gendarmerie) et 15 avocats pénalistes. *Médecine & Droit*. mai 2014;2014(126):74-8.

52. Article 222-13 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043540664/
53. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0063 du 15/03/2016 [Internet]. [cité 18 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=fJO6kJUGDt7kuHVbQEggNs1EHFQ2DgWXsjxXY-a5RFQ=>
54. Section 3 : Du viol, de l'inceste et des autres agressions sexuelles (Articles 222-22 à 222-33-1) - Légifrance [Internet]. [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000043409037/>
55. Paul AR, Adamo MA. Non-accidental trauma in pediatric patients: a review of epidemiology, pathophysiology, diagnosis and treatment. *Transl Pediatr*. juill 2014;3(3):195-207.
56. Gilard-Pioc S, Cottenet J, Mikaeloff Y, Gouyon JB, Francois-Purcell I, Quantin C. Eight-Year Period Prevalence of Physical Abuse in Hospitalised Infants and Corresponding In-hospital Mortality in France. *Child Abuse Review*. 2019;28(5):353-65.
57. Cartocci G, Fineschi V, Padovano M, Scopetti M, Rossi-Espagnet MC, Gianni C. Shaken Baby Syndrome: Magnetic Resonance Imaging Features in Abusive Head Trauma. *Brain Sci*. 1 févr 2021;11(2):179.
58. Haas-Lude K, Roulet-Perez E, Döbler-Neumann M, Groeschel S, Nägele T, Krägeloh-Mann I. Cerebellar lesions in pediatric abusive head trauma. *European Journal of Paediatric Neurology*. juill 2019;23(4):604-8.
59. Trocmé N, Bala N. False allegations of abuse and neglect when parents separate. *Child Abuse & Neglect*. déc 2005;29(12):1333-45.
60. Lind Haldorsson O. Normes de qualité Barnahus [Internet]. Secrétariat du Conseil des États de la mer Baltique et Child Circle; 2017 [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: https://www.barnahus.eu/en/wp-content/uploads/2020/09/PROMISEStandards_FR.pdf

Annexes

Annexe 1



Annexe 1 : Histogramme en barre du nombre de consultation de 2020 à mai 2022.

Annexe 2

Annexe 2 : Caractéristiques des mineurs victimes de violences intrafamiliales du 17 mars au 10 mai, de 2019 à 2022.

	2019	2020	2021	2022
Effectif consultations des violences intrafamiliales chez les mineurs	83	58	64	62
Effectif des consultations chez les mineurs	200	111	237	
Consultations UMJ/hospitalisation	80/3	55/3	62/2	59/3
Sexe (H/F)	39/44	27/31	28/36	29/33
Nourrissons	8	7	4	4
Jeunes et grands enfants	44	34	36	36
Adolescents	31	17	24	22
ITT (inévaluable et < 8 jours / > 8 jours)	79/4	57/1	63/1	60/2
Violences physiques	69	47	48	48
Violences sexuelles	14	13	19	18
Violences psychologiques	12	12	16	8
Négligences	3	1	3	1

Annexe 3

Annexe 3 : P – values comparant les différentes caractéristiques de la population de mineurs durant la période de confinement du 17 mars au 10 mai 2020, et celle de 2019, 2021 et 2022.

	2019	2021	2022
Effectif consultations intrafamiliales mineurs / Effectif consultations mineurs	0.32	0.003	0.009
Consultations UMJ/hospitalisation	0.69	0.67	0.93
Sexe (H/F)	1	1	1
Âge	0.19	0.07	0.32
ITT (inévaluable et < 8 jours / > 8 jours)	0.65	1	1
Violences physiques	0.5	1	1
Violences sexuelles	0.68	0.64	0.50
Violences psychologiques	0.42	0.88	0.43
Négligences	0.82	0.73	1

Annexe 4

Annexe 4 : Comparaison des régions présentant une ou plusieurs lésions chez les enfants ayant un mécanisme lésionnel considéré comme non accidentel, et les autres.

	Autres (n = 343)	Origine non accidentelle (n = 131)	P - value
Scalp	7	16	2,13.10-5
<i>Frontale</i>	4	5	0,12
<i>Pariétale</i>	3	5	0,04
<i>Temporale</i>	0	3	0,02
<i>Occipitale</i>	4	4	0,23
Visage	100	82	5,51.10-11
<i>Zone 0</i>	57	42	0,04.10-2
<i>Zone 1</i>	40	64	8,19.10-17
<i>Zone 2</i>	17	16	0,008
Oreilles	0	12	1,36.10-7
Cou	10	24	7,26.10-8
Bras	88	48	0,02
<i>Antérieure</i>	42	21	0,29
<i>Postérieure</i>	29	17	0,16
<i>Externe</i>	20	22	0,04.10-2
<i>Interne</i>	11	6	0,58
Coudes	45	21	0,46
<i>Antérieure</i>	5	2	1
<i>Postérieure</i>	31	15	0,53
<i>Externe</i>	9	4	0,76
<i>Interne</i>	0	0	
Avant-bras	94	39	0,65
<i>Antérieure</i>	39	15	1
<i>Postérieure</i>	43	25	0,079
<i>Externe</i>	13	7	0,45
<i>Interne</i>	9	3	1
Mains	24	11	0,69
<i>Dorsale</i>	18	7	1
<i>Palmaire</i>	6	4	0,47
<i>Externe</i>	0	0	
<i>Interne</i>	0	0	
Doigts	11	9	0,12
<i>Dorsale</i>	9	7	0,14
<i>Palmaire</i>	3	4	0,1
<i>Latéral</i>	0	0	
Thorax	24	21	0,005
Abdomen	10	12	0,007
Dos	44	33	0,002
Fesses	12	12	0,02

Cuisses	87	35	0,81
<i>Antérieure</i>	49	26	0,16
<i>Postérieure</i>	7	11	0,003
<i>Externe</i>	24	10	0,84
<i>Interne</i>	5	6	0,08
Genoux	118	37	0,24
<i>Antérieure</i>	108	29	0,06
<i>Postérieure</i>	3	1	1
<i>Externe</i>	7	4	0,51
<i>Interne</i>	3	2	0,62
Jambes	132	37	0,04
<i>Antérieure</i>	107	27	0,02
<i>Postérieure</i>	12	10	0,08
<i>Externe</i>	11	8	0,19
<i>Interne</i>	11	4	1
Pieds	3	6	0,02
<i>Dorsale</i>	3	6	0,02
<i>Plantaire</i>	0	0	
<i>Externe</i>	0	0	
<i>Interne</i>	0	0	
Orteils	3	4	0,1
<i>Dorsale</i>	3	4	0,1
<i>Plantaire</i>	0	0	
<i>Latéral</i>	0	0	

Annexe 5

Trame de consultation type : Âge non verbal

Je soussigné(e) (*prénom.nom*), serment préalablement prêté d'apporter mon concours à la justice en honneur et conscience, certifie avoir reçu le (*date*) à (*heure*) à l'Unité Médico-Judiciaire, sur réquisition de (*prénom.nom*), OPJ en résidence à (*lieu*), n° de PV : (*année/chiffre*)

Une personne déclarant se nommer :

Nom : Prénom :
Né(e) le : Sexe :

Situation personnelle / Mode de vie :

- Situation au domicile (*Parent / Fratrie / Famille recomposée*)
- Mode de garde
- Scolarité
- Activités parascolaires

Antécédent médico-chirurgicaux, psychologiques et traitements :

- Présentation du carnet de santé : *Oui/Non*

Examen médico-légal antérieur : *Date ; Motif*

Signalement judiciaire et/ou IP / dépôt de plainte : *Date ; Origine*

Commémoratifs :

La consultation se déroule en présence de (*identité de la tierce personne présente*).

Selon ses dires, l'intéressé(e) aurait été victime de (*type de violence*) le (*date des derniers faits*) aux alentours des (*heures*) à (*lieu : domicile, voie publique...*).

La tierce personne déclare « ...*texte libre...* »

L'intéressé(e) aurait consulté le (*date*) le Docteur (*prénom ; nom*), au service/cabinet de médecine général de (*lieu*), qui rédige un certificat médical initial mentionnant : « ...*texte libre...* ».

Le(s) examen(s) complémentaire(s) (*radiographie ; scanner ; ect.*) réalisé(s) le (*date*) rapportent « ...*texte libre...* ».

Doléances :

La tierce personne déclare « ...texte libre... »

Examen clinique (à rapporter sur un schéma) :

L'examen met en évidence les éléments suivants :

Taille : (x) cm Poids : (x) kg Périmètre crânien : (x) cm
Le *poids/taille/périmètre crânien* se situe dans le (x) percentile.

- Développement psychomoteur (*acquisitions motrices et posturales ; manuelles ; langages ; sensorielles*) : *Texte libre*
- Alimentation (*type d'alimentation ; nombre de repas ect.*) : *Texte libre*
- Sommeil (*heure du coucher ; nuit complète ect.*) : *Texte libre*
- Tenue vestimentaire / Hygiène : *Texte libre*

Attitude de l'enfant (*sourires ; pleurs ; sursaut ect.*) : *Texte libre*

Lors de l'examen physique :

En région tête et cou :

- Face
- Oreille / Tympan
- Examen endo-bucco
- Rachis cervical

Au niveau du tronc :

- Face antérieure
- Face postérieure

Aux niveaux des membres supérieurs :

- Lésions
- Mobilisations

Aux niveaux des membres inférieurs :

- Lésions
- Mobilisations

Conclusion :

L'examen médico-légal de l'enfant, né le (date de naissance) et âgé de (x) mois, est réalisé le (date), dans le cadre d'allégation de violence(s) intrafamiliale(s) (type de violence / unique ou répétée).

Sur le plan **physique**, l'examen clinique nous montre : *Texte libre*

- *Hygiène, tenue vestimentaire, état bucco-dentaire, état nutritionnel, développement staturo-pondéral, développement psychomoteur en accord avec l'âge ect.*
- *Résumé des lésions et leurs localisations*

➔ Établir la compatibilité des lésions avec les faits allégués.

Sur le plan **psychologique**, on note la présence d'un retentissement (*aiguë / chronique*) d'allure (*léger / modérée / important*) comprenant (*texte libre*).

Compte-tenu de tous ces éléments et sous réserve de complication ultérieure, **l'incapacité totale de travail est de (lettre) (chiffre) jour(s).**

Annexe 6

Trame de consultation : Âge verbal

Je soussigné(e) (*prénom.nom*), serment préalablement prêté d'apporter mon concours à la justice en honneur et conscience, certifie avoir reçu le (*date*) à (*heure*) à l'Unité Médico-Judiciaire, sur réquisition de (*prénom.nom*), OPJ en résidence à (*lieu*), n° de PV : (*année/chiffre*)

Une personne déclarant se nommer :

Nom :

Prénom :

Né (e) le :

Sexe :

Situation personnelle / Mode de vie :

- Situation au domicile (*Parent / Fratrie / Famille recomposée*)
- Mode de garde
- Scolarité
- Activités parascolaires

Antécédent médico-chirurgicaux, psychologiques et traitements :

- Présentation du carnet de santé : *Oui/Non*

Examen médico-légal antérieur : *Date ; Motif*

Signalement judiciaire et/ou IP / dépôt de plainte : *Date ; Origine*

Commémoratifs :

Notifier si la consultation est réalisée en présence d'une tierce personne.

Selon ses dires, l'intéressé(e) aurait été victime de (*type de violence*) le (*date des derniers faits*) aux alentours des (*heures*) à (*lieu : domicile, voie publique ect...*).

L'enfant déclare « *...Texte libre...* »

L'intéressé(e) aurait consulté le (*date*) le Docteur (*prénom ; nom*), au service/cabinet de médecine général de (*lieu*), qui rédige un certificat médical initial mentionnant « *...texte libre...* ».

Le(s) examen(s) complémentaire(s) (*radiographie ; scanner ; ect.*) réalisé(s) le (*date*) rapportent « *...texte libre...* ».

Doléances :

Sur le plan physique, l'enfant déclare « ...*texte libre*... »

Sur le plan psychologique, l'enfant déclare « ...*texte libre*... »

Sur le plan scolaire, l'enfant déclare « ...*texte libre*... »

Examen clinique (à rapporter sur un schéma) :

L'intéressé(e) déclare être droitier(e)/gaucher(e). L'examen met en évidence les éléments suivants :

Taille : (x) cm

Poids : (x) kg

Le *poids/taille/périmètre crânien* se situe dans le (x) percentile

Acquisition (*langage ; écriture ect.*) : *Texte libre*

Tenue vestimentaire / Hygiène : *Texte libre*

Alimentation (*nombre de repas ; mange à sa faim ect.*) : *Texte libre*

Sommeil (*heure du couché ; réveils fréquents ect.*) : *Texte libre*

Attitude de l'enfant (*parle spontanément, faciès triste ect.*) : *Texte libre*

Gestuelle anxieuse

Lors de l'examen physique :

En région tête et cou :

- Face
- Oreille / Tympan
- Examen endo-buccal
- Rachis cervical

Au niveau du tronc :

- Face antérieure
- Face postérieure

Aux niveaux des membres supérieurs :

- Lésion(s)
- Ongles (intacts ; ébréchés ; onychophagie)

Aux niveaux des membres inférieurs :

- Lésion(s)
- Boiterie

Si allégation de violences sexuelles

Antécédents gynécologiques :

- Puberté
- Date des 1^{ère} règles
- Type de protection hygiène : *Texte libre*
- Contraception
- Suivi gynécologique
- Grossesse
- Rapports sexuels consentis avant et/ou après les faits rapportés

Réalisation d'un examen gynécologique (*si non justifier*).

L'examen *gynécologique/périnéal* est réalisé en position de la *grenouille/genu pectorale/gynécologique*. Pose d'un spéculum ?

- Description lésionnelle de la vulve, grandes lèvres, petites lèvres, fourchette vulvaire.
- Description de l'hymen :
 - o Aspect général (*frangé ; protrus ect.*)
 - o Mesure de l'orifice hyménal
 - o L'hymen présente une encoche (*récente / ancienne*) (*incomplète / profonde / complète*) à (x) heure selon un quadrant horaire.
- Description de l'anus
 - o Tonicité
 - o A l'examen des plis radiaire de l'anus, celui-ci présente un/une (*type de lésion*) (*récente / ancienne*) à (x) heure selon un quadrant horaire.

Des prélèvements à visés d'identification génétique ont été réalisés au cours de l'examen (*nombre et localisation*).

Des prélèvements à visée de dépistage des infections sexuelles transmissibles ont été réalisés ce jour.

Conclusion :

L'examen médico-légal de l'enfant, né le (date de naissance) et âgé de (x) ans, est réalisé le (date). L'intéressé(e) rapporte avoir été victime de violence(s) intrafamiliale(s) (type de violence / unique ou répétée).

Sur le plan **physique**, l'examen clinique nous montre : *Texte libre*

- *Hygiène, tenue vestimentaire, état bucco-dentaire, état nutritionnel, développement staturo-pondéral, acquisition ect.*
- *Résumé des lésions et leurs localisations*

➔ Établir la compatibilité des lésions avec les faits allégués.

➔ En raison du délai entre les faits et la consultation (x jours), des lésions traumatiques ont pu préexister et ne pas être visibles ce jour

Sur le plan **gynécologique**, l'absence de lésion hyménale ce jour ne peut exclure une pénétration complète ou incomplète.

Ou

Les lésions constatées ce jour sont *compatibles / non* spécifiques des faits allégués.

(X) prélèvements à visés d'identifications génétiques ont été réalisés ce jour.

Sur le plan **psychologique**, on note la présence d'un retentissement (*aiguë / chronique*) d'allure (*léger / modérée / important*) comprenant (*texte libre*).

Compte-tenu de tous ces éléments et sous réserve de complication ultérieure, **l'incapacité totale de travail est de (lettre) (chiffre) jour(s).**

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.